



Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
Abteilung Gesundheitswesen

# FORUM SUCHT

*Beiträge aus Praxis und Wissenschaft*

*Tagungsbericht*

*Legalisieren  
- warum (nicht)?*

*12./13.10.1992  
Hemer-Ihmert*



**Koordinationsstelle für  
Drogenfragen und Fortbildung**  
48133 Münster

Telefon (02 51) 5 91 - 38 38  
32 67  
32 71

ISSN 0942 - 2382  
Bd. 5

Herausgeber:

**Landschaftsverband Westfalen-Lippe**  
Abt. Gesundheitswesen  
**Koordinationsstelle für**  
**Drogenfragen und Fortbildung**

1. Auflage  
1. - 1.500

August 1993

**LEGALISIEREN**  
**- WARUM (NICHT)?**

**PRO UND CONTRA**

**- TAGUNGSBERICHT -**

Abt. Gesundheitswesen  
Koordinationsstelle für  
Drogenfragen und Fortbildung

48133 Münster  
Tel.: (0251) 591-38 38



## **Einladung**

Erstmalig führt der Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung, mit der Landesarbeitsgemeinschaft der BewährungshelferInnen NW und der Landesarbeitsgemeinschaft der GerichtshelferInnen in Nordrhein-Westfalen eine gemeinsame Fortbildung durch. Diese Fachtagung richtet sich daher am ersten Tage vor allen Dingen an die Berufsgruppen, die mit den Problemen der steigenden Drogenproblematik und den daraus resultierenden Auswirkungen (besonders im strafrechtlichen Sinne) konfrontiert sind.

Drogen und Kriminalität stehen in einem engen Zusammenhang, dies nicht zuletzt darum, weil die bisherigen Versuche das Drogenproblem erfolgreich anzugehen, sehr stark auf Prohibition (und der damit einhergehenden Kriminalisierung der Abhängigen) aufbauen. Das weitgehende Scheitern dieser Strategie wird aktuell im gesellschaftlichen, politischen und fachlichen Raum intensiv diskutiert. Ständige Negativmeldungen (steigende Zahlen von Drogentoten, Erstkonsumenten, Begleitkriminalität) scheinen den Mißerfolg des bisherigen Ansatzes zu belegen. Die daraus entstehenden Forderungen nach Veränderungen polarisieren die Fachwelt; die Diskussion reicht von Beibehaltung des "status quo" über den starken Ausbau der sanktionierenden Maßnahmen bis hin zur völligen Freigabe der Drogen ("Originalstoffabgabe").

Während des ersten Veranstaltungstages werden die verschiedenen Referenten die einzelnen Standpunkte dieser Diskussion darstellen, um den Teilnehmer/innen die Spannweite der möglichen Interventionsansätze aufzuzeigen. Die daran anschließenden Arbeitsgruppen sollen vor allem dazu dienen, jedem/r einzelnen TeilnehmerIn Gelegenheit zu geben, sich ein eigenes, fachlich fundiertes Meinungsbild zu entwickeln.

Die Gesamtveranstaltung wird eingeleitet durch ein Referat von Herrn Dr. A. Legnaro, sein Vortrag befaßt sich mit "Rausch und Wirklichkeit in der europäischen Zivilisationsgeschichte".

Der zweite Tag wird als **1. gemeinsame Arbeitstagung der Bewährungshilfe, Erwachsenen-Gerichtshilfe und Drogenhilfe zu Fragen der Vernetzung und Kooperation** durchgeführt. Er gibt erstmals in diesem Rahmen MitarbeiterInnen der Drogen-, Bewährungs- und Gerichtshilfe Gelegenheit, über Erfahrungen bisheriger Zusammenarbeit nachzudenken und Zukunftsmodelle - auch im Hinblick auf Veränderungen durch die Grenzöffnung innerhalb Europas - kennenzulernen.

In einem abschließenden Referat wird Herr R. Simon vom Institut für Therapieforschung, München, ein aktuelles Referat zur Praxis der Drogenhilfe halten, insbesondere wird er auf Fragen der Perspektiven bis zum Ende dieses Jahrzehnts eingehen.

Wir hoffen, daß diese Tagung sowohl im Bereich der Drogenhilfe, der Bewährungshilfe als auch der Gerichtshilfe auf eine breite Akzeptanz stößt. Über ihre Teilnahme an dieser Fachveranstaltung würden wir uns sehr freuen!

Dr. Wolfgang Pittrich  
Landesrat  
Abteilung Gesundheitswesen

Werner Osseforth  
LAG der Gerichtshelfer NW

Wolfgang Rometsch  
Koordinationsstelle für  
Drogenfragen und  
Fortbildung

Karl-Heinz Endruschat  
Barbara Breithaupt  
LAG der Bewährungshilfe NW



# ***Inhaltsverzeichnis***

	<b>Seite</b>
<b>Referat</b>	
<b>"Legalisieren - warum (nicht)? Pro und Contra</b>	
Karl-Heinz Endruschat, LAG der Bewährungshilfe NW, Gelsenkirchen	7
<b>Referat</b>	
<b>"Rausch und Wirklichkeit in der europäischen Zivilisationsgeschichte"</b>	
Dr. Aldo Legnaro, Köln	11
<b>Impulsreferat I</b>	
<b>"Thesen zur Legalisierung von illegalen Drogen"</b>	
Prof. Dr. H.-H. Jungblut, Staatl. FH, Münster	20
<b>Impulsreferat II</b>	
<b>Legalisierung - warum (nicht)?</b>	
<b>"Contra-Thesen"</b>	
Jost Leune, Fachverband Drogen- u. Rauschmittel e.V., Hannover	31

## **Berichte der Arbeitsgruppen**

### **Arbeitsgruppe 1:**

#### **"Bewährungshilfe und Drogenhilfe - Gemeinsames und Trennendes"**

Barbara Breithaupt/Bernhard Hülsken

26

### **Arbeitsgruppe 2:**

#### **"Europa ohne Grenzen / grenzenloses Europa - eine Herausforderung für die Straffälligen- / Drogenhilfe?"**

Werner Osseforth/Rüdiger Klebeck

38

### **Arbeitsgruppe 3:**

#### **"Neue Projekte in der Bewährungshilfe / neue Projekte in der Drogenhilfe"**

Karl-Heinz Endruschat/Wolfgang Rometsch

40

### **Referat**

#### **"Praxis der Drogenhilfe - wohin führt die Entwicklung?"**

Roland Simon, Institut für Therapieforschung,  
(IFT) München

51



# Legalisieren - warum (nicht) ?

**Karlheinz Endruschat**

Als ich an diesem Montag morgens mein Büro betrat, lag auf meinem Schreibtisch die Nachricht:

"Bitte Frau X anrufen, G. (Namen geändert, der Verf.) ist an diesem Wochenende an einer Überdosis gestorben".

Dieser Tag liegt nun 13 Jahre zurück, G. ist nicht der einzige Drogentote meiner beruflichen Karriere geblieben, und ich befürchte, daß meine hier versammelten Kolleginnen und Kollegen ähnliche Erfahrungen gemacht haben.

Denke ich heute über meine damaligen Gefühle an diesem Tage nach, so sind neben Trauer, ich mochte G. mehr, als man als Profi einen Fixer mögen sollte, in meiner Erinnerung Hilflosigkeit und Versagensgefühle als Reaktion auf dieses tragische Ereignis verblieben.

Welches Instrumentarium stand uns damals im Kampf gegen die Sucht in der Bundesrepublik zur Verfügung?

1979 spielte die legale Substitution mit Methadon oder anderen Medikamenten keine Rolle, wenn überhaupt, geschah sie in der illegalisierten Grauzone mehr oder weniger verschwiegener Arztpraxen oder durch Kontakte ins benachbarte Holland. Akzeptierende Drogenarbeit fand kaum statt, war politisch auch nicht gewollt. Der Königsweg der Abstinenztherapie erwies sich für zu viele Abhängige als Sackgasse.

Überlagert wurde dieses Szenario durch die massive Strafbedrohung. Die Intention der Gesetzesnovelle zum BtMG aus dem Jahre 1981, die vom Grundsatz her dem Abhängigen den Status des Kranken einräumen und deshalb sein Handeln, zumindest was den Eigengebrauch angeht, entkriminalisieren sollte, muß von der justitiellen Praxis als gescheitert angesehen werden, wir als Praktiker erfahren dies immer wieder schmerzlich. "Therapie statt Strafe", ich zitiere die "Reso-Post" von Februar 1992, "ist verkommen zu einer Integration von Therapie in die Strafvollstreckung: Mindestens 70 % der Klienten in Einrichtungen der stationären Langzeittherapie befinden sich dort auf Grund justiziellen Zwangs" - Zitat Ende.

Ich komme zurück auf meine Darstellung zu Beginn, möchte die Frage aufwerfen, was sich seitdem in unserer Arbeitssituation und in der Situation der Betroffenen geändert hat?

Dazu möchte ich Sie zunächst mit einem anderen Dokument der Hilflosigkeit von Menschen, die mit Abhängigen zu tun haben, konfrontieren.

In einer Großstadt im Ruhrgebiet stirbt ein Heroinabhängiger an einer Überdosis, ein Begriff, der m. E. untauglich ist, weil er die Schuld an dem Tod auf den Abhängigen reduziert, weil er seinen Tod als seinen ureigenen Fehler erscheinen läßt und dem Betrachter die Mühe erspart, die Bedingungen, unter denen er sich das Gift besorgen muß, das Risiko, unreinen und unregelmäßig dosierten Stoff zu erwerben und ihn letztlich häufig unter unmenschlichen und unhygienischen Bedingungen zu injizieren, wobei er zudem ständigen Bedrohungen durch die Szene und durch die Polizei ausgesetzt ist, als mitauslösend bewerten zu müssen.

Neben Betroffenheit bei den Freunden und Angehörigen löst der Tod dieses Abhängigen auch bei einem Staatsanwalt eine Reaktion aus. Er schreibt dem Jugendgerichtshelfer, der den Toten betreute, im August d. J. einen Brief, den ich sinngemäß wiedergeben möchte:

"Sehr geehrter Herr Jugendgerichtshelfer,

Sie haben in der Strafsache des heroinabhängigen X den Jugendgerichtshilferbericht geschrieben. Sie berichteten dem Jugendschöffengericht, daß er sich mit seiner Situation auseinandergesetzt habe und daß es ausreiche, ihn zu verwarnen und mit einer Geldbuße zu belegen.

Auf Grund der verharmlosenden und abwiegelnden Stellungnahme wurde der Fall vom Jugendschöffengericht nicht mehr als besonders eilbedürftig angesehen.

Hierdurch haben Sie die letzte Chance im Leben des Heroinabhängigen zerstört. Er konnte nicht mehr aus dem Verkehr gezogen werden, hat sich in einem Hauptbahnhof eine Überdosis Heroin injiziert und ist daran krepieret. Sie tragen daran die moralische Mitschuld.

Halten Sie sich zukünftig vor Augen, daß es bei Drogendelikten stets um das Leben der Betroffenen geht."

Ich will diesen Brief inhaltlich nicht weiter vertiefen, will nicht ausführlich auf die Situation von Drogenabhängigen im Strafvollzug eingehen. Der Inhalt steht für die gesamte Breite der Diskussion, die wir heute, so hoffen wir, auch ein Stück in die Tiefe bewegen wollen.

Verdeutlichen wir uns die beiden Pole, die wir aus unserem Beispiel herausarbeiten können:

- Auf der einen Seite der Jugendgerichtshelfer, die Abhängigkeit seines Klienten offensichtlich akzeptierend. Er hat die Intention, die Strafe zu vermeiden.
- Auf der anderen Seite der Staatsanwalt, der ebenso offensichtlich an dem Schicksal des jungen Mannes emotional teilnimmt, dies zeigt die Heftigkeit seiner Reaktion, der aber seinem Handeln repressive Strukturen als taugliches Mittel im Kampf gegen die Sucht zugrunde legt.

Folgen wir der Logik des Staatsanwaltes, so müssen wir eindeutig feststellen, und dies ist für uns als Bewährungshelferinnen und Bewährungshelfer nicht bedeutungslos, daß jede Verurteilung eines aktuell und akut Drogenabhängigen zu einer Freiheitsstrafe mit einer Strafaussetzung zur Bewährung schon aus Gründen der lebenssichernden Prävention untauglich ist.

Und sie ist in ihrem Kern rechtswidrig. Erinnern wir uns an den § 56 StGB, der die Voraussetzungen für eine Unterstellung unter Bewährungsaufsicht regelt, stellt er doch die Erwartung in den Vordergrund, ich zitiere, "daß der Verurteilte sich schon die Verurteilung zur Warnung dienen lassen und künftig auch ohne die Einwirkung des Strafvollzugs keine Straftaten mehr begehen wird" - Zitat Ende.

Die Richter gehen mittlerweile in der Mehrzahl nicht mehr davon aus, daß sie die Abhängigkeit durch Urteile heilen können, also treffen sie ihre Entscheidungen in der Gewißheit, daß der gerade mit einer Bewährung Davongekommene unmittelbar nach der Verhandlung wieder straffällig wird und zum Heroin greift.

Um aufkommenden Mißverständnissen vorzubeugen, natürlich fordere ich nicht die Verschärfung der Rechtsanwendung, was im übrigen auch kaum umzusetzen wäre, da schon jetzt ca. die Hälfte der Gefangenen im Ruhrgebiet wegen der Verstöße gegen das BtmG bzw. Beschaffungskriminalität einsitzen, wenn die mir vorliegende Quelle nicht falsch liegen sollte.

Alle suchen z. Z. nach dem Ausweg aus dem Dilemma, Fixer sind nicht schön anzusehen, stören das Stadtbild und die Geschäftswelt und sie in regelmäßigen Abständen von einem Platz zum anderen zu jagen, ist keine Lösung von Dauer.

Ein Lösungsbeitrag könnte, und dies wollen wir heute diskutieren, die Legalisierung und Entkriminalisierung des Eigengebrauchs sein. Vor einer solchen Lösung klafft der schier unüberwindbar erscheinende Graben, gebildet aus gesellschaftlicher Ideologie und daraus resultierender Erwartung, die im vollkommenen Widerspruch zum Erscheinungsbild einer süchtigen gesellschaftlichen Realität steht.

Ein Problem der Diskussion, und ich denke, dies wird im Verlauf der Tagung deutlich werden, besteht darin, daß die Argumente sowohl "Für" als auch "Wider" griffig erscheinen.

Henning Voscherau, Hamburgs 1. Bürgermeister, wird in der NRZ vom 21.07.1992 zitiert: "Der Kampf ist mit den bisherigen Mitteln allein nicht zu gewinnen. Die Politik des "Kopf in den Sand steckens" aber ist nur eine moralisch verkleidete, die Hände in Unschuld waschende Kapitulation vor der Wirklichkeit. Verantwortlichkeit, die vor der Realität des illegalen Marktes nicht länger die Augen verschließt, ist gefordert."

In der gleichen Zeitung sagt Barbara Röring, Kreisverbands-Vorsitzende der Jungen Union in Essen zur Freigabe der "weichen" Droge Haschisch: "Wer die Freigabe von Haschisch fordert, verkennt die abschreckende Wirkung der Strafandrohung" und später "Es gibt keinen Drogentoten, der seine Karriere nicht mit dem Rauchen von Haschisch begonnen hat."

Herr Seehofer, seines Zeichens Gesundheitsminister, warnt vor der Freigabe u. a. mit dem Hinweis darauf, daß noch mehr junge Menschen aus Frust oder Neugier zu harten Drogen greifen könnten und zudem eine nicht mehr zu kontrollierende Verbreitung in der Gesamtbevölkerung entstehen könnte, wobei ich allerdings für mich die Frage habe, wer denn die Verbreitung jetzt noch kontrollieren kann.

Unbestreitbar in dieser Auseinandersetzung ist die Tatsache, daß in den vergangenen Jahren mehr als 2.000 Menschen an Drogen gestorben sind, in den Niederlanden jedoch nur ca. 50 Menschen im Jahr, wovon in der Regel nur ca. 1/3 Holländer, ein anderes Drittel Deutsche waren. Auch wenn wir berücksichtigen, daß die Einwohnerzahl der alten Bundesländer etwa das 5-fache der der Niederlande beträgt, stimmt die Relation nicht. Wenn es zutrifft, daß hier so viele Menschen mehr sterben als in den von hier aus wegen ihrer Drogenpolitik so heftig kritisierten Niederlanden, so muß auch die Frage beantwortet werden, ob die Abhängigen tatsächlich an der Droge oder aber eher an den Bedingungen, unter denen sie hier leben müssen, zugrunde gehen.

Die Situation erscheint dramatisch, in der Diskussion sollten wir uns aber davor hüten, das unbestreitbare gesellschaftliche Problem Drogen noch zu überspitzen, sondern dabei im Hinterkopf zu behalten, daß z. B. an den Fol-

gen des Alkoholmißbrauchs in Westdeutschland jährlich mehr als 20.000 Menschen sterben und daß der Tod eines Fixers, und insofern übe ich mich in Selbstkritik, weil ich die zugegebenermaßen dramatischen Beispiele mit tödlichem Ausgang gewählt habe, daß der Tod eines Fixers nicht das zwangsläufige Ende einer Karriere ist.

Ich hoffe, daß die Veranstaltung Antworten geben und Impulse auslösen kann.

# "Rausch und Wirklichkeit in der europäischen Zivilisationsgeschichte"

Dr. Aldo Legnaro

Über Rausch und Wirklichkeit in der europäischen Zivilisationsgeschichte möchte ich reden, und die Verbindung dieser beiden Begriffe wird Ihnen vielleicht gewagt vorkommen. Nach unserer heutigen Anschauung haben beide ja kaum etwas oder gar nichts miteinander zu tun; sie bezeichnen eher entgegengesetzte Pole des Lebens, und der Rausch wird meistens betrachtet als eine Flucht aus der Wirklichkeit, was ihm schon einen leicht bedenklichen Zug verleiht. So stehen Rausch und Wirklichkeit heute in einer ganz ambivalenten Beziehung zueinander, und diese Ambivalenz ist uns so bewußt, daß sich damit Spannung und eine gewisse Doppelbödigkeit herstellen läßt.

Z. B. sah ich vor einigen Monaten eine Werbung, die schlicht feststellte: "Der Sommer der Exzesse". Fragen Sie mich nicht, wofür da geworben wurde, das ist ja auch ziemlich austauschbar, und der Spruch könnte vielerlei anpreisen. Ich fand ihn auffällig aus dem einen Grund, daß gerade Exzesse, wie soll man sagen, versprochen, angedroht, als Belohnung ausgesetzt werden. Sie finden hier die Ambivalenz von Rausch und Wirklichkeit soweit auf den Punkt gebracht, wie das Werbeagenturen, und vielleicht nur sie, können. Aber solche Ambivalenz prägt unsere heutigen Einstellungen und ist historisch keineswegs immer prägend gewesen, und genau darüber möchte ich sprechen, Ihnen einige sozial- und kulturgeschichtliche Zusammenhänge aufrollen und die Folgerungen beleuchten, die sich aus einer solchen langfristigen zivilisationshistorischen Betrachtung ergeben können. Über die Pro- und Kontra-Frage, die im Mittelpunkt dieser Tagung steht, werde ich dabei nur am Rande reden; jedenfalls möchte ich versuchen, Ihnen die Dynamik verständlich zu machen, die die Anhänger des "Kontra" umtreibt.

Ich will mit einigen Bemerkungen zum Alkohol beginnen, der uns ja eine solche selbstverständliche Droge ist, daß wir ihn nur mit Mühe überhaupt zu den Drogen rechnen. Gerade wegen dieser Vertrautheit läßt sich das Thema der kulturellen Eingebundenheit von Drogen an diesem Beispiel besonders plausibel entwickeln. Im Anschluß werde ich dann andere, heute illegale Drogen einbeziehen, bei denen sich ganz ähnliche Zusammenhänge aufzeigen lassen. Betrachtet man also die Bedeutung des Alkohols im Mittelalter, dann fällt zuerst seine breitgefächerte medizinische Verwendung ins Auge. Schon der arabische Arzt AVICENA empfiehlt im 11. Jahrhundert, täglichen Weingenuß sowie ein bis zwei Räusche im Monat; eine Rezeptur, die zweifellos auch heute ihre Befürworter hat. Und in den Consilia des Taddeo ALDEROTTI, einem der bedeutendsten Branntweintraktate des Mittelalters, wird der Branntwein als "aqua vitae", eben als "Lebenswasser", mit einer geradezu universellen therapeutischen Bedeutung versehen.

Man kann diese etwas übertrieben scheinenden therapeutischen Erwartungen den eingeschränkten pharmakologischen Möglichkeiten der Zeit zugute halten, aber deutlich wird immerhin, wie benachbart im damaligen Denken der Rausch einerseits und Gesundheit und Gesunderheit andererseits sind. Die Unbefangenheit solcher Verschreibung korrespondiert, strukturell gesehen, mit der Unbefangenheit heutiger Allgemeinpraktiker bei der Verschreibung

von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, und schon daran können Sie die Unterschiede der gesellschaftlichen Verfassung ablesen: Im Mittelalter gilt das extravertierte Agieren nicht als ein problematisches Verhalten, während heute eher die Dämpfung solch unerwünscht extravertierten Verhaltens programmatisch ist.

Neben solchen medizinischen Verwendungen sind Wein und Bier, dies nun nicht anders als heute, die wichtigsten Alltagsgenußmittel des Mittelalters, aber sie werden mit einer Ungehemmtheit genossen, die nun wiederum bezeichnend ist für den kulturellen Unterschied zwischen dieser Zeit und unserer heutigen. Geradezu exotisch, von heute aus gesehen, muten etwa die Glutton Masses an, die Schlemmermessen, bei denen die Gemeinde im Anschluß an die Messe ein Fest feiert, das in der völligen Betrunktheit aller Beteiligten endet. Für die Öffentlichkeit mittelalterlichen Affektverhaltens, das noch nicht im heutigen Ausmaß verpanzert werden muß, scheinen mir diese Messen bezeichnend: weitaus weniger als wir moderne Menschen sind die Menschen damals genötigt, ihre Affekte zu zügeln und im Wortsinne nüchterne Selbstkontrolle zu üben. Es ist ihnen insgesamt eine nur geringe Affektkontrolle auferlegt, und dies bewirkt eine ebenfalls geringe Rauschkontrolle. Und weil dies so ist, besitzt der Rausch eine Qualität des Selbstverständlichen und wird weder zeitlich noch sozial ausgegrenzt. Er ist eingebettet in eine Alltagswirklichkeit, die sich nicht abgrenzend gegenüber allen Rauschzuständen definiert und, vor allem, den Rausch nicht als eine unwirkliche Qualität des Erlebens betrachtet.

Ich skizziere dies nur ganz grob, um Ihnen eine erste Anschauung davon zu geben, daß die Bewertung von Rauschzuständen und natürlich auch die Einstellung gegenüber denjenigen, die sich berauschen, eng verbunden sind mit der kulturellen Konzeption von Wirklichkeit, wie sie in einer Gesellschaft entwickelt worden ist. Solche Konzeptionen stehen ihrerseits dann in engem Zusammenhang mit ökonomischen und sozialpsychologischen Gegebenheiten: die mittelalterliche Gesellschaft ist eine ständisch geschlossene Gesellschaft mit relativ kurzen Interdependenzketten, d. h.: die Menschen sind weitaus weniger als heute in arbeitsteiligem Verbund aufeinander angewiesen, sondern leben in lokaler Integration, und ihr affektives Leben ist weitaus weniger als heute durch verinnerlichte Selbstkontrolle bestimmt. Es ist eine Gesellschaft der Schamkultur, in der konformes Verhalten durch die Reaktionen anderer, als Fremdzwang also, durchgesetzt wird.

Dies ändert sich mit dem Beginn jener Epoche, die wir Neuzeit zu nennen uns angewöhnt haben: die Scham wird von der Schuld abgelöst, und Verhaltenskontrolle wird weniger von außen als von innen erzwungen, durch individuelle Selbstkontrollen wie die moralische Instanz des Gewissens und den neu formulierten Primat der Vernunft.

Diese Verschiebung hat einschneidende Folgen für die Bewertung des Rausches: herrscht im Mittelalter ein wenig gezügeltes Lust-Trinken vor, dessen Folgen, der Verlust von Selbst-Kontrolle, vielleicht von anderen belacht, aber kaum gravierend sanktioniert werden, so verschiebt sich jetzt der Akzent auf ein psychisches Entspannungs-Trinken, und dieses Trinken unterliegt zudem noch der Ambivalenz, den Rausch, das angestrebte Ziel des Trinkens, angstvoll zu bewerten. Um die Linie, auf die es mir hier ankommt, noch einmal präzise zu benennen: ist im Mittelalter der Rausch eine sozial akzeptierte und sozial integrierte Erfahrung in der wirklichen Welt, so wird die Rausch-Erfahrung immer mehr marginalisiert, je bedeutsamer solche Konzepte wie "individuelle Selbstkontrolle" und "rationales Handeln" werden. Nun wird dieses Erfahrung als ein Gegenpol von Wirklichkeit aufgefaßt, und es gibt nicht mehr den Rausch in der Welt, sondern nur den Rausch als

Flucht aus der Welt, und diese Flucht kann nur unter eng definierten normativen Bedingungen zugelassen werden. Trinkt man im Mittelalter, weil die Affekte ungehemmt sind und ihre Kontrolle auch keine gesellschaftliche Notwendigkeit darstellt, so trinkt man in der Neuzeit, um der verinnerlichten Selbstkontrolle zu entgehen und um sich zu enthemmen.

Exemplarisch singt von der modernen Ambivalenz gegenüber dem Rausch ein im späten 18. Jahrhundert entstandenes Lied, das ich Ihnen auszugsweise leider nicht vorsingen, sondern nur vortragen möchte. Manche von Ihnen mögen zumindest die ersten Zeilen kennen, und viele von Ihnen werden der darin enthaltenen Behauptung zustimmen, nämlich: "Wer niemals einen Rausch gehabt, /Der ist kein braver Mann." Das ist zwar nicht geschlechtsneutral formuliert, war damals nicht einmal geschlechtsneutral gemeint, gilt aber aus heutiger Sicht für Frauen gleichermaßen. Die beiden Zeilen enthalten eine eindeutige Aussage: Abstinenz als Lebensmaxime gilt als verdächtig, und sozial akzeptiert wird nur, wer der Anweisung der folgenden Zeilen folgt: "Wer seinen Durst mit Achtein lagt, /Fang lieber gar nicht an. /Da dreht sich alles um und um /In unserem Kapitolium." Auch dies eine klare Anweisung, die über die Mindestmengen belehrt und ein bloßes Nippen am Glas für bedenkliches Muckertum hält. Soweit ließe sich vermuten, daß es sich um ein dionysisch gestimmtes Lied handelt, in dem ein rauschhaft-ungezügelter Erleben um seiner selbst willen gefeiert wird, aber die zweite Strophe zeigt dann deutlich, welche Grenzen dem Rausch neuzeitlich gesteckt sind: "Doch zu viel trinken ist nicht gut, /Drei Quart sind eben recht; /Da steht auf einem Ohr der Hut, /Ist nur der Wein auch echt. /Trinkt unser einer zu viel Wein, /Find't er sich nicht zum Haus hinein." Sie können dies geradezu als eine Verhaltensregel des modernen Lebens lesen; Rausch und Entgrenzung sind erlaubt, solange sie noch kontrollierbar stattfinden, und der Grad der noch vorhandenen Ich-Kontrolle bemißt sich am äußeren Verhalten. So gibt das Lied eine klare Mengenbegrenzung, die gerade diese Rauschkontrolle verbürgen soll: daß der Hut auf einem Ohr steht, ist ein erwünschtes Zeichen von lockerer Ungezwungenheit, die es zu symbolisieren gilt. Sich aber nicht mehr zum Haus hinauszufinden, dies ist schon der Kontrollverlust, der vermieden werden muß. Ein "kleines Räuschchen", so sagt Strophe vier, das ist das Ziel des Trinkens, und Strophe fünf bezeichnet noch einmal deutlich die soziale Bedeutung des Rausches überhaupt: "Ein jeder Trinker lebe hoch, /Der bei dem vollen Glas /Schon oft der Arbeit hartes Joch, /Des Lebens Müh vergaß. /Wer dich verschmäht, du edler Wein, /Der ist nicht wert, ein Mensch zu sein." Da haben Sie das gesamte Einstellungssyndrom noch einmal unverkürzt beisammen: die unverhohlene Verachtung desjenigen, der sich nicht gelegentlich einen Rausch antrinkt, die sehr deutlich formulierte Warnung davor, zuviel zu trinken, und das alltagslogische Motiv des Trinkens, das Vergessen nämlich.

Sie sehen, wer den Rausch sucht, der wandelt auf einem schmalen Grat, und sowohl diejenigen, die den Rausch ganz vermeiden, die Abstanten, wie diejenigen, die von diesem Grat abstürzen, die Süchtigen, fallen der sozialen Verachtung anheim. Sie verfehlen nämlich beide das vornehmste Ziel des neuzeitlichen Menschen: die Aufrechterhaltung von Selbst-Kontrolle und gleichzeitig die Fähigkeit, diese Kontrolle unter bestimmten sozialen Bedingungen kontrolliert außer Kraft zu setzen.

Was ich Ihnen am Beispiel von Alkohol jetzt skizziert habe, läßt sich ähnlich auch für die wichtigsten heute illegalen Drogen, für Haschisch, Opium und Heroin, belegen. Sie finden immer den gleichen Zyklus aus medizinischer Verwendung, der Verwendung als Genußmittel und der anschließenden Tendenz, Gebrauch und Gebraucher der Droge auszugrenzen; bei diesen Drogen allerdings mit einer gewissen Verspätung gegenüber dem Alkohol.

Zur europäischen Geschichte vor allem des Haschisch will ich im folgenden einige Anmerkungen machen und dann abschließend versuchen, ein Fazit zu ziehen.

Zuerst einige Worte über Haschisch, das in Europa eine sehr lange und völlig verdrängte Geschichte hat. In seiner Entscheidung zum Haschischverbot von 1969 ist das Bundesverfassungsgericht noch dem Irrtum erlegen, Haschisch für eine "kulturfremde" Droge zu halten; ich kann nur hoffen, daß das Gericht bei seiner demnächst anstehenden Entscheidung über die Beschlußvorlage des Landgerichts Lübeck nicht wiederum diese Meinung vertritt, bei der dann im Ergebnis aus der vermeintlichen Kulturfremdheit die Berechtigung der Illegalisierung gefolgert wird. Tatsächlich stellt Haschisch ein altes europäisches Heilmittel dar, dem ebenso übertriebene Erwartungen entgegengebracht werden wie dem Alkohol. Das gilt nicht nur im Mittelalter, sondern noch im 18. Jahrhundert. Ich zitiere Ihnen einige Passagen aus dem, so heißt der vollständige Titel, "Großen vollständigen Universal-Lexicon Aller Wissenschaften und Künste, Welche bißhero durch menschlichen Verstand und Witz erfunden und verbessert worden", dessen Band 12 1735 in Halle und Leipzig erscheint. So denkt man damals über die Wirkkraft von Haschisch: "Alle Tage drey oder vier Hanff-Körner nüchter gegessen, soll ein gutes Präservativ vor die Pest seyn"; das Öl, immer noch nach dieser Quelle, "stillet den Tripper", und der Hanf hilft u. a. bei Kopfschmerzen, lindert den Husten, wirkt schmerzstillend, schlaffördernd und heilt Narben. Nicht die ganze Palette dieser Anwendungen ist übrigens aus der Luft gegriffen: der schmerzstillenden und schlaffördernden Wirkungen wegen ist Haschisch bis in die Zwanziger Jahre dieses Jahrhunderts hinein bei Beruhigungs- und Schlafmitteln eingesetzt worden, und auch bei Asthmatikern kann es indiziert sein.

Neben der medizinischen Verwendung steht auch bei Haschisch, wie könnte es anders sein, seine Verwendung als Genußmittel. So berichtet die Oeconomische Encyclopädie von 1780, der Hanf habe "eine besondere Kraft, den Geist zu ermuntern, oder gar verwirrt zu machen. (...) Die Blätter mit Tobak vermischt, werden auch den geübtesten Tobakrauchern die Sinne benebeln." Fürwahr, das ist eine vorurteilslose Schilderung dessen, was sich erwarten läßt, und ich zitiere es nicht nur, weil ich mir wünschte, solche Neutralität der Beschreibung würde auch die heutigen Publikationen bestimmen, sondern auch, weil man die Unbefangenheit noch des späten 18. Jahrhunderts gegenüber dem Haschisch hieraus gut ersehen kann. In diesem 18. Jahrhundert ist Haschisch in Mitteleuropa ein weitverbreitetes Genußmittel gewesen, hauptsächlich wohl bei denjenigen, die ihn anbauten, also Bauern und abhängigen Landarbeitern, aber auch bei Adligen seines Wohlgeschmacks wegen durchaus geschätzt. Und auch die Wirkung, "die Sinne zu benebeln", scheint keineswegs als unerwünscht, geschweige denn mit Skepsis betrachtet worden zu sein.

Auch das Opium hat in Europa eine ähnliche Karriere. Zum einen medizinisches Universal-Therapeutikum, zum anderen ein Genußmittel, das, so ein Lexikon von 1820, "angenehme Milde, wollüstige Phantasien, innere Zufriedenheit" bewirkt. Hier, wie beim Haschisch, überwiegt lange Zeit eine positive Bewertung; wenn negative Folgen beschrieben werden, und solche Folgen des Opiums werden schon im 18. Jahrhundert nicht übersehen, dann sind sie keine unumgängliche Folge des Konsums überhaupt, sondern eine Folge falschen, nämlich nicht bedachtsamen Konsums. Insgesamt aber herrscht gegenüber beiden Drogen eine Unbefangenheit, die von der heutigen Aufgeregtheit wohlthuend absticht: der Rausch, den sie verursachen, gilt eher als eine angenehme Bereicherung des Lebens, und nicht von vorneherein



wird der Genuß dieser Drogen als ein abweichendes oder gar krankhaftes Verhalten angesehen. Noch ist der Rausch eine sozial integrierte Erfahrung.

Das sind nur einige Stichpunkte und Skizzen aus einer langen und nicht immer widerspruchsfreien Geschichte. Sie sollten belegen, daß nicht nur Alkohol, sondern auch die heute illegalisierten Drogen als Heil- und Genußmittel eine Tradition in Mitteleuropa haben, eine Tradition, die heute immer wieder verdrängt wird, um die "Kulturfremdheit" mancher Drogen betonen zu können. Und darüber hinaus wollte ich Ihnen zeigen, daß der Rausch im europäischen Denken über lange Zeit eine Position im Kosmos des Wirklichen gewesen ist. Seine Ausgrenzung aus dieser Wirklichkeit belegt Veränderungen des gesellschaftlichen Zivilisationsprozesses, und diese Veränderungen will ich im folgenden kurz beleuchten, um dann endgültig in der Gegenwart zu landen und zu fragen, welche Bedeutung diese Erwägungen für heutige politische Entscheidungen, rechtspolitische, gesundheitspolitische, verfassungspolitische Entscheidungen, haben könnten.

Wenn Sie sich das Problem einmal unbefangen vor Augen halten, dann ist es doch sehr merkwürdig, daß im Preußen des zweiten Friedrich die Untertanen frei und ungestört ihre Hanfsuppe essen und sich die Sinne benebeln dürfen, in einem demokratischen Rechtsstaat jedoch der Bundesgerichtshof noch vor einigen Wochen dekretierte, es stehe den Bürgerinnen und Bürgern keineswegs frei, "gesellschaftlich nicht integrierte Drogen" so der Terminus, zum Eigenkonsum zu erwerben und nach Belieben zu sich zu nehmen. Nur am Rande möchte ich Sie auf den etwas eingeschränkten Begriff von gesellschaftlicher Integration hinweisen, der diesem Urteil zugrundeliegt. Wenn nur solche Verhaltensweisen als gesellschaftlich integriert gelten sollten, die auch von oberen Bundesrichtern geteilt werden, dann dürfte Haschischrauchen zwar nicht gesellschaftlich integriert sein; immerhin haben aber in diesem Lande einige Millionen Menschen Erfahrungen mit Haschisch, und sie stammen keineswegs hauptsächlich von jenen gesellschaftlichen Rändern, die außerhalb des richterlichen Blickwinkels liegen. Hier wird, und das bringt mich sofort wieder aufs Thema zurück, eine mittelschichtspezifische Moral verteidigt, die ein Produkt des neuzeitlichen Zivilisationsprozesses ist.

Das Schlüsselwort dieses Zivilisationsprozesses aus meiner Perspektive ist "Persönlichkeit". Dieser Begriff faßt alle Anforderungen der Neuzeit an Gesellschaftsmitglieder bündig zusammen: autonome Eigenverantwortung, verinnerlichte Selbstkontrolle, ein personales Gewissen und eine personale Vernunft. Das sind die Grundprämissen der Protestantischen Ethik, die mit der Wende vom Mittelalter zur Neuzeit zunehmend das Denken bestimmt. Max WEBER, der große deutsche Soziologe, hat, wie Sie vielleicht wissen, diese Protestantische Ethik in eine enge Beziehung gesetzt zum "Geist des Kapitalismus": beide bedingen einander, und die Tugenden, die in dieser Ethik formuliert sind, machen erst das kapitalistisch verfaßte Wirtschaften möglich. Wenn Max WEBER einmal bündig formuliert hat: "Die Puritaner wollten Berufsmenschen sein, wir müssen es sein", dann faßt das den gesamten Entwicklungsprozeß schlüssig zusammen.

Mit dem Rausch und seiner Stellung im Kosmos des Wirklichen hat das einiges zu tun, wie sich leicht erraten läßt. Wenn das Berufsmenschen-tum mit seinen Anforderungen an persönliche Rationalität und persönliche Berechenbarkeit die zentrale Rolle der Gesellschaftsmitglieder darstellt, dann hat der Rausch in dieser Art der Wirklichkeit nichts mehr zu suchen. Er stört nur noch und macht die Berechenbarkeit zunichte, auf die eine funktional arbeitsteilig organisierte Gesellschaft angewiesen ist.

Diese neuzeitliche Betrachtungsweise hat zwei Folgen: zum einen wird der Rausch aus den alltäglichen Lebensvollzügen herausgenommen und in zeitliche Exklaven verbannt: der Karneval ist eine dieser Exklaven, die Privatheit von Familienfeiern und Festen die andere. Die öffentliche Trunkenheit oder die Trunkenheit zu den falschen Zeiten und Anlässen stößt jetzt auf eine rigide gesellschaftliche Ablehnung; es stößt uns ab, wenn jemand uns seinen Kontrollverlust in Situationen vorführt, in denen wir die gebotene Kontrolle, im Wortsinn unsere Nüchternheit, zu bewahren haben.

Solche strikte Begrenzung und Ausgrenzung des Rausches auf eigens dafür definierte situative Gelegenheiten ist eine der Folgen der neuzeitlichen Betrachtungsweise. Die andere Folge ist eine völlige Neubewertung aller rauschhaften Verhaltens- und Erlebnisweisen, und im Rahmen dieser Neubewertung wird die Sucht gewissermaßen "erfunden". Das mag ein wenig merkwürdig klingen, sind wir doch gedanklich daran gewöhnt, daß "Sucht" einen physiologischen Prozeß darstellt, dem Einzelne anheim fallen, ob sie wollen oder nicht, ein somatischer Automatismus sozusagen, gegen den kein Kraut gewachsen ist. Nun sind auch physiologische Prozesse nie so frei von sozialen Einflüssen, wie viele Mediziner meinen, und Sucht ist auch als physiologischer Automatismus abhängig von eigenen Erwartungen an die Drogenwirkung und den Reaktionen der sozialen Umgebung, von ihren Sanktionen, meistens negativen, von ihren Bewertungen und ihren Vorstellungen. Wenn eine Gesellschaft - und nun müssen wir nochmal kurz ins Mittelalter zurück - keine Vorstellung von Sucht hat, kein Sucht-Konzept, dann entfallen viele der negativen Reaktionen, die uns heute so selbstverständlich scheinen. Das *laissez-faire*, das damals die Reaktionen regierte, ist nur in der Gesellschaft möglich, die die individuelle Persönlichkeit als zentralen Wert noch nicht entwickelt hat, und solche Reaktionsweisen produzieren insoweit keine Süchtigen, als man für sie nicht einmal einen Namen hat. Mit einem heutigen medizinischen Blick fände man zwar zweifelsohne doch welche, aber wichtig ist ja, was eine Zeit selbst für real hält; denn danach richten sich die Reaktionen aus. Solange der Rausch noch eine gesellschaftliche Selbstverständlichkeit besitzt, besteht für den Sucht-Begriff kein Bedarf und für Süchtige nicht die Notwendigkeit, sich zu kaschieren.

Die Abgrenzung von denen, die man zu Süchtigen erklärt, setzt erst dann mit aller Schärfe ein, als für die Konzeption von Sucht ein gesellschaftlicher Bedarf entsteht. Das ist zu Beginn des 19. Jahrhunderts der Fall: nun definieren Mediziner bestimmte Formen des Alkoholkonsums als "Alkoholismus", als eine krankhafte Zwangshandlung, die mit Kontrollverlust einhergeht. Es ist nicht so, daß es solche Formen des Alkoholkonsums nicht auch vorher gegeben hätte; sie lagen nur unterhalb der Wahrnehmungsschwelle. Erst jetzt, mit dem rapiden Beginn von Industrialisierung und dem Modernisierungsschub, der dadurch ausgelöst wird, wird Alkoholismus "entdeckt", aus dem einfachen Grunde, weil er Verhaltensweisen repräsentiert, die die neu entstehenden funktionalen Notwendigkeiten der Fabrikarbeit stören. Diese funktionalen Notwendigkeiten laufen auf Rationalität und Berechenbarkeit hinaus, und persönliche Autonomie wird jetzt zum allgemeinsten Verhaltenserfordernis, das die Gesellschaft ihren Mitgliedern abverlangt. "Sucht" kann man ja als die Kehrseite persönlicher Autonomie auffassen, und sie erscheint erst dann als Laster, Krankheit oder Stigma, wenn solche Autonomie des Einzelnen einen zentralen Wert bildet: erst dann sind süchtige Verhaltensweisen eine Art des unkontrollierten Ausgeliefert-Seins und damit ein Verstoß, der mit Ausgrenzung, mit Therapie oder mit Bestrafung geahndet werden kann.

Ganz ähnlich läßt sich übrigens - um einen Blick auf die in den letzten Jahren entdeckten nicht stoffgebundenen Süchte zu werfen - die Entwicklung des

Begriffs und die Entdeckung der "Arbeitssucht" begreifen. Das ist ja ein ziemlich neues Konzept, und es taucht erst in jenem gesellschaftlichen Moment auf, da die Erwerbsarbeit an ideologischer Bedeutung einbüßt und Individualisierung als vorherrschende Tugend der Selbstentfaltung sich vor allem in Konsumtion und Freizeitverhalten, in "life-styles" also, symbolisiert. Nun plötzlich erscheinen diejenigen, die Arbeit zum primären Inhalt ihres Lebens machen, als vor-modern, und ihr Lebensstil gilt als zwanghaft und süchtig. Der enge Bezug zwischen gesellschaftlichen Sucht-Definitionen und den jeweils dominierenden Wertvorstellungen liegt hier besonders offen, gilt jedoch von der Struktur her auch für alle mit Drogen verbundenen Süchte.

Die Erfindung der Sucht kann als Höhepunkt des Versuchs gelten, den Rausch zu rationalisieren. Es wundert nicht sehr, daß mit diesem medizinisch kaschierten Bannfluch besonders jene Drogen belegt worden sind, deren kulturelle Tradition nur in gesellschaftlich marginalen oder gar subkulturellen Zirkeln gepflegt worden ist. Die Drohung mit der Sucht läßt sich nicht nur als eine Abgrenzung von diesen Drogen und ihren Konsumenten lesen; sondern sie dient auch der Ausgrenzung und der Kontrolle über diejenigen, die das Rausch-Tabu nicht anerkennen. Kontrolliert werden dabei nicht nur das Fremde und das Unbekannte; das auch, aber vor allem die eigenen Sehnsüchte nach Ent-Grenzung und nach Auflösung jener unerbittlichen Selbstkontrolle, die uns die moderne Gesellschaft auferlegt; kontrolliert werden die Lüste nach dem archaisch-ungezügelt Rauschhaften. In unserer Verachtung für den Süchtigen bestrafen wir projektiv unsere eigenen Wünsche nach Überschreitung unserer Selbst-Kontrolle.

So dient uns, den Nicht-Süchtigen, der Süchtige als Projektionsfigur, auf den wir unsere Ambivalenzen zum Rausch, unsere Sehnsüchte und unsere Ängste, abladen und sie auf diese Weise, psychoanalytisch ausgedrückt, abspalten. Gerade die Ausgeliefertheit der Süchtigen gibt uns Anlaß, von ihnen Abstinenz und also Selbstverantwortung und autonome Selbststeuerung zu verlangen. Therapie will damit ein kulturelles Ideal durchsetzen, das als Realität von niemandem - auch den therapeutisch Tätigen nicht - eingelöst werden kann. In diesem Ansinnen verbirgt sich eine Projektion, bei der die eigene Unfähigkeit, den gesellschaftlichen Anforderungen an Selbststeuerung gerecht zu werden, übertragen wird auf diejenigen, die diese Unfähigkeit nur allzu deutlich offenbaren. Und gleichzeitig mischen sich subtile Bestrafungswünsche hinein: nur so ist die Methadon-Debatte in all ihrer Aufgeregtheit zu verstehen. Und nur so ist zu verstehen, warum die erzieherische Wirkung gerade von Strafrecht in diesem Zusammenhang immer noch so hoch veranschlagt wird.

Was folgt nun aus all dem? Ich habe versucht, Ihnen deutlich zu machen, welcher Art die Abwehr und die Ängste sind, die sich hinter der Sanktionierung von Drogenkonsum verbergen. Es sind tiefsitzende Ängste, und sie sind gegen Information und Aufklärung weitgehend resistent. Wenn auf diesem Feld rationale Betrachtung vorherrschte, dann wäre nicht recht verständlich, mit welcher Energie weiterhin das Gefährlichkeitspotential von Haschisch beschworen und seine kulturelle Fremdheit betont wird. Mit dieser Fremdheit ist es nicht weit her, wie sich ja historisch belegen läßt; es handelt sich dabei wohl eher um eine soziale Fremdheit als um eine kulturelle. Und mit dem Gefährlichkeitspotential von Cannabis ist es auch nicht weit her, wie eine Fülle medizinischer und pharmakologischer Empirie zeigt. Keine Droge ist völlig ungefährlich, aber das teilt sie ja mit allen Lebensmitteln, die wir täglich zu uns nehmen, ohne deswegen gleich nach dem Strafrecht zu rufen. Wenn gerade hier das ideologische Feldgeschrei so laut ist, dann nur deswegen, weil ganz andere Werte verteidigt werden als unsere Gesundheit: ver-

teidigt wird die gesellschaftliche Kontrolle über den Rausch, verteidigt wird auch die Machtposition der Definition über das, was als sozial integriert gelten darf. In einem anderen Sinne als gebräuchlich handelt es sich um Drogen-Politik, d. h. eine Politik, die Drogen instrumentalisiert für ihre fürsorglich-paternalistische Auffassung, wonach "Vater Staat" schon weiß, was für uns gut oder nicht gut ist. Alkohol ist für uns gut, weil die meisten von uns damit umzugehen gelernt haben und irgendetwas dazu dienen muß, "der Arbeit hartes Joch" und "des Lebens Müh", Sie erinnern sich an des Lied, vergessen zu machen. Diejenigen, die es nicht gelernt haben, muß man in Kauf nehmen, und sie sind zudem eine soziale Abschreckung für die anderen. Haschisch ist für uns nicht gut und soll verboten bleiben, weil... ja, warum eigentlich? Sie werden auf diese Frage im Verlauf dieser Tagung einige Antworten hören, denen ich gar nicht vorgreifen möchte. Nur soviel: es spiegelt zwar die moderne Ambivalenz gegenüber dem Rausch, wenn uns eine Droge erlaubt wird und wir mir ihrem Konsum zur Entlastung des Bundeshaushalts beitragen dürfen, eine andere Droge jedoch verboten bleibt, deren Rausch ein wenig introvertierter und sinnlicher verläuft. Aber diese Trennung nach legalen und illegalen Drogen ist eine Trennung, die von zwanghaften Kontrollbedürfnissen und der Ängstlichkeit diktiert wird.

## LITERATURVERZEICHNIS:

ALDNO LEGNARO und HERBERT BERGER, Die historischen Wandlungen von Drogen-Stereotypen: 250 Jahre Bewertung von Haschisch und Opium, in TH. KUTSCH und G. WISWEDE (Hrsg.), Drogen-Konsum. Einstieg - Abhängigkeit - Sucht, Königstein/Ts. 1980

ALDO LEGNARO, Ansätze zu einer Soziologie des Rausches - zur Sozialgeschichte von Rausch und Ekstase in Europa, in G. VÖLGER und K. VON WELCK (Hrsg.), Rausch und Realität - Drogen im Kulturvergleich, Reinbek 1982

ALDO LEGNARO, Alkoholkonsum und Verhaltenskontrolle - Bedeutungswandel zwischen Mittelalter und Neuzeit in Europa, in VÖLGER/V. WELCK, op. cit.

und dort angeführte weitere Literatur

# Thesen zur Legalisierung von illegalen Drogen

Prof. Dr. H.-J. Jungblut

Zunächst zum Verlauf der Argumentation. Ich will in einigen Sätzen die aktuelle Drogenpolitik und deren Auswirkungen auf die Drogenhilfe ansprechen. Danach gebe ich Gründe an, die als Legitimation für eine andere Drogenpolitik und Drogenhilfe herangezogen werden können. Zum Schluß versuche ich, zu den Stichworten Entkriminalisierung, Liberalisierung und Legalisierung eine Perspektive anzudeuten, die in Zukunft den Umgang mit Konsumenten von jetzt illegalen Drogen vorgeben kann.

Die Abhängigkeit junger Menschen von Drogen ist seit Ende der 60er Jahre ein gesellschaftliches Problem. In der Öffentlichkeit wird seitdem die Erklärung dieses Phänomens überwiegend durch zwei einander ergänzende Muster vorgenommen

- einmal durch den Verweis auf individuelle Eigenschaften, psychische Dispositionen und biographische Entgleisungen. Dabei wird Drogengebrauch als "Merkmal einer individuell gescheiterten kranken Persönlichkeit" gesehen;
- zum zweiten durch den Hinweis auf Verführer und Verführte: Gesunde junge Menschen werden durch einige wenige, psychisch gestörte und ökonomisch motivierte Zeitgenossen verführt. Die Vorstellung von zum Drogengebrauch verführten Jugendlichen konstituiert ein soziales Stereotyp, das da heißen kann: Der Konsument ist Opfer einer Verschwörung gegen gute Sitten und Verführter bei seiner Suche nach dem Lebenssinn.(1)

Der öffentlichen Meinung zur Ursache des Drogenkonsums korrespondieren auch die drogenpolitisch präferierten wissenschaftlichen Theorien zur Entstehung von Abhängigkeit und zur Bewältigung dieser Problematik. Gedeutet wird Drogenabhängigkeit hier zunächst als Krankheit. Somatische und / oder psychische Anomalien - Resultat konflikthaft verlaufender Entwicklungslinien im Kindesalter - lassen den Menschen süchtig werden. Dies deutet hin - so diese Einschätzung - auf eine Drogenpersönlichkeit, die sich signifikant in der Genese ihrer psychosozialen Befindlichkeit unterscheidet von anderen Menschen.(2)

Daß Drogenkonsum auch die Verletzung geltenden Rechts bedeutet, ist durch das BTMG vorgegeben. Insofern wird der Drogenkonsum auch als Straftäter behandelt. Hier erfolgt die Begründung durch den Hinweis auf zwei Sachverhalte:

- Einmal sei Drogenabhängigkeit eine selbstschädigende Handlung des Subjektes, die eine willkürliche Herbeiführung der eigenen Hilfsbedürftigkeit bedinge. Insofern sei hier der Tatbestand der Sozialschädlichkeit zutreffend.(3)
- Zum zweiten schaffe der Abhängige durch die Anlegung eines Drogenvorrates die Gefahr, auch seine Umwelt mit Drogen zu infizieren.

Insofern seien hier auch sozial epidemiologische Aspekte zu bedenken, die Sanktionen unterschiedlichster Art notwendig machen.(4)

In dieser Ambivalenz von Krank- und Schuldfähigkeit hat sich ein Hilfesystem eingerichtet, das durch das ihr zugrunde liegende Legitimationspotential wenig flexibel auf Bedürfnisse ihrer Nutzer reagieren kann. In seiner offiziellen Lesart erscheint es zudem rigide, bürokratisch organisiert, monodimensional konzipiert, rein abstinenz - orientiert und offensichtlich von minimaler Effizienz.

Wenn auch diese Beschreibung die tatsächlichen drogenpolitischen Verhältnisse und die darauf aufbauende Drogenhilfe etwas überzeichnet wiedergibt, so regen sie doch dazu an, jenseits der traditionellen Wege der Drogenpolitik Überlegungen anzustellen, die aus deren offensichtlichem Dilemma herausführen können.

Wie wir gesehen haben, ist der Träger der Drogenpolitik der Staat und seine Institutionen. Beide bilden Muster des Umgangs mit Drogenkonsumenten heraus. Diese werden sodann gesetzlich sanktioniert, institutionell organisiert und öffentlichkeitswirksam legitimiert. Wichtig ist hierbei stets eine - wenn man so will - Entsprechung zwischen den Legitimationsmustern des Staates und seinen Institutionen und der "öffentlichen Meinung" herzustellen. Diese Politik wird "Prohibitionspolitik" genannt, weil sie den sanktionierenden Umgang des Staates mit Konsumenten von Rauschdrogen begründen muß.

Das Prohibitionsmodell in der BRD - wir sahen es oben - kriminalisiert vom Ansatz her den Produzenten und Händler der verbotenen Drogen und mit kleinen Einschränkungen auch den Konsumenten. Art und Umfang der Kontrollreaktion sind jedoch geleitet von der Auffassung, daß unerwünschter Drogenkonsum Krankheit und Straftat zugleich ist. Dies bedeutet - so HAFFKE -, daß

- die Drogensucht nicht in erster Linie als ein kriminelles, sondern als gesellschaftliches und pathologisches Problem begriffen werden muß,
- gleichwohl aber unter Strafe gestellt werden muß,
- Strafe allerdings nicht Therapie verhindern darf, vielmehr als zusätzliches Mittel zur Therapiemotivation dienen soll.(5)

Wenn wir uns im folgenden mit der Frage der Entkriminalisierung, Liberalisierung und Legalisierung auseinandersetzen wollen, so müssen wir zunächst diese Prohibitionspolitik mit ihren Leitlinien, wie sie u. a. KÖRNER (6) in seinem Kommentar zum BTMG formuliert hat, auf ihre gesellschaftlichen, ökonomischen, kriminalpolitischen und ethischen Folgen hin überprüfen. Erst dann läßt sich eine Ablösung des in der BRD sich konstituierten Prohibitionsmodells begründen, lassen sich die Entkriminalisierung der Konsumenten, die Liberalisierung des strafrechtlichen Umgangs mit dem Drogenproblem und die Legalisierung des Drogengebrauchs legitimieren. Das soll nun im folgenden geschehen.

1. Strafrechtlich organisierte Prohibition, wie sie in der BRD praktiziert wird, begründet ihren Zweck in der Spezial- und Generalprävention. Insbesondere durch die Einführung des BTMG 1982 ist hier ein Sanktionspotential geschaffen worden, das bis zu 15 Jahren Haft im Straffall zuläßt und zudem durch die Möglichkeit der Anwendung unterschiedlicher kriminaltaktischer Varianten den Handel mit und den Konsum von Drogen erschweren bzw. verhindern soll. Diesen harten Sank-

tionsstrategien ist auch der Sonderfall geschuldet, unter bestimmten Bedingungen für Konsumenten die Strafe durch Therapie aussetzen zu lassen. (7) Infolgedessen sollte nach mehr als 10 Jahren der Anwendung des BTMG, einschließlich der in dieser Zeit vorgenommenen Novellierungen, der Abschreckungscharakter des Gesetzes öffentlich wirksam geworden sein. Ein Blick in die Statistiken des BKA (Bundeskriminalamt) belegt das Gegenteil. (8) 1982 wurden 39.824 allgemeine Verstöße gegen das BTMG registriert, 1991: 75.631; 1982 wurden 23.165 Handel- und Schmuggeldelikte aufgedeckt, 1991: 37.269. Insgesamt wurden 1982: 63.000 Delikte erfaßt, 1991: 117.000. Auch die Zahl der Erstkonsumenten harter Drogen hat sich von 1982 (4.500) bis 1991 (13.000) mehr als verdoppelt. Man kann diese Zahlen auch ausdifferenzieren nach Geschlecht und Alter, zusätzliche Erhebungen anführen; stets bleibt die Gewißheit, daß Sanktionen offensichtlich nicht hinreichen, Konsum und Handel von Drogen einzudämmen, geschweige denn zu verhindern. Mit dem Anstieg der Zahl der Drogenkonsumenten einher geht der Anstieg der Mortalitätsrate bei heroinsabhängigen Polytoxikomanen: 1990 - 1.491 Tote; 1991 - 2.125 Tote; Tendenz weiter steigend in 1992. (9)

2. Der Drogentod ist in vielen Fällen auf Überdosen zurückzuführen. Ein wesentlicher Grund für die in den letzten Jahren zu beobachtende hohe Anzahl von Drogentoten ist zudem zu suchen in der zunehmenden sozialen und gesundheitlichen Verelendung von Fixern. Mangelnder medizinischer Service und hochschwellige Beratungs- und Hilfeinstitutionen verhindern notwendige Unterstützungen. Durch AIDS, Hepatitis und Geschlechtskrankheiten sind zusätzliche Risiken auf der Szene vorhanden, die das Leben von Drogenabhängigen erheblich riskant machen. Insbesondere die Tatsache, so KÖRBER in einer Studie über AIDS und HIV bei Fixern (10), daß mittlerweile mehr als 30 % der Drogenabhängigen infiziert sind, macht die Gruppe der Drogenabhängigen zu einem Infektionsherd für HIV und AIDS.

Die Versorgung dieser im wahrsten Sinne des Wortes kranken Menschen - ausgenommen die Behandlung AIDS-kranker Menschen - kommt überwiegend nur im Notfall zustande, da der Straftatbestand "Drogenkonsum" präventive Versorgung nur sehr (er)schwer(end) zuläßt.

3. Drogenabhängig zu sein bedeutet nicht nur, sein Leben aufs Spiel zu setzen, es ist auch ein ausgesprochen kostspieliges Unterfangen.

1990 wurden in der BRD ca. 840 kg Heroin sichergestellt, 1991 ca. 1.590 kg. Die Relation auf Kokain bezogen stellt sich so dar: 1990 - 2.740 kg, 1991 ca. 1.000 kg. Das BKA nimmt an, daß etwa 10 bis 15 % des tatsächlich in Umlauf gebrachten Kokains bzw. Heroins sichergestellt werden. Wenn man bedenkt, daß 1 kg Heroin im Endverbrauch ca. 150.000,00 DM kostet, bzw. 1 kg Kokain 250.000,00 DM, so muß in den Jahren 1991 eine gewaltige Menge Geld ausgegeben worden sein, um Heroin und Kokain zu erwerben. Ich erspare mir hier, weitere Zahlen zu nennen. (11)

Da Drogenabhängige überwiegend nicht arbeiten, müssen die Mittel dafür anderweitig aufgebracht werden, und zwar durch Kleinhandel, Prostitution, Raub und Diebstahl. Statistische Erhebungen des BKA (12) brachten die Erkenntnis, daß 89 % befragter inhaftierter Drogenabhängiger ihren Drogenbedarf über Geld aus Ladendiebstählen finanzieren, 53 % begingen Wohnungseinbrüche, 50 % Kfz-Aufbrüche. 35 % - überwiegend Frauen - gingen der Prostitution nach.



4. Seit ca. 20 Jahren gibt es in allen großen deutschen Städten Beratungsstellen für Drogenkonsumenten und Abhängige von illegalen Drogen. Darüber hinaus existiert eine große Anzahl von Beratungseinrichtungen, die neben Gebrauchern von illegalen Drogen auch andere Formen der Sucht zum Anlaß ihrer Tätigkeiten nehmen. Insgesamt - so eine Quelle der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren - gibt es etwa 1.100 Behandlungs- und Beratungsstellen in der BRD, die einschließlich der Gesundheitsämter, den Konsumenten legaler wie illegaler Drogen zur Verfügung stehen.(13)

Therapie wird in der Bundesrepublik Deutschland überwiegend stationär für Drogenabhängige angeboten. Hier existieren - so die DHS - ca. 79 Einrichtungen mit etwa 2.450 Plätzen. Darüber hinaus gibt es in zahlreichen Krankenhäusern und Kliniken Abteilungen für den körperlichen Entzug, sowie Übergangswohnheime, Kontaktläden ohne Beratungs- und Therapieverpflichtungen, deren Zahl hier nicht angegeben werden kann.(14)

All diese Möglichkeiten zur Rehabilitation und Resozialisation von Drogenabhängigen sind zuständig für die psycho-soziale Versorgung von therapie- und beratungswilligen Drogenabhängigen. Deutlich ist jedoch erkennbar, daß diese Institutionen kaum in der Lage sind oder sein werden, dem Problem aller Drogenabhängigen gerecht zu werden, geschweige denn, den Anteil von Drogenabhängigen zu reduzieren. Das hängt mit der Intensität der Behandlung zusammen, die immer nur für einige wenige ausgerichtet ist und einen hohen personellen Aufwand nötig macht. Auch sind noch lange nicht alle Möglichkeiten des rehabilitativen Umgangs mit Drogenabhängigen ausgeschöpft, denn die bisherige Ausrichtung auf psychiatrische-psychoanalytische Therapien bzw. lerntheoretisch organisierte Therapien ist wahrscheinlich nur eine Variante in dem Versuch, die Ablösung von Drogen zu erreichen. Ob über ein breit gefächertes Angebot an Therapie und Beratung überhaupt das Drogenproblem gelöst werden kann, darf bezweifelt werden. Zudem sind die Kosten, die ein solches System verursachen würde, sehr hoch und angesichts der immensen Kostensteigerungen im Gesundheits- und Sozialhilfereich kaum finanzierbar.

Über die tatsächliche Effizienz therapeutischer Einrichtungen ist damit noch gar nichts ausgesagt.

5. Der Gebrauch und Verkauf von illegalen Drogen findet unter konspirativen Bedingungen und ausschließlich in der Illegalität statt. Aber auch hier entfaltet sich ein Markt, der weitgehend den traditionellen Gesetzen der Ökonomie gehorcht: Angebot und Nachfrage werden über den Markt koordiniert. Allerdings weist dieser Markt, wie gesagt, die Besonderheit der Illegalität aus und reagiert zudem äußerst preisunrealistisch, da auch bei Preiserhöhungen unbedeutend weniger konsumiert wird.

Andererseits kann eine Verknappung des Angebots zu Preiserhöhungen führen und damit auch zu einer Erhöhung einer Gewinnspanne. So haben wir drogenpolitisch gesehen eine ganz eigentümliche Konstellation. Je strenger das Verbot, desto höher der Preis. Je höher der Preis, desto größer der Gewinn und damit das Interesse der Händler an einer - wenn man so will - dynamischen Geschäftsentwicklung. Dazu können - bedingt durch die Illegalität der Szene, nicht durch die Beschaffenheit des Stoffes - Verschiebungen in der Nachfrage erzeugt werden: Wenn Cannabis nicht verfügbar ist, wird stattdessen Heroin oder Ko-

kain angeboten und konsumiert. Damit werden - zynisch gesprochen - ganz neue Märkte erschlossen und gesichert. Eine weitere Variante ergibt sich zusätzlich noch in der Kombination von illegalem Drogen- und legalem Medikamentenmißbrauch. Drogenabhängige konsumieren ja nicht nur Heroin, Kokain oder deren Derivate, sondern auch Medikamente wie z. B. Benzodiazepin-Derivate als da sind: Rohypnol, Diazepan, Lexotamil etc.. In dem Maße, wie weniger Drogen verfügbar sind, steigt die Nachfrage nach solchen Präparaten, und so partizipiert auch die Pharmaindustrie nicht nur über den Verkauf an Substanzen zur Heroin- und Kokainherstellung an einer prohibitiven Drogenpolitik.

Ich komme zur eingangs aufgeworfenen Fragestellung zurück, die da hieß: Welche Folgen zeitigt die staatliche Prohibitionspolitik im Umgang mit Heroin, Cannabis, Kokain und deren Konsumenten.

Die bislang zusammengetragenen Statistiken, Aussagen, Wissensbestände und theoretischen Annahmen wie praktische Probleme zeichnen ein verheerendes Bild. Die Prohibitionspolitik in der BRD ist schlicht

- kontraproduktiv in ökonomischer Hinsicht, da sie durch Strafverfolgung und Illegalisierung hohe Gewinne begünstigt;
- kontraproduktiv in rehabilitativer Hinsicht, da sie durch das Abstinenzgebot und durch die therapeutisch einseitige Ausrichtung wirksame medizinische und psychosoziale Versorgung insgesamt erschwert;
- kontraproduktiv in kriminalpolitischer Hinsicht, weil sie auf Grund eines umfangreichen Aufwandes an Strafverfolgungsmaßnahmen konspirative Bedingungen zum Handel und Gebrauch von Drogen geschaffen hat, die sie manchmal nur unter Preisgabe demokratischer Prinzipien unserer Verfassung aufdecken kann. Darüber hinaus ist die Verbrechensbekämpfung wenig effektiv im Hinblick auf das Aufdecken von Dealerdelikten. Wie RASCHKE (15) kürzlich berichtete, sind ein Drittel der von der Polizei gefaßten Drogentäter Konsumenten harter Drogen. Innerhalb eines achtjährigen Beobachtungszeitraumes waren dies - so RASCHKE - in Nordrhein-Westfalen ohne Doppelzählungen ca. 36.000 Menschen; bei der Berücksichtigung von Dunkelziffern in Nordrhein-Westfalen ca. 70.000 Menschen, die häufig oder gelegentlich harte Drogen konsumieren. Soweit die Polizei sie aufspürt, werden zwei Drittel wegen Konsum- und auch Dealerdelikten in diesem Zeitraum auffällig. Es sind also Konsumentendealer. Auf acht Jahre hin betrachtet - so RASCHKE - führt dies in Nordrhein-Westfalen zu dem polizeilichen Ergebnis, daß von insgesamt 111.000 Drogentätern - hierzu zählen auch ca. 40.000 Cannabis-Konsumenten - es schließlich ganze 5.000 sind, die nur wegen Dealens auffällig werden. Es sind also letztlich und fast ausschließlich die Drogenkonsumenten, die polizeilich verfolgt werden und nicht die wirklichen Dealer;(16)
- die Prohibitionspolitik ist gesellschaftspolitisch höchst fragwürdig, da sie mehr oder weniger willkürlich einen Teil von Drogengebrauchern pathologisiert und kriminalisiert; einen sehr viel größeren Teil von Menschen, die Alkohol, Nikotin etc. konsumieren, maximal als "krank" begreifen will. Damit setzt sich eine solche Prohibitionspolitik auch erheblichen Legitimationsproblemen gegenüber der nachwachsenden Bevölkerung aus, die m. E. nicht politisch argumentativ geklärt werden kann;

- sie ist - letztendlich - ethisch fragwürdig, da sie billigend in Kauf nimmt bzw. unreflektiert unterstellt, daß erst psychosoziale Verelendung, repressive Ausgrenzung und moralische Ächtung den Drogenabhängigen wieder den Pfad der Tugend beschreiten läßt.

Angesichts diese Kritik - will man ihr denn folgen - liegt es nahe, eine Änderung oder gar Aufgabe der aktuellen Prohibitions politik zu fordern. Das Ziel könnte sein, eine vollständige Legalisierung illegaler Drogen zu fordern. Das heißt - so JOSET - : "Der Umgang mit Drogen, sowohl Konsum wie Handel, ist grundsätzlich straffrei, d. h. legal, zumindest für den Erwachsenen. Administrative Einschränkungen und Lenkungsmaßnahmen (durch Abgabe von Lizenzen, Besteuerung, Qualitätskontrollen, Werbeverbote etc.) bleiben vorbehalten. Freigabe dagegen impliziert die freie Zugänglichkeit für jedermann und ist darum weitergehend als der Begriff der Legalisierung.

Entkriminalisierung, Depönalisierung oder umfassende Liberalisierung (umfassend, weil auch nicht-strafrechtliche Bereiche erfassend) meinen nach heute überwiegendem Verständnis der Teilschritte auf dem Weg zur Straffreiheit, z. B. Entkriminalisierung des Konsums oder des süchtigen Kleinhandlers, Herabsetzung des Strafrahmens etc.. Unter dem Begriff der Liberalisierung wäre zusätzlich etwa eine Lockerung der Strafverfolgung extralegalen zu verstehen, also z. B. der Verzicht auf Strafverfolgung trotz weiterbestehenden Konsumverbots.(17)

"Trotz allem, trotz auch gegenteiliger Erfahrung im Ausland, besteht im Falle einer Entkriminalisierung das Risiko eines Konsumanstiegs. Ökonomen wenden ein, dieses Risiko besteht auch beim Status quo, da das heutige Verbot äußerst wirksame Anreize schaffe für eine Marktausdehnung, und zwar auf allen Stufen, sowohl im Klein- wie auch im Großhandel; und Marktausdehnung bedeute auch Konsumausdehnung.

Aber selbst wenn angenommen würde, die Aufhebung der Prohibition würde die Zahl der Süchtigen steigern, so wäre immer noch zu fragen, ob diese Zunahme nicht gegenüber den immensen Folgekosten der Prohibition in Kauf zu nehmen wäre. Wenn wir hierzu auch wiederum den Ökonomen fragen, so ist die Antwort eindeutig: Die Kosten des allfälligen "legalen Mehrkonsum" sind weit geringer zu veranschlagen als die gesellschaftlichen Kosten des illegalen Marktes. Für den Juristen, vor allem auch aus sozial-ethischer Perspektive, ist die Kosten-Nutzen-Analyse, resp. die Güterabwägung problematischer: Der behauptete Nutzen der Prohibition, der unterstellt Schutz potentieller Neukonsumenten wird erkaufte durch die bewußte Inkaufnahme schwerster Risiken für Leib und Leben der heutigen Konsumenten. Einer hypothetisch abstrakten Gefährdung steht eine bereits reale und konkrete Gefährdung gegenüber. Da bleibt für Risikoabwägung kein Raum. Oder anders formuliert: Eine Liberalisierung der Gesetzgebung mag riskant sein, die heutige Prohibition ist es nicht minder; und diese heutigen Risiken, diese Kosten zu mindern, ist unabdingbare Pflicht".(18)

Zur Liberalisierung der Gesetzgebung wie auch zur Legalisierung und Entkriminalisierung werden in der Bundesrepublik Deutschland seit einiger Zeit Vorschläge diskutiert. So z. B. von B. G. THAMM:(19)

THAMMS These ist einfach und einleuchtend: Die Geschichte der Menschheit im Mittelalter und in der Neuzeit zeigt, daß Menschen zu allen Zeiten Rauschmittel konsumiert haben, daß das Aufkommen neuer Drogen stets begleitet war von Akzeptanzproblemen, die ihren Grund überwiegend jedoch nicht in dem Spezifikum der neuen Drogen, sondern in deren gesellschaftlicher Definition und in der ökonomischen Verwertung tradierter Drogen hat-

ten. Die Geschichte zeigt weiter, daß ein strenger prohibitiver Umgang mit neuen Drogen - so THAMM - stets zur Herausbildung illegaler Märkte und z. T. zu enormen finanziellen Gewinnen geführt hat, daß eine prohibitive Drogenpolitik immer auch zu Theorien Anlaß bot, die jene oft mit z. T. abenteuerlichen Argumenten legitimierte und daß jedoch in dem Maße von prohibitiven Maßnahmen durch staatliche Intervention Abstand genommen wurde, wenn der Nutzen einer solchen Politik den Schaden, den sie anrichtete, nicht mehr aufwog und wenn die Legitimationsmuster, die sie stützten, im gesellschaftlichen Alltag nicht mehr akzeptiert wurden.

THAMMS Diagnose der momentanen Drogenpolitik nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland, sondern weltweit ist: Die auch von der Weltgesundheitsorganisation getragene prohibitive Drogenpolitik erwirtschaftet einerseits Beträge in Milliardenhöhe durch internationale Syndikate, führt darüber hinaus zur Finanzierung von illegalem Waffenhandel und zur Anstiftung von Kriegen, stürzt Millionen von Menschen in materielles und psychosoziales Elend und läßt sich nur noch mit martialischem Getöse (Krieg den Drogen) politisch legitimieren.

THAMMS Forderung ist eine antiprohibitive Drogenpolitik. Sie soll Gesellschaft und Strafverfolgungsbehörden entlasten durch die Reduktion der Kosten im sozialen, kriminalen und gesundheitspolitischen Bereich, sowie zur Entkriminalisierung Betroffener als auch zur Beseitigung der Folgekriminalität führen. Eine wie auch bei anderen Genuß- und Rauschmitteln zu erhebende Steuer soll die Kosten finanzieren, die für Therapie, Sozial- und Jugendhilfe ausgegeben werden müssen.

Eine Legalisierung jedoch - so THAMM - kann nur dann erreicht werden, wenn sie politisch vorbereitet wird; insofern ist ein schrittweiser Abbau des Prohibitionsmodells angezeigt.

Eher volkswirtschaftlich orientiert argumentieren die Münsteraner Volkswirtschaftler HARTWIG und PIES.(20) Sie schlagen eine kontrollierte Teil-Liberalisierung des Drogenmarktes vor. Abhängige könnten ihre Drogen gegen Kostenerstattung vom Staat durch staatlich lizenzierte Institutionen beziehen. Der nicht-staatliche Handel bleibt verboten. Wenn der Staat nur materialkostendeckende Minimalpreise verlangt, wird der illegal organisierte Handel unmittelbar reduziert. Der nicht-staatliche Handel bleibt weiterhin riskant. Die Händler müssen hohe Risikoprämien, also hohe Schwarzmarktpreise fordern, damit sich das Geschäft lohnt. Zudem verursacht das aufwendige Herstellung- und Vertriebsnetz einen hohen Fixkostenblock, der auf immer geringer werdende Absatzmengen umgeschlagen werden muß. Darum wird das organisierte Verbrechen - so HARTWIG und PIES - dem preisgestützten Verdrängungswettbewerb nicht standhalten können und sich aus dem Markt zurückziehen müssen. Dies hat auch zur Folge, einen wahrscheinlich erheblichen Rückgang der Beschaffungskriminalität, sicherlich auch einen Rückgang der Mortalitätsrate und einen Rückgang bzw. Stillstand der szenetypischen Krankheiten.

BAUER/BOSSONG (21) schlagen "kleine Schritte" in Richtung auf eine Normalisierung des Umgangs mit illegalen Drogen vor und eine Liberalisierung der Prohibitionspolitik:

- eine ausreichende Zahl niedrigschwelliger Tagesaufenthalts-, Beratungs-, Entgiftungs- und ambulante Therapieangebote;
- ein wohnortnah etabliertes Substitutionsangebot, das niedrigschwellig angelegt ist;
- Heroin wie Polamidon verkehrs- und verschreibungsfähig zu machen;

- die Entscheidungskompetenzen zum erlaubten Drogenverkehr vom Bundesgesundheitsamt auf die Landesgesundheitsämter zu erweitern;
- die Erweiterung der Indikationskriterien zur Methadonsubstitution;
- den Anbau, Herstellung und Handel von geringen Mengen illegaler Drogen als Ordnungswidrigkeiten zu ahnden;
- das Einführen, Ausführen, Abgeben, Veräußern sowie Erwerben, Besitzen oder sich in sonstiger Weise Verschaffen illegaler Drogen, ohne Handel damit zu treiben, straffrei zu stellen;
- die Abschaffung des Abschnittes 7 des BTMG (Therapie statt Strafe) und Rückgriff auf die Möglichkeiten des Allgemeinen Strafrechts;
- die Herausnahme von Cannabis unter Respektierung bestimmter Altersgrenzen aus dem Strafrechtsbereich; ;\_li die Straffreistellung des Konsums von geringen Mengen Kokain sowie der Handel zu Eigengebrauch.

"Auf lange Sicht" - so BAUER/BOSSONG - "könnte man drangehen, die Betäubungsmittel in hohen Dosierungsformen dem Arzneimittelrecht, niedrigdosierte Darreichungsformen dagegen lebens- und genußmittelrechtlichen Regelungen zuzuordnen. Mit einer solchen Politik der schrittweisen Liberalisierung ließe sich auch empirisch überprüfen, ob das langfristige Ziel der Legalisierung verwirklicht wird eine in welchen Punkten es modifiziert werden muß."

Diese Vorschläge sind notwendig und richtig. Sie brechen sich allerdings z. Z. an der Realität der Drogenpolitik.

Politik - so auch die Prohibitionspolitik - hat es zunächst immer mit Akzeptanz auf seiten der Bürger und Glaubwürdigkeit auf seiten der Legislative zu tun. Eine sofortige umfassende Legalisierung würde wahrscheinlich von einem großen Teil unserer Mitmenschen nicht akzeptiert werden. Die oben angeführten, im Alltag vorfindbaren Beschreibungen für die Ursachen von Drogenabhängigkeit sind ja zugleich auch gesellschaftliche Zuschreibungen mit starken normativen Ansprüchen. Diese erlauben "Sicherheit" im Umgang mit Irrationalismen, wie sie die Abhängigkeit von Heroin oder Kokain nun einmal darstellt. Insofern sind diese "Sicherheiten" im gesellschaftlichen Diskurs nicht per Federstrich durch andere "Beschreibungen" des gleichen Sachverhaltes zu ersetzen. Gewöhnung an eine andere Normalität benötigt schlicht Zeit.

Ein zweites Hindernis auf dem Weg zu einer sofortigen Legalisierung besteht in der Verselbständigung des drogenpolitischen Diskurses mit seinen Ambivalenzen von krank- und schulfähig. Indem sich die Prohibitionspolitik jahrzehntelang dieser Ambivalenz zur Legitimation ihrer Handlung bedient hat und sie auch als die einzige gesellschaftliche Möglichkeit im Umgang mit Abhängigen hochstilisiert hat, steht und fällt die Glaubwürdigkeit ihrer Vertreter mit der Preisgabe oder Nichtpreisgabe dieser Objektivität vortäuschenden Beschreibung. Eine Änderung dieser Politik benötigt hier nicht nur Zeit, sondern auch eine nicht-ideologisierende, objektive Sichtweise.

Gegen eine sofortige Legalisierung spricht jedoch nicht nur das Beharrungsvermögen gesellschaftlicher Deutungsmuster mit seiner Sicherheit im Umgang mit Irrationalismen vermittelten Gewißheiten. Für den Gebrauch von z. Z. illegalen Drogen haben sich nur ganz spezifische Gebrauchsmuster, die eben dieser Illegalität geschuldet sind, herausgebildet. Diese sind jedoch höchst risikoreich. Risiken lassen sich dabei herleiten aus der nicht zu kon-

trollierenden Beschaffenheit des Stoffes, aus der z. T. unhygienischen Applikationsweise, aus der unter Streß zu erfolgender Einnahme von Drogen u. v. a. m.. Eine Legalisierung illegaler harter Drogen muß insofern einhergehen mit der gesellschaftlichen Etablierung von risikoarmen Gebrauchsmustern für den Drogenkonsumenten. Es muß sich so etwas wie eine "Drogenkultur" herausbilden (SCHMIDT-SEMISCH), die Muster des Umgangs mit Drogen sozialisationsfähig macht. Auch hier spielt der Zeitfaktor eine ganz entscheidende Rolle, weil eine solche Drogenkultur sich nur gegen den Widerstand gesellschaftlicher Interessen und gegen den Widerstand ökonomischer Interessen durchsetzen kann.

"Das Paradoxon besteht jedoch darin, daß unter der aktuellen Prohibition ein bewußter und maßvoller Umgang mit psychoaktiven Substanzen und ihren Risiken kaum, oder dann nur in der Illegalität, erlernt werden kann. In anderen Bereichen handeln wir wesentlich rationaler. Niemand läßt sein Kind zu Hause, weil der Verkehr so mörderisch ist. Im Gegenteil, wir versuchen, unseren Kindern einen risikobewußten Umgang mit den Gefahren des Straßenverkehrs beizubringen. Werden dagegen die 15- bis 18jährigen erstmals mit der Welt der Drogen konfrontiert, reagieren wir reflexartig mit einer Verbotshaltung, die kaum geeignet ist, das Vertrauen derjenigen zu gewinnen, zu deren Schutz das Verbot erlassen worden ist. Daß ein maßvoller Umgang mit psychoaktiven Substanzen kaum erlernt werden kann, ist gerade das Problem der Illegalität. Und wer die Prohibition damit begründet, daß unsere Gesellschaft mit diesen Drogen eben nicht umgehen könne, der legitimiert die heutige Illegalität mit einer Situation, die sie selbst erst schafft."(23)

Wenn eine Total-Legalisierung z. Z. nicht durchsetzbar erscheint, andererseits die Beibehaltung des Status quo auch von der Polizei und der Strafverfolgung schon heute als unerträglich bezeichnet wird, sind Schritte nötig, die gewissermaßen den Zeitfaktor gesellschaftlicher Änderungen in Rechnung stellen, Erleichterungen für Drogenabhängige im Umgang mit der staatlichen Prohibitionspolitik anstreben. Ob dazu die vom Bundesrat und Bundesregierung vorgenommene Neuregelung des § 31 a BTMG ein Anfang bedeutet, bleibt abzuwarten.

## LITERATURVERZEICHNIS:

1. YOCK YOUNG: Die Rolle der Polizei als Ver..... von Abweichung, Konstrukteur von Wirklichkeit und Übersetzer von Phantasien. In H. Steinert, Symbolische Interaktion Stgt 1973 Seite 162 ff.
2. HEIGL-EVERS, A. u. a.: Grundstörungen bei Abhängigkeit und Sucht aus ..... psychologischer Sicht. In K. Wanke; G. Beiringer (Hrsg.) Berlin/Heidelberg 1991 Seite 37 ff.
3. MOLL, St.: Strafrechtliche Aspekte der Behandlung Opiatabhängiger mit Methadon und Codein. Ff 1990 Seite 36 ff.
4. MOLL, St.: Strafrechtliche Aspekte der Behandlung Opiatabhängiger mit Methadon und Codein a.a. V. Seite 36 ff.
5. HAFFKE, B.: Drogenabhängigkeit ist Krankheit. Unveröffentlichtes Manuskript 1991
6. KÖRNER, H. H.: Betäubungsmittelgesetz München, Beck 1990 (Beck'sche Kurz-Kommentare, Bd. 37)
7. BTMG §§ 35
8. Rauschgift Jahresbericht 1991 BRD, Bundeskriminalamt Wiesbaden
9. Rauschgift Jahresbericht 1991 BRD, Bundeskriminalamt Wiesbaden
10. Rauschgift Jahresbericht 1991 BRD, Bundeskriminalamt Wiesbaden
11. Rauschgift Jahresbericht 1991 BRD a. a. V.
12. Rauschgift Jahresbericht 1991 a. a. O.

13. Rauschgift Jahresbericht 1991 a. a. O.
14. Telefonische Auskunft der DMS
15. RASCHKE, P.: Rauschgiftbekämpfung und Suchtkrankenhilfe in der BRD. Vortrag zur 91. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin Berlin 1992
16. RASCHKE, P.: a. a. O.
17. JOSET, P.: Drogenpolitik in der Schweiz: Der Status quo und Reformansätze, in: Kriminologisches Journal 2/1992 S. 104
18. JOSET, P.: Drogenpolitik in der Schweiz: Der Status quo und Reformansätze, in: Kriminologisches Journal 2/1992 a. a. O. Seite 101
19. THAMM, B. G.: Drogenfreigabe - Kapitulation oder Ausweg, Hilden/Rhld. 1989, vgl. hier besonders Kapitel 1, 6, 7. und 8.
20. HARTWIG/PIES: In "Die Zeit", Jahrg. 1989 Nr. 10, Seite 95
21. BAUER, Ch./BOSSONG, H.: Am Ende werden wir doch legalisieren: Plädoyer für eine effektive Drogenkontrolle Neue Praxis 2/92
22. BAUER, Ch./BOSSONG, H.: Am Ende werden wir doch legalisieren: Plädoyer für eine effektive Drogenkontrolle Neue Praxis 2/92 Seite 11
23. JOSET, P.: Drogenpolitik in der Schweiz: Der Status quo und Reformansätze, in : Kriminologisches Journal 2/1992 a. a. O. Seite 102



# Legalisierung - Warum (nicht)? Pro und Contra

## "Contra-Thesen

Jost Leune

Sehr geehrte Damen und Herren,

man hat mich darum gebeten, 10 Thesen zum "Contra"-Standpunkt des heutigen Tagungstheams vorzutragen. Mir liegt sehr an zu Ende geführten Diskussionen, und ich schätze den Veranstalter in seinem Bemühen, in Veranstaltungen und Seminaren viel diskutierte Themen auf ihre Inhalte abzuklopfen und die Chance zu geben, sie zu Ende zu denken. Aber Sie dürfen sich sicher sein, daß es einfachere Dinge im Leben eines Verbandsgeschäftsführers gibt, als für "Contra"-Thesen in der Legalisierungsdebatte zur Verfügung zu stehen.

Um sich nicht in Worthülsen zu ergehen, sondern zielgerichtet diskutieren zu können, muß man säuberlich trennen, wovon wir reden, worauf wir uns beziehen, und was wir meinen.

Das für diesen Teil der Tagung gewählte Thema gibt uns vielerlei Möglichkeiten, aneinander vorbeizureden. Zu komplex ist der Hintergrund des Themas, zu viele - vermeintlich attraktive - Teilaspekte des Themas wurden bisher öffentlich verarbeitet und zu wenige wissen wirklich, wovon sie sprechen, wenn sie von dem sprechen, von dem wir heute sprechen wollen.

Lassen Sie mich erläutern, worum es mir geht:

Ich spreche über Entkriminalisierung von DrogenkonsumentInnen und Legalisierung von verbotenen Substanzen. Ich sehe mich allerdings nicht in der Lage, auf Grund meines beruflichen und persönlichen Hintergrundes auch nur ein einziges Argument gegen die Entkriminalisierung zu nennen. Für mich ist es nach wie vor ein skandalöser Zustand, daß versucht wird, die Sucht-Krankheit - so will ich es definieren, wenn Menschen mit dem Gebrauch eines Suchtmittels nicht mehr zurecht kommen (Ich interessiere mich aus diesem Grunde auch überhaupt nicht für vielfach sogenannte "Drogengebraucher", sondern nur für Drogengefährdete und Abhängige), daß also versucht wird, die Sucht-Krankheit mit den Mitteln des Strafrechtes zu heilen. Aber ich weiß auch, daß bestimmte Begriffe viel Interpretationsspielraum lassen. Entkriminalisierung sei - so meinen andere - auch die Legalisierung einer Lebenssituation, d. h. die Integration der Lebensmuster von Drogengebern in den gesellschaftlichen Kontext. Das - wie gesagt - empfinde ich nicht als meine Aufgabe. Ob dem Drogenkonsum wirklich eine freiwillige Entscheidung zugrundeliegt, und ob die daraus resultierenden Lebensformen Ziel und Vorbild für andere sein können, daran habe ich erhebliche Zweifel.

Die akzeptierende Form der Entkriminalisierung meine ich nicht. Ich meine etwas, was man mit "Entstrafung" bezeichnen könnte: Erwerb und Besitz von bisher illegalen Drogen soll nicht mehr strafbar sein. Dafür trete ich, dafür

tritt der FDR als Verband rückhaltlos ein; entsprechende Vorschläge sind von uns gemacht - in der Politik tut man sich allerdings schwer, dem zu folgen.

Worum es mir geht, ist der Begriff der "Legalisierung". Aber auch damit bin ich nicht ganz glücklich. Bestehende Gesetze sind immer legal. Sie sind der sichtbare Konsens in einem gesellschaftlichen Prozeß und werden erst, wenn dieser Konsens aufgekündigt ist, der gesellschaftlichen Meinung durch Novellierung erneut folgen. Der in der Drogendiskussion benutzte Begriff "Legalisierung" meint eigentlich "Legitimierung". Der Begriff "legitim" stellt die Frage, ob die Gesetzeslage, die derzeit bestimmte Substanzen verbietet, tatsächlich noch angemessen ist, oder ob nicht auf Grund neuerer Erkenntnis neue Gesetze zu erlassen sind.

Diese Frage führt schnell zu einer neuen Differenzierung. Wir können in dieser Diskussion Cannabisprodukte, also Haschisch und Marihuana und die vielen anderen verbotenen Substanzen nicht in einen Topf werfen. Ich muß klären, welche Substanzen gemeint sind. Die Anlage I des BtMG nennt die nicht verkehrs- und nicht verschreibungsfähigen Drogen, die Anlage II die nicht verschreibungs- aber verkehrsfähigen und die Anlage III die verschreibungs- und verkehrsfähigen Substanzen. Wenn ich also hier die Standpunkte zur "Legalisierung" vortrage, dann beziehe ich mich auf die Frage: Sollen einige, in den Anlagen des BtMG bisher als nicht verkehrs- oder verschreibungsfähig eingestufte Substanzen, die in der Drogenszene z. Z. hauptsächlich konsumiert werden, also Cannabis, Heroin, Kokain, und vielleicht auch "Crack" in Zukunft frei oder mit gewissen vertriebstechnischen Einschränkungen, wie sie z. B. durch das Jugendschutzgesetz geboten sind - erhältlich sein.

Bevor ich nun diese Frage beantworte, muß ich meine Rolle definieren. Meine Aufgabe ist es nicht, Ihnen meine persönliche Meinung vorzutragen oder die Meinung des Fachverbandes als meinem Arbeitgeber. Ich habe dem Veranstalter zugesagt mit der Einschränkung, daß dieses hier ein Rollenspiel ist und ich die Contra-Position einnehme.

Lassen Sie also alles, was ich jetzt sage, durch die vorher erwähnten Filter: Eingrenzung des Themas, Eingrenzung auf Substanzen und Eingrenzung meiner Rolle, fallen, bevor Sie es auf sich wirken lassen.

Meine Thesen:

1. **Die Kriminalisierung ist das Hauptübel für die DrogenkonsumentenInnen.**  
Bei einer Legalisierung entfallen die Strafbestimmungen. DrogenkonsumentInnen könnten besser erreicht werden und integrierter leben, da sie sich nicht mehr vor Polizei und Strafverfolgung fürchten müßten. Diese Überlegung setzt voraus, daß sämtliche Straftatbestände ausschließlich dem Drogenkonsum geschuldet werden. Daß dem nicht so ist, zeigen verschiedene Aussagen, die besagen, daß etwa 50 % der Drogenabhängigen auch vor Beginn ihrer Drogenkarriere bereits in Kriminalität verstrickt waren und auf Grund vielfältiger Bedingungen vermutlich früh zu strafbarem Verhalten kommen. Zwar würde ein Teil der Drogenkriminalität wegfallen, aber bei vermutetem Mehrkonsum wieder ansteigen.

2. **Legalisierung könnte einen Markt austrocknen, auf dem enorme Profite erzielt werden, die letztlich ganze Staatswesen bedrohen.**  
Diese Überlegung setzt voraus, daß illegale Profite ausschließlich oder überwiegend aus Drogenhandel erzielt werden. Dies wird vermutlich so sein, aber das "organisierte Verbrechen" oder "der Mob", wie Dagobert Lindlau ihn nennt, war bisher niemals dazu gezwungen, nach Wegfall der Grundlage illegaler Geschäfte, sich beim Arbeitsamt zu melden, sondern konnte relativ schnell das erzielte Vermögen in neue und wiederum illegale Geschäfte investieren. Viele Schwarzmarkt-Gewinner konnten nach dem letzten Krieg ihren Reichtum lange mehren und davon zehren und auch die Mafia hat nach der Prohibition keineswegs am Hungertuche genagt, sondern weiterhin tüchtig und illegal Geld verdient. Und zwar nach einiger Zeit - interessanterweise - wiederum mit neuen, aber illegalen, Drogen. Die Anlagen des BtMG und verschiedene Drogenküchen bieten noch reichlich Auswahl.
3. **Die freie Abgabe von Rauschmitteln setzt freien Vertrieb und Beschaffung voraus.**  
Während Vertrieb und Verkauf unter Zuhilfenahme z. B. des Arzneimittelvertriebes sicherlich zu organisieren wären, taucht die Frage der Beschaffung auf. Eine entsprechende Gesetzesänderung in der Bundesrepublik würde entsprechende Änderungen der Übereinkommen auf UN-Ebene erfordern. In der UN-Suchtstoffkommission gibt es derzeit jedoch kein einziges Land, das sich mit Legalisierungsabsichten trägt. Legalisierung wäre aber ein sehr langer, sehr mühsamer Weg, bei dem genau zu prüfen wäre, ob die Anstrengungen die Wirkungen lohnen, oder ob Wirkungen tatsächlich so positiv sind, daß die Anstrengungen einen Sinn haben.
4. **Die Verabreichung von Rauschmitteln durch Ärzte ist problematisch.**  
Sollen Ärzte zumindest Opiate verschreiben oder darf sich jeder selbst bedienen? Wie wird man der hohen Suchtpotenz der verschiedenen Substanzen gerecht? Wie halten wir denn mit der Produkthaftung? Wie ist mit den Nachweisverfahren für Arbeiten in sicherheitsrelevanten Bereichen oder im Straßenverkehr? Kann der gesellschaftlich integrierte Alkoholkonsum da Vorbild sein? Ich glaube nicht und werde später darauf noch einmal eingehen.
5. **Drogenkriminalität macht in den Großstädten bereits einen hohen Prozentsatz der Straftaten aus. Beschaffungskriminalität würde wegfallen, wenn eine Legalisierung erfolgt wäre.**  
Die Behauptung, nach der Legalisierung würden Preise sinken, ist nicht belegbar. Legalisierungsversuche in anderen Ländern zeigen, daß es kaum zu einem Sinken der Preise kommt. Bedenken Sie bitte, wie gut derzeit das Angebot an Rauschmitteln ist, und wie sehr die Preise bereits jetzt durch das Überangebot gesunken sind. Legalisierung würde die Preise nicht drücken.
6. **Wenn die Preise nicht fallen, haben KonsumentInnen weiterhin hohen Geldbedarf.**  
Leider gibt es nur wenige Untersuchungen darüber, wie Alkohol-Kranke ihren Konsum zahlen. Aber auch in diesem Bereich dürfen wir Beschaffungskriminalität konstatieren. Die Freigabe von bisher illegalen Drogen würde die Beschaffungskriminalität vermutlich nur geringfügig senken. Es wäre auch hier möglich, daß dieser Effekt aufgehoben wird, wenn mehr Menschen denn die bisher illegalen Suchstoffe konsumieren.

7. **Es gibt in der Bundesrepublik eine Vielzahl von Bemühungen, durch präventive Maßnahmen es nicht zu krankmachendem Suchtmittelkonsum kommen zu lassen, also es nicht zu Abhängigkeit kommen zu lassen.**

Diese präventiven Bemühungen sind keine Erfindung von rachsüchtigen Abstinenzlern, die den Menschen ihren Rausch nicht gönnen, sondern entspringen der Tatsache, daß etwa 3 Mio. Menschen in der Bundesrepublik auf Grund stoffgebundener Süchte behandlungsbedürftig sind. Unsere Gesellschaft zeigt derzeit viele süchtige Strukturen, die aus Existenznot, aus Angst, aus Frust, aus Erlebnishunger geboren werden. Einer so strukturierten Gesellschaft weitere Suchtmittel - und dazu noch mit erheblichem Suchtpotential - zur Verfügung zu stellen, hielte ich für - vorsichtig formuliert - unklug. Ich gehe daher also von einem deutlichen Anstieg der Konsumentenzahlen aus. Die Folge wären voraussichtlich mehr Abhängige, mehr behandlungsbedürftig Erkrankte und höhere Kosten für das Gesundheitswesen.

8. Eng mit dieser These zusammen gehört die Betrachtung der Suchtprävention im System dieser Gesellschaft.

**Je besser die präventiven Ansätze ausgeprägt sind, je besser das gesundheitsfördernde Verhalten geschult wurde, je verantwortungsbewußter Menschen mit Drogen umgehen, desto größer sind die Chancen, daß es nur zu Suchtmittelgebrauch, nicht jedoch zum Mißbrauch und Abhängigkeit kommt.**

Unsere Gesellschaft ist an einem Punkt, an dem die präventive Kraft noch wenig ausgeprägt ist. Eine Legalisierung zum jetzigen Zeitpunkt würde also einiges aus dem Gleichgewicht bringen, und käme daher viel zu früh.

9. **Die Wirkungen der freizugebenden Substanzen hängen wesentlich vom einzelnen Konsumenten ab.**

Seit langem geistert ja der etwas eigentümliche Vergleich von Cannabis und Alkohol durch die Öffentlichkeit. Viele Wortführer vergleichen dabei mißbräuchlichen Alkoholkonsum mit gelegentlichem Cannabiskonsum. Dabei wird das klassische Bild des "Trinkers" mit dem Bild des gemäßigten Kiffers verglichen. Das ist nur die halbe Wahrheit. Es gibt auch verantwortungsvolle Alkoholtrinker und unmäßige Cannabisraucher. Wesentlicher wird der Unterschied, wenn man Opiate und Kokain mit Alkohol vergleicht. Bei ersteren ist die Suchtpotenz erheblich größer, Abhängigkeit entsteht wesentlich früher. Verantwortungsvoller Umgang mit diesen Substanzen ist also erheblich schwieriger als mit Alkohol. Und selbst die gesellschaftlich integrierte Droge Alkohol bereitet Millionen von Menschen große Probleme. Auch dies spricht in meinen Augen gegen eine Freigabe zusätzlicher Substanzen.

10. Lassen Sie mich zum Abschluß aus meinem eigenen System ausbrechen und noch einmal auf Cannabis zurückkommen. Ich habe mich einmal darum bemüht, so zu tun, als wäre Cannabis ein Medikament.

Jedes Medikament erscheint mit Beipackzettel, der informiert und warnt, und dieser könnte wie folgt aussehen:

# Gebrauchsinformation

Wichtige Information, aufmerksam lesen!

## Cannabis

### Wirksame Bestandteile:

Tetrahydrocannabiole, THC

### Anwendungsgebiete:

Zum angenehmen Übergang in gehobene Stimmung. Heiterkeit, Euphorie, Kreativität, geistige Produktivität, besondere sinnliche Wahrnehmung, Entspannung, rationale Reflexionsfähigkeit und Erfahrungsbereicherung

### Gegenanzeigen:

Einnahme von Cannabis mit anderen rauschfördernden Substanzen sollte vermieden werden.

### Nebenwirkungen:

Nebenwirkungen werden kaum genannt. Es kann jedoch zu vermindertem Antrieb, Passivität, Apathie, Lethargie, Denkstörungen, Herabsetzung der gedanklichen Speicherungsfähigkeit, Verlust der Erlebniskontinuität, Störungen der Konzentration und der Aufmerksamkeit, abnormer Fokussierung der Wahrnehmung, Pathologischen Wahrnehmungstörungen, Erinnerungstörungen, Körperschemastörungen, erhöhter Risikobereitschaft und Störungen der Psychomotorik kommen.

Im Zuge langjähriger Einnahme auch zu Lungen- und Bronchialerkrankungen, Herz-Kreislauf-Störungen, Veränderungen am Immunsystem, Leberschäden, Endokrinen Störungen, Sexuellen Störungen, Auswirkungen auf Schwangerschaft, Geburt und Neugeborene, Chromosomenveränderungen, Hirnstörungen, Bronchitis, Schläfrigkeit u. v. a. m.

Auf Cannabiskonsum vor dem Autofahren oder bei der Arbeit in sicherheitsrelevanten Bereichen sollte verzichtet werden.

### Dosierungsanleitung:

Auf oralem Wege werden 20 mg THC zur Erzeugung der gewünschten Wirkung benötigt, entsprechend 2 - 5 g Haschisch oder 20 g Marihuana

### Art der Anwendung:

Nach Belieben.

Beachten Sie, daß bei langer Lagerung 10 - 20 % des THC entweichen.

### Darreichungsformen:

Cannabis-Öl und Cannabis-Harz zum Kauen, Zubereitung als Tee, Zusatz zu Speisen und Getränken, zum Rauchen, Cannabis- Kraut zum Rauchen.

Näheres erfahren Sie von Ihrem Dealer!

# **Zusammenfassung der Ergebnisse der Arbeitsgruppe I "Bewährungshilfe und Drogenhilfe - Gemeinsames und Trennendes -"**

Bezeichnend für den derzeitigen Stand der Zusammenarbeit (Schnittstellen zwischen Bewährungshilfe und Drogenhilfe) verlief die Diskussion. Kaum ein Beitrag eines Teilnehmers aus dem jeweils "anderen Lager" konnte von der "anderen Seite" so stehen gelassen werden. Einige Ausdrücke, die selbstverständlich zum Widerspruch reizten, seien hier genannt:

"Ihr seid doch der verlängerte Arm der Justiz"

"Ihr wollt die ja nur aus dem Knast rausholen"

"Bewährungshelfer sind keine Sucht- oder Drogenberater"

"Die Knackies wollen / können überhaupt nicht in eure klassische Drogenberatung"

Ausgehend von der sehr kontrovers und von Mißverständnissen begleiteten Diskussion wurden anschließend folgende Ergebnisse festgehalten, die für ein verbessertes Verständnis voneinander und eine gelungene Kooperation miteinander für unerlässlich erachtet wurden.

1. "Wir wissen wenig voneinander - unterstellen uns aber vieles!"

Diese Aussage ist die Quintessenz der ersten Gesprächsrunde der Arbeitsgruppe gewesen. Ohne über den jeweils anderen Arbeitsbereich Bescheid zu wissen, werden unrealistische und der tatsächlichen Wirklichkeit nicht entsprechende (Feind-)bilder aufgebaut.

2. Kontakt / Gespräch / Kommunikation

Um über den Arbeitsbereich des jeweils anderen Bescheid zu wissen, ist der persönliche Kontakt zwischen arbeitenden Kollegen auf unterschiedlichen Feldern unbedingt notwendig. Der Wunsch und die Bereitschaft des aufeinander Zugehens wurde in der Gruppe als äußerst wichtig empfunden und soll vor Ort in die Tat umgesetzt werden.

3. Beispiele des Zusammen- oder aneinander-Vorbei-Arbeitens

Die Möglichkeiten und Grenzen auch einer professionellen Zusammenarbeit wurden deutlich aufgezeigt und mit positiven und negativen Beispielen belegt. Dabei wurde deutlich, daß es durchaus einzelne Städte oder Regionen gibt, in denen bereits eine recht problemlose Zusammenarbeit beider Berufsgruppen gegeben ist.

Groteske Möglichkeiten des "aneinander-Vorbeiarbeitens" lösten in der Gruppe eher Kopfschütteln und Heiterkeit aus.

#### 4. Zusammenarbeit

Innerhalb der Diskussion wurde deutlich, daß die beiden Berufsgruppen auf Grund des Klientels eine ganze Reihe von gemeinsamen Zielen / Forderungen haben (können). Auch hier ist es wichtig, auf die Gemeinsamkeiten hinzuweisen und nicht Trennendes hervorzuheben. Denkbar ist hier neben einer örtlichen Zusammenarbeit auch ein gemeinsames Vorgehen auf regionaler oder landesweiter Ebene, um z. B. Aussagen zu bestimmten Fragen der Gesundheits-/Drogenpolitik gemeinsam zu entwerfen und vorzutragen.

## **Ergebnisse der Arbeitsgruppe II "Europa ohne Grenzen / grenzenloses Europa - eine Herausforderung für die Straffälligen / Drogenhilfe?"**

Ausgehend vom derzeitigen Zustand der Praxis der Straffälligen- wie auch der Drogenhilfe konnte in der Diskussion festgestellt werden, daß neben der formalen Einbindung durchaus auch andere Unterschiede bestehen: Das Wegfallen der Grenzen des Binnenmarktes bahnt sich - zumindest in der Drogenhilfe - schon seit längerem an. Die ja zu großen Teilen identische Problem- oder Zielgruppe akzeptiert Grenzen ohnehin schon lange nicht mehr für sich; kriminelle Aktivitäten werden durch Grenzen nicht gebremst, Abhängige ebensowenig. So bestehen zwar formale Grenzen, die sich z. B. ergeben durch unterschiedliche Rechtssysteme, jedoch sind "Grenzüberschreitungen" die Regel.

Es ließ sich feststellen, daß gerade in den letzten Jahren im Bereich der Drogenhilfe projektbezogene, grenzüberschreitende Aktivitäten vor allem mit den Niederlanden eingerichtet worden sind und gut funktionieren, so daß schon beinahe von einem sich aufbauenden System gesprochen werden kann, daß jedoch auf der anderen Seite im Bereich der Straffälligenhilfe es bislang bei einzelfallbezogenen Kontakten über die Grenze hinweg geblieben ist. Zu sehr bestimmen hier noch formale Schwierigkeiten die Grenzlinie.

Daraus ableitend läßt sich die Frage stellen: Wird sich überhaupt etwas bzw. grundlegend etwas ändern? Die Grenzen sind schon jetzt offen wie nie, Drogenabhängigkeit und Kriminalität machen vor Grenzen nicht halt, was soll sich da noch ändern?

**Zweifellos ergeben sich durch die Aufhebung der Binnengrenzen Europas Herausforderungen.** Dies macht sich insbesondere deutlich am Beispiel der Grenze zwischen den Niederlanden und Nordrhein-Westfalen, wo zwei unterschiedliche Drogenhilfe- und Justizsysteme aneinander grenzen.

Eine erste Herausforderung besteht somit in der einzurichtenden grenzüberschreitenden Zusammenarbeit. Hier sind beide Systeme gefordert, schrittweise aufeinander zuzugehen, Neues zu probieren, dabei Bewährtes zu erhalten.

Eine zweite Herausforderung bezieht sich ausschließlich auf die deutsche Seite, und besteht in der Auseinandersetzung mit dem Thema "Opportunität". Es sollte der Versuch der Auseinandersetzung mit dem niederländischen Opportunitätsprinzip unternommen werden, da sich dadurch eine deutlichere Orientierung an in der Praxis relevanten Fragen, sowie an der Situation der Klienten / Probanden ergibt. Das kann u. a. bedeuten, sich mit der Frage der strafrechtlichen Duldung einer festzulegenden Eigenbedarfsmenge zumindest weicher Drogen konstruktiv auseinanderzusetzen, mit dem Ziel der Entkriminalisierung der Abhängigen und der Freisetzung zusätzlicher Ressourcen der



**Strafverfolgungsbehörden im Bereich der organisierten Rauschgiftkriminalität.**

**Eine dritte Herausforderung** besteht darüber hinaus in der zu erprobenden Zusammenarbeit zwischen Drogenhilfe und Straffälligenhilfe, ebenfalls wieder orientiert am Beispiel der Niederlande. Dort überschneiden sich diese Bereiche ohnehin (die niederländische Bewährungshilfe - Reclassering - ist für die Drogenfälle bei den CAD's angesiedelt, die den deutschen Drogenberatungsstellen entsprechen). Den TeilnehmerInnen erschien das auf Grund unserer derzeitigen Praxis als Herausforderung. Denkbar wäre beispielsweise eine teilweise Abgabe von Verantwortung und Betreuung der Straffälligenhilfe/Bewährungshilfe an die Drogenhilfe.

Insgesamt wurde die Diskussion als sehr lebendig und fruchtbar angesehen, bedauert wurde allerdings die Tatsache, daß zu wenig Vertreter aus dem Bereich Drogenhilfe beteiligt waren (lediglich 3 von 16 Anwesenden kamen aus dem Bereich der Drogenhilfe).

# **Protokoll der Arbeitsgruppe III - Neue Projekte in der Bewährungshilfe / Neue Projekte in der Drogenhilfe**

## **Neue Projekte in der Drogenhilfe**

### **a) Vorbemerkung**

Die Drogenproblematik hält seit Ende der 80er Jahre mit unverminderter Schärfe an. 15 - 20 % der 14 - 24-jährigen jungen Menschen machen Erfahrungen mit illegalen Drogen, die Zahl der Drogentoten stieg von 1491 in 1990 auf 2125 in 1991. Besonders in NRW hat sich die Situation zugespitzt. Starben 1989 noch 227 Drogenabhängige, so waren es 1990 schon 348, und 1991 gar 505.

Eine ähnlich ungünstige Entwicklung nimmt die Zahl der Erstkonsumenten harter Drogen in der BRD, sie stieg von 9837 in 1989 auf 13.083 in 1991.

Vor dem Hintergrund der problematischen Entwicklung der letzten Jahre hat die Landesregierung NRW ein neues Landesdrogenprogramm vorgelegt. Neben der Ankündigung von zusätzlichen, differenzierten und niederschweligen Projekten wird das Ziel des Landesdrogenprogramms vor allen Dingen wie folgt formuliert:

"Jeder Bürger und jeder Suchtkranke und Drogenabhängige muß die Möglichkeit haben, im Bedarfsfalle eine dem Stand der Wissenschaft entsprechende qualifizierte Beratung und differenzierte Behandlung zu erhalten"  
(Seite 8).

Nach Auffassung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe beinhaltet dieses unter anderem, daß behandlungswillige Drogenabhängige möglichst schnell und direkt Maßnahmen des Entzuges, der Entwöhnung sowie der Nachsorge für sich nutzbar machen können müssen. Die Realisierung dieser Zielvorstellung ist aktuell nicht gegeben.

### **b) Problemskizze**

Im Rahmen der Jahrestagung der Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung 1989 wurde von der Abteilung Gesundheitswesen des Landschaftsverbandes das Angebot unterbreitet, therapiewilligen Drogenabhängigen - denen es wichtiger ist sofort in die Therapie zu kommen, anstatt auf einen speziellen Therapieplatz zu warten - möglichst schnell (binnen einer Woche) einen Therapieplatz zu vermitteln.

Die Resonanz auf dieses Angebot war überaus groß. Sie ließ sich auch nicht mit der saison-üblichen großen Nachfrage erklären; augenscheinlich haben Drogenabhängige erkannt, daß sie eine günstige Langzeitprognose haben, wenn ihre Lebensgeschichte möglichst viele drogenfreie Zeiten aufweist.

Die Auswertung der Nachfragen zeigte, daß eine große Not bei den Drogenabhängigen und den mitbeteiligten Angehörigen vorherrschte, und daß trotz der (überwiegend) bestehenden Kontakte zu einer Drogenberatungsstelle, die Vermittlung in Entzugs- und Entwöhnungseinrichtungen problematisch ist. Die Gründe hierfür sind vielfältig, die Erfahrungen zeigen aber auch, daß z. B. lange Wartezeiten bei einem Teil der Drogenabhängigen die Therapiemotivation in erheblichem Maße negativ beeinflusst.

### c) **Projektziel**

Die zunehmend individuellere Betrachtung der Drogenabhängigkeit macht deutlich, daß es nicht "den" oder "die" Drogenabhängige(n) gibt, vielmehr gilt es in jedem Einzelfall zu unterscheiden. Wie auch in anderen Krankheitsbereichen gibt es akute bzw. weniger akute Erkrankungen, denen letztendlich durch eine Differenzierung der Angebote Rechnung zu tragen ist.

Aufgrund dieser Problematik sowie der kritischen Rückmeldung der Beratungsstellen und Elternkreise drogenabhängiger Kinder und Jugendlicher in den zurückliegenden Jahren hat der Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung, ein Konzept unter dem Leitthema "Therapie sofort" entwickelt und Aspekte der Realisierung in Gesprächen mit Einrichtungsvertretern, Beratungsstellen, Kostenträgern und dem zuständigen Ministerium diskutiert.

Ziel dieses Projektes ist die kurzfristige Aufnahme (binnen weniger Tage) behandlungswilliger Drogenabhängiger in eine geeignete Entzugs- bzw. Entwöhnungseinrichtung in Westfalen-Lippe. Dieses Projekt wurde in enger Zusammenarbeit mit verschiedenen Trägern von Suchtfacheinrichtungen, dem Leistungsträger sowie dem zuständigen Ministerium realisiert.

### d) **Das Konzept**

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe beabsichtigte durch eine neue, mit allen Verantwortlichen abgestimmte Regelung dafür Sorge zu tragen, daß der behandlungswillige Drogenabhängige eine rasche, direkte und adäquate Therapie erfährt.

- Die Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit,
- der Nachweis eines Therapieplatzes sowie
- die Regelung der Kostenübernahme sind die zentralen Aufgabenschwerpunkte dieses modellhaften Projektes.

### e) **Die Zielgruppe**

Nicht jeder behandlungswillige Drogenabhängige bedarf der sofortigen Unterbringung, dies hat die langjährige Praxis gezeigt. Das Angebot dieses Modells (Pilotprojekt Dortmund) richtet sich daher vornehmlich an Betroffene, die

- in Dortmund gemeldet sind oder sich auf der Dortmunder "Platte" (Dortmunder Drogenszene) aufhalten;

- themotiviert sind oder keine Chance haben, die üblichen Wartezeiten (2-6 Monate) auf einen Behandlungsplatz zu überstehen (Entscheidung unter Berücksichtigung der individuellen medizinischen und psychosozialen Umstände /Notlagen);
- bisher keinen Kontakt zu den "klassischen" Drogenhilfeeinrichtungen gefunden haben.

#### f) Die Struktur des Angebotes

Entsprechend der Übereinkunft zwischen dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, der Landesversicherungsanstalt Westfalen und dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe wird das Projekt über einen Zeitraum von 2 Jahren in der Region Dortmund erprobt. Als Koordinierungsbüro dient die Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung in der Abteilung Gesundheitswesen des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe. Hier ist auch ein Projektkoordinator (Vollzeit) angesiedelt.

Die entsprechenden Räumlichkeiten für das Clearingteam wurden von der Stadt Dortmund im Gesundheitsamt (sozialpsychiatrischer Dienst) bereitgestellt. Durch diese räumliche Zuordnung ist sichergestellt, daß sowohl die Röntgen- als auch die Labor-diagnostik kurzfristig erfolgen kann.

#### g) Das Personal

##### Projektkoordination

Zur Erledigung aller anfallenden Tätigkeiten der zentralen Koordinationsstelle (allgemeine Projektkoordination, Therapieplatznachweis, Kontakte zu Entzug- und Entwöhnungseinrichtungen, Organisation des Clearingteams, Kooperation mit der wissenschaftlichen Begleitung etc.) ist eine Fachkraft (Dipl.-Soz.-Arb.) eingestellt worden.

##### Das Clearingteam

##### Arzt im Clearingteam

Jedes Clearingteam ist mit einem in der Drogenarbeit erfahrenen Arzt besetzt, dieser ist auch in der Regel verantwortlicher Arzt in einer der am Modell beteiligten stationären Entzugs- oder Entwöhnungseinrichtungen.

##### Sozialarbeiter im Clearingteam

Als weitere Fachkraft ist ein Sozialarbeiter/ -pädagoge tätig, der alle wichtigen psychosozialen Aspekte (Sozialbericht) erhebt. Der Sozialarbeiter/ -pädagoge ist ebenfalls in der Drogenarbeit erfahren und ist Mitarbeiter einer Drogenberatungsstelle.

## Kostenträgervertreter im Clearingteam

Weiterhin ist ein Kostenträgervertreter der LVA an den Öffnungstagen zugegen. Neben der Aufnahme des formalen Teils des Grundantrages, der Auswertung der ausgefüllten Anträge, der Beratung und Absprache mit dem Versicherungsnehmer zum weiteren Vorgehen, der Erhebung erster Daten für die wissenschaftliche Begleitung usw. ist er auch bei der Vor- und Nachbereitung sowie der weitergehenden Antragsbearbeitung in der LVA tätig.

### h) Die Termine

Das Clearingteam ist zweimal wöchentlich (Dienstag und Donnerstag) zu festen Zeiten (3,5 Stunden) in den speziell vorgehaltenen Räumen des Gesundheitsamtes Dortmund, Sozialpsychiatrischer Dienst, anzutreffen. Zeit, Ort und Dauer wurden in geeigneter Form allen Kontakt- und Beratungsstellen, Krankenhäusern, Bewährungshilfen, niedergelassenen Ärzten, Selbsthilfegemeinschaften sowie den Medien bekannt gegeben.

### i) Wissenschaftliche Begleitung

Zur Evaluation der eingangs genannten Ziele sowie um die konkreten Erfahrungen und Ergebnisse möglichst schnell darzustellen, zu begründen und in die Praxis umzusetzen, wird das Projekt wissenschaftlich begleitet. Hierzu ist eine Fachkraft (0,5 Planstelle) eingestellt.

### j) Erste Erfahrungen und Daten

Der eigentliche Projektstart erfolgte im September 1991. Gleich am ersten Tag gab es einen ungeheuren Ansturm therapiewilliger Drogenabhängiger. Schon vor der Öffnungszeit der Clearingstelle warteten ca. 25 Personen darauf, vermittelt zu werden. Der grundsätzliche Entschluß des Clearingteams, keine Warteliste entstehen zu lassen, hatte zu der Entscheidung geführt, daß jeweils die ersten 4 - 5 eine Chance erhalten (Windhundverfahren), ins eigentliche Clearingverfahren zu kommen. Da erste Klienten nach wenigen Wochen schon nachts um 4 Uhr vor der Tür standen, wurde dieses Auswahlverfahren dahingehend geändert, daß alle Hilfesuchenden zur gleichen Zeit (8.00 Uhr) eintreffen müssen, dann einen Fragebogen erhalten, aufgrund dessen durch das Clearingteam eine Vorauswahl vorgenommen wird. Dieses hat auch den Vorteil, daß das Clearingteam einen Gesamteindruck aller am jeweiligen Tag um Hilfe nachsuchenden Drogenabhängigen bekommt.

Die Inanspruchnahme des Projektes war dennoch so groß, daß die zu Projektbeginn in den verschiedenen westfälischen Therapieeinrichtungen zusätzlich geschaffenen 12 Entzugs- und 17 Entwöhnungsplätze nach kurzer Zeit nicht mehr ausreichten. Die Gesamtzahl der für das Projekt vorgehaltenen Plätze stieg auf 20 Entzugs- und 25 Entwöhnungsplätze Ende 1991 und mußte auf 70 Entwöhnungsplätze zum Ende des ersten Projektjahres gesteigert werden. Insgesamt ergaben sich nach einem Projektjahr (September 91 - September 92) folgende Gesamtzahlen:

## Quantitative Angaben zum Projektumfang

Anzahl der interessierten Klienten (88 Clearingtage vom 17.09.1991 bis 15.09.1992):	795		
Klienten, die in das Clearing- verfahren aufgenommen wurden:	281	(35 %) <sup>1</sup>	
Klienten, die das Clearingverfahren vollständig durchlaufen haben:	211	(27 %) <sup>2</sup>	
davon bereits entgiftet/clean:	18		
Klienten, die für die Therapieplätze vermittelt wurden:	211	(27 %) <sup>3</sup>	
Klienten, für die Entgiftungsbetten vermittelt wurden (16 Klienten traten die vermittelten Entgiftungen nicht an, 2 Klienten jeweils 2 mal nicht) und Entgiftungen antraten:	193		
Klienten mit planmäßig beendeten Entgiftungen (4 dieser Klienten beendeten im Berichtszeitraum bereits 2 Entgiftungen planmäßig):	82	(10 %) <sup>4</sup>	(39 %) <sup>5</sup>
Klienten in Entgiftung am 15.09.1992:	13	95	(49 %) <sup>6</sup>
Klienten mit begonnener stationärer Therapie:	95	(12 %) <sup>7</sup>	

<sup>1</sup> Diese Prozentangabe bezieht sich auf die Gesamtheit der interessierten Klienten (n = 795)

<sup>2</sup> siehe Fußnote 1

<sup>3</sup> siehe Fußnote 1

<sup>4</sup> siehe Fußnote 1

<sup>5</sup> Dieser Prozentwert bezieht sich auf die Klienten, die das Clearingverfahren vollständig durchlaufen haben.

<sup>6</sup> Dies ist der Anteil der an den in eine Entgiftung/stationäre Therapie vermittelten Klienten, die die Entgiftung/stationäre Therapie am Stichtag nicht abgebrochen hatten ("Haltequote").

<sup>7</sup> siehe Fußnote 1

Klienten in stationärer Therapie am 15.09.1992: 51<sup>9</sup>

Klienten mit planmäßig beendeter Therapie: 1<sup>10</sup> 52 (55 %)<sup>11</sup>

Bemerkenswert ist, daß 45 % der "Therapie sofort-Klienten" unter 25 Jahre alt sind, bundesweit liegt der Anteil dieser Altersgruppe nur bei 38 % (EBIS-Gesamt).

Unter 20 Jahre alt sind 14 % der erfaßten Klienten, hier ist auffällig, daß der Anteil dieser Gruppe im vollständig durchlaufenen Clearingverfahren aber nur 3 % beträgt. Es findet also eine erhebliche (unbewußte) Selektion des Clearingteams zu ungunsten junger Abhängiger statt.

Die meisten Anstöße (31 %), die Hilfe von "Therapie sofort" in Anspruch nehmen, kommen von psychosozialen Hilfseinrichtungen (27 %), 19 % kamen durch Information über Medien, 16 % erhielten den Anstoß aus der Dortmunder Drogenszene heraus oder über Einrichtungen der Justiz (z. B. Bewährungshilfe).

Mit 38 % wird die psychosoziale Notlage als überwiegende Motivation zur Kontaktaufnahme am häufigsten genannt. Die Angst vor Wartezeiten erfolgt mit 22 % an zweiter Stelle, rd. 16 % gaben Angst vor einer drohenden Verhandlung bzw. einem Hafttermin an.

20 % der Therapie-sofort Klienten gaben an, erst seit 1990 Opiate zu konsumieren. 52 % sagten gar aus, seit längstens 4 Jahren Opiate zu konsumieren.

Der Anteil der Klienten, der bisher max. an einer Entgiftung teilgenommen hat, beträgt derzeit 54 %. 73 % haben bisher keine stationäre Suchtbehandlung begonnen, demgegenüber gaben 84 % an, bisher keine ambulante Suchtbehandlung aufgesucht zu haben.

Neben der regelmäßigen Eingabe und der in Abständen erfolgten Auswertung der Grunddaten erfolgt die Befragung von Experten (Therapeuten) in den Entzugs- und Entwöhnungseinrichtungen sowie der dort anwesenden, durch das Projekt "Therapie sofort" vermittelten, Klienten.

Es arbeiten derzeit 11 Entzugs- sowie 22 Entwöhnungseinrichtungen mit dem Modellprojekt "Therapie sofort" zusammen, insgesamt also 33 Facheinrichtungen. Die Auswertung der Therapeuten- und Klientenbefragung in den Einrichtungen wird mit

---

<sup>8</sup> Knapp 7 % der interessierten Klienten befanden sich am Stichtag in stationärer Therapie bzw. hatten eine stationäre Therapie planmäßig beendet.

<sup>9</sup> 25 % der Klienten, die das Clearingverfahren vollständig durchlaufen haben, befanden sich am Stichtag in stationärer Therapie bzw. hatten eine stationäre Therapie planmäßig beendet.

<sup>10</sup> siehe Fußnote 7 und 8

<sup>11</sup> siehe Fußnote 6

insgesamt also 33 Facheinrichtungen. Die Auswertung der Therapeuten - und Klientenbefragung in den Einrichtungen wird mit dem Abschlußbericht über die Begleituntersuchung dargestellt werden.

#### k) **Fazit / Ausblick**

Insgesamt kann festgestellt werden, daß das Modellprojekt "Therapie sofort", Pilotprojekt Dortmund, ein großes Interesse bei Drogenabhängigen gefunden hat. Die hohe Anzahl der an einer Entzugs- und Langzeitbehandlung interessierten Drogenabhängigen hat die Ressourcen des Projektes in den ersten Monaten der Laufzeit bei weitem überstiegen. Da das Angebot an Entzugs- und Therapieplätzen nur zögerlich erweitert werden konnte, konnten trotz reger Klientennachfrage nur unregelmäßige Clearingtermine angeboten werden. Das sporadische Angebot von sofort verfügbaren Entzugs- und Therapieplätzen führte zu einem abnehmenden Interesse der Klientel. In der Folge näherte sich die Nachfrage der angebotenen Platzzahl stärker an. Eine bessere Grundausstattung hätte das offenkundig große Klienteninteresse an dem Projekt nachhaltiger wachhalten können.

Im Vergleich zu anderen Institutionen der Drogenhilfe zeichnet sich die Klientenstruktur von "Therapie sofort" durch folgende Charakteristik aus:

Sie ist jünger, häufiger männlich, häufiger unverheiratet und alleinstehend. Sie hat höhere Schulformen besucht, diese jedoch häufiger - ebenso wie Berufsausbildung - nicht zum Abschluß gebracht. Sie lebt häufiger als der Bundesdurchschnitt von Unterstützungszahlungen, jedoch deutlich seltener als die Klienten der örtlichen Drogenberatungsstelle.

Klienten von "Therapie sofort" sind sich wesentlich sicherer als andere, nicht HIV-infiziert zu sein; mehr als die Hälfte von ihnen konsumieren seit längstens 4 Jahren Opiate. 20 % haben mit max. zweijährigen Opiatkonsum als Einsteiger zu gelten. Knapp 3/4 haben bisher keine stationäre Suchtbehandlung begonnen. Gut die Hälfte haben bisher max. einen Entzug hinter sich, 1/4 noch keinen.

Zusammenfassend deuten die ersten Befunde der Zwischenauswertung darauf hin, daß

- es dem Projekt "Therapie sofort" gelungen ist, die angestrebte Zielgruppe mit dem Angebot der Soforthilfe zu erreichen;
- das Angebot die "Drogeneinsteiger" in besonderer Weise anspricht und somit erlaubt, Drogenkarrieren zu einem relativ frühen Zeitpunkt beenden bzw. unterbrechen zu helfen;
- die Ressourcen von "Therapie sofort" unverzüglich ausgebaut werden müssen;
- die Hilfsangebote in der Modellregion noch immer unzureichend sind.



## **COUDEX - 14 Tage ohne Drogen**

### **a) Einführung**

Seit 1981 hat der Verein Drogenhilfe, Basel, unter der ärztlichen Leitung der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel-Stadt die Kontakt- und Informationsstelle CIKADE aufgebaut. CIKADE führt jeden Monat einen 15-tägigen Entzug mit 7 - 9 PatientInnen durch. Mehr als 500 Drogen- und Medikamentenabhängige haben bisher von diesem Angebot Gebrauch gemacht.

Orientiert am Vorbild der CIKADE hat die Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung in der Abteilung Gesundheitswesen des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe im 2. Halbjahr 1990 damit begonnen, unter dem Titel "COUDEX - 14 Tage ohne Drogen" medikamentenfreie (sog. "kalte") Drogenentzüge von jeweils 14 Tagen Dauer im Gebiet der deutsch-niederländischen Grenze durchzuführen. Im Zeitraum von 1990 - 1992 sind als Modellphase 10 Entzüge mit jeweils 7 - 8 entzugswilligen Drogenabhängigen und 4 Entzugsmitarbeitern geplant. Das Modellprojekt wird finanziell gefördert von der Europäischen Gemeinschaft (EG), dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW. Aufgrund des Modellcharakters ist eine Kostenzusage für die einzelnen Entzugsteilnehmer nicht erforderlich. Langfristig wird die Anerkennung dieses Entzugsmodells durch die Krankenkassen angestrebt.

### **b) Beschreibung des COUDEX-Entzugsprogrammes...**

Entsprechend der von der CIKADE verfolgten Konzeption wird der Anspruch an die Teilnahme am COUDEX-Entzug bewußt niedrig gehalten: Von den Entzugsteilnehmern werden z. Z. keine Verpflichtungen verlangt, die über die 14-tägige Teilnahme und die Einhaltung der Regeln des Zusammenlebens hinausgeht.

Interessenten melden sich bisher überwiegend aufgrund einer Ankündigung des Entzugsprogramms in den Massenmedien, selten auf Empfehlung einer Drogenberatungstelle. Sie werden von der Koordinationsstelle für Drogenfragen zu einem ca. 30-minütigen Erstgespräch und - bei grundsätzlicher Eignung - später zu einem 1 - 1 1/2-stündigem Zweitgespräch eingeladen, an dem 2 Mitarbeiter des Entzugsteams sowie ein entzugsbegleitender Arzt teilnehmen.

Ausschlußgründe für eine Teilnahme an COUDEX sind: Eine Schwangerschaft, psychotische Störung, Krampfgefährdung, Alkoholabhängigkeit, einzelne medizinische Kontraindikationen (nicht jedoch eine HIV/Aids-Erkrankung). Paare von Klienten werden ebenfalls nicht zugelassen. Eine Dauermedikation mit einzelnen Substanzen oder Darreichungsformen z. B. Spritzen von Diabetikern kann ebenfalls zur Nichtberücksichtigung führen.

Neben den genannten Ausschlußgründen können eine geäußerte negative Einstellung des / der InteressentIn gegenüber einem kalten Drogenentzug sowie eine unklare Interessenlage an der Teilnahme zur Nichtberücksichtigung in der jeweiligen nächsten Auswahlrunde führen.

### c) Die Mitarbeiter

Die Arbeiterteams werden von der Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung für jeden einzelnen Entzug aus erfahrenen Fachkräften der Drogenhilfe zusammengestellt und als Honorarkräfte befristet beschäftigt (Vorbereitung, Entzugsdauer und Nachbereitung).

### d) Der Entzug

Das Zusammenleben in der Gruppe (8-Entzugswillige, 4 Mitarbeiter) ist während der Entzugsdauer bestimmt durch die Regeln der therapeutischen Gemeinschaft, die auf einen festgelegten Tagesablauf, die Geborgenheit des Einzelnen in der Gruppe und eine möglichst angenehme Entzugserfahrung abzielen. Eine tiefgehende und konfrontierende psychotherapeutische Arbeit wird nicht geleistet, sondern die stützende, annehmende Begleitung durch den Entzug, die sich auf unterschiedliche Therapiemethoden stützt: Körperliche Pflege, Massage, Spaziergänge, Gruppengespräche, Entspannungsübungen und intensive Betreuung.

Die Freizeit wird durch Bewegung in der Natur und kreative Aktivitäten geprägt; hier stehen Spiele, Bücher, Musikinstrumente sowie Materialien zum Malen und Basteln zur Verfügung. Tagsüber und abends begleiten mindestens 2 Mitarbeiter die Gruppe, während der Schlafenszeit hat ein Mitarbeiter Nachbereitschaft. Auftretende Krisen bei den einzelnen Entzugsteilnehmern haben selbstverständlich Vorrang vor geplanten Aktivitäten. Die Mitarbeiter leben während der 14-tägigen Entzugsdauer kontinuierlich mit der Gruppe zusammen und sollen durch die hiermit mögliche Wahrnehmungsintensität die Vorgänge in der Gruppe und bei einzelnen Entzugsteilnehmern erfassen und entsprechend aufgreifen können. Die Mahlzeiten werden von der Gruppe selbst bereitet und immer gemeinsam eingenommen.

#### Regeln

Als Regeln liegen dem therapeutischem Zusammenleben eine Reihe von Bestimmungen zugrunde:

- Keine illegalen Drogen, keine nichtgeordneten Medikamente und kein Alkohol
- Keine Androhung oder Anwendung von Gewalt
- Keine Zweierbeziehung und keine sexuellen Kontakte
- Eine Kontaktsperre nach außen (keine Besuche, keine Telefonate)
- Keine elektrischen Musikgeräte

Ein Verstoß gegen diese Regeln (speziell im Falle von Suchtmittelannahme) kann nach situationsspezifisch zu treffenden Entscheidungen des Entzugsteams zum Ausschluß führen.

von einem Mitarbeiter in das für den Entzug zur Verfügung stehende Haus gefahren und nach dem Entzug wieder an den Ausgangsort zurückgeleitet. Kontakte zu Drogenberatungsstellen, Therapieeinrichtungen, zu Behörden können durch Vermittlung der Mitarbeiter aus dem Entzug heraus stattfinden, sofern sie für die Zeit danach erforderlich sind.

### Ziele des COUDEX-Entzugsprogrammes

Seitens der Koordinationsstelle für Drogenfragen werden mit dem COUDEX-Programm eine Reihe von Zielen verfolgt, die sich auf die Rekrutierung der Entzugsteilnehmer, auf den Ablauf der Entzüge und die Erfahrung der Teilnehmer dabei sowie auf die Beeinflussung des Drogenkonsumsverhaltens nach Abschluß der Entzüge beziehen:

- Ansprache spezifischer Zielgruppen, die bisher noch nicht oder nicht mehr in das Netz der Drogenberatung / Suchtkrankenhilfe eingebunden sind, auch solcher Personen, die (noch) in den Arbeitsprozess und in das "bürgerliche" Leben integriert sind.
- Verbesserung der Durchhaltequote (geringe Abbruchquote) in den COUDEX-Entzügen (im Vergleich zu anderen Entzugsprogrammen)
- Drogenfreiheit während des 14-tägigen Entzugsprogrammes auch für den Fall, daß der / die EntzugsteilnehmerIn seine / ihre Gewohnheit des Suchtmittelkonsums nach Entzugsende wieder aufnehmen sollte und / oder sich noch nicht zu einer weiterführenden Behandlung entschließen kann oder will
- Vermittlung positiver (angenehmer) Erfahrungen in der Gruppensituation des Entzuges
- Weckung bzw. Ermöglichung einer Motivation der Entzugsteilnehmer zur Änderung ihrer Gewohnheiten des Suchtmittelkonsums und / oder zur Aufnahme einer weitergehenden Entwöhnungsbehandlung
- Überführung der Entzugsteilnehmer in eine ambulante Begleitung und / oder eine stationäre Behandlung zur Suchtmittelentwöhnung im Anschluß an den Entzug
- Erleichterung des "Ausstiegs aus der Szene" im Sinne einer Hilfe bei der Bewältigung der damit verbundenen Probleme
- Längere und / oder häufigere drogenfreie Intervalle im weiteren Leben der Entzugsteilnehmer
  - ... im Vergleich zu vorher (Zeitraum vor der Teilnahme an COUDEX)
  - ... im Vergleich zu Teilnehmern an anderen Entzugsprogrammen (das Zwischenresümee der Begleitforschung)

a) Das COUDEX-Programm vermag eine Angebotslücke in der Entzugsbehandlung drogenabhängiger Menschen dadurch zu füllen, daß es Interessenten anspricht, die keine Kontakte zu bestehenden Einrichtungen der Drogenhilfe unterhalten und die in ihrer bisherigen Karriere des Rauschmittelgebrauchs bei privaten und / oder stationären Versuchen des Entzuges bzw. der Entwöhnung gescheitert sind. COUDEX bietet ihnen insofern eine erneute Chance zur Verringerung oder zur Aufgabe des Rauschmittelkonsums in neuen, unkonventionellen (nicht-stationären) Settings. Die Charakteristik der COUDEX-Teilnehmer zeigte, daß gerade auch Klienten mit verbliebener Einbindung in das allgemeine gesellschaftliche Leben (Erwerbstätigkeit oder berufliche Fortbildung, feste Wohnung, feste Partnerbeziehung, keine oder geringe Verschuldung, derzeit keine anhängigen Strafverfahren) rekrutiert werden konnten. Gelingt es nicht, diese Zielgruppe anzusprechen, ist bei ihnen eine Fortsetzung des Rauschmittelkonsums mit der Folge zunehmender sozialer Ausgliederung zu befürchten.

b) Die Durchhaltequote geht nahe an 80 %.

Im Gegensatz zum CIKADE-Modell, das vom Beginn durch ausschließlich hierfür zuständige hauptamtliche Mitarbeiter getragen wurde, beschäftigt COUDEX nebenamtliche Honorarkräfte als Entzugsmitarbeiter. Konzeptionierung, Organisation und Verwaltung des COUDEX-Programms werden von Mitarbeitern der Koordinationsstelle des LWL neben den üblichen Amtsgeschäften geleistet. Durch Veränderung an diesem Punkt lassen sich vielleicht noch weitere Optimierungsmöglichkeiten ausnutzen.

c) Sowohl die veränderungsdiagnostischen Befunde wie auch die von den Teilnehmern zum Abschluß der Entzüge geäußerten Einschätzungen weisen darauf hin, daß das Gelingen kann, zumindestens den Absolventen von COUDEX positive Entzugserfahrungen zu vermitteln. Diese können als günstige Bedingungen (gleichzeitig als intervenierende Variable) zur Weckung einer Motivation der Entzugsteilnehmer zur Änderung ihrer Konsumgewohnheiten und / oder zur Aufnahme einer weitergehenden Entwöhnungsbehandlung angesehen werden.

d) Absolventen von COUDEX entwickeln in ihrer Mehrzahl während der Entzugsdauer konkretere Vorstellungen über die erforderlichen Schritte in Richtung einer stabileren Lebenssituation und / oder einer Lebensgestaltung mit geringen oder ohne Rauschmittelkonsum für die Zukunft, als sie zuvor besaßen.

e) **Abschließendes**

Die Erprobung der COUDEX-Entzüge wird bis Ende 1992 fortgesetzt. Die wissenschaftliche Begleitung wird dann umfassend über die erzielten Ergebnisse berichten.

# **Praxis der Drogenhilfe - wohin führt die Entwicklung?**

**Roland Simon**

## **GLIEDERUNG**

1. Einleitung
2. Die Situation in der Allgemeinbevölkerung
  - 2.1 Konsum von Drogen
  - 2.2 Bewertung von Drogenkonsum
3. Die Situation in der Klientel der Drogenhilfe
  - 3.1 Ambulante Hilfe
  - 3.2 Stationäre Hilfe
  - 3.3 Ostdeutschland
4. Entwicklung in der Klientel
  - 4.1 Alter
  - 4.2 Steigende Zahlen
  - 4.3 Neue Klientengruppen
5. Rahmenbedingungen von Drogenhilfe heute
  - 5.1 Wissenschaft
  - 5.2 Politik
  - 5.3 Leistungsträger
6. Tätigkeitsfelder der Drogenhilfe
  - 6.1 Übersicht
  - 6.2 Prävention
  - 6.3 Early Intervention
  - 6.4 Harm Reduction
  - 6.5 Motivation
  - 6.6 Therapie
  - 6.7 Rückfallprophylaxe

## 7. Organisation der Hilfeangebote

7.1 Übersicht

7.2 ambulante und stationäre Angebote

7.3 niedrighschwellige und hochschwellige Angebote

7.4 Arbeitsteilung und Integration

7.5 Professionalisierung

7.6 Qualitätssicherung

7.7 Sozialarbeit oder Medizinalisierung

7.8 Anbieter

## 8. Literatur

Die im Vortrag verwendeten Graphiken und Tabellen sind am Ende des Referates eingefügt.

## 1. Einleitung

Mein Thema ist die Weiterentwicklung der Drogenhilfe in Deutschland. Geht es um die Prognose zukünftiger Entwicklungen, und der Titel meines Vortrags legt diesen Verdacht ja nahe, so sieht das übliche Vorgehen etwa so aus:

- Graphik 1: Lineare Interpolation -

Aus der Kenntnis der Situation zu Zeitpunkt 1 und Zeitpunkt 2, sagen wir 1980 und 1990, heraus, wird unter Annahme einfachster, sprich linearer, Entwicklungsverläufe, auf die Situation in 10 oder 20 Jahren geschlossen. 10 oder 20 Jahre später stellt man dann in der Regel fest, daß die Prognose nur für die ersten Jahre zu brauchbaren Ergebnissen geführt hat. Je weiter wir uns von unserem Startpunkt entfernten, desto stärker wurde die Abweichung der Realität von der Prognose.

In Anbetracht der zahlreichen Einflußgrößen, die auch in unserem Fall wirksam werden, erscheint dies nicht sehr verwunderlich. Berücksichtigt man zudem, daß auch die Situation zu Zeitpunkt 1 und 2 im Arbeitsfeld der Drogenhilfe keineswegs einheitlich gesehen und beschrieben wird, wird die Lage noch komplizierter. So reicht die aktuelle Bewertung der Situation in der Drogenhilfe (Zeitpunkt 2) von der Aussage "Sie ist am Ende" und der Feststellung des "Scheitern(s) der traditionellen Drogenarbeit" (MEHRGARDT 1992) bis zur Anerkennung "zweifelsfrei erreichte(r) Erfolge" (FRANKE 1992). Entsprechend deutlich unterscheiden sich die Vorstellungen und Anregungen zur Weiterentwicklung der Drogenhilfe. Aussagen über die Zukunft der Drogenhilfe sind also mit erheblichen Unsicherheiten behaftet.

Eine Beschreibung der Ausgangslage scheint deshalb zunächst ebenso notwendig wie die Diskussion der Entwicklungslinien der letzten Jahre, bevor auf diesem Hintergrund Hypothesen über zukünftige Entwicklungen entstehen können. Der Fokus dieses Textes ist eher breit gewählt, spiegelt jedoch die vielfältige Verflechtung unterschiedlicher Einflüsse wider, die uns in diesem Arbeitsfeld begegnet. Der Begriff "Drogen" wird hierbei zur Vermeidung von Mißverständnissen ausschließlich für illegale Drogen verwendet. Die persönliche Bewertung der aktuellen Situation wie der Trends ist dabei sicher von Bedeutung.

- Gliederung -

Zu Beginn des Vortrags wird aus aktuellen Untersuchungen über die Lage des Suchtmittelkonsums in der Bundesrepublik berichtet; denn Prävalenz und Rahmenbedingungen von Suchtmittelkonsum in der Bevölkerung definieren die Probleme, für die die Drogenhilfe Lösungen anbieten soll.

Die Beschreibung der Klientel der Drogenhilfe gibt Anhaltspunkte über Erreichbarkeit, Merkmale und Hilfebedarf einzelner Konsumentengruppen heute. Dies geschieht in Kapitel drei.

In Kapitel vier wird die Entwicklung der Klientel in den letzten Jahren und für die nähere Zukunft diskutiert.

Da das System der Drogenhilfe ebenso wie die Art und der Umfang vorhandener Probleme massiv von wissenschaftlichen, politischen und sozialrechtlichen Gegebenheiten abhängen, beschäftigen wir uns mit diesen Rahmenbedingungen der Drogenhilfe in Kapitel fünf.

Die Abschnitte 6 und 7 befassen sich im engeren Sinne mit der Praxis der Drogenhilfe. Teil 6 beschreibt ihre Tätigkeitsfelder, Teil 7 ihre Organisationsformen.

## 2. Die Situation in der Allgemeinbevölkerung

### 2.1 Konsum von Drogen

Zunächst zum Konsum von Drogen in der Bevölkerung: Auch wenn nur ein kleiner Teil der Drogenprobierer jemals in Probleme gerät, die ihn in Kontakt mit der Drogenhilfe führen, bildet diese Bevölkerungsgruppe doch den Hintergrund aller Entwicklungen. Aus diesem Personenkreis kommen neue Abhängige; auf ihn muß Prävention zentral gerichtet sein.

Die Repräsentativerhebung '90, die das IFT im Auftrag des BMG (BMG 1992) an fast 19.000 Personen im Alter von 12 bis 39 durchgeführt hat, gibt hier einige Informationen.

#### - Graphik 2: Prävalenzen -

16,3 % aller Befragten haben mindestens einmal Kontakt mit Drogen gehabt, in der Regel handelte es sich dabei ausschließlich um Haschisch. Bei den 25 - 29jährigen haben 21,3 % Erfahrung mit Haschisch, in den Großstädten steigt dieser Wert bis über 30 %. Bei einem Großteil dieser Personen ist der Konsum jedoch eher experimentell und vorübergehend, nur 4,8 % dieser Altersgruppe haben innerhalb der letzten 12 Monate mindestens einmal Haschisch genommen. Die Vergleichszahl aus dem Jahr 1986 liegt mit 2,9 % jedoch deutlich niedriger. Mindestens 20mal im letzten Jahr haben nur 1,2 % Haschisch konsumiert.

Es zeigt sich also, daß Erfahrungen mit Haschisch inzwischen in der Bevölkerung relativ häufig vorhanden sind, die Zahl regelmäßiger Konsumenten zwar gestiegen ist, jedoch immer noch deutlich unter 5 % liegt. Der Anstieg zeigt sich dabei in erster Linie in der Altersgruppe 18-24; jüngere sind nicht, ältere weniger betroffen. Daß Cannabis insgesamt "alltäglicher" geworden ist, zeigt auch eine Studie von BECKER et al. (1992), die bei der Nachuntersuchung von Blutproben, die wegen auffälligem Verkehrsverhalten in Rheinland-Pfalz genommen wurden, bei 7,7 % der Männer und 2,7 % der Frauen Cannabis nachwies.

0,2 % der Befragten in der Repräsentativerhebung haben in den letzten 12 Monaten Opiate, 0,4 % Kokain konsumiert. Dies geschah jedoch höchstens 5 Mal bei einem Drittel der Heroinkonsumenten und bei drei Viertel der Kokainkonsumenten. Auch bei Berücksichtigung selektiver Ausfälle kritischer Personengruppen dürfte die Prävalenz von problematischem Opiat- und Kokainkonsum-Anstieg immer noch unter 1 % liegen.

Die neuesten Zahlen des BKA aus der Ersttäterstatistik, Beschlagnahmungsmengen sowie die Zahl der Drogentoten in den letzten beiden Jahren weist auf eine deutliche Zunahme der Abhängigen hin. Vergleicht man die Trends mit Daten aus anderen Quellen, so ist jedoch anzunehmen, daß weitere Faktoren die Zahl der Toten erhöht haben. Insbesondere der zunehmende Beigebrauch anderer Stoffe, häufig von Medikamenten, die niedrigen Preise, sowie die Fehldosierungen durch das sehr reine Heroin auf dem Schwarzmarkt dürften hier mitgewirkt haben. Trends in der Schweiz und in Spanien ähneln der deutschen Todesfallstatistik.



Die Teilnehmer der "Drogenwelle" der sechziger und siebziger Jahre sind inzwischen fast 40. Wer 1970 15 war, ist heute 37. Inzwischen haben mehr als 16 % der heute 35 - 39jährigen mindestens einmal im Leben Kontakt zu Drogen gehabt, wenngleich dies nur für 1,1 % von ihnen für die letzten 12 Monate zutrifft. Drogenerfahrung hat sich also auch in höhere Altersbereiche verschoben.

Der Anteil von Ausländern, die in den polizeilichen Drogenstatistiken zu finden sind, ist größer geworden, wenngleich die Absolutzahlen sich mit dem deutschen Bevölkerungsteil nicht direkt vergleichen lassen. Insbesondere Türken stehen hier wegen des verbreiteten Drogenanbaus in ihrem Heimatland im Vordergrund. Daß dieser Personenkreis jedoch selbst zunehmend als Abhängige in Erscheinung tritt, ist auffällig. Die Zunahme der Tatverdächtigen mit Eigenkonsum von Drogen liegt bei Italienern 1991 bei mehr als 25 %. Hier stehen wir vor Schwierigkeiten, die besonders in der zweiten Generation von Immigranten gehäuft zu finden sind. Die traditionellen sozialen Netze und Normen der ersten Generation funktionieren für sie nicht mehr, die Integration in das Land, in dem sie leben, ist noch nicht abgeschlossen. Diese Generation hat häufig die meisten Integrationsprobleme. Ich möchte hier in keiner Weise die beschämende Fremdenfeindlichkeit fördern, die in den letzten Monaten bei uns um sich greift. Die Probleme dieser Nachfolgegeneration der Gastarbeiter sind unsere gemeinsamen Probleme. Sie zu ignorieren wäre jedoch fatal.

## 2.2 Bewertung von Drogenkonsum

Die Meinungen zum Gebrauch psychotroper Substanzen sind heute bei den Jugendlichen weniger durch "laissez-faire" bestimmt als vor 10 Jahren. Dies gilt auch für Drogen.

### - Graphik 4: Einstellungen ggü. Drogen

Deutlich mehr Menschen lehnen Drogenkonsum heute grundsätzlich ab, die Zahl der Indifferenten wurde kleiner. Dieses gesteigerte Gesundheitsbewußtsein paßt zu der Tatsache, daß bei Jugendlichen Tabak- und Alkoholkonsum rückläufig sind (IJF 1990) und auch bei Erwachsenen die Zahl der Raucher in den letzten Jahren zurückgegangen ist (BMG 1992).

Die Gefährlichkeit einzelner Drogen wird heute ebenfalls kritischer gesehen als vor 10 Jahren. 76 % der 15 - 25jährigen (1979: 62 %) meinen, man solle Haschisch "auf keinen Fall versuchen", 92 % (1979: 79) sagen das von Kokain und 96 % (1979: 93 %) von Heroin (IJF 1990). Differenziert man die Einschätzung des Suchtmittelpotentials einzelner Stoffe jedoch nach der Erfahrung des Befragten, finden sich zwei sehr wichtige Fakten: je mehr Erfahrung jemand mit Haschisch hat, desto geringer schätzt er das Risiko dieses Stoffes ein. Erfahrung mit Kokain oder Heroin hingegen läßt die damit verbundenen Risiken eher höher erscheinen als vorher (SIMON, HERBST, GRIEB 1992).

### 3. Die Situation in der Klientel der Drogenhilfe

#### 3.1 Ambulante Hilfe

Für die ambulante Drogenhilfe beziehe ich mich auf den neuesten EBIS-Bericht für das Jahr 1992 (SIMON et al. 1992), sowie den erweiterten Bericht für das Jahr 1990 (STROBL et al. 1992). Die mehr als 300 Beratungsstellen, die uns für diese Gesamtstatistik ihre Daten zur Verfügung stellen, sind zu etwa 90 % als allgemeine Suchtberatungsstellen, zu etwa 10 % als Jugend- und Drogenberatungsstellen konzipiert. Ich möchte hier nur auf die Konsumenten illegaler Drogen eingehen. 1990 gebrauchten 13,4 % der Männer und 9,2 % der Frauen in Betreuung Heroin, die Zahlen für Kokain lagen bei 4,9 % und 2,6 %. Die Hauptdroge war dabei fast immer Heroin, Kokain in diesem Umfeld von untergeordneter Bedeutung. Es wurden etwa 10.000 Opiatabhängige in diesen Einrichtungen in 1991 betreut; das gesamte ambulante Hilfesystem müßte mindestens doppelt so viele erreichen. Zwei Drittel der Betreuten sind Männer, etwa ein Drittel Frauen.

- Graphik 5: Abhängigkeit bei Männern und Frauen -

In der Klientel zeigen sich seit etwa 1987 steigende Zahlen von Opiatabhängigen, während die Zahlen während der Jahre 1980 - 1986 rückläufig waren.

- Graphik 6: Abhängigkeit bei Männern und Frauen ab 25 -

Insbesondere die Zahl der älteren Klienten hat sich in dieser Zeit verdreifacht, die Zahl jüngerer Klienten ist erst in den letzten beiden Jahren angestiegen und liegt bei den Frauen immer noch unter dem Wert von 1980, bei den Männern etwa gleichhoch wie 1980.

Mehr als 30 % der opiatabhängigen Männer und mehr als 20 % der Frauen in Betreuung sind heute älter als 30. 1980 lagen diese Zahlen noch bei 6 % und 5 %. Mehr als 50 % der Klienten konsumiert Heroin seit mehr als 5 Jahren, ein Viertel der Männer und ein Fünftel der Frauen bereits seit mehr als 10 Jahren. Die Geschichte des Kokainkonsums ist etwas kürzer.

An die Stelle des weltanschaulich verbrämten alleinigen Heroinkonsums ist heute, wie wir alle wissen, der gleichzeitige oder wechselnde Gebrauch verschiedener Substanzen getreten. Tabelle 1 zeigt, wie häufig andere Drogen von Heroin- bzw. Kokainkonsumenten benutzt werden.

- Tabelle 1: Konsum multipler Drogen in der Klientel -

Es hat also nicht nur eine Verquickung zwischen dem Konsum unterschiedlicher illegaler Drogen vom Heroin bis zum LSD stattgefunden, sondern auch die früher sehr klare Grenze zwischen legalen und illegalen Drogen verwischt zunehmend. Berücksichtigt man die Feststellung einiger stationärer Einrichtungen, daß die Zahl von primär kriminell geschädigten Klienten in den letzten Jahren deutlich größer geworden sei, so läßt sich vermuten, daß Heroin und Kokain inzwischen auch in Gruppen auftreten, die sich früher allein auf Alkohol bezogen haben.

### 3.2 Stationäre Hilfe

Die Situation der Klientel der stationären Drogenhilfe ist als schwieriger zu beschreiben. EBIS für den stationären Bereich ist auf Grund recht kleiner Teilnehmerzahlen schwer zu generalisieren, DOSY als weiter verbreitetes Dokumentationssystem im stationären Bereich, bezieht sich primär auf Alkoholbehandlungen. Ich verwende deshalb für die Beschreibung der Klientel im stationären Bereich einen Artikel von BÜHRINGER, HERBST & KÜFNER (1992) und den Zwischenbericht des gleichen Projekts (KÜFNER et al 1992), die sich auf Daten aus 34 stationären Einrichtungen stützen.

74 % der Klienten sind Männer, 26 % Frauen. Das Durchschnittsalter liegt auch hier inzwischen relativ hoch: für die Männer bei etwa 27 Jahren, für die Frauen bei etwa 25 Jahren. 93,5 % der Klienten haben im Lebensverlauf schon einmal regelmäßig Heroin genommen, 96,8 % Cannabis, 84,6 % Kokain. Die Situation vor Beginn der aktuellen Therapie stellt Tabelle 2 dar.

- Tabelle 2: Situation vor Beginn der aktuellen Therapie -

Auch hier zeigt sich, neben der besonderen Bedeutung der Opiate, die große Palette der gleichzeitig oder nacheinander verwendeten Substanzen. Mehr als 50 % der Klienten haben andere illegale Drogen und Medikamente mißbräuchlich verwendet, mehr als 40 % auch Kokain genommen. Methadon wurde von etwa 13 % der Klienten genommen.

Folgende Begleiterscheinungen sind festzustellen:

- Tabelle 3: Begleiterscheinungen der Abhängigkeit -

Es zeigt sich überwiegend das Bild von Langzeitabhängigen, die neben den reinen Abhängigkeitsproblemen eine Reihe schwieriger Rahmenbedingungen aufweisen. Sie sind durch körperliche und physische Folgen behindert, im Durchschnitt schon über Mitte 20 und haben auf dem Arbeitsmarkt auf Grund schlechter Ausbildung, Schulden, Vorstrafen eine sehr schlechte Startposition. Frühere Entgiftungen sind häufig, Entwöhnungsbehandlungen wurden oft abgebrochen.

### 3.3 Ostdeutschland

Bei unserer Betrachtung der Situation sollten wir ein Gebiet nicht außer acht lassen. Die neuen Bundesländer.

- Grafik 7: Drogenprävalenzen Ost und West -

Grafik 7 zeigt die Prävalenz von Drogenerfahrungen im Vergleich zwischen BRD Ost und West. Bei unserer Erhebung 1990 fand sich in den neuen Ländern eine Lifetime-Prävalenz illegalen Drogenkonsums von 1,5 %, die sich fast ausschließlich auf Haschisch bezog. Bis heute hat sich, unseren Informationen nach, an dieser Situation nichts grundlegendes geändert. Das Problem Drogen zumindest, ist z. Z. im Osten weniger gravierend als im Westen, wengleich die z. T. deutlichen höheren Zahlen in Bezug auf Alkoholkonsum hier nicht vergessen werden sollten.

## 4. Entwicklung in der Klientel

### 4.1 Alter

Einige Entwicklungen sind aus dem bisherigen deutlich geworden:

1. Ein erheblicher Teil von Personen, die ihren Drogenkonsum in den siebziger oder achtziger Jahren begonnen hat, hat ihn bis heute fortgesetzt und bildet einen großen Teil des Klientels der ambulanten und stationären Drogenhilfe. Durch die lange Zeit in der Szene und die lange Konsumdauer ist diese Gruppe durch eine Vielzahl gesundheitlicher und sozialer Folgeschäden gekennzeichnet. Auch AIDS ist hier zu nennen. Diese Personen haben oft schon eine Reihe von Vorbehandlungen hinter sich, denen teilweise auch drogenfreie Intervalle gefolgt waren, die häufig jedoch abgebrochen wurden.
2. Während der Jahre 1980 bis 1985 hat die Zahl neuer Drogenkonsumenten, die im Hilfesystem auftraten, in der Altersgruppe bis 24 abgenommen. Seit etwa 1987 haben diese wieder leicht zugenommen. Das typische Alter experimentellen Drogenkonsums liegt heute bei 18 - 24, zwei Drittel der Klienten mit Opiatabhängigkeit sind zwischen 20 und 30. Es sind also nicht mehr die ganz jungen, sondern die jungen Erwachsenen, die heute das höchste Risiko aufweisen. Ein Teil dieser Gruppe tritt in der Drogenhilfe als Hilfesuchende auf. Sie paßt noch am ehesten in das alte Konzept der Drogenabhängigkeit als Entwicklungsproblem.

### 4.2 Steigende Zahlen

1. Insgesamt steigt die Zahl der Drogenerfahrenen. Ihre relativ große Zahl weist darauf hin, daß zumindest Cannabiserfahrung bei uns inzwischen fast schon "normal" ist. Typischerweise wird dies jedoch nur wenige Male experimentell genutzt. Intensiven und langfristigen Konsum von Cannabis zeigt nur ein sehr kleiner Teil.
2. Die Zahl der Personen, die Kokain ohne Heroin konsumieren, hat deutlich zugenommen. Dieser Personenkreis taucht jedoch bisher nur sehr sporadisch im Hilfesystem auf und auch andere Indikatoren weisen ihn als bisher weniger auffällig aus.
3. Auch die Zahl der primär Heroinabhängigen hat sich erhöht. Diese Personengruppe, die in vielen Ländern Europas massive Probleme bereitet, und sich durch multiplen, oft wahllosen Drogengebrauch kennzeichnen läßt, setzt sich aus zwei Gruppen zusammen:

Altkonsumenten, die seit Jahren in der Szene leben, die Hilfeangebote von Zeit zu Zeit nutzen, ohne dauerhaft einen Weg aus der Sucht zu finden. Die Lebensumstände dieses Personenkreises werden immer schwieriger, die Folgeschäden und Verelendung immer größer.

Neueinsteiger in den Heroinkonsum. Typisches Alter Anfang 20, multipler Drogengebrauch, teilweise kriminelle Vorgeschichte schon vor Beginn des Drogenkonsums.

Diese beiden Personengruppen sind der Kern der Klientel der Drogenhilfe.

### 4.3 Neue Klientengruppen

Eine Gruppe, der bisher wenig Interesse entgegengebracht wurde, sind die Langzeitkonsumenten von Cannabis. Häufig sozial relativ integriert und durch die Droge weniger massiv in den alltäglichen Lebensverrichtungen beeinträchtigt, trat diese Gruppe bisher kaum ins öffentliche Bewußtsein, obwohl sie zahlenmäßig die Konsumenten harter Drogen deutlich überwiegt. Die Frage, ob jahrzehntelanger intensiver Cannabiskonsum in Form physischer und psychischer Schäden (etwa in Folge amotivationaler Syndrome oder psychotischer Erscheinungsbilder) nicht doch eines Tages eine neue, relativ große, Problemgruppe aus der Normalität herausfallen läßt, ist meiner Meinung noch ungeklärt. KLEINER et al. (1922) fanden in etwa einem Drittel der befragten Beratungsstellen und in mehr als 20 % der Kliniken einen Anstieg der Haschischfälle innerhalb der letzten 5 Jahre.

Das Image von Heroin hat sich in den letzten 20 Jahren massiv verändert; die Droge hat, pointiert gesprochen, ihren Weg von einem intellektuellen oder upper class- zu einem kriminellen oder lower class-Publikum gefunden. Eine ähnliche Entwicklung war viele Jahre später in den USA bei der Verbreitung von Kokain zu erkennen. Damit sind in zunehmendem Maße Personengruppen in der Klientel aufgetreten, die neue Anforderungen an die Betreuung stellen. Geringere Verbalisierungsfähigkeiten und ein höherer Grad an Aggressivität und Gewaltbereitschaft kennzeichnen diese nicht mehr ganz neue Gruppe von Abhängigen. Die Verquickung von Alkohol- und Heroinabhängigkeit ist hier besonders deutlich.

Wie groß in den neuen Ländern in den nächsten Jahren das Risiko für ein wachsendes Drogenproblem ist, erscheint schwer prognostizierbar. Zu unterschiedlich ist die Lage in Ostdeutschland, verglichen mit den alten Bundesländern zu Beginn der Drogenwelle. Zu unterschiedlich ist auch das Image einzelner Drogen und damit die Bereitschaft, sie zu konsumieren. Noch wirkt, wie die Beratungsstellen im Osten schildern, die alte Angstpropaganda nach, die Schwelle zum Konsum von Cannabis ist hoch. Ob die zu erwartende Senkung dieser Schwelle durch Informationen und erleichterte Verfügbarkeit einen abrupten Anstieg problematischer Fälle nach sich zieht, bleibt abzuwarten. Im Augenblick sind die Mittel der Wahl eher die altbekannten "Helfer" Alkohol und Medikamente.

## 5. Rahmenbedingungen von Drogenhilfe heute

### 5.1. Wissenschaft

Die Beziehung zwischen Forschung und Praxis der Drogenhilfe sind vielfältiger und nicht frei von Spannungen. Jedoch denke ich, daß im Lauf der letzten 20 Jahre sich beide Seiten aufeinander zuentwickelt haben. Die Forschung, indem sie zunehmend bei der Auswahl ihrer Gegenstände wie bei der Darstellung der Ergebnisse, auf die tatsächliche Situation in der therapeutischen Einrichtung Bezug nahm. Die MEAT-Studie ist hier ein gutes Beispiel. Die Praxis, begann auf der anderen Seite, zunehmend Forschungsergebnisse zu rezipieren und empirische Ansätze in ihre Arbeit zu integrieren. So wird die Notwendigkeit, die eigene Arbeit zu dokumentieren bis hin zu einer kriteriengeleiteten Diagnostik, auch im ambulanten Bereich heute fast überall gesehen. Dies war nicht immer selbstverständlich.

Ich möchte einige der wichtigsten Ergebnisse der Forschung im Bereich Drogenhilfe zusammenfassen, ohne hier auf die einzelnen Arbeiten eingehen zu wollen:

1. Eine gemeinsame einheitliche "Grundstörung" der Abhängigkeit existiert nicht. Vielmehr findet sich ein breites Spektrum an Merkmalskombinationen bei Abhängigen.
2. Eine Individualisierung der Behandlung anstelle schematischer Vorgehensweisen, erscheint deshalb angemessener, ökonomischer und effektiver.
3. Hohe Eigenmotivation des Abhängigen als Grundvoraussetzung professioneller Hilfe geht von einem ungeeigneten Modell über die Entwicklung abhängigen Verhaltens aus. Das Kreiskonzept von PROCHASKA & DICLEMENTE (1986) hilft im Gegensatz dazu, in verschiedenen Phasen des Drogenkonsums, den Klienten beim Aufbau seiner Therapiemotivation bzw. bei einer erfolgreichen Therapie zu unterstützen.
4. Therapieabbruch wurde als wichtiger Einzelfaktor erkannt. Je höher die Zahl der Vorbehandlungen und höher die Schulbildung des Klienten, desto seltener der Abbruch. Für den Therapieerfolg ist jedoch weniger die Tatsache des Abbruchs ausschlaggebend, sondern eine Dauer der Therapie, die gewisse Spannen nicht unterschreiten sollte.
5. Das Erfolgskriterium "Abstinenz" wurde ersetzt durch ein Set an Kriterien aus dem psychischen, physischen und sozialen Umfeld des Klienten. Dies verbreitert die Zielrichtung der Therapie, erleichtert aber auch den Umgang mit einem Rückfall.
6. Neben dem Abbruch ist der Rückfall das zweite kritische Ereignis einer Drogentherapie. Statt diesen als absolutes Scheitern des Klienten zu definieren, wird im Rahmen von Rückfallprophylaxe gelernt, mit der Situation umzugehen und "das Beste daraus zu machen".
7. Die Feststellung, daß zwischen verschiedenen Einrichtungen, aber auch über die Zeit innerhalb einer Einrichtung, sehr große Unterschiede bezüglich der Abbruchquoten auftreten, legt nahe, Einrichtungsmerkmale differenziert zu betrachten. Die Einrichtungen mit den höheren Haltequoten sind offensichtlich gekennzeichnet durch liberalere Grundhaltung und mehr erlebnispädagogische Maßnahmen.
8. Die Effektivität von Drogentherapie ist nicht so schlecht wie oft behauptet. Die AMSEL-Studie (KINDERMANN 1992) kommt auf 90 % Erreichungsquote durch ambulante Einrichtungen und mehr als 50 % Drogenfreiheit bei stationär Behandelten (in ihrer Längsschnittstudie).
9. Dennoch bleibt, im Vergleich zur Alkoholentwöhnung, die sehr hohe Abbruchquote und die hohen Rückfallzahlen ein zentrales Problem der Drogenhilfe.

## 5.2 Politik

Über weite Bereiche sind gesellschaftliche und juristische Bewertungen von Drogenkonsum heute im Fluß. Es findet eine schrittweise Annäherung in der Bewertung illegaler und legaler Drogen statt. So werden die Rahmenbedingungen des Tabakrauchens erschwert, die Steuerbelastung dieser Handlung erhöht. Andererseits wird die Freigabe von Cannabiskonsum diskutiert, der Zugang zu Methadon als legalem Opiat erleichtert. Die Tatsache, daß eine der ersten Äußerungen des neuen Bundesdrogenbeauftragten sich der Bedeutung der Alkoholabhängigkeit widmet, weist in die gleiche Richtung.

## Entkriminalisierung und Liberalisierung

Erklärtes Ziel dieser Politik ist, die Kriminalisierung von Abhängigen zu vermeiden und Mafia-Gewinne aus illegalem Handel zu verringern. Das Problem dabei bleibt, daß die offizielle Bewertung der Drogen als illegal ebenso wie der erschwerte Zugang zu diesen Stoffen die Zahl der Konsumenten verringert, wenngleich letztlich unklar ist, wieviel mehr Abhängige bei einer Liberalisierung des Konsums zu befürchten sind. Daß es mehr werden, steht ziemlich außer Zweifel, wie skandinavische Untersuchungen im Zusammenhang mit Prohibition und Liberalisierung bei Alkohol wie bei Drogen zeigen (z. B. HARTELIUS o. J.). Daß Liberalisierung von Konsum ohne Änderung der Situation des Handels nur wenig Probleme löst, läßt sich zur Zeit in Holland verfolgen ohne zahlreiche positive Aspekte des holländischen Vorgehens leugnen zu wollen; halte ich die zunehmenden Hinweise auf die Unterwanderung des halblegalen Cannabishandels in den Coffee-Shops durch das organisierte Verbrechen für ebenso bedenklich wie die öffentliche Diskussion der Möglichkeit, in Zukunft Cannabis statt Gurken in holländischen Treibhäusern zu züchten.

Faktisch ist die Strafverfolgung in Bezug auf den Konsum weicher Drogen bei uns inzwischen weit zurückgenommen worden: die regionalen Unterschiede sind dabei jedoch erheblich. Das Risiko, wegen Konsums harter Drogen verurteilt zu werden, erschwert die Lebensumstände der Abhängigen jedoch nach wie vor erheblich und ist damit Teil ihres Problems.

### Methadonvergabe

Ich möchte die Methadondiskussion der letzten Jahre hier nicht neu aufrollen. Daß Methadon für bestimmte Personen in bestimmten Situationen hilfreich sein kann, erscheint mir nachgewiesen. Die Sucht nach der neuen Methode, die alle drogenpolitischen und -therapeutischen Probleme der Vergangenheit löst, die bisher gelösten Probleme aber auch in den Griff kriegt, läßt auch kaum noch einen Weg an Methadon vorbei offen. Es wäre schön, wenn diese Methode einigen helfen könnte, die bisher nicht erreicht wurden, ohne daß andere erfolgreiche Ansätze dabei verlorengehen.

Daß die Methadonvergabe kein Allheilmittel darstellt, zeigt sich an verschiedenen Stellen: In der Schweiz blüht der Schwarzmarkt für Opiate wie "nie zuvor", wie Papieren aus dem Bereich der Polizei zu entnehmen ist. Das dabei auch gehandelte Methadon stammt fast ausschließlich aus offiziellen Projekten. Dänemark hat gerade Probleme mit einer Reihe von Todesfällen in Zusammenhang mit Methadon. Großbritannien, aber auch Holland haben ausgesprochen schlechte Erfahrungen mit der Verteilung von Methadon durch die Gesamtheit der niedergelassenen Ärzte gemacht. In beiden Ländern hat man heute die Beschränkung auf eine überschaubare Gruppe von speziellen Verteilern, z. B. Ärzte mit Zusatzqualifikation. Eine verbesserte gesundheitliche und soziale Situation der Heroinabhängigkeit ist m. E. nur zu erwarten, wenn eine klare Entscheidung für Methadon in Kombination mit eindeutigen Regeln und begleitenden psychosozialen Hilfen getroffen wird.

### 5.3 Leistungsträger

Ein wichtiger Aspekt gesellschaftlicher Hilfesysteme, und zu diesen zählt die Drogenhilfe, ist die Frage der ökonomischen Basis. Gerade in einer Zeit, in der, bedingt durch Wiedervereinigung und Rückgang des Wirtschaftswachstums, viele Kommunen, aber auch Bund und Länder nach Einspa-

rungsmöglichkeiten suchen, ist die Frage der Finanzierung besonders wichtig.

Stationäre Entwöhnungsmaßnahmen werden ja schon seit geraumer Zeit von Rentenversicherern und Krankenkassen finanziert. 1990 waren es 24.743 Entwöhnungsbehandlungen mit einem Kostenaufwand von 568,5 Mio DM, was mehr als 10 % aller Reha-Maßnahmen in den alten Bundesländern entspricht. Die Behandlung von Drogenabhängigen stellt jedoch nur einen Teil dieser Maßnahmen dar. Daß Suchtbehandlung aus Sicht der Rentenversicherer sinnvoll und lohnend ist, zeigt sich etwa bei MÜLLER-FAHRNOW et. al 1989. Die Gleichung, die die Versicherer hier aufstellen, enthält auf der einen Seite die Kosten für die Entwöhnungsmaßnahme, auf der anderen Seite die Zahl der Klienten, die danach wieder arbeitsfähig sind und - möglichst kontinuierlich - ihre Beiträge zur RV entrichten. Je mehr und je länger Berufsunfähigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsrenten mit diesem Mittel vermieden werden können, umso attraktiver ist aus Sicht der Leistungsträger die Durchführung von Entwöhnungsbehandlungen. Dies gilt zwar insgesamt verstärkt für Alkoholabhängige, ist aber auch für die Drogenhilfe von Relevanz.

Konsequentermaßen wurden in der "Empfehlungsvereinbarung ambulante Rehabilitation Sucht" zwischen Rentenversicherern und Krankenversicherern vom 01.04.1991 die Rahmenbedingungen festgelegt, nach denen in Zukunft ambulante Suchttherapie von den Leistungsträgern mitfinanziert wird. Dahinter steht natürlich das Interesse, möglichst ökonomisch, also nach Möglichkeit eher ambulant als stationär betreuend, eine Entwöhnung erfolgreich abzuschließen. Es steht aber auch die generelle Bereitschaft dahinter, diesen Bereich des Hilfesystems stärker in das normale Gesundheitssystem zu integrieren als bisher.

## 6. Tätigkeitsfelder der Drogenhilfe

### 6.1 Übersicht

Vor mehr als 20 Jahren, als die Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland in relativ kurzer Zeit aufgebaut werden mußte, war ihr Tätigkeitsfeld, das zukünftige Klientel und die Rangfolge einzelner Aufgaben noch weitgehend ungeklärt. Viele Ansätze waren von Selbsthilfegruppen getragen, vieles wurde mit großem Engagement, aber nicht immer mit großer Professionalität versucht.

In der Zwischenzeit hat sich das Aufgabenspektrum der Drogenhilfe auf dem Hintergrund der gesammelten Erfahrungen, aber auch geänderter Anforderungen aus dem Kreis der Abhängigen und Gefährdeten konsolidiert. Der Aufgabenbereich, der heute dadurch abzudecken ist, ist in der Gliederung dargestellt.

### 6.2 Prävention

Nach wie vor von großer Bedeutung ist der Aspekt Prävention im Zusammenhang mit Drogenarbeit. Nach anfänglich relativ einfachen Konzepten, die insbesondere im Umfeld der Strafverfolgungsorgane häufig mit Angst arbeiteten, sind heute differenziertere Ansätze vorhanden. Im Rahmen der Primärprävention wird versucht, Jugendliche in kritischen Altersgruppen zu erreichen, ihre vorhandenen Motive im näheren und weiteren Umkreis des Drogenkonsums aufzunehmen und Alternativen zu Drogen aufzuzeigen. Dabei ist klar geworden, daß eine deutliche Orientierung an der Zielgruppe



neben dem Ernstnehmen der vorhandenen Motive und der Notwendigkeit, differenziert zu informieren, zu den wichtigsten Voraussetzungen präventiver Arbeit gehören.

### 6.3 Early Intervention

Die traditionelle Therapiephilosophie im Umfeld der Drogenhilfe war gekennzeichnet dadurch, daß der Abhängige mehr oder weniger erst die persönliche Talsohle durchschritten haben mußte, bevor seine Motivation ausreichend für die erfolgreiche Teilnahme an einer Therapie war. Entsprechend waren viele Angebote, insbesondere der stationären Drogenhilfe dadurch gekennzeichnet, daß durch hohe Aufnahmeschwellen wie Initialisierungsrituale und ähnliches der Schritt in Therapie eher erschwert als erleichtert wurde. Nun hat sich inzwischen gezeigt, daß das Drogenproblem der siebziger Jahre sich nicht durch Therapie und / oder gesellschaftliche Veränderung gelöst hat. Eine Vielzahl von Personen, die heute von der Drogenhilfe betreut wird, ist bereits seit vielen Jahren abhängig und hat in der Zwischenzeit Sekundärprobleme entwickelt, deren Behebung zu der Therapie der reinen Suchtprobleme hinzukommen muß, wenn Drogenhilfe erfolgreich stattfinden soll.

Diese Erfahrung hat klar gemacht, daß ein Abwarten des Therapeuten nicht der richtige Weg sein kann. Zu groß sind die persönlichen und sozialen Folgeschäden, die mit diesem Vorgehen verbunden sind. Das Problem HIV-Infektion und AIDS hat die Notwendigkeit frühzeitiger Intervention massiv unterstrichen. Angesichts der drohenden epidemischen Entwicklung gerade im Bereich der Drogenabhängigen ist frühzeitige Intervention zu einer zentralen Forderung an die Drogenhilfe geworden. Dies geht in einzelnen Fällen so weit, daß auch Erschwernisse des im engeren Sinne therapeutischen Ansatzes durch dieses Aktivitäten akzeptiert werden müssen.

### 6.4 Harm Reduction

Auf dem gleichen Hintergrund, nämlich der Zunahme langfristig abhängiger Personen und der AIDS-Problematik in diesem Personenkreis, hat sich auch die Zielrichtung der Aktivitäten der Drogenhilfe etwas verschoben. Auch hier läßt sich eine Entwicklung weg von einfachen, generalisierten Ansätzen, hin zu differenzierteren Betreuungs- und Hilfeangeboten erkennen, die sich an den Bedürfnissen unterschiedlicher Gruppen orientieren. Wie sinnvoll kann es sein, einen relativ kleinen Teil der Betroffenen nach vielen Jahren persönlicher Leidensgeschichte in einer erfolgreichen Entwöhnungsbehandlung zu haben, wenn in der Zwischenzeit ein mindestens ebenso großer Teil an den Rahmenbedingungen des Alltagslebens, der sozialen und gesundheitlichen Verelendung, gescheitert an AIDS gestorben ist. Das Konzept, die Abhängigen zumindest am Leben zu erhalten, ihre Situation, zunächst einmal unabhängig vom Drogenkonsum, in ihren Rahmenbedingungen zu verbessern muß vorrangig verwirklicht werden. Hierzu gehören natürlich die Notwendigkeiten des Alltagslebens: Nahrung, Unterkunft, Waschmöglichkeiten.

Auf der anderen Seite findet sich hier auch, und hier zeigt sich wieder eine Verbindung zum traditionellen, eher therapeutisch orientierten Hilfeangebot, eine Möglichkeit zu Gesprächen im Rahmen von Streetwork oder offenen Kontakten. Diesen Ansatz haben die Holländer in den letzten Jahren am deutlichsten verfolgt. Man muß sich jedoch darüber klar sein, daß hier ein hoher gesellschaftlicher Aufwand für die Unterstützung, z. T. Alimentierung dieser Personengruppen, notwendig ist. Und man muß sich, in einem größeren Umfeld, durchaus die Frage stellen, ob hier nicht eine - politisch sehr im Rampenlicht stehende - Personengruppe vom öffentlichen Hilfesystem in

ungerechtfertigter Weise bevorzugt wird. Betrachtet man sich die Situation psychisch Kranker oder Obdachloser in unserer Gesellschaft, oder vergleicht man auch nur die Ausstattung stationärer Entwöhnungseinrichtungen für Alkohol- und Drogenabhängige, so wird klar, daß wir es hier oft mit einer "privilegierten Gruppe" hilfsbedürftiger Menschen zu tun haben. In Zeiten zunehmender Wirtschaftsprobleme, muß man sich klar darüber sein, daß die gesellschaftliche Bereitschaft, für diese Hilfen Mittel zur Verfügung zu stellen, begrenzt ist. Die steigenden Kosten der Drogenhilfe haben auch in Holland zu einer politischen Neuorientierung geführt, die sich zunächst in der Regionalisierung der Finanzierung von Teilen der Drogenhilfe äußert. Ob diese auch in Zukunft Mittel im gleichen Umfang für Hilfeangebote zur Verfügung stellt, wird von manchem Kenner der holländischen Szene bezweifelt.

### 6.5 Motivation

Wie bereits unter der Überschrift Early Intervention bemerkt, hat sich das Behandlungskonzept in der Drogenhilfe in den letzten 20 Jahren deutlich verändert. Die fehlende Eigenmotivation des Klienten, die anfangs noch zur Bringschuld des Hilfesuchenden gezählt wurde, ist heute weit weniger als damals ausreichend, um zu rechtfertigen, warum Drogenhilfe nicht greift. Therapeutische Konzepte, aber auch eine Änderung in der Selbstdefinition der Drogenhilfe, lassen heute auch die Phase der Motivation und Entscheidungsfindung zu einem Aufgabenbereich der Drogenhilfe werden. Idealerweise steht dabei den Abhängigen oder Drogengefährdeten zu jedem Zeitpunkt seines Drogenkonsums die Hilfe und Motivationsstütze zur Verfügung, die er akzeptieren kann und die ihn einen Schritt weiter in Richtung Drogenfreiheit bringt.

### 6.6 Therapie

Das traditionelle Gebiet der Drogenhilfe ist die Therapie. Ich möchte hier nicht über verschiedene Therapieschulen und -ansätze reden. Dies würde den Rahmen meines Vortrages sprengen. Nur soviel zur Situation: Neben der Feststellung, daß einige Ansätze (z. B. traditionelle psychodynamische Ansätze) wenig effizient im Rahmen von Drogenhilfe einzusetzen waren, hat insbesondere die Tatsache, daß eine starke Vermischung unterschiedlicher Konzepte und Ansätze stattgefunden hat, der Grundsatzdiskussion zwischen den Schulen etwas Wind aus den Segeln genommen. In die Verhaltenstherapie wurden soziale und kognitive Elemente auch als theoretische Konstrukte aufgenommen, Familientherapie als übergeordnete systemische Betrachtungsweise läßt sich in ihrer Gesamtheit keiner der alten Schulen direkt zuordnen. Vielmehr gibt es Quellen und Beziehungen zur Psychodynamik ebenso wie zur Verhaltenstherapie oder zu gesprächstherapeutischen Ansätzen.

Das Therapieziel "Abstinenz" steht immer noch im Vordergrund der Bemühungen: die Anwendung von weniger riskanten Konsumweisen bis hin zur Spritzenhygiene als Ziele sind eher als Zwischenschritte zu sehen. Im Laufe der letzten 20 Jahre haben sich Drogentherapie und allgemeine Psychotherapie etwas angenähert. Die wachsende Zahl von Klienten mit Sucht- und psychiatrischen Diagnosen mag eine der Ursachen dafür gewesen sein. Damit ist es in mancher Hinsicht einfacher geworden, von Fortschritten der PT und PT-Forschung zu profitieren. Als Beispiel kann die Anwendung von ICD 10 in der Diagnostik angeführt werden.

### 6.7 Rückfallprophylaxe

Ebenso wie die Motivation vor Beginn der Therapie inzwischen als Aufgabe der Drogenhilfe gesehen wird, so ist auch die Zeit nach Behandlungsende inzwischen als Aufgabenbereich erkannt worden. Statt, wie vorher üblich, lediglich festzustellen, daß ein relativ großer Teil der Klienten innerhalb der ersten Wochen und Monate nach Behandlungsende wieder mit harten Drogen rückfällig wird, widmet man sich zunehmend der Rückfallprophylaxe. Neben speziellen Inhalten der Therapie, die den Umgang mit riskanten Situationen nach Betreuungsende erleichtern sollen, soll der vollständige Absturz des Klienten vermieden werden, wenn es zu einem Rückfall gekommen ist.

Neben diesen Aspekten, die eher eine Ergänzung traditioneller Therapie darstellen, tritt zunehmend das Konzept, Behandlung in kürzeren Abschnitten vorzunehmen, die jeweils durch ambulante Betreuung oder unbetreute Phasen unterbrochen werden. In Zeiten, in denen Rückfälle erfahrungsgemäß sehr häufig auftreten, also insbesondere kurz nach Abschluß stationärer Behandlungen, können eventuell kurzfristige, zeitlich kurze, Maßnahmen Rückfallrisiken verringern.

## **7. Organisation der Hilfeangebote**

### **7.1 Übersicht**

Die Aufgabenfelder der Drogenhilfe habe ich im letzten Kapitel versucht zu umreißen. Die Übersicht konnte sicher nicht erschöpfend sein. Diese Felder zu definieren, erscheint in der Summe relativ wenig problematisch, da die Einigkeit innerhalb der Fachöffentlichkeit über die notwendigen Teilaspekte relativ hoch ist. Sehr kontrovers werden die Vorstellungen jedoch nicht nur, wenn der Stellenwert einzelner Aspekte diskutiert wird, sondern auch, wenn die Praxis der Hilfeangebote, die Organisation der Arbeit, diskutiert wird. Ich habe die verschiedenen Aspekte der Organisation unter einige kurze Überschriften gestellt, die Ihnen die Gliederung zeigt.

### **7.2 Ambulante und stationäre Angebote**

Traditionell ist der Bereich der Drogenhilfe durch stationäre Entgiftungen und stationäre Entwöhnungsbehandlung gekennzeichnet. Ein relativ kleiner Teil der Entwöhnungsbehandlungen findet ambulant statt. Dies ist die Situation. Zu erwarten steht jedoch eine Verschiebung von stationärer zu ambulanter Therapie. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Zum einen ist die fachliche Forderung nach mehr Gemeindenähe, Flexibilität von Therapieangeboten und Therapiedauern im Umfeld ambulanter Behandlungen leichter zu realisieren. Zum anderen zeigt sich ein deutliches Interesse der Leistungsträger, Suchttherapie, soweit möglich, im ambulanten Setting durchzuführen.

Die aktuelle Situation in der Drogenhilfe bringt jedoch einige Probleme für eine solche Verlagerung therapeutischer Angebote mit sich. Zum einen ist die personelle Ausstattung der ambulanten Einrichtungen durch eine große Zahl von Sozialarbeitern, wenigen Psychologen und - in der Regel nur als Honorarkraft tätige - Mediziner gekennzeichnet. Dies paßt schlecht in die Konzeption der normalen Krankenversorgung in der Bundesrepublik. Zum anderen ist der Ausbildungsstand der therapeutisch tätigen Mitarbeiter zwar in den letzten zehn Jahren deutlich gestiegen, erreicht jedoch an einigen Stellen nicht die Mindestanforderungen von Leistungsträgern und anderen Fachleuten. Hier sind sowohl der Bereich differenzierter Diagnostik als auch Therapieplanung und -durchführung zu nennen. Andererseits erwartet der Leistungsträger von den Einrichtungen neben therapeutischen Angeboten auch in Zukunft sozialarbeiterisch, therapievorbereitend und präventiv tätig

zu sein. Diese Anforderungen und der zu erwartende zunehmende Druck zu ökonomischeren Therapieansätzen, läßt folgende Entwicklung erwarten:

1. Die Therapieangebote ambulanter Einrichtungen nehmen zu.
2. Es findet teilweise eine Verlagerung der Therapie von stationärer zu ambulanter Arbeit statt.
3. Die Ambulanzen werden, um den Anforderungen gerecht zu werden, einerseits bereits vorhandene Qualifikationen stärker formalisieren, andererseits eine stärkere Einbeziehung von Diplom-Psychologen und Medizinem erreichen müssen. Durch die unterschiedliche Form der Finanzierung ist damit zu rechnen, daß die im engeren Sinn therapeutischen Arbeiten und die sozialarbeiterischen und weiteren Tätigkeiten personell unterschiedlich zugeordnet werden. Dies bezieht sich nur begrenzt auf Berufsgruppen, da Sozialarbeiter und Sozialpädagogen mit entsprechender Qualifikation das Rückgrat der Suchtarbeit und Suchttherapie in diesen Einrichtungen sein werden. Es kann jedoch zu einer stärkeren Strukturierung innerhalb der Einrichtungen führen.

### 7.3 Niedrigschwellige und hochschwellige Angebote

Aus der Entwicklung der Klientel ist zu erkennen, daß neben einer zunehmenden Gruppe von Langzeitabhängigen eine Gruppe von neuen Konsumenten illegaler Drogen tritt. Mit der Zeit wird immer deutlicher, daß diese sehr unterschiedlichen Personengruppen durchaus unterschiedlich Anforderungen an die Betreuung stellen. Während für die Neueinsteiger sicher therapeutische Ansätze hin zu drogenfreien Lebenskonzepten Sinn machen, muß zunehmend für eine Gruppe von Personen, die durch langfristige Konsumerfahrung und eine Vielzahl von Sekundärfolgen gekennzeichnet ist, ein spezielles Angebot geschaffen werden. Die gesamte Diskussion über "Harm Reduction" und "Niederschwelligkeit" von Angeboten bezieht sich in erster Linie auf diese Personengruppe. Hier wird man unter Umständen eines Tages den schmerzhaften Schlußstrich unter therapeutische Konzepte setzen müssen und zu der Aufgabe stehen, diesen Personen zu einem Leben in Würde zu verhelfen, ohne tatsächlich an ihren grundlegenden Problemen etwas ändern zu können. Damit sind wir im Bereich caritativer und sozialpflegerischer Tätigkeiten angelangt, wie er für langfristig psychisch Kranke, aber auch für einen Teil von Alkoholabhängigen seit langem existiert. Dennoch sollte bei dieser Diskussion nicht außer acht gelassen werden, daß die vorhandenen Therapieansätze durchaus nicht ohne Erfolg geblieben sind. Hochschwellige Angebote mit intensiver Betreuung und hohen Anforderungen an ihre Teilnehmer sind für die Personengruppe, die davon profitieren kann, sicher wichtig und notwendig. Sie sollten nicht vernachlässigt werden.

### 7.4 Arbeitsteilung und Integration

Wir haben an verschiedenen Stellen gesehen, daß der Bereich der Drogenhilfe eine quasi natürliche Entwicklung vom Generellen zum Differenzierten, von der Eingleisigkeit zur Mehrgleisigkeit der Angebote aufweist. Wir werden also in Zukunft mit einer verstärkten Arbeitsteilung zu tun haben. Was sich heute schon in der Tatsache zeigt, daß präventive Arbeitseinteilung aus der ambulanten Beratungsstelle hin zu Fachkräften, die beispielsweise zentral gesteuert regional eingesetzt werden, stattfindet, wird sich weiter fortsetzen. Im Vergleich zu anderen Bereichen der medizinischen und psychosozialen Versor-

gung ist davon auszugehen, daß unter Umständen nicht überall Therapie, aber auch nicht überall Methadonvergaben stattfinden werden. Der Klient muß sich verschiedene Hilfen eventuell an verschiedenen, kooperierenden Stellen holen.

Die Individualisierung der Therapie, die Konzeption der Behandlungskette, die aus stationären und ambulanten Teilen besteht, macht eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen allen beteiligten Stellen notwendig. Die heutige Situation, daß kaum Beziehungen zwischen Entgiftung und Entwöhnung bestehen, daß nach Abschluß einer stationären Betreuung oft eine ambulante Nachbehandlung und Nachsorge mehr oder weniger dem Zufall überlassen wird, ist sicher keine optimale Lösung. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Überlegungen und Ansätze zur Rückfallprophylaxe. Aber auch die Methadonvergabe setzt ein vorhandenes System des Informationsaustausches und der Zusammenarbeit voraus, wenn hier kein neues Feld unkontrollierten Drogenhandels und -konsums entstehen soll. Nicht von ungefähr gibt es in den Niederlanden eine zentrale Erfassung aller Methadonkontakte.

Die zunehmende Vernetzung der vorhandenen Angebote macht sicher Schwierigkeiten, erfordert die Toleranz unterschiedlicher Berufsgruppen und die Bereitschaft, lange gehegte Vorurteile, aber auch Wertsetzungen, zu überdenken. An einigen Stellen, so zum Beispiel bei der Entwicklung einheitlicher Dokumentationsstandards im Bereich der Suchtkrankenhilfe, finden sich hier aber höchst erfreuliche Ansätze schon heute.

## 7.5 Professionalisierung

Eine Entwicklung, die in den letzten 20 Jahren in der Bundesrepublik eindeutig zu verfolgen war, ist die Professionalisierung der Drogenhilfe. Der Anteil der ehrenamtlichen Helfer ist deutlich zurückgegangen, auf der anderen Seite hat sich die - insbesondere suchtorientierte Zusatzqualifikation der therapeutischen Mitarbeiter - stark verbessert. Im gleichen Umfang hat sich, so meine ich, die Selbstwahrnehmung der Suchtberater stärker weg vom rein helfenden, sehr ethisch orientierten Konzept, hin zu einem auch therapeutisch-technisch orientierten Konzept der eigenen Arbeit entwickelt. Sichtbarer Ausdruck solcher Professionalisierungstendenzen sind klare Anforderungen bezüglich der Qualifikation von Mitarbeitern und klare Bewertung von Curricula von suchtorientierten Aus- und Fortbildungsmaßnahmen. Neben dieser, quasi systemimmanenten Entwicklung zur Professionalisierung, sollten wir nicht vergessen, daß hier die persönlichen Lebensläufe von vielen Mitarbeitern in der Drogenhilfe den Hintergrund abgeben. Nicht wenige Therapeuten, die heute hier tätig sind, sind schon seit zehn oder fünfzehn Jahren in diesem Feld. Für sie ist die Entwicklung hin zu einem professionelleren Berufsbild sicher ganz persönlich zu sehen.

## 7.6 Qualitätssicherung

Ein Teilaspekt der Professionalisierung, der bisher sicher von den Inhalten her häufig diskutiert wurde, ohne dafür immer den Begriff zu benutzen, ist Qualitätssicherung. Interne Qualitätssicherung, die der Struktur der Einrichtung, dem Prozeß der Therapie und letztlich dem

therapeutischen Ergebnis gewidmet ist, findet schon seit den Anfängen der Drogenhilfe statt. Diese Form der Qualitätssicherung stärker zu systematisieren, zu standardisieren und zum Teilaspekt der normalen therapeutischen Tätigkeit zu machen, wird Aufgabe der nächsten Jahre sein. Daneben wird voraussichtlich in kleinerem Umfang externe Qualitätssicherung treten. Hier geht es darum, bezogen auf die Arbeit der einzelnen Einrichtungen bzw. einzelner Klienten, den Verlauf der Betreuung und ihre Ergebnisse durch unabhängige Beobachter einschätzen zu lassen. Insbesondere die fallbezogene Abrechnung therapeutischer Leistungen wird mit hoher Wahrscheinlichkeit auch eine fallbezogene Kosten- und Qualitätskontrolle der Leistungsträger zumindest in Stichproben mit sich bringen. Diese sollte jedoch auch im Interesse der einzelnen Einrichtungen liegen, da sie den Hintergrund für die kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung der eigenen Arbeit bildet. Grundlage interner wie externer Qualitätssicherung ist dabei die Dokumentation der Tätigkeit der Einrichtung sowie katanestische Informationen. Hier einen realisierbaren Weg zu finden, der die Einrichtungen nicht überfordert, andererseits jedoch zumindest ein Minimum der aktuellen Anforderung an Erfolgskontrolle erfüllt, wird eine weitere Aufgabe der nächsten Jahre sein.

### 7.7 Sozialarbeit oder Medizinalisierung

Die Drogenhilfe hat sich zunächst einmal neben der vorhandenen medizinischen Versorgung der Bevölkerung entwickelt. Dieser Sonderstatus erklärt sich aus der besonderen historischen Situation zu Beginn der Drogenwelle. Die Klienten, die plötzlich betreut werden sollten, waren in den vorhandenen Betreuungseinrichtungen schwer unterzubringen und wurden von der Medizin mit Argwohn betrachtet. Die Bereitschaft der Leistungsträger, neben der schon lange finanzierten stationären Therapie auch ambulante Therapie von Abhängigkeitserkrankungen zu finanzieren, zeigt die Annäherung der Drogenhilfe an die normale Gesundheitsversorgung der Bundesrepublik in neuerer Zeit. Das hat eine Reihe positiver Aspekte. Zu den problematischen Aspekten dieser Entwicklung gehört für die heute in diesem Bereich tätigen Berufsgruppen die Tatsache, daß eine verstärkte Einbeziehung der Ärzteschaft zu erwarten ist. Das mag in manchen Fällen als persönliche Kränkung erlebt werden, wenn Leistungsfunktionen, die früher durch Sozialarbeiter besetzt wurden, nun durch Mediziner eingenommen werden. Insgesamt erscheint mir jedoch das Drogenhilfesystem in sich so gefestigt, daß es auch bei stärkerem medizinischen Einfluß die stark psychotherapeutische und sozialarbeiterische Orientierung gegenüber dem Klientel erhalten wird. Im übrigen findet sich schon seit vielen Jahren regional eine sehr erfreuliche Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Berufsgruppen, die zugunsten der Klienten wirksam wird.

### 7.8 Anbieter

Neben die traditionellen Anbieter sozialer Dienste, die Kirchen sowie die weltanschaulich ungebundenen Wohlfahrtsverbände, sind schon vor mehr als 20 Jahren Privatinitiativen, Elternvereine und andere Gruppierungen als Träger getreten. Diese, die heute primär im DPWV organisiert sind, tragen nach wie vor einen großen Teil der Drogenhilfe. Relativ neu in der Suchtkrankenhilfe, und offensichtlich stark im Kommen, sind aber auch private Anbieter. Nachdem chirurgische und

psychosomatische Kliniken in privater Trägerschaft nun schon seit einigen Jahren arbeiten, und dabei zum Teil durchaus respektable Leistungen erbringen, ist auch die Suchtkrankenhilfe, vor allem die stationäre Alkoholentwöhnung, verstärkt in privates Interesse gerückt. Viele der Kliniken, die in den neuen Bundesländern neu eröffnet wurden, sind privatwirtschaftlich organisiert; es finden sich jedoch auch schon einzelne private Suchtberatungsstellen. Inwieweit sich dadurch das Gleichgewicht zwischen ethischen oder caritativen, therapeutischen und wirtschaftlichen Grundsätzen verschiebt, ist schwer vorherzusagen. Ein stärkerer Wettbewerb zwischen den Kliniken könnte aber, zum Beispiel über die Wettbewerbsargumente niedriger Abbrecherquoten oder hoher Erfolge, an einigen Stellen durchaus beflügelnd wirken.

## LITERATURVERZEICHNIS:

BECKER, J., JUNKER, T., KOEPF, W., RÜENAUVER, G., RIT-  
NER, C & LIPPOLD, R.: Untersuchungen zum Haschischkonsum  
auffälliger Ver- kehrsteilnehmer in Rheinland-Pfalz, Sucht 38 (4), 238  
- 243, 1992.

BÜHRINGER, G., HERBST, K., KÜFNER, H.: Therapie von Dro-  
genabhän- gigen in stationären Einrichtungen: Charakterisitika und  
Trends, (in Druck) 1992.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) Repräsentativerhebung  
1990 zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholi-  
schen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren. Brandenburgische  
Verlags- gesellschaft, Bonn 1992.

FRANKE, M.: Drogenpolitik im Umbruch? - Gedanken und Überle-  
gun- gen, Sucht 38 (1), 43-48, 1992.

HARTELIUS, J.: Die wissenschaftliche Grundlage einer restriktiven  
Drogenpolitik. Die Erfahrungen in Schweden. v.J.

Institut für Jugendforschung: Die Entwicklung der Drogenaffinität Ju-  
gendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer  
Trendanalyse 1973, 1976, 1982, 1986, 1990, 1990.

KINDERMANN, W.: Die Heroinwelt, Bild der Wissenschaften, 8,  
76-79, 1992.

KLEINER, D., STOSBERG, K., TÄSCHNER, K.-L., TOSSMANN,  
H.P., WIES- BECK, G.A.: Erfahrungen mit Cannabiskonsumenten.  
Ergebnisse einer Umfrage bei Kliniken und Drogenberatungsstellen,  
Sucht 38 (1), 7-17, 1992.

KÜFNER, H., DENIS, A., ROCH, I., ARZT, J., RUG, U.: Ergebnisse  
der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms: "Statio-  
näre Krisenintervention bei Drogenabhängigen". Kurzfassung des Ab-  
schlußberichtes, 1992.

MEHRGARDT, M.: Drogenarbeit in der Sackgasse - Eine Streitschrift,  
Sucht 38 (3), 186-192, 1992

MÜLLER-FAHRNOW, W., PALLEMBERG, C., BECKMANN, U.,  
KNÜPFER, U.: Epidemiologische Analysen zu den stationären Ent-  
wöhnungsbehand- lungen und Beratungen wegen Abhängigkeitser-  
krankungen. Deutsche Rentenversicherung, 8-9, 535-545, 1989.

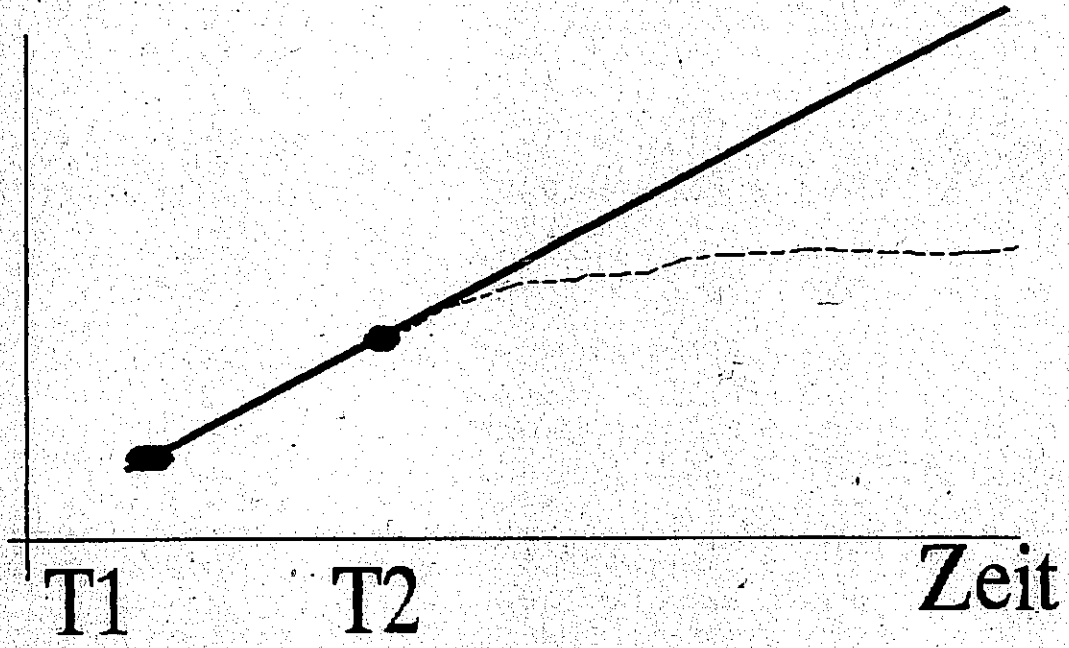


PROCHASKA, J.O. & DICLEMENTE, C.C. Toward a Comprehensive model of change. In W.E. MILLER & N. HEATHER (Eds.) Treating addictive behaviors. Processes of change (pp 5-27) N.Y. Plenum Press, N.Y., 1986

SIMON, R., HERBST, K., GRIEB, L. Regionalauswertung Hamburg. IFT-Berichte Bd. 63. IFT, München 1992.

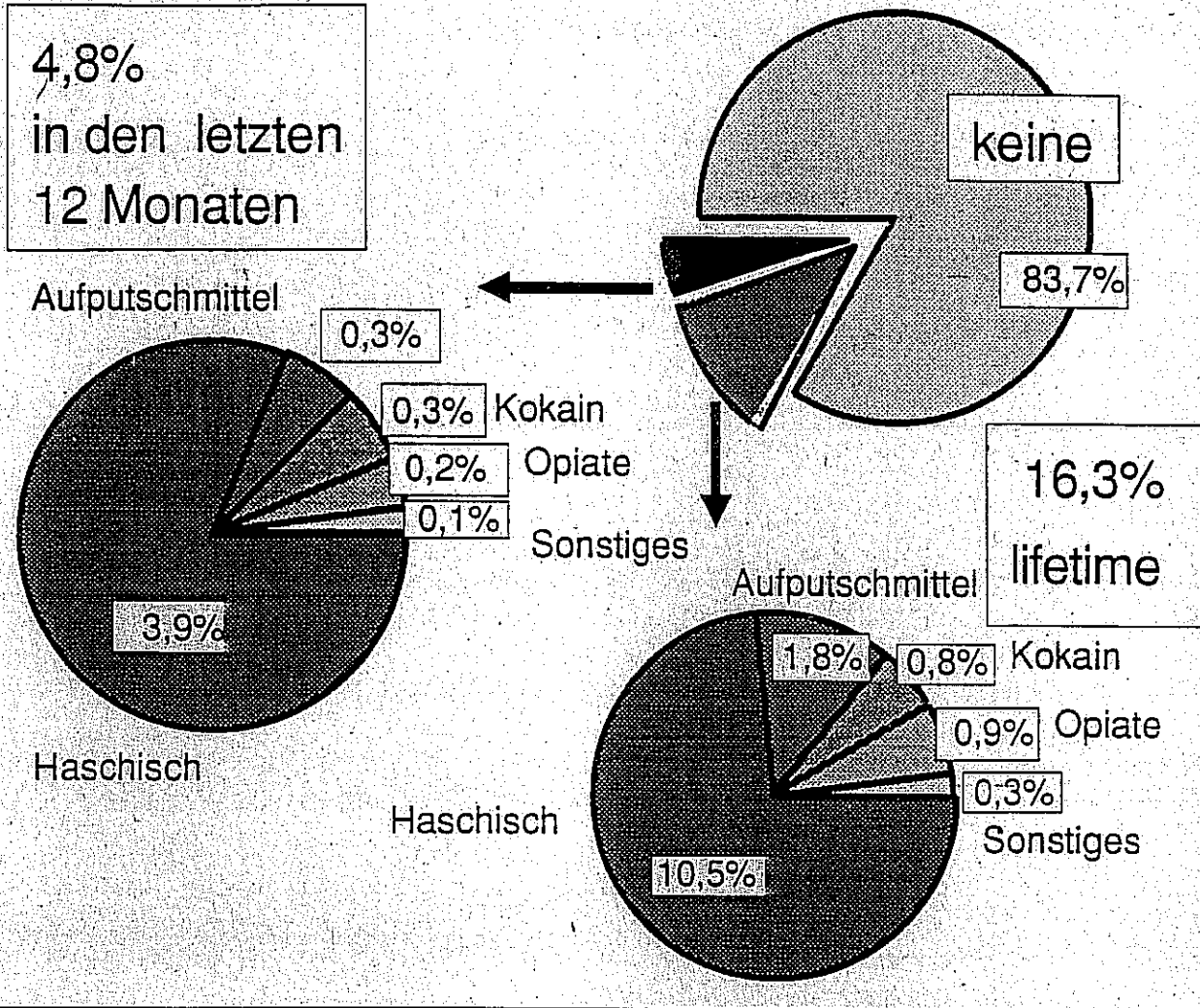
SIMON, R., STROBL, M., SCHMIDTOBREICK, B., HÜLLINGHORST, R., BÜHRINGER, G., HELAS, I.: Jahresstatistik 1992 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland, Berichtszeitraum 1.1.1991-31.12.91. EBIS-Berichte Bd. 16. Freiburg, usw. 1992

STROBL, M., SIMON, R., HELAS, I., SCHMIDTOBREICK, B., HÜLLINGHORST, R., BÜHRINGER, G.: Erweiterte Jahresstatistik 1990 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland (Referenzstichprobe). Berichtszeitraum 1.1.1990-31.12.1990. EBIS-Berichte Bd. 17. Freiburg usw. 1992.



Graphik 1

# Drogenerfahrung



Graphik 2

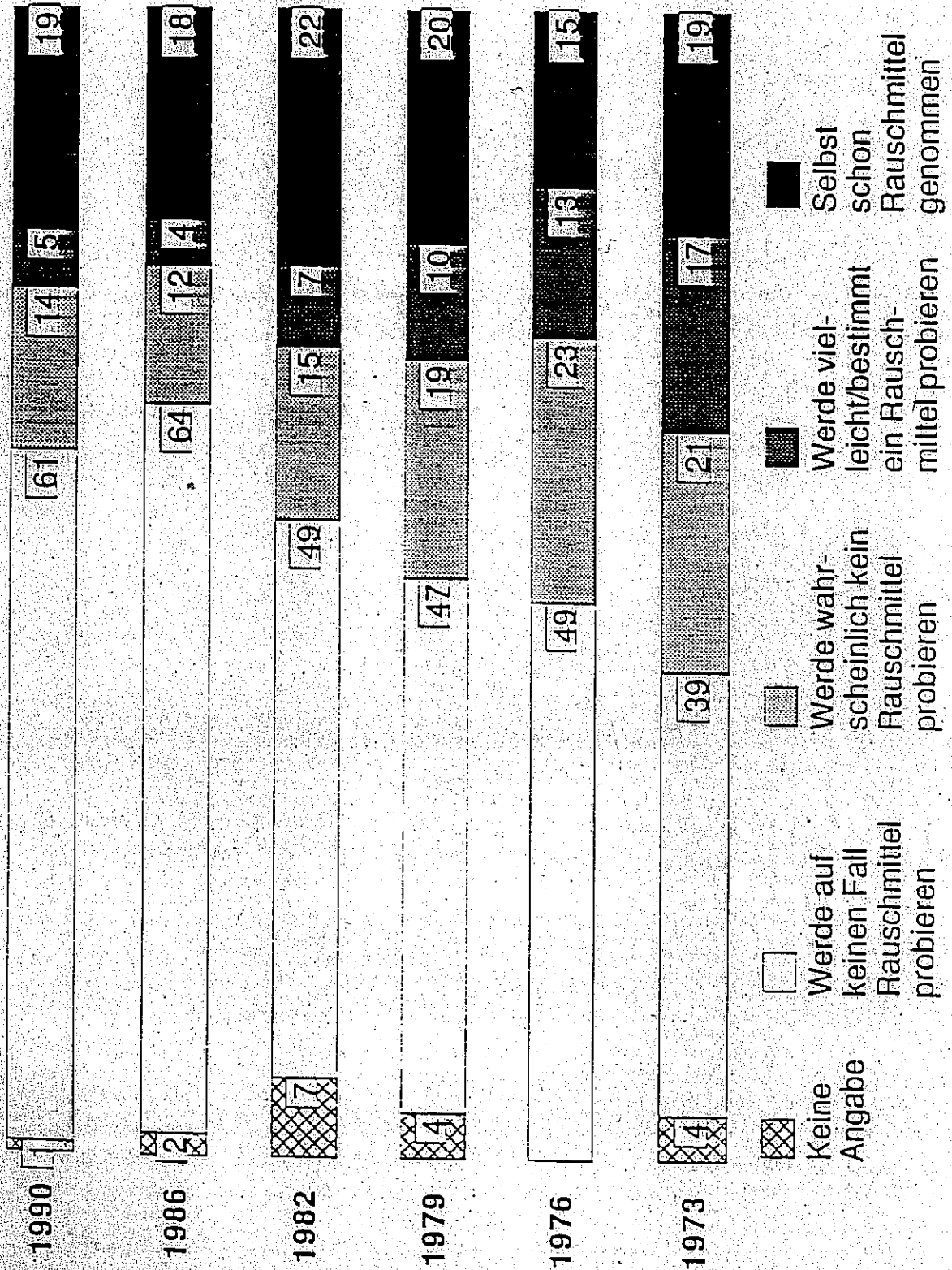
Tabelle 26: Rauschgifttote - Altersstruktur Zeitreihe (FDR)

	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	
<b>RAUSCHGIFTTOTE</b>																				
gesamt	106	139	195	344	392	430	623	494	360	383	472	361	324	348	442	670	991	1.491	2.125	
männlich	88	117	162	269	299	350	496	373	266	287	346	281	235	275	356	548	815	1.227	1.770	
weiblich	18	22	33	75	93	80	127	121	94	94	126	80	89	73	86	122	176	264	329	
bis 14 Jahre	-	-	2	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
14 - < 18 Jahre	12	7	19	31	21	25	43	14	19	12	7	8	2	-	1	2	5	9	9	
18 - < 21 Jahre	33	62	70	108	84	113	147	86	69	33	56	23	23	15	32	33	51	78	121	
21 - < 25 Jahre	43	47	79	147	169	163	250	167	133	116	135	111	86	60	86	155	206	317	383	
25 - < 30 Jahre	12	18	17	52	87	90	148	169	103	141	176	147	119	132	144	196	317	472	645	
über 30 Jahre	3	5	8	6	31	36	35	58	35	76	97	72	94	141	179	265	412	615	941	
unbekannt*	-	-	-	-	-	2	-	-	-	3	-	-	-	-	-	19	-	-	26	
Purchasmitalter	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26	26	27	27	27	28	28	28	28	29	
als Konsumenten barter Trogen erfaßt (in %)	-	-	56	61	66	59	53	59	71	-	-	-	43	61	48	56	44	45	66	

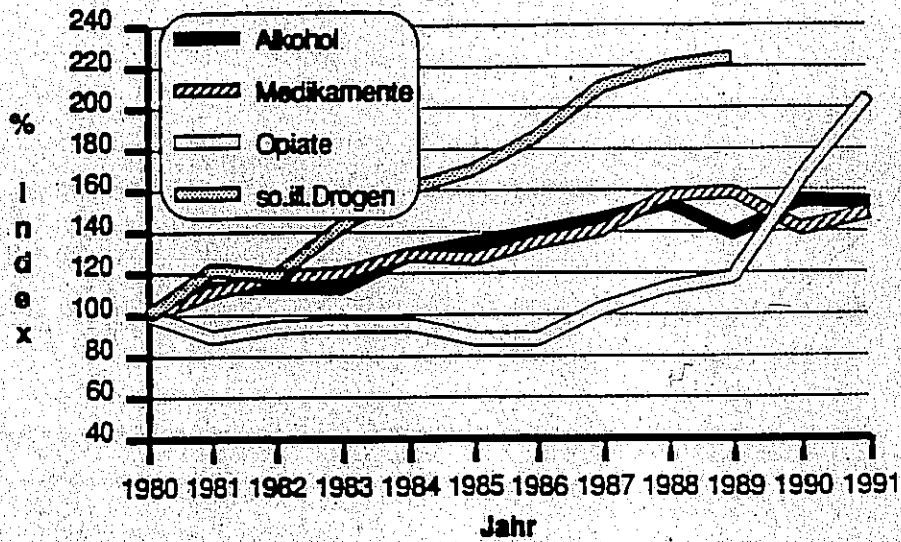
\* Bedingt durch unterschiedliches Eingabeverhalten, unvollständige bzw. nicht objektiv abgesicherte Erfassungen sowie technische Fehler kommt es zu differierenden Gesamtzahlen bei einzelnen Auswertungspunkten (Geschlechts- und Altersstruktur). Die insoweit nicht auswertbaren Fällen erscheinen in der Zeile "unbekannt".

# DROGENAFFINITÄT IM ZEITVERGLEICH

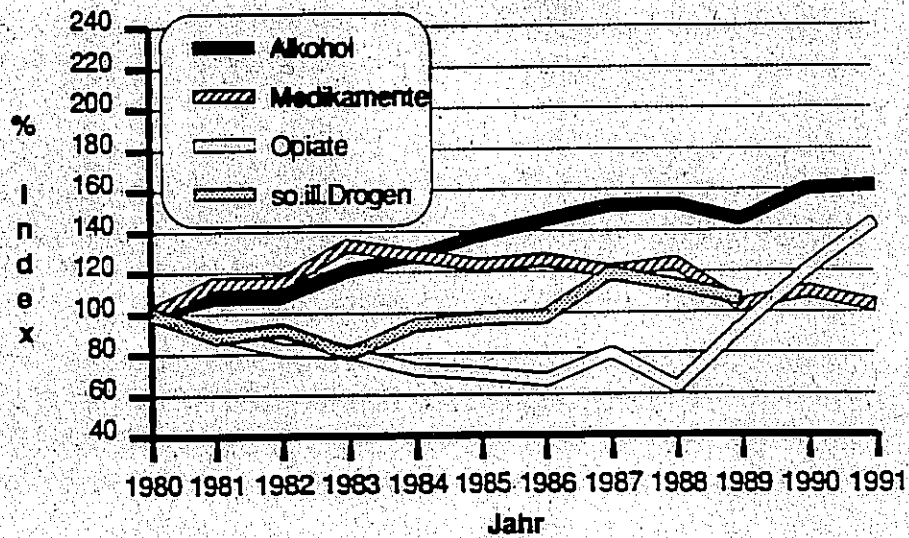
Jugendliche von 14 bis 25 Jahren



### Abhängigkeit bei männlichen Klienten



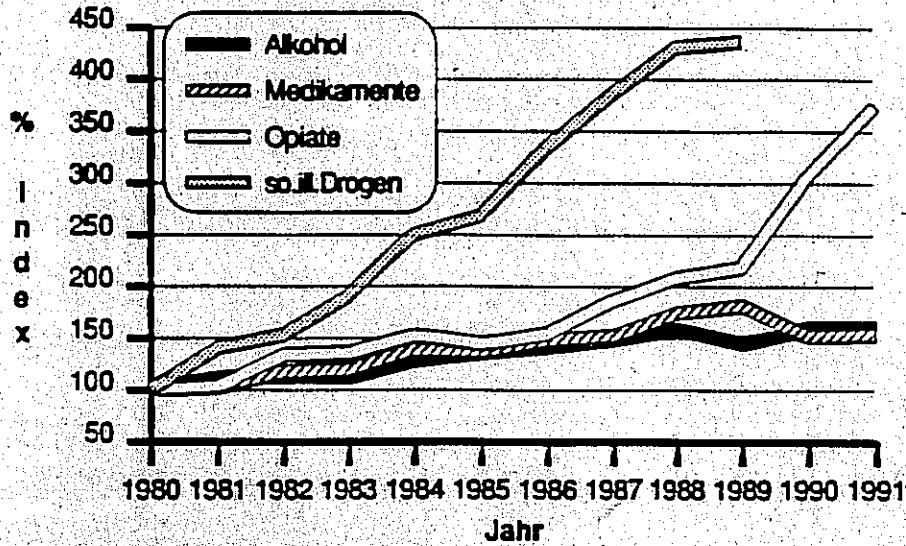
### Abhängigkeit bei weiblichen Klientinnen



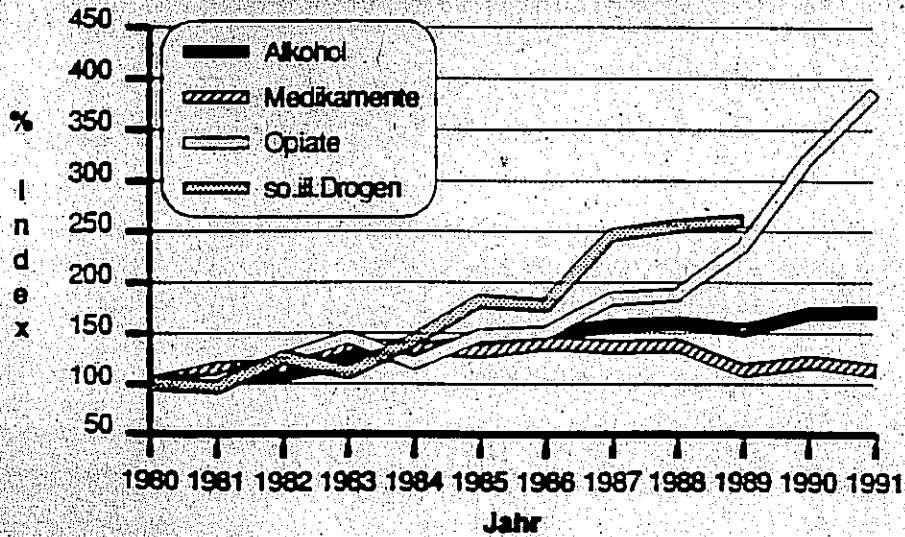
Simon et al. 1992

Graphi

### Abhängigkeit bei männlichen Klienten ab 25 Jahren

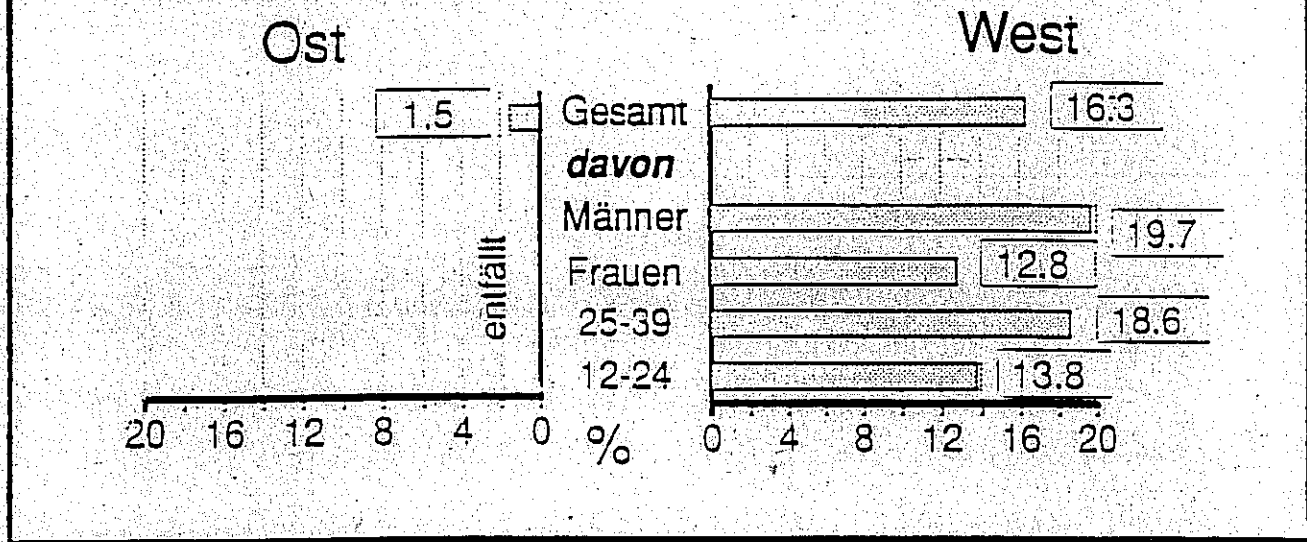


### Abhängigkeit bei weiblichen Klientinnen ab 25 Jahren



Simon et al. 1992

# Drogenerfahrung lifetime



BMG 1992



Tabelle 1: Konsum multipler Drogen in der Klientel -

Männer Frauen  
bei Heroinkonsumenten

<u>Männer</u>		<u>Frauen</u>
- 71%	für Haschisch	59%
- 47%	für Alkohol	38%
- 43%	für Kokain	35%

bei Kokainkonsumenten

<u>Männer</u>		<u>Frauen</u>
- 82%	für Haschisch	78%
- 82%	für Heroin	85%
- 53%	für Alkohol	44%

Küfner et al. 1992

Tabelle 1

Tabelle 2: Situation vor Beginn der aktuellen Therapie -

Drogenkonsum	Gesamt 634	Männer N = 467	Frauen N = 167	Chi-Quadrat Test Signifikanz
Opiate	549 86.6%	400 85.7%	149 89.2%	n.s.
Kokain	272 42.9%	213 46.6%	59 35.3%	p = .0269
andere illeg.Drogen	478 75.4%	355 76.0%	123 73.7%	n.s.
Medikamente	343 54.1%	239 51.2%	104 62.3%	p = .0173
Alkohol	293 46.2%	221 47.3%	72 43.1%	n.s.
Methadon	80 12.6%	47 10.1%	33 19.8%	p = .0019

Bühringer et al. 1992

**Tabelle 3: Begleiterscheinungen der Abhängigkeit**

- 69% Verschuldung
- 64% Verlust des Arbeitsplatzes
- 61% Haft
- 30% körperliche Folge- und Nebenerkrankungen
- 18% psychische/psychiatrische Erkrankungen

Die meisten Klienten sind nicht das erste Mal in Suchtbehandlung:

- 87% waren schon einmal in stationärer Entgiftung
- 47% in stationärer Entwöhnung
- 39% in ambulanter Entwöhnung

Küfner et al. 1992

Tabelle 3