



*Deutsche  
Drogen-/Suchtpolitik  
und Rechtsgrund-  
lagen im europäischen  
Vergleich*

– 16. Jahrestagung –

Forum Sucht  
Band 16

ISSN 0942-2382

**GESUNDHEITSABTEILUNG**



Landschaftsverband  
Westfalen-Lippe

Herausgeber:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
Gesundheitsabteilung  
Dezernent: Landesrat Dr. Wolfgang Pittrich

Koordinationsstelle für Drogenfragen  
und Fortbildung  
Leiter: Wolfgang Rometsch  
Hörsterplatz 4  
48133 Münster

1. Auflage  
1. - 2.000

Münster 1997

*Deutsche Drogen-/Suchtpolitik  
und Rechtsgrundlagen  
im europäischen Vergleich*

*- 16. Jahrestagung -*

**27. November 1996  
Münster**



# Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	4
<b>Das Landessuchtprogramm NRW - Ziele und aktueller Stand -</b>	
Hans-A. Hüsgen, Düsseldorf, Das Referat liegt leider nicht vor .....	5
<b>Deutsche Drogen-/Suchtpolitik im europäischen Vergleich</b>	
Dr. Dirk Korf, Amsterdam .....	7
<b>Rechtliche Grundlagen der Drogen-/Suchtpolitik Gemeinsames und Trennendes in Europa</b>	
Dr. Hans-Harald Körner, Frankfurt .....	13
<b>Der Suchttherapeut im Netz der politischen und rechtlichen Bedingungen</b>	
Dr. Jörg Fengler, Köln .....	27

## Vorwort

*Im Zuge europäischer Grenzöffnungen und europaweiter Vernetzungen kann die nordrhein-westfälische Sucht-/Drogenpolitik kein Inseldasein führen. Das Schengener Abkommen, die Einführung des Euro sind Etappen auf dem Weg zu mehr Gemeinsamkeit. Doch wie sieht es mit der Sucht-/Drogenpolitik aus? Wieviel Gemeinsames oder Trennendes gibt es dort? Wie sinnvoll ist ein gemeinsames Vorgehen?*

*Mit der Jahrestagung 1996 sind wir diesen Fragen nachgegangen. Mit Dr. Dirk Korf wirft ein Niederländer einen Blick auf die deutsche Drogenpolitik. Dr. Hans-Harald Körner beschreibt Lösungswege zur Begrenzung des Drogenproblems in Europa.*

*Zur Zeit wird in Nordrhein-Westfalen unter Beteiligung erfahrener Fachleute ein Landessuchtprogramm erarbeitet. Es soll das Landesdrogenprogramm von 1989 fortschreiben. Der Drogenbeauftragte des Landes NW, Herr Hans-A. Hüsgen, referierte über die Ziele und den aktuellen Stand dieses Programmes. Leider konnte uns sein Beitrag vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales nicht für diese Do-*

*kumentation zur Verfügung gestellt werden.*

*Zum Abschluß der Tagung warf Herr Dr. Jörg Fengler einen Blick auf das Netz der politischen und rechtlichen Bedingungen der Suchtkrankenhilfe, die die Möglichkeiten und Grenzen unseres Handelns mitbestimmen.*

*An dieser Stelle möchten wir noch einmal allen beteiligten Referenten für Ihre engagierten Vorträge danken.*

*Dr. Wolfgang Pittrich  
Landesrat*

# *Das Landessuchtprogramm NRW*

## *- Ziele und aktueller Stand -*

**Hans-A. Hüsgen**

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und  
Soziales des Landes NRW  
Fürstenwall 25  
40219 Düsseldorf

Das Referat liegt uns leider nicht vor.





# *Deutsche Drogen-/Suchtpolitik im europäischen Vergleich*

## **Dr. Dirk Korf**

Universität von Amsterdam  
Amsterdamer Büro für  
Sozialforschung u. Statistik  
Weesperstraat 79  
NL-1018 VN Amsterdam

## **Inhalt**

- I. Eine einheitliche europäische Drogenpolitik?
- II. Strafrechtlicher Rahmen und Praxis
- III. Deutsche Drogenhilfe in europäischer Perspektive
- IV. Der "typisch-deutsche" Heroinkonsument?
- V. Zentralisierung gegenüber Dezentralisierung
- VI. Kriminalisierung und Psychologisierung
- VII. Drogenberater und die deutsche Drogenpolitik
- VIII. Schlußfolgerung

## I. Eine einheitliche europäische Drogenpolitik ?

*Bei offiziellen Gipfel-Treffen von europäischen Regierungsleitern oder zuständigen Ministern ist es leicht, sich darin einig zu werden, daß auf der Angebotsseite des illegalen Drogenmarktes der internationale Drogenhandel eine große Gefahr für die europäische Gemeinschaft und ihre Mitgliedstaaten bedeutet. Auch gibt es schnell Übereinstimmung darüber, daß die großen Drogenhändler streng bestraft werden sollen. Allerdings wird es schon etwas schwieriger, wenn ein Mitgliedsstaat dafür plädiert, das Strafmaß zu 'harmonisieren'. Sollen die hohen französische Strafen zum Maßstab werden, oder die niedrigeren Strafen, wie zum Beispiel in den Niederlanden?*

Kommt das Thema auf die Nachfrageseite des illegalen Drogenmarktes, dann einigen sich Minister ohne große Diskussion darauf, daß Prävention an erster Stelle stehen soll. Schwieriger wird es, wenn das Gespräch zum Beispiel in Richtung Harm-Reduction geht.

Schlußfolgerung: Es gibt nur eine einheitliche offizielle europäische Drogenpolitik, wenn es sehr allgemeine Themen betrifft. Sobald die Thematik konkreter wird, entstehen Meinungsunterschiede und zeigt die alltägliche drogenpolitische Praxis innerhalb Europas ein sehr variiertes Bild.

## II. Strafrechtlicher Rahmen und Praxis <sup>1</sup>

Bereits ein einfacher Vergleich der Gesetzgebung zeigt, daß es innerhalb Europas große Unterschiede gibt. Während in manchen Mitgliedstaaten der europäischen Gemeinschaft im Drogen-Gesetz zwischen 'weichen' und 'harten' Drogen unterschieden wird (z.B. England, Italien, Niederlande und Spanien), gibt es andere Staaten, die einen solchen Unterschied nicht machen (z.B. Belgien, Deutschland, Frankreich, Österreich und Portugal).<sup>2</sup> Es gibt Staaten, in denen der Gebrauch

strafbar ist, und welche, wo dies nicht der Fall ist. Die Höchststrafen für die Einfuhr von größeren Mengen Haschisch variieren (im 'Normalfall') von 4 Jahren in den Niederlanden, über 6 Jahre in Dänemark und 15 Jahre in Deutschland, bis zu 20 Jahren in Frankreich.<sup>3</sup>

Zusätzlich gibt es gravierende Unterschiede in der Gesetzeshandhabung.<sup>4</sup> Damit sind nicht nur generelle Unterschiede in der Strafverfolgungspolitik, wie zum Beispiel Legalitäts- versus Opportunitätsprinzip, gemeint. Auch beim Legalitätsprinzip werden in den meisten Staaten Cannabiskonsumenten relativ selten festgenommen - und wenn sie verhaftet sind, erfolgt oft nur eine Verwarnung oder Geldstrafe. In anderen Staaten, wie in Schweden und in Griechenland, sind Gefängnisstrafen für Cannabiskonsumenten nicht ungewöhnlich.

Demgegenüber steht, daß Heroinkonsumenten in ganz Europa häufig festgenommen und bestraft werden, ob dies nun wegen Übertretung des Drogengesetzes ist oder wegen sogenannter Beschaffungskriminalität.

## III. Deutsche Drogenhilfe in europäischer Perspektive

Trotz der vielen neuen Trends auf dem illegalen Drogenmarkt (Ecstasy und andere synthetischen Substanzen; psychedelische Pilze und andere Eco-Drogen) konzentrieren sich sowohl Polizei und Justiz, als auch die Drogenhilfe, fast überall in Europa, wenigstens in den Großstädten, weiterhin auf Heroin und -konsumenten.

Neben den traditionellen behandlungsorientierten Konzepten (Langzeittherapie) sind im Laufe der achtziger Jahre immer mehr Initiativen im Bereich der Harm-Reduction entwickelt worden (Methadon, Spritzentausch, niedrigschwellige Drogenarbeit).

Während Spritzentausch in Frankreich weiterhin ein heikles Thema ist, hat sich die Situation diesbezüglich in Deutschland in wenigen Jahren der nördlichen angenähert. Und wenn es um Druck-

1 Dieser und die beiden nächsten Paragraphen basieren größtenteils auf: KORF, 1995.

2 Siehe auch: EMCDDA, 1996.

3 Siehe auch: LEROY 1992.

4 U.a.: ALBRECHT & Van KALMTHOUT, 1989.

räume geht, sind manche deutsche Städte bereits ein paar Schritte weiter als im Nachbarland.

Bei Methadon war die Hemmschwelle in Deutschland offensichtlich größer als beim Spritzentausch. Obwohl Nordrhein-Westfalen sich noch schwer tut in der Diskussion mit Bonn, gehört Deutschland inzwischen zu den Staaten mit relativ vielen (ehemaligen) Heroinabhängigen, die in Methadon- oder anderer Substitutionsbehandlung sind.<sup>5</sup>

Gegenüber der 'Verniederländigung' der deutschen Drogenpolitik steht eine 'Verdeutschung' im Nachbarland. Das Prinzip 'Therapie statt Strafe' - für Kritiker ein typisches Symbol der repressiven Drogenpolitik - setzt sich in den Niederlanden - mit dem Konzept 'dwang en drang' - immer mehr durch. Allerdings mit einem ähnlichen Effekt wie in Deutschland: die festgenommenen Heroinabhängigen kommen in der Praxis eher in den Knast als in Therapie.

#### IV. Der 'typisch-deutsche' Heroinkonsument?

Obwohl überall in Europa Heroin schon längst keine 'Modedroge' mehr ist - angesichts der verhältnismäßig kleinen Zahl der Heroinkonsumenten war sie es eigentlich nie richtig -, sind die Heroinkonsumenten in Deutschland, ähnlich wie in den Niederlanden, relativ alt. Zwar gibt es in Deutschland, im Gegensatz zu den Niederlanden, scheinbar noch eine neue Generation von Heroinkonsumenten, doch inzwischen sind auch in Deutschland viele über 30 Jahre alt.

Deutsche Heroinkonsumenten sind typische 'Fixer'. Dieses Stereotyp trifft aus niederländischer, und vielleicht auch englischer, Perspektive zu. In den Niederlanden spritzt die Mehrzahl der Heroinkonsumenten nicht. Aus europäischer Sicht ist der intravenöse Gebrauch allerdings weniger untypisch: auch in Dänemark, Frankreich, Italien, Österreich oder Spanien injizieren die meisten Heroinkonsumenten ihre Droge. Generell gilt für West-Europa, daß die meisten Heroinkonsumenten aus Unterschichtsfamilien kommen und schlecht ausgebildet sind; und daß viele bereits vorbestraft waren, bevor sie überhaupt zum ersten Mal Heroin probierten.

Auch die Mehrfachabhängigkeit (Polytoxikomanie) bei Heroinkonsumenten ist nicht typisch deutsch. Die meisten fingen mit Haschisch an, und viele rauchen es immer noch. Sie trinken häufig Alkohol, schlucken Tabletten und nehmen Koks. Das passiert in Hamburg, Frankfurt, Amsterdam, Paris und London.<sup>6</sup> Eigentlich hat sich diesbezüglich wenig geändert. Der Prototyp des 'Alt-Fixers' ist eine idealisierte Geschichtsfälschung. Wer versucht, sich kritisch an die 'alten Zeiten' zu Anfang der siebziger Jahren zu erinnern, muß feststellen, daß die meisten (Nachkriegs-)Heroinkonsumenten im Westen von Anfang an polytoxikoman waren. (Damit soll allerdings nicht gesagt werden, daß der intensive Kokainkonsum die Heroinszene nicht geändert hat.)

Vielleicht am meisten atypisch sind die Aidsraten bei intravenösen Drogengebern (meistens Heroinkonsumenten) in Deutschland: es gibt verhältnismäßig viel weniger (bekannte und neue) AIDS-Fälle als in Frankreich, Spanien, Portugal, Italien oder in der Schweiz (aber vergleichbar mit z.B. den Niederlanden, Belgien, England und Schweden).

Tabelle 1 Aids bei intravenösen Drogengebern in einigen europäischen Staaten, 31. Dezember 1996 (13 Jahre und älter, kumulativ).

Staat	Gesamtzahl	Anteil intravenöser Drogengebern	Aids bei intravenösen Drogengebern /1 Mio Einwohner
Belgien	2.125	158 (7.4%)	1
Dänemark	1.981	175 (8.8%)	3
Deutschland	15.569	2.306 (14.8%)	3
England	13.465	1.083 (8.0%)	2
Frankreich	43.912	11.140 (25.4%)	17
Italien	36.579	24.017 (65.7%)	52
Niederlande	4.248	492 (11.6%)	3
Portugal	3.722	1.489 (40.0%)	44
Schweden	1.459	166 (11.4%)	3
Schweiz	5.454	2.207 (40.5%)	30
Portugal	42.435	28.591 (67.4%)	102

Quelle: WHO, 1997

5 EMCDDA, 1996.

6 Z.B. BLESS, KORF and FREEMAN 1995; KEMMESIES 1995; RENN und LANGE 1995;

## V. Zentralisierung gegenüber Dezentralisierung

Für ausländische Kollegen aus der Drogenpolitik ist die deutsche Situation oft schwer zu verstehen. Einerseits scheint sie zentral gesteuert zu werden (Bonn finanziert, Bonn schreibt NUB-Richtlinien vor) - aber so zentralistisch wie Frankreich ist die Struktur der deutschen Drogenpolitik bei weitem nicht. Andererseits wird sie dezentral gesteuert (Düsseldorf finanziert, Düsseldorf erweitert Richtlinien für die Methadonbehandlung), aber bedeutend weniger dezentral als in den Niederlanden.

In der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zwischen Deutschland und den Niederlanden taucht häufig das Problem der Zuständigkeit auf. Eigentlich gibt es, aus niederländischer Sicht, kaum Städte mit einer lokalen Drogenpolitik, in der Polizei und Drogenhilfe gemeinsam versuchen, das Drogenproblem sowohl für Drogenkonsumenten als auch für die (anderen) Bürger zu lindern. Dies ist nur teilweise durch die Dezentralisierung zu erklären: die Polizei ist in Deutschland eine Länder-, aber keine städtische oder regionale Angelegenheit.<sup>7</sup> Anders als in den Niederlanden ist in Deutschland nicht der Bürgermeister für die Handhabung der öffentlichen Ordnung zuständig, womit er direkt Einfluß auf polizeiliche Politik hätte.

Demgegenüber steht, daß die Drogenhilfe in Deutschland relativ stark dezentralisiert ist.

Während in den meisten niederländischen Regionen die Consultatieburo's voor Alcohol en Drugs (CAD's) für die (ambulanten) Drogenhilfe zuständig sind,<sup>8</sup> gibt es in deutschen Städten oftmals mehrere Drogenberatungsstellen mit unterschiedlichen Trägern. Hinzu kommt auf niederländischer Seite, daß die nationale Finanzierung von CAD's größtenteils über die kommunale Verwaltung läuft. Somit haben Gemeinden mehr Einfluß auf die Politik von Drogenberatungsstellen - und sie können Drogenberatungsstellen in ihre lokale Drogenpolitik mit einbeziehen.

Folglich stellt sich bei z.B. Drogenberatern auf niederländischer Seite in der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit das Problem: mit wem soll ich bei einer solchen 'zerbröckelten' Struktur zusammenarbeiten? Mit der Caritas, mit dem Diakonischen Werk, mit der Arbeiterwohlfahrt, mit ....? Und was können wir grenzüberschreitend gemeinsam unternehmen? In diesem Zusammenhang stellt sich für deutsche Drogenhelfer die Frage: Warum halten die niederländischen Kollegen die Zusammenarbeit mit der Polizei für so wichtig?

## VI. Kriminalisierung und Psychologisierung

In manchen europäischen Staaten steht die Kriminalisierung von Drogenkonsumenten weiterhin an zentraler Stelle. Frankreich ist dafür ein deutliches Beispiel. Die französische Drogenpolitik bedeutet in erster Linie Repression - und zusätzlich ein wenig Psychoanalyse.<sup>9</sup>

Auch die schwedische Drogenpolitik ist schwerpunktmäßig repressiv - und zusätzlich Therapie statt Strafe. Allerdings gibt es in Schweden mehr Möglichkeiten zur Substitution als in Frankreich.<sup>10</sup> In der englischen Drogenpolitik geht es einerseits um Sozialmedizin (public health, harm reduction) und andererseits um Bekämpfung von Drogenkriminalität.

Die niederländische Drogenpolitik kennzeichnet sich durch eine Integration von Sozialmedizin und Bekämpfung von Beschaffungskriminalität.

Die deutsche Drogenpolitik schließlich, steht auf dem Drehpunkt zwischen Sozialmedizin und Kriminalisierung/Therapie statt Strafe.

Auffallend ist, daß im Vergleich zu den Niederlanden in der deutschen Drogenberatungsarbeit verhältnismäßig viele Psychologen tätig sind.<sup>11</sup>

7 Abgesehen von Bremen und Hamburg, einfach weil sie Bundesland sind.

8 Amsterdam ist hier faktisch eher eine Ausnahme, weil das Gesundheitsamt (GG&GD) eine viel grössere Rolle spielt bei der Methadonbehandlung als das CAD (Jellinek).

9 BOEKHOUT van SOLINGE, 1996.

10 EMCDDA, 1996.

11 KEMMESIES und KORF, 1996.

## VII. Drogenberater und die deutsche Drogenpolitik

In einer explorativen Studie bei DrogenberaterInnen im deutsch-niederländischen Grenzgebiet<sup>12</sup> stellte sich heraus, daß deutsche und niederländische DrogenberaterInnen das gleiche Vorstellungsbild von einem 'typischen' Drogenabhängigen haben. Beide Gruppen bewerten Methadonsubstitution prinzipiell positiv. Abweichungen ergeben sich vor allem im Blick auf einrichtungsrelevante Zielvorstellungen einer Methadonbehandlung. Während für deutsche DrogenberaterInnen die Kontakthaltung zu Klienten fast immer eine Zielvorstellung der Methadonsubstitution innerhalb der eigenen Einrichtung ist, gilt dies für weniger als die Hälfte ihrer niederländischen KollegInnen. Für niederländische DrogenberaterInnen steht bei der Methadonsubstitution vielmehr die Verbesserung des gesellschaftlichen Funktionierens im Mittelpunkt.

Die niederländische Drogenpolitik wird sowohl von niederländischen als auch deutschen DrogenhilfemitarbeiterInnen positiver bewertet als die deutsche Drogenpolitik, wobei auf deutscher Seite noch positiver über die niederländische Drogenpolitik gedacht wird, als auf niederländischer Seite. Vor allem (politische) Schwäche und Mangel an Flexibilität erscheinen als Charakteristika deutscher Drogenpolitik. Deutsche DrogenberaterInnen denken nicht nur negativer über die deutsche als die niederländische Drogenpolitik, sie schätzen

die deutsche Drogenpolitik auch negativer, und die niederländische Drogenpolitik positiver ein als ihre niederländischen KollegInnen. Dies weist darauf hin, daß deutsche DrogenberaterInnen die niederländische Drogenpolitik idealisieren. Die Tatsache, daß sie die deutsche Drogenpolitik negativer beurteilen als sie von ausländischen Kollegen wahrgenommen wird, weist daraufhin, daß deutsche DrogenberaterInnen in Bezug auf ihre Arbeit - die mit die praktische Auswirkung der deutschen Drogenpolitik darstellt - ein eher negatives Selbstbild haben.

## VIII. Schlußfolgerung

Es gibt keine einheitliche europäische Drogenpolitik. Im europäischen Vergleich erscheint die deutsche Drogenpolitik eher als 'durchschnittlich repressiv' und 'durchschnittlich dezentralisiert'. Bezüglich HIV und Aids bei intravenösen Drogengebrauchern unterscheidet sich die Situation in Deutschland nicht wesentlich von anderen Staaten in Nord-West-Europa; in Süd-Europa ist die Situation wesentlich schlechter. Im Bereich Harm-Reduction (Substitution, Spritzentausch) ist die Entwicklung in Deutschland nicht so weit wie in den Niederlanden, aber bedeutend weiter als zum Beispiel in Frankreich.

Tabelle 2: Kurzüberblick über die deutsche Drogenpolitik und Drogensituation im europäischen Vergleich

	Deutschland (Nord/Süd)	England	Frankreich	Niederlande	Schweden
Höchststrafe Cannabishandel	15 J	5 J	20 J	4 J	10 J
Kriminalisierung Cannabiskonsum	++ (+ / +++)	++	++	-	+++
Substitution	+ (++ / +)	++	-	+++	+/-
Spritzentausch	++ (+++ / +)	++	-	+++	+/-
HIV/AIDS-Raten	+	+	+++	+	+
Dezentralisierung	++	+++	+	+++	+
Hauptorientierung	Klient oder Täter	Patient oder Täter	Täter	Klient und Täter	Täter

## Literatur

- ALBRECHT, H.-J. & VAN K ALMTHOUT, A. (1989) Drug policies in Western Europe. Freiburg, Max-Planck-Institut.
- BLESS, R., KORF, D.J. & FREEMAN, M. (1995) "Open drug scenes: A cross-national comparison of concepts and urban strategies." *European Addiction Research*, 1: 128-138.
- BOEKHOUT VAN SOLINGE, T. (1996) *L'héroïne, la cocaïne et le crack en France. Trafic, usage et politique*. Amsterdam, Cedro.
- EMCDDA (1996) Annual report on the state of the drugs problem in the European Union. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- KEMMESIES, U.E. (1995) *Kompulsive Drogengebraucher in den Niederlanden und Deutschland*. Wiesbaden/Münster, Indro.
- KEMMESIES, U.E. & KORF, D.J. (1997)
- KORF, D.J. (1995) *Dutch treat. Formal control and illicit drug use in the Netherlands*. Amsterdam, Thesis Publishers.
- LEROY, B. (1992) "The European Community of twelve and the drug demand. Excerpt of a comparative study of legislation and judicial practice." *Drug and Alcohol Dependence*, 29: 269-281.
- RENN, H. & LANGE, K. (1995) *Stadtviertel und Drogenszene. Eine vergleichende Untersuchung zur Belästigung durch "offene" Drogenszenen in europäischen Großstädten*. Hamburg, Drogenreferat.
- WHO (1997) *HIV/AIDS Surveillance in Europe. Quarterly Report, No.52, Saint-Naurice, WHO-EC Collaborating Centre on AIDS*.

# *Rechtliche Grundlagen der Drogen-/Suchtpolitik Gemeinsames und Trennendes in Europa*

**Dr. Hans-Harald Körner**

Staatsanwaltschaft bei dem Oberlandesgericht  
Frankfurt am Main  
Zeil 42 (Gebäude D)  
60256 Frankfurt am Main

## **Inhalt**

- I. Die schwedischen Drogenbestimmungen
  1. Die liberale Drogengesetzgebung in Schweden
  2. Die repressive Drogengesetzgebung in Schweden
  
- II. Die Entwicklung des Betäubungsmittelstrafrechts in Deutschland
  1. Das repressive Drogenstrafrecht in Deutschland
  2. Liberale Tendenzen in der deutschen Drogenstrafgesetzgebung
  
- III. Auswirkungen des deutschen Betäubungsmittelgesetzes
  1. Die Wirkungslosigkeit der Repression
  2. Inflationäres und symbolisches Betäubungsmittelstrafrecht
  3. Das Verfehlen der Ziele
  
- IV. Neue Lösungswege zur Begrenzung des Drogenproblems in Europa
  1. Die Herunterstufung von Strafvorschriften
  2. Die Entpoenalisierung
  3. Die Entkriminalisierung
  4. Die Substitution
  5. Die ärztlich kontrollierte Vergabe von Opiaten
  6. Die staatlich kontrollierte Abgabe von Betäubungsmitteln
  7. Die Legalisierung von Betäubungsmitteln
  
- V. Der Weg der kleinen Schritte aus der Krise  
Gemeinsames und Trennendes in Europa
  
- VI. Deutsche Forschungsprojekte
  
- VII. Schlußgedanke

## Einführung

*Professor Dr. med. Nils Bejerot aus Stockholm betont bei seinen Vorträgen immer wieder, daß die europäische Drogenpolitik am Scheidewege steht und sich entscheiden müsse zwischen den Zielen der Drogenfreiheit und der Freigabe von Drogen. Der erste Weg führe zu einer restriktiven Drogenpolitik und einem Wohlfahrtsstaat, der andere Weg zu einer zusammenbrechenden Gesellschaft mit frei erhältlichen Rauschmitteln oder zumindest mit einer sehr liberalen Drogenpolitik<sup>1</sup>. Um diese Schwarz-Weiß-Malerei besser zu verstehen, lassen Sie mich zunächst einmal die schwedischen Rechtsgrundlagen kurz erörtern, die exemplarisch für mehrere Regelungen nordischer Staaten sind.*

### I. Die schwedischen Drogenbestimmungen

#### 1. Die liberale Drogengesetzgebung in Schweden

In Schweden gab es in den Jahren 1950 bis 1960 keine besonderen Drogenstrafgesetze. Als Anfang der 60er Jahre der Drogenkonsum zunahm (1967 gab es in ganz Schweden ca. 6.000 Abhängige, davon allein 3.000 im Großraum Stockholm), wurde der **Narcotics Regulation Act** von 1964 geschaffen, der die illegale Bestellung, den Verkauf, den Handel und den Besitz von Narcotica mit Strafe bedrohte. 1965 startete in Schweden das Forschungsexperiment der "**Liberal Prescription**". In Stockholm erhielten etwa 10 Ärzte eine Ausnahmegenehmigung, Opiate und verschiedene Stimulantien an ca. 200 Schwerstabhängige zu verschreiben. Zwar wurde das Experiment wissenschaftlich begleitet. Bei dem Projekt verzichtete man jedoch darauf, die Teilnahmebedingungen und die Kontrollbedingungen genau zu beschreiben und eine psychosoziale Betreuung der Probanden zu verlangen. Die Therapeuten wurden nicht besonders für das Projekt ausgebildet. Das Projekt wurde im Jahre 1967 abgebrochen, weil angeblich

- a) eine große Menge legal verschriebener Drogen auf dem illegalen Drogenmarkt versickerte,

- b) eine erschreckende Ausbreitung des Drogenmißbrauchs zu beklagen war,
- c) eine Verdopplung von intravenös applizierenden Heroinfixern festzustellen war innerhalb von 12 Monaten,
- d) verschiedene aufsehenserregende Drogentodesfälle zu beklagen waren.

So verstarb ein 17jähriges Mädchen nach einer Opiatüberdosis und einer sachunkundigen ärztlichen Behandlung mit Amphetaminen. Die Kriminalitätsrate der legal versorgten Abhängigen blieb gleich. Zwar nahmen die Drogenbeschaffungsdelikte ab, die Drogenfolgedelikte wie Verkehrsdelikte oder Raubdelikte unter Drogeneinfluß nahmen jedoch zu. Die Ergebnisse dieses von BEJEROT beschriebenen Experiments basierten auf einer relativ kurzen Experimentdauer und einem regional begrenzten Raum. Sie setzten sich nicht mit der Frage auseinander, ob der Drogenmißbrauch der Probanden und der Drogenkonsum der übrigen Bevölkerung bei repressiver Politik einen anderen Verlauf genommen hätten.

Im Jahre 1967 befaßte sich der Nordische Rat, bestehend aus den Ländern Dänemark, Schweden, Norwegen, Finnland und Island erstmals mit dem Drogenproblem. 1968 beschloß die schwedische Regierung aufgrund der Entwicklung des zunehmenden Drogenmißbrauches und aufgrund der schlechten Erfahrungen mit der Verschreibung legaler Drogen eine neue Drogenpolitik, die auf der Basis von drei Säulen neu zu regeln sei:

- I. Prävention,
- II. Therapie
- III. und Repression

1968 wurde der Narcotic Drugs Act neu formuliert und ein Zehnpunkteprogramm ausgearbeitet.

Polizei, Zoll, Vorsorge- und Fürsorgeeinrichtungen erhielten zusätzliche Mittel. Der National Drugs Act sah erhöhte Strafrahmen für Drogenhandelsdelikte vor, die in den nächsten Jahren ständig erhöht wurden. Daneben wurde die Prävention und Therapie verstärkt. Schwerpunkt der Bemühungen sollten Maßnahmen zur Nachfragereduktion sein. Es wurde ein Netzwerk miteinander verknüpfter Fürsorgeeinrichtungen (Caring Chains) geschaffen, die sich um Behandlung und Fürsorge, Arbeitsvermittlung und Weiterbildung zu kümmern hatten. Mit

<sup>1</sup> BEJEROT, Drogenfrei oder Freigabe von Drogen?, Der Kriminalist Nr. 2/1995, S. 67 ff.



Präventionsmaßnahmen wurde in der Grundschule begonnen, sowohl was legale als auch illegale Drogen angeht. Der Generalstaatsanwalt (Chief Public Prosecutor) unterstützte diese Drogenhilfebemühungen, indem er die ursprüngliche Grenzmenge von 3 Gramm Cannabis, bis zu der von Strafverfolgung abgesehen wurde, anheb auf die Menge von einer Wochenration.

Der Wohlfahrtsstaat Schweden betonte seine Fürsorgepflicht auch gegenüber dem Straftäter (gegenüber dem das Gesetz verstößenden Betäubungsmittel-Konsumenten und Abhängigen).

## 2. Die Repressive Drogengesetzgebung in Schweden

Nachdem der Nordische Rat Druck auf die nordischen Regierungen ausgeübt hatte, die Bekämpfung der Drogendelikte zu verstärken, die Drogengesetzgebung und Maßnahmen zu koordinieren und von Dänemark und Finnland eine Verschärfung der repressiven Anstrengungen gefordert hatte, wurden im schwedischen Narcotic Drugs Act unterschieden nach Drogenvergehen, Drogenverbrechen und schweren Drogenverbrechen, die Mindest- und Höchststrafen wurden erheblich erhöht (für schwere Verbrechen bis zu 15 Jahren), die polizeiliche repressive Rauschgiftbekämpfung verstärkt und die bislang vorwiegend auf Freiwilligkeit basierende Therapie durch das Institut der zwangsweisen Therapie sowohl für Jugendliche als auch für Erwachsene intensiviert. Bei Handelsdelikten wurden als Nebenstrafe die Ausweisungsmöglichkeiten erweitert. Der liberale Umgang mit Konsumenten wurde 1988 ersetzt durch eine Strafbestimmung, wonach auch der einfache Drogenkonsum strafbar ist und erstmals mit Geldstrafe zu ahnden ist. 1993 erlaubte eine weitere Gesetzesänderung, Konsumenten nicht nur mit Geldstrafe, sondern mit Gefängnisstrafen bis zu 6 Monaten zu bestrafen. Die Drogenpolitik formuliert das absolute Ziel einer drogenfreien Gesellschaft.

Nach dem schwedischen Verständnis vom Wohlfahrtsstaat, der auch beim Alkohol auf Verbote und Kontrolle setzt, hat der Staat die gesellschaftlichen Mängel zu beseitigen, die zum Drogenmißbrauch führen. Der Staat hat eine

- a) **Behinderungsfunktion**, nämlich durch verstärkte Strafverfolgung Drogenhandel und Drogenkonsum auszurotten,
  - b) eine **Verhinderungsfunktion**, die Anwerbung neuer Dealer und Konsumenten zu verhindern
- und
- c) eine **Signalfunktion**, nämlich durch gesellschaftliche Ächtung von Drogen und Präventionsarbeit Drogenmißbrauch erst gar nicht entstehen zu lassen und eine drogenfreie Gesellschaft anzustreben.

Diese Aufgaben lassen es nicht zu, daß staatliche Stellen, den Drogenkonsum akzeptieren oder gar fördern. Da Spritzenaustauschprogramme, eine ärztlich kontrollierte Opiatvergabe oder Substitutionsprogramme, Coffeeshops oder Fixerräume mit der Strafbarkeit des Drogenkonsums nicht zu vereinbaren sind, der Behinderungsfunktion und dem Grundsatz der Drogenfreiheit widersprechen, sind nach dem schwedischen Drogenstrafrecht sie nicht nur strafbar, sondern nach dem wohlfahrtsstaatlichen Denken auch drogenpolitisch irrwegig. Die Strafbarkeit des Drogenkonsums und das Mittel der Zwangstherapie von Drogenabhängigen werden in Schweden als therapeutisches Konzept angesehen, die Drogenfreiheit des einzelnen und die drogenfreie Gesellschaft mit Repression zu erzwingen.<sup>2</sup> Der Druck des Nordischen Rates auf die nordischen Regierungen und die Entwicklung der schwedischen Drogengesetzgebung weisen erhebliche Parallelen auf zu dem heutigen Druck der französischen und deutschen Regierung auf die Niederlande, die dortigen liberalen Drogengesetze zu verschärfen. Dabei muß beachtet werden, daß trotz aller repressiven Anstrengungen auch in Schweden die Drogendelikte erheblich zugenommen haben und für eine Nachahmung des schwedischen Modells eigentlich kein Anlaß besteht.

2 FRANKE, Wege der skandinavischen Drogenpolitik, Das Beispiel Schweden, in: Erlei, Mit dem Markt gegen Drogen, 1995, S. 277 ff., mit Anmerkung von Frey, S. 307 ff. und mit Anmerkung von Konrad, S. 310 ff.; Thielbeer, Schweden setzt auf harte Strafen und Kontrollen, FAZ vom 14.11.1994; Tscholl, Das Musterkind in einem anderen Licht, Drogenmagazin, Zeitschrift für Suchtfragen, Heft Nr. 1 1995, S. 7 ff.

## II. Die Entwicklung des Betäubungsmittelstrafrechts in Deutschland

### 1. Das repressive Drogenstrafrecht in Deutschland

Während Schweden nach Erfahrungen mit liberalen Drogengesetzen zusammen mit anderen nord-europäischen Staaten kompromißlos ein extrem repressives Betäubungsmittelstrafrecht bevorzugt, nahm das Betäubungsmittelstrafrecht in Deutschland die umgekehrte Entwicklung. Das deutsche Betäubungsmittelgesetz gewährleistete mit Verwaltungsvorschriften Sicherheit und Ordnung im legalen Betäubungsmittelverkehr und setzte im Opiumgesetz von 1929 und dem Betäubungsmittelgesetz von 1971 unter dem Einfluß der Single Convention von 1961 bei der Bekämpfung des illegalen Betäubungsmittelverkehrs ausschließlich auf Repression. Mit einem nahezu lückenlosen Netz von Verbotsvorschriften und Spezialverordnungen, von Straftatbeständen und Bußgeldbestimmungen wurde fast jede Verhaltensweise im Zusammenhang mit illegalen Betäubungsmitteln mit Strafe oder Bußgeld bedroht. Allein der bloße Betäubungsmittelkonsum blieb ungeahndet. Diese auf dem Grundsatz der Straflosigkeit der Selbstschädigung basierende Lücke, wurde aber in der Praxis nahezu geschlossen, da die dem Konsum vorausgehenden Akte des Erwerbes und Besitzes von Betäubungsmitteln intensiv verfolgt wurden. Der Konsument unterlag damit einer umfassenden Kontrolle und Strafverfolgung. Nicht nur für die Drogenhändler, auch für die Drogenkonsumenten wurden die Strafrahmen laufend erhöht. Daneben bedrohte der Gesetzgeber jegliche Förderung des Betäubungsmittelkonsumes durch Spezialtatbestände wie z.B. das Werben, das Verschaffen, Gewähren oder öffentliche Mitteilen von Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch oder das Verleiten zum unbefugten Verbrauch von Betäubungsmitteln mit Strafe. Die zu Freiheitsstrafe verurteilten Drogenabhängigen wurden entweder in geschlossenen Landeskrankenhäusern zu einer Zwangstherapie untergebracht oder zu einer dem Strafvollzug ähneln-

den stationären Langzeittherapie im Rahmen von Bewährungsauflagen verpflichtet.

Der Rechtsmediziner ARBAD-ZADEH<sup>3</sup> schlug vor, junge Drogenabhängige in Kasernen der Bundeswehr zwangsweise zu therapieren. Der Psychiater KLEINER<sup>4</sup> stellte zur Diskussion, das Strafverfahren durch ein Verfahren vormundschaftsgerichtlicher Entmündigung Drogenabhängiger zu ersetzen und die Drogenabhängigen nach den Landesunterbringungsgesetzen frühzeitig zwangsweise zu therapieren.

Schließlich diskutierte man eine außerstrafrechtliche Unterbringung aller Betäubungsmittelkonsumenten (ganz gleich, ob sie weiche oder harte Drogen konsumierten und in welchem Stadium einer Drogenkarriere sie sich befanden) für zwei Jahre in abgeschlossenen Sonderanstalten für Drogentäter<sup>5</sup>. Dieser am Bundesseuchengesetz orientierte Vorschlag, der Stadt und Land von HIV-infizierten Süchtigen und widerspenstigen Drogenkonsumenten reinigen und eine drogenfreie Gesellschaft erreichen wollte, stieß jedoch auf Widerspruch und fand keine Mehrheit<sup>6</sup>.

### 2. Liberale Tendenzen in der deutschen Drogenstrafgesetzgebung

Mit der Reform des Betäubungsmittelgesetzes vom 28.7.1981, das am 1.1.1982 in Kraft trat, trat neben die Repression der Grundsatz: Therapie statt Strafe. Der Gesetzgeber schuf mit den §§ 35 ff. BtMG Sondervorschriften für betäubungsmittelabhängige Straftäter und räumte der Staatsanwaltschaft ein, von Anklageerhebung (§ 37 BtMG) oder von Strafvollzug abzusehen, falls der Abhängige an einer Langzeittherapie teilnimmt. 10 Jahre später schuf der Gesetzgeber aufgrund einer Gesetzesinitiative der Hansestadt Hamburg mit § 31 a BtMG eine bedeutsame Sondervorschrift für Betäubungsmittelkonsumenten, die der Staatsanwaltschaft es ermöglichte, von Anklageerhebung abzusehen, wenn der Täter im Besitz einer geringen Betäubungsmittelmenge, die lediglich zum Eigenverbrauch dient, angetroffen wird, die Schuld als

3 ARBAD-ZADEH, NJW 1978, S. 2326; kritisch dazu KREUZER, NJW 1979, S. 1241 ff.

4 KLEINER, Heilung ohne Staatsanwalt, Suchtreport 1987, S. 38 ff.

5 KATHOLNIGG, Ist die Entkriminalisierung von Betäubungsmittelkonsumenten mit scharfen Maßnahmen zur Eindämmung der Betäubungsmittelnachfrage vereinbar? Goltammers Archiv 1990, S. 193 ff.

6 HARING, Kriminell oder nicht kriminell, Der User, Suchtreport 1991, S. 48 ff. KÖRNER, Und seid ihr nicht willig, so brauchen wir Gewalt, Drogenreport 1992, S. 38 ff.; KREUZER, Wohin mit dem User, Suchtreport 1991, 69 ff.; KREUZER, Aspekte der Begutachtung und Unterbringung Drogenabhängiger, in: SCHÜTZ/KAATSCH/THOMSEN, Medizinrecht, Psychopathologie, Rechtsmedizin, 1991, S. 87 ff.

gering anzusehen ist und kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht. Diese Vorschrift, die den Grundsatz: Drogenhilfe statt Strafe verkörpert, ermöglichte eine Entpenalisierung des Betäubungsmittelkonsumenten, die in den verschiedenen Bundesländern höchst unterschiedlich stattfindet. Das Bundesverfassungsgericht hatte deshalb mit seiner Entscheidung vom 9.3.1994 unter Hinweis auf den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz und das Übermaßverbot eine Vereinheitlichung der staatsanwaltschaftlichen Einstellungspraxis in Deutschland angemahnt. Nachdem die Rechtsprechung vom Bundesgerichtshof und der Oberlandesgerichte im Rahmen der §§ 35 ff. BtMG nicht nur die stationäre Therapie, sondern auch ambulante Therapieformen eröffnet hatte, änderte der Gesetzgeber die §§ 35, 36 BtMG und ermöglichte durch Änderung des § 13 BtMG und der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung die Substitutionsbehandlung mit Polamidon und Methadon. Neben diesen liberalen Tendenzen wurden aber sämtliche Strafrahmen erhöht, das Netz von Strafbestimmungen erweitert und Spezialgesetze wie das Geldwäschegesetz und Grundstoffüberwachungsgesetz geschaffen, um dem illegalen Betäubungsmittelhandel Einhalt zu gebieten.

- obwohl die Strafverfolgungsbehörden (Polizei und Staatsanwaltschaft) personell und sachlich immer mehr ausgerüstet wurden,
- obwohl immer mehr Konsumenten und Kleinhändler festgenommen und bestraft wurden,
- obwohl immer größere Sicherstellungsmengen vom Markt genommen wurden.

Gleichwohl hat sich das Drogenproblem unbeeinflusst hiervon ausgeweitet.

Namhafte Ökonomen<sup>7</sup> vertreten die Auffassung, daß der Staat mit seinem Repressionsapparat indirekt den internationalen Drogenhandel subventioniert, durch Tatprovokation im Ausland Betäubungsmittelgroßtransporte nach Deutschland in Gang setzt, durch Rauschgiftbeschlagnahmen zu einer Verknappung des Angebotes und damit zu erhöhten Preisen und Gewinnspannen beiträgt, was die Betäubungsmittelkonsumenten wiederum zu verstärkter Beschaffungskriminalität zwingt.

Es bedarf kritischer Überlegung, ob diese Repressionsbemühungen nicht contraproduktiv sind und ob Einsparungen in Repressionsbereichen nicht besser in Prävention und Therapie investiert werden sollten.

### **III. Auswirkungen des deutschen Betäubungsmittelgesetzes**

#### **1. Die Wirkungslosigkeit der Repression**

In Deutschland wächst die Mehrheit der Stimmen, die nach 20jährigem Umgang mit repressiven Strafvorschriften des Betäubungsmittelgesetzes sich eingestehen, daß es mit Strafe nicht gelungen sei, Drogenhandel und Drogensucht wirksam einzudämmen, und dies

- obwohl der Katalog der Verbotsvorschriften und Strafvorschriften im BtMG zu einem lückelosen Netz verdichtet wurde,
- obwohl die Strafrahmen in mehreren Schritten durch den Gesetzgeber drakonisch angehoben wurden,
- obwohl die Anlagen zum BtMG ständig um immer neue Stoffe und Zubereitungen erweitert wurden,

#### **2. Inflationäres und symbolisches Betäubungsmittelstrafrecht**

Der Gießener Kriminologieprofessor KREUZER spricht von symbolischem Strafrecht, wenn man beobachtet, wie der Bundesgesetzgeber in den letzten Jahren laufend neue Straftatbestände im Betäubungsmittelgesetz und weiteren Spezialgesetzen schuf und drastische Erhöhungen der Strafrahmen vornahm, ohne Rücksicht auf Kapazitäten und Ressourcen bei Polizei, Gutachtern, Strafvollzug und Therapieeinrichtungen zu nehmen. Es komme ihm gar nicht mehr in erster Linie auf problemlösende und rechtsgüterschützende Wirkungen, sondern vielmehr auf den trügerischen Nachweis energischen politischen Reagierens an. Die Regierenden beschrieben soziale Problemlagen in dramatischer Form und spielten mit Gesetzentwürfen der Bevölkerung vor, als würden sie kämpferisch und kompetent gegen die Mißstände vorgehen. Die für die Problemlösung erforderlichen Finanzmittel, Personal und Ausrüstung würden aber regelmäßig nicht zur Verfügung gestellt<sup>8</sup>. Auch Herzog<sup>9</sup> betont, daß

<sup>7</sup> vgl. Sammelband ERLEI, Mit dem Markt gegen Drogen, 1995, S. 277 ff.

die Politiker sich gerne mit neuen Gesetzentwürfen als Garant der inneren Sicherheit darstellen, weil die Kosten für strafrechtliche Interventionen gering erschienen und man mit Strafgesetzen von der Erforderlichkeit kostenintensiverer Maßnahmen auf dem sozial-, struktur- und wirtschaftspolitischen Sektor ablenken könne. Klappt es mit der strafrechtlichen Intervention - wie vorauszusehen - nicht, so zeige man Problembereitschaftswillen und Kompetenz durch weitere Verschärfung der Gesetze oder spreche von Vollzugsdefiziten, die durch Umorganisation oder weiteren Ausbau des Kriminaljustizsystems abgebaut werden müßten.

### 3. Das Verfehlen der Ziele

Natürlich liegt mir wie Ihnen am Herzen, skrupellose und brutale Drogenhändler und Mitglieder internationaler Drogenkartelle zu überführen und empfindlich zu bestrafen. Im dicht geknüpften Strafverfolgungsnetz des BtMG bleiben aber immer häufiger die falschen Zielpersonen hängen: Suchtkranke, Sozialarbeiter, Eltern, Drogenberater und Therapeuten. Ein Drogenberatungslehrer, der Betäubungsmittel zu Untersuchungszwecken annimmt, ein Sozialarbeiter, der einem Fixer bei der Venensuche für eine Injektion hilft, ein Arzt, der im Rahmen der Substitution Apothekenengpässe zu überbrücken versucht und sich über die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung hinwegsetzt, eine Politikerin, die öffentlich für den Besuch von Konsumräumen eintritt, alle diese Personen kommen mit dem BtMG in Konflikt. Das BtMG gewährleistet hier zwar die Sicherheit und Ordnung im Betäubungsmittelverkehr, es kriminalisiert aber sozial- und gesundheitspolitische Bemühungen. Es dient teilweise nicht mehr der Volksgesundheit, sondern gefährdet diese teilweise. Am deutlichsten kann dies beschrieben werden am Beispiel der Spritzenvergabe und den Konsumräumen. Noch vor wenigen Jahren hängten Mitarbeiter des Gesundheitsministeriums Spritzenautomaten auf, die anschließend von Mitarbeitern des Justizressorts beschlagnahmt wurden. Es gibt immer noch deutsche Städte, in denen ein Polizeibeamter hinter Spritzenautomaten im Gebüsch lauert, um den Spritzenkunden zu seinem Stoff zu verfolgen und dort wegen Betäubungsmittelbesitz festzunehmen. Es gibt Städte in der Bundesrepublik, in denen die Justiz GesundheitspolitikerInnen mit Strafverfolgung für den Fall bedrohen, daß dort ein Konsum-

raum eröffnet und ein hygienischer, streßfreier Konsum ermöglicht wird. Hier wird nicht den Gesundheitsinteressen der Betäubungsmittelkonsumenten und der Bevölkerung gedient.

## IV. Neue Lösungswege zur Begrenzung des Drogenproblems in Europa

Neue Lösungswege zur Begrenzung des Drogenproblems werden deshalb diskutiert. Die einen wollen im Kampf gegen die Drogenkriminalität die **repressiven Waffen** ständig weiter verschärfen durch höhere Strafandrohungen und noch mehr staatliche Überwachung. Andere setzen auf **neuartige Waffen**, wie Finanzermittlungen, Gewinnabschöpfung, Verdachtsmeldung, Bekämpfung der Geldwäsche pp. Dritte verlangen, das Strafrecht solle sich in mehreren Schritten oder sofort von der Betäubungsmittelkriminalität verabschieden und anderen gesellschaftlichen Gruppierungen die Lösung des Drogenproblems überlassen, da das Verbot die bestehenden Probleme nur noch verschärfe.

Insbesondere im Umgang mit Drogenkonsumenten und Drogenabhängigen ist in den letzten Jahren der Ruf nach einer Entkriminalisierung immer lauter geworden. Dabei sind sieben Stufen der Entkriminalisierung in der Diskussion, die zum Teil im europäischen Ausland bereits getestet werden. Alle sieben Stufen bzw. sieben Wege, die ich Ihnen vorstellen möchte, bedürfen aber zu ihrer Realisierung einer repressiven Unterstützung.

### 1. Die Herunterstufung von Strafvorschriften

Die erste Stufe der Entkriminalisierung ist die Herunterstufung von Strafvorschriften.

- a) Man könnte also daran denken, Verbrechenstatbestände in Vergehenstatbestände zu verwandeln. Allein der deutsche Bundesgesetzgeber bewegt sich in letzter Zeit in die entgegengesetzte Richtung. Das Land Rheinland-Pfalz hatte nun aber einen Gesetzentwurf eingebracht, wonach der Konsument, der bis zu

8 KREUZER, Betäubungsmittelstrafrecht, Gedanken, Befunde, Kritik in Festschrift für Miyazawa, 1995, S. 185 ff.

9 HERZOG, Wie die Justiz die moralische Desorientierung ausgleichen soll, Frankfurter Rundschau vom 6.12.1996, S. 14

20 Gramm Cannabis erworben und besessen hat, nicht mehr wegen eines Vergehens, sondern wegen einer Ordnungswidrigkeit verfolgt und mit einem Bußgeld belegt werden sollte. Die Realisierung dieses Gesetzentwurfes weist aber eine Fülle von Problemen auf. Bußgeldbehörde wäre nach dem deutschen Betäubungsmittelgesetz das Bundesgesundheitsamt in Berlin, also die Gesundheitsverwaltung. Statt der Strafverfolgung durch die Polizei müßten vergleichbar mit den Verkehrshostessen Tausende von Cannabishostessen eingestellt werden, die unter besonderem Erfolgsdruck unter Umständen zahlreiche Cannabiskonsumenten (mehr als heute die Polizei) verfolgen würden. Die mit dem Gesetzentwurf angestrebte Einheitlichkeit und Verhältnismäßigkeit würden ins Gegenteil verkehrt. Denn der mit einer kleinen Menge von harten Drogen angetroffene Konsument könnte mit einer Einstellung des Verfahrens durch die Staatsanwaltschaft nach § 31 a BtMG rechnen, während der mit einer Cannabisation angetroffene Konsument ein Bußgeld bezahlen müßte. Dieser Gesetzentwurf zeigt, daß Sonderregelungen für eine Betäubungsmittelart neue Unbilligkeiten schaffen können.

- b) Ein weiteres Herunterstufungsmodell wird von den Frankfurter Professoren HASSEMER und LÜDERSEN vorgeschlagen, nämlich die Strafvorschriften des deutschen Betäubungsmittelgesetzes in das Arzneimittelgesetz mit geringerer Strafandrohung zu überführen. Dabei wird aber übersehen, daß das Arzneimittelgesetz ähnlichen Entwicklungen unterliegen würde wie das Betäubungsmittelgesetz und daß die Begrifflichkeit des Arzneimittelgesetzes zu weitaus größeren Rechtsproblemen führen würde.

## 2. Die Entpoenalisierung

Die zweite Stufe, die ich Ihnen vorstellen möchte, ist die Entpoenalisierung, die das Verbot, bestimmte illegale Betäubungsmittel zu erwerben und zu besitzen, aufrechterhält, aber die Möglichkeit des Absehens von Strafe bietet.

- a) Die Entpoenalisierung des Konsumenten und Betäubungsmittelerwerbers

Sowohl die deutsche Strafprozeßordnung hält in den §§ 153, 153 a StPO als auch das deutsche Betäubungsmittelgesetz in den §§ 29 Abs. 5, 31 a BtMG Einstellungsmöglichkeiten für die Staatsanwaltschaft bereit, sofern der Konsument eine geringe Betäubungsmittelmenge zum Eigenkonsum bei sich führt. Da die Einstellungspraxis der Staatsanwaltschaften in den verschiedenen Bundesländern stark voneinander abweicht, verlangte das deutsche Bundesverfassungsgericht in seiner Cannabisentscheidung vom 9.3.1994 eine Vereinheitlichung der Einstellungspraxis der Staatsanwaltschaften. Da sich die Bundesländer in der Folgezeit jedoch nicht auf eine einheitliche Schwellenmenge der geringen Cannabismenge einigen konnten, diskutiert man zur Zeit eine Kompromißlösung, wonach das Verfahren bis zu einer Menge von 6 Gramm Cannabis aus rechtsstaatlichen Gründen (Übermaßverbot und Verhältnismäßigkeitsgrundsatz) eingestellt werden muß, über 6 Gramm Cannabis jedes Bundesland nach eigener Opportunität das Verfahren nach § 31 a BtMG aber einstellen kann. In Hessen läßt man auf Vorschlag der Zentralstelle für die Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität (ZfB) die geringe Menge von Cannabis bis zu 30 Gramm reichen (bis zu 6 Gramm ist das Verfahren einzustellen, von 6 bis 30 Gramm kann das Ermittlungsverfahren eingestellt werden), da man im Interesse einer europäischen Regelung einen Grenzwert suchte, der mit der Unze in den Niederlanden und in der Schweiz und mit der 20-Gramm-Grenze in Österreich zu vereinbaren war.<sup>10</sup>

Zu Recht haben NELLES-VELTEN in einem Aufsatz<sup>11</sup> darauf hingewiesen, daß dem vom Bundesverfassungsgericht reklamierten Übermaßverbot nur durch eine Beschränkung des Tatbestandes und nicht mit Richtlinien zur Entpoenalisierung entsprochen werden kann. Denn auch der Cannabis-Konsument, der weniger als 6 Gramm Cannabis bei sich trägt, unterliegt weiterhin Strafverfolgungsmaßnahmen, wird kontrolliert, befragt, durchsucht und bekommt die Drogen abgenommen.

Auch in den Niederlanden wird aufgrund des Opportunitätsprinzips bei dem Cannabis-Konsumenten von Strafverfolgung bis zu 30 Gramm abgesehen. Dieser Grenzwert ist in

10 Rundverfügungen des hessischen Generalstaatsanwalts vom 12.2.1992 und vom 21.7.1995 - 406/30 - 3

11 NELLES-VELTEN, Einstellungsvorschriften als Korrektiv für unverhältnismäßige Strafgesetze?, NSTZ 1994, S. 366 ff.

den niederländischen Richtlinien der Generalstaatsanwälte enthalten, auch wenn in den Coffeeshops nur noch 5 Gramm Cannabis an Konsumenten verkauft werden darf.

b) Die Entpoenalisierung des Betäubungsmittelverkäufers

Im Interesse der Trennung der Märkte weicher und harter illegaler Drogen ist die Entpoenalisierung des Cannabis-Konsumenten nur ein halber Schritt, da er zum Erwerb der Betäubungsmittel die illegale Drogenszene aufsuchen muß und beim Teilen und Verkaufen der Hälfte seiner Konsumration sich weiterhin strafbar macht.

Die Niederlande haben im Rahmen ihres Opportunitätsprinzips deshalb die Einrichtung von Coffeeshops und die Duldung von Hausdealern zugelassen.

Auch die Niederlande folgen im wesentlichen den Grundzügen des internationalen Drogenbekämpfungsmodells. Die Niederlande haben keine Legalisierung harter oder weicher Drogen vorgenommen. Die 1976 verabschiedete Neufassung des niederländischen Opiumgesetzes unterscheidet bei den verbotenen Betäubungsmitteln im Gegensatz zu anderen Betäubungsmittelgesetzen zwischen harten Drogen in einer Liste I und weichen Drogen in einer Liste II. Unter harten Drogen versteht man Substanzen mit "unannehmbaren Risiken", und unter weichen Drogen Substanzen mit "minder schweren Risiken" wie z.B. die Cannabisprodukte. Hochkonzentriertes Cannabisöl wird zur Liste I gerechnet. Auch der Umgang mit Cannabisdrogen ist in den Niederlanden von Ausnahmen abgesehen - verboten und untersteht besonderen Strafbestimmungen. In den Strafbestimmungen der Art. 10 Abs. 5 und 11 Abs. 4 sind Sonderregelungen enthalten für den Täter, der nur mit einer geringen Rauschgiftmenge umgeht, die für Cannabis in Art. 11 Abs. 4 mit einer Gewichtsmenge von 30 Gramm begrenzt wird. Der Bonafide-Hausdealer, der niederländische Jugendheime und Coffeeshops regelmäßig mit größeren Cannabis Mengen beliefert, verstößt gegen das Opiumgesetz. Er kann nicht durch die genannten Sonderregelungen gerechtfertigt

werden, da die Liefermengen 30 Gramm erheblich übersteigen.<sup>12</sup>

Die Richtlinien der Generalstaatsanwälte erlauben aber unter A) 6. und unter C) ein Absehen von Strafverfolgung aufgrund des Opportunitätsprinzips, da der Hausdealer die Jugendlichen vor dem aggressiven Handel mit harten Drogen schütze und für eine zufriedenstellende Cannabisqualität Sorge.<sup>13</sup> Wegen des deutschen Legalitätsprinzips sind die niederländischen Modelle auf deutsches Recht nicht übertragbar.<sup>14</sup> Im September 1995 haben die GesundheitsministerInnen der deutschen Länder auf ihrer Konferenz in Potsdam nicht nur ihre Unzufriedenheit mit der derzeitigen Drogenpolitik zum Ausdruck gebracht, sondern in einer Initiative zur Trennung der Märkte weicher und harter illegaler Drogen vorgeschlagen, den § 31 a BtMG dahin zu ergänzen, daß die Staatsanwaltschaft auch auf Strafverfolgung verzichten kann, wenn es sich um den Verkauf kleiner Betäubungsmittelmengen zum Eigenverbrauch handelt. In einem Alternativvorschlag haben die GesundheitsministerInnen gefordert, den Landesregierungen durch Rechtsverordnung die Befugnis einzuräumen, staatliche Abgabestellen für Cannabis zuzulassen und der Staatsanwaltschaft in einem neu zu schaffenden § 31 b BtMG zu ermöglichen, von Strafverfolgung abzusehen, falls der Verkauf von Cannabis in einer staatlich genehmigten Abgabestelle erfolgt. Diese Vorschläge der GesundheitsministerInnen der Länder vermochten sich bislang aber auf Bundesebene nicht durchzusetzen.

### 3. Die Entkriminalisierung

Damit haben wir die dritte Stufe erreicht, die eigentliche Entkriminalisierung. Schneider, ein Lübecker Richter, hat verschiedene Entkriminalisierungsmodelle für Drogenkonsumenten und Drogenabhängige beschrieben, indem er vorschlug, im deutschen Betäubungsmittelgesetz

- a) den Tatbestand des Erwerbes und Besitzes von Betäubungsmitteln,
- b) die Rechtswidrigkeit von Konsumdelikten, oder

12 Urteil des Hoge Raad vom 11.1.1977, NJ 1977, S. 458

13 SCHOLTEN, Niederlande, in MEYER, Betäubungsmittelstrafrecht in West-Europa, 1987, S. 445 ff.; Ministerium des Innern, der Justiz und der Gesundheit, Die niederländische Drogenpolitik, Kontinuität und Wandel, Rijswijk 1995

14 KORIATH, Coffee-Shop-Modell zur Nachahmung empfohlen?, Die deutsche Drogenpolitik und ihr Vorbild Niederlande, Kriminalistik 1995, S. 82 ff.

c) die Schuld von Konsumdelikten

für Betäubungsmittelkonsumenten und Betäubungsmittelabhängige auszuschließen. Denkbar wären verschiedene Tatbestandsbegrenzungen:

- a) So könnte man im Katalog der Straftatbestände einzelne Begehungsweisen wie Besitz und Erwerb von Betäubungsmitteln durch Betäubungsmittelkonsumenten ganz im Betäubungsmittelgesetz streichen.
- b) Man könnte bei den Tatbeständen des Erwerbes und des Besitzes von Betäubungsmitteln bestimmte Betäubungsmittelarten ausnehmen, wie z.B. weiche Drogen.
- c) Schließlich könnte man den Tatbestand des Besitzes und Erwerbes von Betäubungsmitteln erst ab einer bestimmten Schwellenmenge beginnen lassen.

Während die Entpenalisierungskonzepte lebhaft in der Öffentlichkeit diskutiert werden, wurden die Entkriminalisierungskonzepte bislang wenig aufgegriffen.

#### 4. Die Substitution

Als vierte Stufe der Entkriminalisierung ist an die Substitution zu denken.

Hier wird dem Betäubungsmittelabhängigen erlaubt, anstelle illegaler Betäubungsmittel verschreibungsfähige Betäubungsmittel zu erwerben und zu besitzen, indem man die Erlaubnis des deutschen Bundesgesundheitsamtes nach § 3 BtMG durch eine ärztliche Verschreibung ersetzt und Betäubungsmittel wie Methadon und Polamidon in die Anlage III zum Betäubungsmittelgesetz einstuft und ausführlich in der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung regelt. Nach erbitterten Glaubenskriegen gegen die Substitution in den achtziger Jahren entsprechen die Substitutionsmodelle heute nicht nur § 13 BtMG und der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung, sondern auch der Rechtsprechung des deutschen Bundesgerichtshofs und der Oberlandesgerichte. Der Gesetzgeber plant jedoch, die bislang vom Betäubungsmittelgesetz ausgenommenen Codeinpräparate dem BtMG zu unterstellen und damit die Substitution mit Codein zu erschweren.

#### 5. Die ärztlich kontrollierte Vergabe von Opiaten

Als fünfte Stufe der Entkriminalisierung bietet sich die ärztlich kontrollierte Vergabe nicht verkehrs- und verschreibungsfähiger Betäubungsmittel an Abhängige an. Dies ist heute nach §§ 5 Nr. 6, 13 BtMG noch nicht zulässig.

- a) Zulässig ist dies aber in Großbritannien. 1920 trat das britische Betäubungsmittelgesetz (Dangerous Drugs Act) in Kraft, das den Ärzten die Möglichkeit einräumte, Betäubungsmittel zu verschreiben. Im Jahre 1926 befand die sogenannte Rolleston-Commission, daß nach wiederholten Entzugsversuchen es notwendig sein kann, ärztlich kontrolliert Morphin oder Heroin an Drogenabhängige abzugeben und formulierte hierfür Richtlinien. In den 60er Jahren kam das Brain Committee zu dem Ergebnis, daß es in Einzelfällen notwendig sein kann, pharmazeutisches Heroin und Kokain an Abhängige zu verschreiben. 1967 wurde ein Gesetz verabschiedet, durch das die Kompetenz bezüglich der Verschreibung von Heroin und Kokain an Abhängige zur Suchtbehandlung auf jene Psychiatrieärzte beschränkt wurde, die vom Innenministerium eine entsprechende Lizenz erhielten. Zu therapeutischen Zwecken an sonstige Kranke durften die Betäubungsmittel weiterhin von jedem Arzt verschrieben werden. Dennoch hat die Heroinverschreibung in Großbritannien ein geringes Ausmaß. Landesweit lauten 98% der Betäubungsmittelverschreibungen auf Methadon, 1% auf Heroin und 1% auf die verschiedensten Stoffe. Am bekanntesten wurden die Heroinverschreibungen von Dr. John Marks, der in enger Zusammenarbeit mit der örtlichen Polizei in der Nähe von Liverpool (in Warrington und Widnes) ca. 130 abhängigen Patienten Heroin verschrieb (sowohl injizierbares Heroin als auch ausnahmsweise Heroinzigaretten, sogenannte Reefers), das in Höhe einer Tagesration von einer besonders bestimmten Apotheke ausgegeben wird. Die Verschreibungen wurden in Zusammenarbeit mit den verschiedensten Fürsorgeeinrichtungen mit einem interdisziplinären Ansatz betrieben und kontrolliert.<sup>15</sup> Das Projekt wurde jedoch inzwischen abgebrochen und Psychiater Marks entlassen. Seitdem haben Kriminalität, Infektionskrankheiten und Sterbeziffern wieder zugenommen.

15. ALAN STEARS, Drogenabgabe zur Suchtbehandlung: Der britische Ansatz und Jeffrey Marks, Das Heroinverschreibungsprogramm, in: RIHS-MIDDEL u.a., Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln, 1996, S. 136 - 144; 145 - 155

- b) Anders als in Großbritannien gab es in den Niederlanden nur ein medizinisches Forschungsprojekt mit Morphin. Im Anschluß an eine lebhaft diskutierte Heroinlegalisierung, über Heroincafés, über Heroinhausdealer und einer Freizone für Heroinfixer in Amsterdam wurde vom nationalen Gesundheitsminister lediglich ein Morphinverschreibungsprojekt mit wissenschaftlicher Begleitung unter der Leitung von Jack Derks genehmigt, wonach Morphin an 37 Schwerstabhängige für 2 Jahre unter psychosozialer Begleitung verschrieben werden sollte.<sup>16</sup> Die Niederlande bereiten jedoch zur Zeit ebenfalls wissenschaftliche Heroingabeprojekte vor.
- c) Die Schweizer Heroingabeprojekte bedeuten ebenfalls nicht eine Heroinlegalisierung, sondern sind einzelne abgegrenzte Forschungsprojekte. Der Schweizerische Bundesrat hat am 20.2.1991 ein Maßnahmenpaket: Drogen beschlossen und am 21.10.1992 gestützt auf die Art. 8 Abs. 5, 15 c und 30 des Bundesgesetzes vom 3.10.1951 über die Betäubungsmittel (BtMG) die Verordnung 812.121.5 über die Förderung der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Drogenprävention und Verbesserung der Lebensbedingungen Drogenabhängiger verabschiedet, die am 15.11.1992 in Kraft trat und bis zum 31.12.1996 gilt. Zwar ist auch in der Schweiz oberstes Fernziel der Begleitforschung von Drogenpräventions- und Betreuungsmaßnahmen die Drogenabstinenz des Individuums. Die Forschungsverordnung regelt aber, wie Präventionsprojekte und ärztliche Verschreibungsversuche mit wissenschaftlicher Begleitforschung beantragt und von den Kantonen nach den Art. 14 Abs. 2 oder Art. 15 a Abs. 5 Betäubungsmittelgesetz bewilligt werden, wie Heroingabeprojekte eine Ausnahmebewilligung gemäß Art. 8 Abs. 5 BtMG erhalten können, wie das Schweizer Bundesamt den Gesamtplan für die Pilotversuche festlegt und die Begleitforschung überwacht, einem Projekt oder Versuch die finanzielle Unterstützung gewährt bzw. entzieht, die Begleitforschung, das Projekt oder den Versuch abbricht. Das Schweizer Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG) strebt mit einem Drogenforschungsprogramm an, innovative Lösungswege zur Verminderung der mit dem Drogenkonsum verbundenen Probleme zu finden. Das Drogenforschungsprogramm umfaßt Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Substanzforschung, der Epidemiologie, der Ätiologie, der Evaluation, der klinischen und der Interventions-Forschung, sowie der gesellschaftsbezogenen Forschung. Hierzu gehören auch die Versuche zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln. So hat die Direktion des BAG am 1.11.1993, gestützt auf Art. 10 der Verordnung über die Förderung der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Drogenprävention und Verbesserung der Lebensbedingungen Drogenabhängiger für eine diversifizierte Betäubungsmittelverschreibung den Gesamtversuchsplan festgelegt, eine wissenschaftliche Expertengruppe mit der Begleitforschung beauftragt und den Gesamtversuchsplan und die Ausführungsbestimmungen für die Verschreibung von i.V.-Heroin, i.V.-Morphin und i.V.-Methadon in sieben Schweizer Städten in Gruppen von 50 Probanden mit unterschiedlichem Forschungsdesign genehmigt. Aufgrund dieses Gesamtversuchsplans wurden die einzelnen Versuchsansätze zusammen mit einem Gutachten einer ärztlichen Ethikkommission beim Bundesamt eingereicht und bewilligt.<sup>17</sup> Im Dezember 1996 entscheiden die Bürger, ob der Verschreibungsversuch bis 1998 fortgesetzt wird. Nach bisherigen Umfragen wird sich eine Mehrheit der Bevölkerung für eine Fortsetzung der Projekte aussprechen.
- d) In Deutschland ist eine ärztlich kontrollierte Heroingabe ebenfalls rechtlich nur als wissenschaftliches Versuchsprojekt zulässig.
- d) 1. Die Stadt Hamburg hat deshalb mit einem Gesetzentwurf die generelle Möglichkeit zu schaffen versucht, Forschungsprojekte einer kontrollierten ärztlichen Vergabe von Originalpräparaten zu genehmigen. Der Gesetzentwurf, der in einem neuen § 3 a BtMG die Probleme grundsätzlich regeln wollte, fand im Bundesrat zwar eine Mehrheit, scheiterte aber sodann.
- d) 2. Die Stadt Frankfurt am Main beschritt einen anderen Weg und beantragte am

16 Van BRUSSEL, Das Morphinabgabeprogramm in Amsterdam, und Jack DERKS, Die Abgabe von injizierbarem Morphin in Amsterdam, in: RIHS-MIDDEL u.a., Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln, 1996, S. 178 - 184, 185 - 196

17 RIHS-MIDDEL, Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln, Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Erfahrungen, 1996, S. 16 - 132 und Anhang 1 und 2



11.2.1993 beim Bundesgesundheitsamt in Berlin eine Ausnahmegenehmigung gemäß § 3 Abs. 2 BtMG für ein Forschungsprojekt (Frankfurter Diamorphinprojekt-DIAPRO), nachdem an eine begrenzte und ausgewählte Zahl von Schwerstopiatabhängigen unter ärztlicher Kontrolle und wissenschaftlicher Begleitung Heroin verabreicht werden sollte. Ferner sollte genehmigt werden, in Großbritannien hergestelltes pharmazeutisches Heroin zu erwerben und nach Deutschland einzuführen. Das Bundesgesundheitsamt in Berlin lehnte diesen Antrag ab und wies den dagegen erhobenen Widerspruch zurück. Die Stadt Frankfurt am Main erhob deshalb Verwaltungsklage bei dem Verwaltungsgericht Berlin, weil in der Schweiz das dortige Bundesamt Forschungsprojekte mit Morphin und Heroin mit ähnlicher Zielrichtung genehmigt hatte. Auf die Klage der Stadt Frankfurt am Main hob das Verwaltungsgericht Berlin mit Urteil vom 27.6.1996 - VG 14 A 134.95 - den Versagungsbescheid und den Widerspruchsbeseid auf und verpflichtete das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in Berlin, den Antrag erneut nach Maßgabe der Urteilsbegründung zu bescheiden.<sup>18</sup> Das Urteil übte massive Kritik daran, daß

- a) das Bundesgesundheitsamt Berlin die Breite des ihm zustehenden Ermessensspielraums bei der Bescheidung des Antrages der Stadt Frankfurt am Main auf Ausnahmegenehmigung für ihr Heroinvergabeprojekt DIAPRO gemäß § 3 Abs. 2 BtMG nicht ausgeschöpft habe,
- b) die genannten Versagungsgründe des § 5 Abs. 1 Nr. 5 und 6 BtMG nicht entgegengestanden und
- c) die Verwaltungsbehörde bei der Prüfung des Frankfurter Verschreibungsversuches die Möglichkeiten des § 9 BtMG nicht genutzt habe, durch Nebenbestimmungen, Bedingungen und Auflagen die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs zu gewährleisten.

Das Verwaltungsgericht legte unmißverständlich offen, wie vom Bundesgesundheitsamt mit Schlagworten und einem Zirkelschluß ein wissenschaftliches Forschungsprojekt abgelehnt wurde. Die Notwendigkeit einer Langzeitstudie der medizinisch kontrollierten Vergabe von Heroin könne nicht mit der Begründung in Abrede gestellt werden, Heroin vom Arzt sei kein zulässiges verschreibungsfähiges Substitutionsmittel und führe nicht zur Drogenfreiheit. Denn das Heroinverschreibungsprojekt wolle ja gerade erforschen, ob nach einer rechtlichen Umstufung von Diamorphin (Heroin) eine medizinische Anwendung bei Heroinabhängigen zu einer gesundheitlichen Stabilisierung und späterem Herauswachsen aus der Sucht führen könne.

## **6. Die staatlich kontrollierte Abgabe von Betäubungsmitteln**

Die sechste zu erwägende Entkriminalisierungsstufe ist die staatlich kontrollierte Abgabe von Betäubungsmitteln.

Eine staatlich kontrollierte Abgabe illegaler Betäubungsmittel ist nach dem derzeitigen Betäubungsmittelgesetz und nach dem internationalen Suchtstoffabkommen heute noch nicht rechtlich zulässig und würde eine Änderung des § 12 BtMG und der einschlägigen Betäubungsmittelverordnungen verlangen. Eine staatlich kontrollierte Abgabe würde ohne therapeutischen Ansatz erfolgen.

Das Land Hessen hatte im Bundesrat eine Entschließung eingebracht, wonach staatlich hergestellte Betäubungsmittel in staatlichen Ausgabestellen unter bestimmten Voraussetzungen an Konsumenten abgegeben, und wonach Konsumenten diese illegalen Betäubungsmittel auf Bezugsschein erwerben und besitzen dürften.

Im Gegensatz zu den niederländischen Coffee-shops, wo Cannabismengen bis zu 5 Gramm nur im Rahmen des Opportunitätsprinzips geduldet werden, sollten nach dem hessischen Gesetzentwurf in besonderen Drugstores staatlich reine Betäubungsmittel legal zu beziehen sein. Der Gesetzentwurf fand jedoch keine Mehrheit.

<sup>18</sup> vgl. Strafverteidiger 1996, S. 621 ff. mit Anmerkung Körner

Bei dem Treffen der Gesundheitsministerinnen der deutschen Bundesländer im September 1996 in Potsdam haben die GesundheitsministerInnen auch die Möglichkeit diskutiert, Cannabis aus der Anlage I in eine neu zu schaffende Anlage V umzustufen und in Apotheken zum Verkauf anzubieten. Wegen der Verpflichtung, die illegale Abgabe von Cannabis zu verbieten und mit Strafe zu bedrohen, die im Rahmen internationaler Suchtstoffübereinkommen von Deutschland übernommen wurden, kann dieser Weg jedoch nur nach einer Änderung oder Kündigung der internationalen Verträge durch Deutschland beschritten werden.

## 7. Die Legalisierung

Als siebte Stufe der Entkriminalisierung ist die Legalisierung, also die Freigabe

- a) einzelner Betäubungsmittelarten oder
- b) alle Betäubungsmittelarten

zu erörtern. Der Umgang mit Betäubungsmitteln wäre in diesem Falle weder verboten noch strafbar, sondern unterläge nur noch den Marktgesetzen. Zwar könnte der Gesetzgeber noch mit

- a) Jugendschutzbestimmungen,
- b) Handels- und Werbungsbeschränkungen und
- c) Apotheken- und Rezeptpflichten,
- d) mit besonderen Steuerbelastungen,
- e) mit Reinheitskontrollen

das Marktgeschehen beeinflussen.

Grundsätzlich müßten aber legale wie illegale Betäubungsmittelhändler, legale wie illegale Betäubungsmittelkonsumenten und Betäubungsmittelabhängige nicht mehr eine Strafverfolgung befürchten, wenn sie sich an vorgegebene Verwaltungsvorschriften halten würden. Die uneingeschränkte Legalisierung oder Freigabe von Betäubungsmitteln ist noch in keinem Land der Welt erprobt worden. Sie würde nicht nur den Wegfall des Betäubungsmittelgesetzes und der Betäubungsmittelverordnungen, die Kündigung der internationalen Suchtstoffabkommen, denen die Bundesrepublik beigetreten ist, sondern auch eine Neugestaltung unseres gesamten Gesundheitssystems erfordern. Denn wenn ein Umgang mit gefährlichen Betäubungsmitteln nicht mehr unter Strafe steht, können auch die Strafbestimmun-

gen des Arzneimittelgesetzes, des Lebensmittelgesetzes, des Grundstoffüberwachungsgesetzes und des Chemikaliengesetzes nicht unverändert bleiben.

## V. Der Weg der kleinen Schritte aus der Krise Gemeinsames und Trennendes in Europa

Die sieben Stufen der Entkriminalisierung von Betäubungsmittelkonsumenten und Betäubungsmittelabhängigen weisen unterschiedliche Vorteile, Nachteile und Risiken auf, die im einzelnen abgewogen und erprobt werden müssen. Man wird diese von mir vorgestellten sieben Möglichkeiten separat diskutieren müssen, sowohl wenn man überlegt, wie man gegen den Drogenhandel vorgehen will, als auch wenn es darum geht, die Drogen sucht einzudämmen. Ein jeder dieser Wege bedarf zu seiner Absicherung ordnungspolitischer Maßnahmen. Ganz gleich, wie Sie über die sieben Stufen der Entkriminalisierung im einzelnen denken: Man wird sie alle diskutieren und in kleinen Schritten erproben müssen. Es darf keine Denkverbote geben. Der Weg der kleinen Schritte hat den Vorteil, daß man Erfolgswege weitergehen, Mißerfolge nach Fehlritten abbrechen kann:

Dabei ist zu bedenken, daß Lösungswege in Frankfurt am Main nicht zwingend Lösungswege für München oder eine andere Stadt sein müssen. Es kann nicht darum gehen, die deutschen, schwedischen, niederländischen, französischen und schweizer Betäubungsmittelgesetze mit politischem Druck zu vereinheitlichen, da diese Angleichung selbst bei identischen Straftatbeständen keine identische Kriminalpolitik garantieren würde, wie der Meinungsstreit der deutschen Bundesländer um die geringe Cannabismenge deutlich zeigt. FRITS RÜTER<sup>19</sup> hat unter Berufung auf SAVIGNY auf die historisch gewachsenen Traditionen, Wertvorstellungen und Ängste eines jeden Volkes und auf die kulturellen Wurzeln des nationalen Strafrechts hingewiesen. Das Betäubungsmittelstrafrecht lasse sich nicht wie ein Exportprodukt in ein fremdes Land ausführen oder wie eine Heilsbotschaft missionarisch verbreiten. Es mache keinen Sinn, das Betäubungsmittelstrafrecht der EG-Staaten in seiner Widersprüchlichkeit in einen großen

19 FRITS RÜTER, Harmonie trotz Disonanz, ZStW 1993, S. 30 ff.

Topf zu werfen und zu versuchen, daraus ein einheitliches Betäubungsmittelstrafrecht zu kochen. Dieser Eintopf von nationalen Besonderheiten würde zu einer ungenießbaren strafrechtlichen Esperantobrühre führen. Ohne Aufgabe der vertrauten und bewährten Rechtspraxis und ohne Bevormundung von Nachbarländern sind stattdessen im Rahmen partnerschaftlicher Zusammenarbeit die Besonderheiten der Nachbarländer zu respektieren, Erfahrungen auszutauschen und erfolgversprechende Modelle nachzuahmen.

So haben sich entsprechend den gemeinsamen und trennenden Aspekten in der europäischen Drogenpolitik auch zwei Städtekonferenzen entwickelt. Ein Zusammenschluß von Städten hat durch Unterzeichnung der Stockholmer Erklärung sich den Zielen einer repressiven Drogenbekämpfung und drogenfreien Gesellschaft verpflichtet (European Cities Against Drugs <ECAD>). Der zweite Städtezusammenschluß hat die Frankfurter Resolution unterzeichnet und strebt Harm-Reduction und eine akzeptierende Drogenhilfe und Überlebenshilfe an (European Cities on Drugs Policy <ECDP>). Zur Zeit bemühen sich beide Zusammenschlüsse, im gegenseitigen Respekt ihre Ziele nicht zu vereinheitlichen, aber anzunähern. Andererseits muß versucht werden, absolute Widersprüche in der europäischen Drogenpolitik zu überwinden, so daß z.B. Großtransporte von Khat nicht in dem einen europäischen Land mit harter Freiheitsstrafe geahndet werden und in einem anderen Land als strafflos gelten. Durch einen fruchtbaren Gedankenaustausch und durch gegenseitiges Voneinanderlernen kann es zu einem Zusammenwachsen der Systeme und einem europäischen Drogenstrafrecht kommen.

Eine Fortentwicklung des europäischen Betäubungsmittelstrafrechts setzt aber zahlreiche Modellversuche voraus, wie es derzeit in der Schweiz geschieht.

## **VI. Deutsche Forschungsprojekte**

Von dem Frankfurter Diamorphinprojekt habe ich bereits ausführlich berichtet.

Nun hat das Bundesverfassungsgericht mit seinem Beschluß vom 9.3.1994 nicht nur die unterschiedliche Einstellungspraxis in den verschiedenen Bundesländern bei der Verfolgung des gelegentlichen Eigenverbrauchs geringer Cannabismengen

kritisiert, sondern den Gesetzgeber aufgefordert, die Auswirkungen des geltenden Rechtes unter Einschluß der Erfahrungen des Auslandes zu beobachten und zu überprüfen. Dabei habe er insbesondere einzuschätzen, ob und inwieweit eine Freigabe von Cannabis zu einer Trennung der Drogenmärkte führen und damit zur Eindämmung des Betäubungsmittelkonsums insgesamt beitragen könne. Nach Auswertung der niederländischen Erfahrungen mit Coffeeshops und Hausdealern haben die Gesundheitsminister der deutschen Bundesländer 1994 in Potsdam beraten, wie man zur Trennung der Märkte von weichen und harten Drogen, wie man zum Schutze der Cannabiskonsumenten vor Abhängigkeit und Kriminalisierung diese aus der Rauschgiftszene lösen könnte. Unter Mitarbeit von zahlreichen Drogenexperten wurde ein Konzept erarbeitet, über das man sicherlich unterschiedlicher Meinung sein kann, dessen Redlichkeit aber nicht in Zweifel gezogen werden sollte. Die Kieler Gesundheitsministerin Moser plant, wie in diesen Tagen der Öffentlichkeit vorgestellt, beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in Berlin einen Antrag auf Ausnahmegenehmigung gemäß § 3 Abs. 2 BtMG für einen schleswig-holsteinischen Modellversuch zu stellen, wonach für eine begrenzte Zeit (5 Jahre) unter wissenschaftlicher Begleitung Cannabis in Deutschland angebaut und in kleinen Mengen (5 Gramm = 10 Tütchen à 0,5 Gramm) in Apotheken staatlich kontrolliert an Konsumenten von über 16 Jahren abgegeben werden soll. Dabei sind in Kiel die Fragen noch offen, was den Umfang des Versuches, was die Kontrolle der Abgabestellen angeht und wer Cannabis anbauen soll. Dieses Projekt soll u.a. auch ergeben, ob durch eine leichtere Verfügbarkeit von Haschisch zwangsläufig auch der Konsum zunehmen wird, was niederländische Experten verneinen. Viele Drogenpolitiker wollen dieser Frage aber gerade nicht nachgehen, um die Prohibitions politik fortsetzen zu können. Sie sehen das Projekt deshalb bereits vor dem Start als gescheitert an und verteufeln es als Kapitulation vor dem Drogenproblem. Für viele Politiker steht schon fest, daß der Antrag der Kieler Landesregierung vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte abgelehnt werden wird. So kann nach Informationen des drogenpolitischen Sprechers der Unionsfraktion im Bundestag Sauer der Modellversuch schon ad acta gelegt werden, weil er aus Gesprächen mit dem Bundesinstitut wisse, daß das Bundesinstitut den Antrag ablehnen wird. Es ist schon peinlich, darauf hinweisen zu müssen, daß das Bundesinstitut keine Geschäftsstelle einer Partei, sondern eine selbständige, nicht weisungsabhängige Bundesbehörde darstellt, die lediglich der

Rechts- und Fachaufsicht des Bundesgesundheitsministers untersteht. Da dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die umfangreiche juristische und wissenschaftliche Begründung des Forschungsprojektes noch gar nicht vorliegt, kann eigentlich niemand aus dem Bundesinstitut die Auskunft gegeben haben, man werde den Antrag ablehnen, es sei denn, man wäre dort voreingenommen, was ich bei einer Bundesbehörde aber nahezu ausschließen möchte.

Nach der massiven Kritik des Verwaltungsgerichtes Berlin an den ablehnenden Bescheiden des Bundesinstitutes über den Frankfurter Ausnahmeantrag für eine kontrollierte ärztliche Vergabe von Heroin (DIAPRO) hätte das Bundesinstitut seine Prüffunktion wahrlich ernster nehmen müssen.

## **VII. Schlußgedanke**

Mit der Verhinderung von Forschungsprojekten kommt die Drogenpolitik in Deutschland zum Stillstand. Wir brauchen aber sowohl in Deutschland als auch in ganz Europa Mut zur Forschung und zu neuen Wegen in der Drogenpolitik. Zusammenfassend möchte ich BEJEROT entschieden widersprechen. Ich sehe sowohl den drogenfreien Wohlfahrtsstaat als auch die Freigabe aller Betäubungsmittel in weiter Ferne. Dazwischen gibt es aber eine Menge zu lernen und zu regeln. Wenn wir aber nicht gemeinsam in Europa nach neuen Lösungswegen suchen werden, wird sich das Trennende in der europäischen Drogenpolitik und im europäischen Drogenstrafrecht noch verschärfen.

# *Der Suchttherapeut im Netz der politischen und rechtlichen Bedingungen*

## **Prof. Dr. Jörg Fengler**

Heilpädagogische Fakultät  
der Universität zu Köln  
Frangenheimstraße 4 a  
50931 Köln

## **Inhalt**

- I. Ambivalenz des Begriffs Netz
- II. Qualitäten des Netzes
- III. Das Organigramm gibt Auskünfte über Rechte und Pflichten
- IV. Formelle Position ermöglicht selektive Gratifikation und fördert paternalistische Strukturen
- V. Therapiekette macht den Klienten zum therapeutischen Wanderarbeiter
- VI. Klinikimage schafft Belegungsquote
- VII. Abhängigkeit von Trägern führt zu einer Kultur des Verheimlichens
- VIII. Auch und gerade suchtferne Institutionen begünstigen Selbstzensur
- IX. Suchthilfe ist ein beschäftigungspolitisches, geschlossenes System
- X. Was ist zu tun?

*Das Bild vom Netz spricht mich an, und ich will gern darstellen, in welchen Netzen wir in der Suchthilfe leben - politischen, rechtlichen und auch noch ein paar anderen. Dabei hat der Begriff Netz für mich durchaus positive und negative Bedeutungsanteile, und ich beabsichtige, beiden Aspekten nachzugehen.*

## I. Ambivalenz des Begriffs Netz

Das Netz trägt - aber es zieht sich auch zusammen.

### Das Netz trägt.

Der Zirkusartist auf dem Seil ist durch das Netz geschützt und gesichert. Sollte er abstürzen, so fängt das Netz ihn auf. Wer ohne Netz arbeitet, kann vielleicht besonders berühmt werden. Aber unter Umständen setzt er seine Fähigkeit auch nicht ganz richtig ein oder neigt zu leichtfertiger Risikofreude - dann könnte seine Vorstellung mit dem Tod enden, und das Publikum hat ihn schnell vergessen. Allenfalls spricht man noch ein paar Tage lang von einem "tragischen Unglücksfall" - aber wieso tragisch? Und wieso Unglücksfall? Und das war es dann auch.

Wir benutzen das Einkaufsnetz, das Straßen-, das Schienennetz und das Internet; wir liegen im Sommer in der Hängematte oder träumen jedenfalls davon. Wir leben in sozialen Netzwerken. Ein Leben ohne das alles wäre kaum denkbar, und wir müssen dankbar sein, daß wir es haben.

Und andererseits: **Das Netz zieht sich zusammen.**

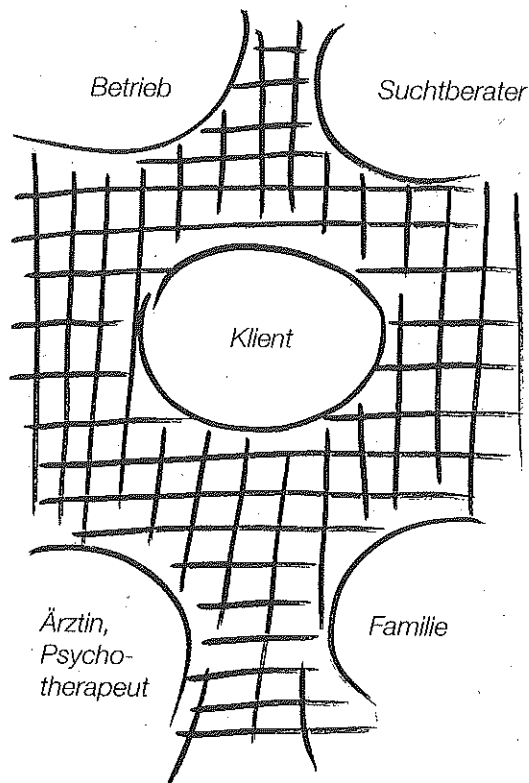
In einer Form des römischen Gladiatorenkampfes trat ein Kämpfer mit Schwert und Schild gegen einen anderen an, der den Meergott Neptun symbolisieren sollte und mit Netz und Dreizack bewaffnet war. Ein scheinbar ungleicher Kampf, weil wir im ersten Moment die Qualitäten des Netzes zu unterschätzen geneigt sind. Es kann scheinbar nicht schützen und läßt den Kämpfer dem Schwertkämpfer ausgeliefert erscheinen. Aber es steckt voller Tücke und Überraschungen. Es lenkt ab und verwirrt. Es wickelt sich um die Beine des Gegners und bringt ihn zu Fall. Es reißt ihm das Schwert aus der Hand, es macht ihn wehrlos und bewegungsunfähig. Der scheinbar harmlose Dreizack genügt, um den Hilflosen zu töten.

Ich denke im Zusammenhang mit dem Stichwort Netz auch an den Roman von Waldemar BONSELLS "Die Biene Maja". Es gibt da eine Stelle, wo

Maja in das Netz der Spinne gerät. Anfänglich ist sie nur wenig angeklebt und könnte sich noch selbst befreien. Die Spinne eilt herbei, drückt ihr Bedauern über den Vorfall aus und bittet Maja, einen Moment lang still zu halten, damit sie ihr aus den klebrigen Fäden heraushelfen könne. Als aber die arglose kleine Biene dem Rat folgt, wickelt die Spinne sie in einer blitzschnellen Bewegung endgültig ein, so daß sie sich nun gar nicht mehr rühren kann.

Wir sprechen von einem "Netz von Agenten" und von einem "Netz von Lügen und Intrigen". Um ein Netz macht man also besser einen Bogen, andernfalls könnte man hineingeraten und darin umkommen. Über diese Entscheidungsmöglichkeit verfügen wir freilich im Alltag nicht. Wir werden in Netze hineingeboren und hineinsozialisiert, finden sie in Ausbildung und Beruf vor und gestalten sie teilweise mit, werden ihre Opfer oder erkennen rechtzeitig ihre Funktionen wie auch die Gefahren, die sie bergen.

Wie dies in der Suchthilfe aussieht, davon will ich in der weiteren Darstellung berichten. Geläufig ist uns das Bild des Netzes hier aus dem Bereich der betrieblichen Suchtprävention, und zwar durchaus in seiner Doppelgesichtigkeit. Der suchtgefährdete Mensch befindet sich im Mittelpunkt eines Netzes, dessen Ecken von Betrieb, Suchtberater, Ärztin und Psychotherapeutin sowie Familie gehalten



Das Netz der Suchtprävention

werden. Wenn diese vier Instanzen koordiniert zusammenarbeiten, so kommt es zu der indizierten Erhöhung des therapeutischen Leidensdrucks, der die Behandlungsbereitschaft und die Abstinenzentscheidung fördert ("das Netz zieht sich zusammen"). Wenn die Zusammenarbeit zwischen den vier Ecken des Netzes danach weiter gut klappt, so trägt dieses Netz den ehemals Abhängigen, hilft ihm bei der beruflichen und familiären Wiedereingliederung und unterstützt die Aufrechterhaltung der Abstinenz.

## II. Qualitäten des Netzes

### Beabsichtigte Wirkungen und unbeabsichtigte Nebenwirkungen

Ich beabsichtige trotz des angedeuteten negativen Bedeutungsanteils von Netz keineswegs, den Wert der Vernetzung grundsätzlich in Frage zu stellen. Ein umfassendes Angebot von Beratung, Behandlung, Nachsorge und Selbsthilfe ohne unnötige bürokratische Barrieren ist selbstverständlich eine gute Grundlage für eine effiziente Suchthilfe.

Aber aus der Perspektive von Organisationspsychologie und Institutionssoziologie können wir fragen: Welche Folgen hat diese durchaus gewünschte und segensreiche Vernetzung in der Suchthilfe noch außer den intendierten und auch erreichten Zwecken? Wir müssen ja bei allen technischen und sozialen Innovationen davon ausgehen, daß sie beabsichtigte Wirkungen und unbeabsichtigte Nebenwirkungen haben. Dazu ein Beispiel:

*Als man in Amerika zum Tode verurteilten Häftlingen die Möglichkeit gab, sich für lebensgefährliche medizinische Experimente zur Verfügung zu stellen, die sie vielleicht nicht überstehen würden, schien dies hier ein Akt der Humanität: sie erhielten eine Chance, mit dem Leben davon zu kommen, das sie "eigentlich" schon verwirkt hatten. Zugleich taten sie etwas für die medizinische Wissenschaft und die Menschheit. Aber - unbeabsichtigte Nebenwirkung - in der Folgezeit nahm die Zahl der Todesurteile sprunghaft zu, und zwar nicht aufgrund steigender Kriminalität. Das Angebot, sich einem solchen Experiment zu unterziehen, hatte offenbar eine unbeabsichtigte Rückkoppelungswirkung auf die Verurteilungspraxis der Gerichte. Es senkte dort die Hemmschwelle, Todesurteile auszusprechen. Nachdem die Gelegenheit zur Experimentteilnahme nun bestand, gab es hier anscheinend gar keine richtigen, endgültigen Todesurteile mehr, die der*

*Richter aussprach, sondern nur noch Vielleicht-Todesurteile, falls der Delinquent während des Experiments eben Pech haben sollte.*

Aber wir brauchen nicht bis nach Amerika zu blicken, diese Gesetzmäßigkeit von den unbeabsichtigten Nebenwirkungen zu beobachten. Sie findet auch in unserem Alltag statt. In paradoxer Übertreibung zeigt sich der der Intention entgegengesetzte Effekt in einem Nonsensspruch, der in vielen Büros hängt:

*Wer befördert werden will, muß viel arbeiten.*

*Wer viel arbeitet, macht viele Fehler.*

*Wer wenig arbeitet, macht wenige Fehler.*

*Wer nicht arbeitet, macht keine Fehler.*

*Wer keine Fehler macht, wird befördert.*

So werden wir also auch, wenn wir Prozesse der Vernetzung in der Suchthilfe betrachten, feststellen müssen, daß rechtliche und politische Bedingungen manches erleichtern und anderes erschweren, was wir beabsichtigen und tun. Ich werde dies anhand einiger Beispiele belegen.

## III. Das Organigramm gibt Auskünfte über Rechte und Pflichten

Die Eingebundenheit in das Organigramm einer großen Institution kann als Fessel empfunden werden. Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter hat seinen bzw. ihren Platz im Organigramm. Auf diese Weise sind Stellung, Weisungsbefugnis und Weisungsgebundenheit, Rechte und auch die legalen Formen von Mitwirkung und Mitbestimmung geklärt; insofern hat das Organigramm eine sinnvolle Funktion: Es trägt zur Klarheit der Arbeitsabläufe bei - einerseits.

Aber im Organigramm wird jedem Einzelnen, wenn er denn überhaupt die Ehre erfährt, namentlich erwähnt zu werden, zugleich seine weitestgehende Abhängigkeit sichtbar. In großen Institutionen wird das Organigramm oft als "die Spinne" bezeichnet. Graphisch könnte es auch an ein Dach- oder Fachwerkhaus erinnern. Der Einfall von "der Spinne" mag also ein Zufall sein. Aber vielleicht verrät sich darin die Angst - oder sogar die Erfahrung -, daß diese Spinne, also das Große und die Organisation, sich den einzelnen Mitarbeiter, der hilflos in ihrem Netz zappelt, einverleiben könnte, ganz so, wie die wirkliche Spinne es mit der Fliege tut.

Die Stellung im Organigramm wird übrigens, wenn jemand neu kommt, gleich taxiert - natürlich; denn jeder muß wissen, ob der Neue über oder unter der eigenen Hierarchiestufe steht.

*Als ich eine Suchtklinik besuche und auch an der Visite teilnehme, stauen sich, wie dies üblich ist, im Patientenzimmer die Ärztinnen und Ärzte. Die Visite ist zu Ende, die Ärzte bilden Spalier, damit der Chef als erster hinaus marschieren kann. Nach ihm schließt sich sonst die Gasse sofort, und die Ärzte und Schwester drängeln ungeordnet hinaus. Nein, heute bleibt die Gasse offen, so daß ich, ohne mich dicht an die Fersen des Chefs geheftet zu haben, als zweiter den Raum verlassen kann. Daran erkenne ich, wie meine Stellung im Organigramm der Klinik von Ärzten und Pflegepersonal eingeschätzt wird.*

Hinzu kommt: Die Stellung im Organigramm führt dazu, daß manche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nur noch das tun bzw. tun dürfen, wovon sie denken, daß ihnen dies in dieser Position zusteht. Das kann sehr wenig sein. Die Stellung im Organigramm definiert also, was man darf und was nicht, oder etwas abgemildert ausgedrückt: was man soll und was man tunlichst unterläßt. Die Gefügigkeit gegenüber den unausgesprochenen Regeln der Hierarchie zieht sich bei allen Fragen durch alle Ränge. Von solchen hierarchisch bedingten Beengungen sind weder rangniedrige noch ranghohe Klinikmitglieder frei.

*Eine Ärztin, die lange an der Universität gearbeitet und dabei eine gewisse Lässigkeit im Umgang mit Konventionen zu schätzen gelernt hat, merkt nun, daß sie als Ltd. Ärztin einer Fachklinik mit allem Ernst alljährlich eine Weihnachtsfeier für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zelebrieren muß, über die sie insgeheim in Form satirischer und sarkastischer Bemerkungen nachdenkt. Ihre spontane Unbekümmertheit ist von ihr abgefallen, und sie sagt fast klagend: "Ich kann jetzt nicht mehr mit Mitarbeitern einen kleinen Flachs oder Spaß beim gemeinsamen Mittagessen riskieren. Wenn das jemand mißverstehet oder in den falschen Hals bekommt, ist in meiner Position der feedback-Weg von dem Mitarbeiter zu mir zurück viel zu weit, und während die Zeit vergeht, wird aus dem kleinen Schnack ein Berg von Mißverständnissen."*

*Der medizinische Direktor einer Suchtklinik sagt mir: "Eines Tages wurde die Klinik einfach verkauft mit allen Geräten, Betten, Akten, Patienten, auch*

*ich als medizinischer Leiter erfuhr, daß ich Teil dieses Geschäfts war, verkauft wie ein gebrauchtes Auto oder eine Büroklammer."*

Es gibt auch positive Beispiele für eine sinnvolle Vernetzung zwischen Rängen und Berufen.

*In der Aufnahmestation einer Fachklinik werden die Aufnahmegruppen von dem Stationspfleger geleitet. Er macht das mit viel Geschick und der richtigen Mischung aus Konfrontation und Stützung. Die neuen Patienten lernen auf diese Weise rasch Kultur und Arbeitsstil der Klinik kennen. Die Ltd. Ärztin hat die Regelung eingeführt mit der Überlegung, daß der Stationspfleger eben die Akten der neu Angekommenen am besten kennt, den meisten Kontakt mit ihnen hat und somit am umfassendsten über sie informiert ist. Aber sie weiß auch, daß sie damit einen Konflikt mit den Ärzten und Psychologen heraufbeschwört, die diese Aufgabenzuweisung als Eingriff in ihre ureigenste Domäne betrachten.*

#### **IV. Formelle Position ermöglicht selektive Gratifikation und fördert paternalistische Strukturen**

Die Vernetzung schafft Gelegenheit zu Gefälligkeiten, Abhängigkeiten und raschen funktionalen Problemlösungen. Wer miteinander in einem Netz verbunden ist, hat die Möglichkeit, über persönliche Beziehungen anderen Angehörigen des Netzes Vorteile zu verschaffen und selbst von ihren Ressourcen zu profitieren. Man kann z. B. einen Patienten rasch auf dem kurzen telefonischen Dienstweg in einen Therapieplatz einweisen, ohne erst alle Formalitäten abwarten zu müssen. Auf dem Weg einer angeordneten Dienstreise läßt sich auf Rechnung der Einrichtung ein verlängertes Urlaubswochenende arrangieren - kostenneutral, wie es so schön heißt, usw..

Das sind lauter ganz legale oder ziemlich legale Ziele. Manche davon kommen dem Patienten zugute, manche bergen nicht einmal einen Nachteil für einen anderen Patienten. Gegenüber einer Bürokratie, die die Gleichbehandlung für alle zu garantieren verspricht, obwohl ihre Schwerfälligkeit aber oft nur Zeitverzögerung und Nachteile für alle produziert,



ist das eine wirkliche Erleichterung. Es müssen also gar nicht unlautere Vorteilnahme oder Korruption im Spiel sein. Und trotzdem hat diese Form der Problemregulierung über persönliche Beziehung eine Kehrseite. Da entwickelt sich auf diesem Wege ein gewisser Paternalismus, den man mit der Einführung der Beamtenschaft überwinden zu können geglaubt hat. Wer also die richtigen Leute kennt und diese Beziehungen pflegt, erreicht vieles für sich, seine Angehörigen, Mitarbeiter und Patienten; was jemand anderer, der die gleiche formale Berechtigung erfüllt, gar nicht oder nur unter sehr erschwerten Bedingungen zustande bringt. Die Vorteile, die er anderen verschafft, kehren in materieller oder immaterieller Form zu ihm zurück. Selbst wenn er also ganz uneigennützig dabei handelt, bündelt er dabei doch unkontrollierbaren Einfluß und Gratifikationsmöglichkeiten bei sich.

In der Suchtkrankenhilfe hält sich der Paternalismus meist in engen, durchaus vertretbaren Grenzen und bewirkt oft nur eine Arbeitserleichterung, jedenfalls für diejenigen, die es verstehen, ein solches Netz aufzubauen und zu pflegen.

Ähnlich ist es mit der Institution als Ganzer. Sie verfügt über ein Organigramm bzw. einen Geschäftsverteilungsplan, der die Zuständigkeiten regelt. Aber wer sich als Antragsteller oder Gesprächspartner allzu gehorsam an diese Vorgabe hält, erreicht manchmal nicht sein Ziel. Das Organigramm bildet eben nur den nötigen, offen sichtbaren Teil der Institutionsstrukturen ab. Das sind nicht immer diejenigen, die Arbeitsfähigkeit ermöglichen und zu deren Inanspruchnahme man raten kann.

## **V. Therapiekette macht den Klienten zum therapeutischen Wanderarbeiter**

Der Patient ist z. B. im Betrieb suchtauffällig geworden und dort zumindest dem Vorgesetzten, den Kollegen, der Sozialberatung und der Personalabteilung als Süchtiger bekannt. Er hat vielleicht Kontakt zu einer konfessionellen oder kommunalen Beratungsstelle aufgenommen und über deren Vermittlung einen Therapieplatz erhalten. Wenn er straffällig geworden ist und sich der Therapie statt einer Gefängnisstrafe oder nach einer Gefängnisstrafe unterzieht, so gibt es Kontakte und Gespräche mit diesen verschiedenen Institutionen, z.

T. in Abwesenheit des Patienten und z. T. ohne sein Wissen. Dabei kann man beobachten, daß die Eindrücke, die er in einigen Einrichtungen hinterlassen hat, das Bild mitprägen, das sich die Helferinnen und Helfer in anderen Einrichtungen von ihm machen, zum Guten wie zum Schlechten. Es kommt also leicht dazu, daß unbeabsichtigt und unter der Hand die Bilder, die in verschiedenen Institutionen von dem Süchtigen existieren, sich untereinander annähern und ihn unter Umständen auf wenige, übermäßig prägnante Züge vereinfachen und vergrößern.

In der Suchthilfe gibt es Personen, die durch ihr Auftauchen in verschiedenen Beratungsstellen durch gestellte und wieder zurückgezogene Anträge, durch Therapieabbrüche und neue Anläufe einem immer größeren Kreis von Helfern in einer Region bekannt werden und die dann auch manchmal einen Spitznamen erhalten. Das ist nicht schlimm. Oft bringen ja Spitznamen die Sache auf den Punkt. Bei der Erwähnung eines bestimmten Patientennamens bricht manchmal die ganze Helferrunde in schallendes Gelächter aus. Auch das ist in Ordnung. Aber wünschenswert ist, daß die Helferinnen und Helfer dem Dauerpatienten dennoch immer wieder individuell gerecht zu werden sich bemühen und ihn eben mit dem Spitznamen nicht endgültig etikettieren.

Denkbar ist, daß einem Süchtigen der Ruf vorausgeht: "Vorsicht - verwickelt seine Helfer in strafbare Handlungen!" Dann werden diese sich künftig von ihm zurückziehen, evtl. zu einem Zeitpunkt, zu dem er es im Einzelfall noch nicht versucht hat.

Jeder Suchtkranke muß auf dem Weg zur Suchtabstinenz vor vielen Schreibtischen, in zahlreichen Gesprächen unter vier Augen und in mehreren Gruppen immer wieder berichten, wie es, pardon, wie er zur Sucht gekommen ist. Anfänglich wird dies noch in einer Mischung aus Angst und Erschütterung, Reue, Abwehr und Besserungswillen geschehen. Später zieht sich der Affekt immer mehr aus dem Bericht zurück. Der Patient eignet sich alles an, was ihm an Fragen und Vorhaltungen entgegen gebracht worden ist. Darüber verwandelt sich sein Bericht:

- er spricht jetzt nicht mehr vom Trinken, sondern von "meiner elenden Sauferei",
- er ist, therapeutisch korrekt, immer mehr bereit, die Verantwortung für alles zu übernehmen, was in seinem Leben passiert ist.

Und dennoch kommen dem Betrachter und dem Therapeuten diese Äußerungen manchmal eigen-

artig blutleer und unwahr vor. Man hat den Eindruck, das Gesagte sei auswendig gelernt und man bekomme den Betreffenden nicht zu packen, vergleichbar etwa einem Kind, das einem anderen Kind ein Fahrrad weggenommen hat, auf Vorhaltungen hin alles zugibt und dann vergnügt mit dem Rad davon fährt; oder vergleichbar einem Kollegen, dem man wegen eines dreisten Übergriffs ernsthafte Vorhaltungen macht, die er gut gelaunt eingesteht. Aber es fehlen ein Minimum an Einsicht, Reue und Besserungsvorsatz in seinen Worten, man hat das Gefühl, morgen könne das Gleiche wieder geschehen.

Den Patienten nicht zu erreichen, ist für die Helferinnen und Helfer in der Suchthilfe gewiß eine der größten Belastungen (FENGLER, 1994). Da liegt es nahe, dies für einen Widerstand zu halten und die Dosis an Konfrontation zu erhöhen, um vielleicht doch noch eine Reaktion, eine echte spontane emotionale Reaktion des Süchtigen zu erhalten. Der Patient spürt dies und versucht vielleicht sogar, diesem Wunsch des Helfers zu entsprechen. Aber wir alle wissen: Wenn man sich anstrengt, spontan und emotional zu sein, so werden daraus Zerrbilder der Emotionalität und Karikaturen des Seelischen, die an unfreiwillige Komik grenzen. Der Patient also, der angestrengt seine Reue betont und wortreich seine Freude über den Therapieplatz bekundet, den er erhalten hat, erregt aus seiner sichtbaren Willfährigkeit eher Abneigung als Freude. Aber verstockt und bockig soll er auch nicht sein, und daß er verbissen schweigt, ist weder vorgesehen noch erwünscht.

Bei den anonymen Alkoholikern und vergleichbaren Selbsthilfeeinrichtungen habe ich - als Ausnahme von dieser Erfahrung - den Erhalt des Affekts über viele Jahre hinweg erlebt. Wenn ich bei deren Berichten zuhöre, so denke ich manchmal an Vorgänge wie Geburt oder Orgasmus: Sie müssen ihren Bericht immer wieder bis zum Moment ihrer absoluten Niederlage dem Leben gegenüber vorantreiben. Ist dieses Erlebnis erreicht und glaubhaft neu durchlitten, treten Entspannung und Erleichterung auf, durchaus vergleichbar mit dem Erleben von Geburt und Orgasmus. Folglich erleben viele von ihnen diese Wende wie eine Art Wiedergeburt oder wie ein zweites neues Leben und beschreiben es auch so. Bis die Betroffenen mit Hilfe solcher regelmäßig wiederkehrender, kathartischer Berichte zu diesem Punkt kommen, abstinenz zu bleiben, haben sie ein ordentliches Stück seelischer Arbeit an sich vollbringen müssen, und dem unterziehen sie sich zum eigenen Besten immer wieder.

## VI. Klinikimage schafft Belegungsquote

Auch Institutionen der Suchtkrankenhilfe müssen mit einem Ruf leben, der sich der Beeinflussung durch sie selbst weitgehend entzieht. Die eigene Erfahrung oder das Gerücht, von dem man gehört hat, liegen oft schon Jahre zurück und sind mangels weiterer Kontakte und neuerer Eindrücke nicht korrigierbar.

- So sagte eine Suchtberaterin: "Die AA-Gruppe in der Stadt X empfehle ich nicht mehr - da werden Frauen angemacht." Aber ob das dort heute noch so ist, weiß sie nicht. Denn sie hat den Kontakt dorthin abgebrochen, als sie vor drei Jahren zum ersten und einzigen Mal davon gehört hat.
- Ein Kollege äußert: "An die Klinik in Y überweise ich keine Patienten mehr - da werden sexuelle Kontakte nicht konsequent genug unterbunden." Aber auch hier liegt der letzte Kontakt mehrere Jahre zurück. Der Kollege erfuhr von der fehlenden Enthaltsamkeit durch einen Patienten, der seinen Rückfall darauf zurückführte.

Man sieht: Neben der Macht der Prospekte, die Fachkrankenhäuser über sich verteilen und denen gegenüber wir mit Recht reserviert sind, gibt es auch einen unkalkulierbaren Einfluß der Büscheltrommel, auf die man sich nicht wesentlich sicherer verlassen kann als auf die Selbstdarstellungen der Kliniken. Sie erscheint aber in der Regel sympathischer und glaubwürdiger, weil ihre Meldungen von Mund zu Mund gehen, also persönlich vermittelt werden, vielleicht noch als gutgemeinter Rat oder als Warnung eines Freundes.

Entscheidend sind dabei für den einzelnen Suchthelfer wie für die ganze Einrichtung nicht die Argumente, die sie entkräften können, sondern die, die im Kollegenkreis kolportiert werden, ohne daß der, von dem die Rede ist, es überhaupt erfährt, geschweige denn, daß ihm Gelegenheit gegeben wird, dazu Stellung zu nehmen.

Wer unter den Lesern will, kann sich einmal einem kleinen Gedankenexperiment unterziehen und sich selbst fragen:

- Auf welche Einrichtungen der Suchthilfe verweise ich gern?
- Welche empfehle ich ausdrücklich?
- Welche erwähne ich nicht und warum nicht?

Dabei werden er bzw. sie viel darüber erfahren, wie sie kollegial Einrichtungen beurteilen und auf welcher Datenbasis dieses Urteil beruht.

Andererseits wollen manche Einrichtungen mit manchen Zielgruppen nichts zu tun haben: Sich mit ihnen zu beschäftigen erscheint dem Image der Institution nicht förderlich; sie scheinen allzu schmutzdelig, krank oder kriminalitätsnah. Ein Kollege äußert: "Ich arbeite bei einer Subeinheit des konfessionellen Verbandes. Bei uns landen alle die, mit denen die Institution öffentlich nichts zu tun haben möchte: von A bis Z, also von AIDS bis Zigeuner."

## **VII. Abhängigkeit von Trägern führt zu einer Kultur des Verheimlichens**

Wir müssen daran denken, daß Freund und Feind an einem gemeinsamen Netzwerk partizipieren. Wo einerseits persönliche Beziehungen rasche und sachgerechte Problemlösungen ermöglichen, lohnt es sich andererseits, auch nach der Kehrseite dieses Vorteils Ausschau zu halten: Auch wer mir nicht wohlgesonnen ist, erfährt vieles über meine Person und meine Institution, natürlich bevorzugt solche Dinge, die nicht für seine Ohren bestimmt sind. Viele Suchtkliniken spüren starken Druck von den Kostenträgern und sind ständig mit Fragen ihrer Existenzsicherung beschäftigt. In diesem Zusammenhang machte ich einmal eine merkwürdige Erfahrung:

Ich hatte bei einer Tagung mit therapeutischen Leitern aus Suchtkliniken einen Vortrag über institutionelle Konflikte gehalten und bei dieser Gelegenheit die Teilnehmerinnen und Teilnehmer um eine kleine eigene Niederschrift über einen Konflikt gebeten, der in ihrer Einrichtung gegenwärtig bestehe. Fast alle Teilnehmer folgten dieser Einladung. Als Gegenleistung und zur Förderung der kollegialen Solidarität wollte ich diese Niederschrift den Interessierten als Vervielfältigung des Manuskripts übersenden. Aber dem Vorstand des Berufsverbandes kamen nachträglich Bedenken. Er wies mich darauf hin, unter den Zuhörern seien auch Vertreter der großen Krankenkassen und der Bundesversicherungsanstalt gewesen. Wenn diesen solche Niederschriften zugänglich würden, könnten sie einzelne Fachkliniken identifizieren und die dort bestehenden, in den Texten gleichzeitig zugegebenen Probleme bei zukünftigen Verhandlungen gegen ihre dortigen Gesprächspartner verwenden. Wir einigten uns am Ende auf eine nur quantitative Auswertung, die entsprechend etwas dürre ausfiel, aber jedenfalls die Anonymität der Teilnehmer genügend schützte. Letzterer Anspruch ist ja zwei-

fellos legitim, und für den entsprechenden Hinweis war ich dankbar.

Aber das grundsätzliche Problem tritt durch diese notwendige Verschwiegenheit nur umso deutlicher hervor: Die Suchteinrichtungen sind von ihren Geldgebern so sehr abhängig, daß sie ganz normale Konfliktepisoden nicht nach außen dringen lassen dürfen. Es könnte üble Folgen für sie haben. Während sonst also die sogenannte "Mauer des Schweigens" und die Routine des Vertuschens auch eher dazu dient, eine nach außen glänzende Fassade aufrechtzuerhalten gegenüber wirklichen Mißständen, kann hier von Mißständen keine Rede sein. Vielmehr handelt es sich um ganz normale Alltagskonflikte in ganz normalen Fachkrankenhäusern. Dennoch ist offenbar eine Tabuzone berührt. Die Leistungsträger könnten den Schluß ziehen, eine Einrichtung habe zuviel Personal, das Personal sei nicht optimal eingesetzt oder, oder, oder. Also ist es sicherer, Stillschweigen darüber anzuordnen und zu bewahren. - Auch spontane Hilfestellungen Süchtigen gegenüber wie im Vortrag von Herrn Körner dargestellt wurde, fallen dieser Selbstzensur zum Opfer.

## **VIII. Auch und gerade suchtfremde Institutionen begünstigen Selbstzensur**

Suchthelferinnen und Suchthelfer leben auch in den Netzwerken suchtfremder Institutionen, für die sie Dienstleistungen erbringen und deren Bedingungen sie bei ihrem Tun in Rechnung zu stellen haben. Viele Suchthelferinnen und Suchthelfer arbeiten also nicht in einem suchtbefindlichen Kontext wie einer Suchtberatungsstelle, einer Klinik oder einer Nachsorgeeinrichtung, sondern in einer Firma oder Behörde, einem Ministerium oder einer Verwaltung. Diese Arbeitgeber haben zum Thema "Sucht" oft ganz andere Vorstellungen als die Suchthelfer selbst. Da gilt es oft, die Dinge mit besonderer Delikatesse zu behandeln; andernfalls könnte der Suchtberater das Opfer seiner Tapferkeit und seines vielleicht undiplomatischen Wahrheitswillens werden.

Beispiel:

Ich werde zu einem Vortrag über Suchtprävention in eine große Landesbehörde eingeladen. Der psychotherapeutische Leiter des hausinternen psychosozialen Dienstes wirkt während der Vorgespräche sehr ängstlich und betont immer wieder: "Diesmal darf auf keinen Fall etwas schief gehen!" Natürlich beginnt mich nun zu interessieren, was denn beim

letzten Mal "schief gegangen" ist. Da berichtet er, daß mein Vorgänger in seinem Vortrag, als es um Zahlenmaterial zur Suchtverbreitung ging, gesagt hat: "Mit einem Anteil von 3 bis 7 % Süchtigen müssen sie auf allen Ebenen rechnen, also unter den Mitarbeitern des Einfachen, des Mittleren, Gehobenen und Höheren Dienstes und Referatsleitern, Abteilungsleitern, Geschäftsführern." Nun ist diese Äußerung keineswegs weltbewegend, sondern einfach klar und wahr. "Aber", so fährt der therapeutische Leiter des psychosozialen Dienstes fort, "danach wurde mir von oben -" und er wendet dabei den Blick gen Himmel, obwohl er ja nur vom Leiter der Personalabteilung spricht - "gedeutet, daß dieser Gastvortragende für das Haus nicht mehr tragbar sei." Er bittet mich, meinen Vortragstext einen Monat vor der Veranstaltung an ihn zu schicken. Er spricht das Wort Zensur nicht aus, druckst aber dabei in so peinlicher Weise, daß für uns beide spürbar ist: Er will und er muß sich vorher vergewissern, daß ich nichts Unpassendes sagen werde, was sich für ihn nachteilig auswirken würde.

Nun arbeite ich meine Vorträge grundsätzlich schon schriftlich aus. Insofern fällt es mir einerseits nicht schwer, ihm das Manuskript zu schicken. Aber andererseits merke ich, wie das Netz seiner Behörde sich über mich legt und meine Gedanken zu zensieren beginnt:

- Was kann ich sagen?
- Was könnte man ihm übel nehmen?
- Und was mir?
- Werde ich nach dem ersten Vortrag auch zum Vorgänger werden, nämlich zum Vorgänger dessen, der nach mir noch willfähiger sein wird?

Ich bereite also den Vortrag vor, erwähne, daß 3 bis 7 % aller Berufstätigen als süchtig betrachtet werden müssen, erwähne wunschgemäß nicht, daß dies auch für 3 bis 7 % Abteilungsleiter und Geschäftsführer gilt, und bekomme von dem Kollegen postwendend einen Rückruf: Ich hatte in einem Beispiel erwähnt, daß u. a. Betriebsrats- und Personalratsveranstaltungen Anlässe zu Trinkgelagen werden können - das ist ja nun ebenfalls kein Geheimnis. Der Kollege bittet mich, dieses Beispiel zu streichen: Sie hätten von seiten des psychosozialen Dienstes ein sehr gutes Verhältnis zu ihrem Personalrat, das wollten sie auch nicht trüben, und eine solche Bemerkung könne doch vom eigenen Personalrat als Affront aufgefaßt werden. Ich möchte doch bitte verstehen usw., usw. ... Er wendet und windet sich. Am Ende trenne ich mich auch von diesem Beispiel, weniger aus Überzeugung als aus Mitleid mit ihm, und wieder beschleicht mich

das Gefühl, nicht nur er, sondern auch ich sei längst gefangen im Netz seiner Institution.

Ein anderer Kollege aus der Suchtberatung verarbeitet die Konfliktspannung zwischen den Tatsachen und dem Loyalitätsgebot, indem er seinen Arbeitgeber, die Bundeswehr, vorab von aller Verantwortung freispricht. Er sagt zu Beginn seiner Vorträge stets kategorisch: "Die Bundeswehr ist eine Behörde wie jede andere auch. Da wird nicht mehr und nicht weniger getrunken als anderswo - normaler Durchschnitt." Dies freilich bedürfte doch des genaueren Hinsehens.

## **IX. Suchthilfe ist ein beschäftigungspolitisches, geschlossenes System**

Die Vernetzung im Kreis der Fachkollegen geht mit einer Schließung der Außengrenze einher. Etwas überspitzt könnte man sagen: Einmal Suchthelfer - immer Suchthelfer. Ich will diese These für verschiedene Gruppen von Helferinnen und Helfern im Suchtbereich veranschaulichen.

Für die Ehemaligen, die jetzt trocken sind, gilt diese Regel ohnehin. Die Abstinenz bleibt, ob sie es wollen oder nicht, bis zum Tod eines ihrer wichtigsten Lebensthemen. Auch für die Angehörigen bewahrt sich der Satz. Selbst wenn ihr Familienmitglied seit Jahren trocken ist, werden sie die Lebensphase, in der ihr Angehöriger seine Sucht praktiziert hat, als vielleicht die schwerste, aber auch intensivste Zeit ihres eigenen Lebens erleben und in Erinnerung behalten. Ein Rest von Ungeißtheit und Angst vor einem Rückfall des Angehörigen bleibt vielleicht für immer zurück, auch ein Rest von Schuldgefühlen darüber, daß sie sich in der Zeit seiner praktizierten Sucht manchmal insgeheim oder oft von ihm losgesagt oder ihm sogar den Tod gewünscht haben.

Auch die Ehrenamtlichen bleiben im Netz. Sie haben ja offenbar die Arbeit mit dieser Zielgruppe freiwillig und oft ohne Not gewählt, mehr aus einer inneren Affinität heraus, und profitieren gewiß für den eigenen seelischen Haushalt davon. Warum sollten sie also zu einer anderer Zielgruppe überwechseln?

So bleiben also diejenigen, die einen Wechsel des Arbeitsfeldes vornehmen könnten, die professionellen Suchthelferinnen und -helfer übrig. Aber auch diese tun es in der Regel nicht, teilweise aus Freude an der Arbeit, teilweise auch, weil es nicht gelingt: Sie haben sich im Bereich Sucht qualifiziert,

folglich werden ihnen, wenn sie beim Arbeitsamt anfragen, immer wieder Stellen im Bereich Sucht angeboten, u. a. solche, von deren Vakanz sie über interne Kanäle längst wissen, und um die sie sich bewußt nicht bemüht haben.

Das Gebiet der Suchthilfe erscheint also bei berufspolitischer Betrachtung ein relativ geschlossenes System, vernetzt, aber nur intern vernetzt, aber nach außen abgeschottet. Man kann, arbeitsmarktpolitisch gesehen, durchaus sagen, daß ein Teil der Suchthelfer, wenn sie den Wechsel in ein anderes Arbeitsfeld anstreben, als schwer vermittelbar betrachtet werden müssen. Wer sich wirklich als Suchthelfer einmal etwas zu Schulden kommen läßt und Anlaß zu einer Entlassung gibt, kann einerseits nicht bleiben, aber er kann vielleicht auch nicht weg.

## **X. Was ist zu tun?**

Was kann der einzelne Helfer, und was kann die Helferin tun? Die Liste der erwähnten Vernetzungen und die ihrer durchaus problematischen Folgen ist recht lang geworden. Die Frage nach der eigenen Handlungsfähigkeit könnte demgemäß auf Resignation stoßen. Ich habe auch keineswegs die Absicht, hier Optimismus zu verbreiten. Wohl aber will ich einige Hinweise geben, die im Nahbereich der Helferinnen und Helfer zu einer gewissen Klärung und Entlastung beitragen könnten.

### *(1) Ressourcen im unmittelbaren Kollegenkreis*

Viele Organisationen expandieren über viele Jahre hinweg und schaffen sich immer größere Abteilungen, ohne sich über die Folgen Klarheit zu verschaffen, die dies für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hat. Oder es wird ein Klinikum gleich von Anfang an auf gigantische Ausmaße ausgelegt und verursacht dann tiefes Unbehagen. In der Regel führen solche Expansionen dazu, daß die Bindung der Mitarbeiter nachläßt und die Identifikation mit der Einrichtung schwächer wird. Man kann den Vorgang schon in Gruppen gut beobachten: Wird eine Gruppe, also Freundeskreis, Team, Sportmannschaft, zu groß, umfaßt also mehr als 8, 10 oder 12 Personen, so nimmt die Bindung an die Gesamtgruppe ab, und die eigentlich wichtigen und bewegenden Ereignisse verlagern sich in kleinere Zusammenschlüsse. Dann gilt es, diese jedenfalls zu stärken, Zeit und Energie in sie zu investieren und sich Unterstützung aus ihnen zu beschaffen, gerade da, wo der Helfer in seiner Arbeit an das Überschreiten gegebener Grenzen denkt.

### *(2) Pflege einer Gesprächskultur*

Es ist dank der neuen Medien sehr einfach geworden, persönliche Kontakte zu umgehen: schreiben, telefonieren, eine Vorlage machen, einen Entwurf schreiben, mal eben ein Fax schicken - das alles ersetzt den Besuch im Zimmer des Kollegen, den kleinen Plausch im Türrahmen und die Beziehungspflege. Kopierer und Fahrstuhl entwickeln sich so zu den Orten kleiner informeller Gespräche, allerdings immer unter den Augen und Ohren Dritter und der Befristung auf wenige Minuten.

In vielen Organisationen hat man früher pingelig darüber gewacht, daß die Kaffeepausen nicht überzogen wurden. Heute geht man den entgegengesetzten Weg: Man richtet Teestuben, Kommunikationsecken und Sitzgruppen ein, die dazu auffordern, daß Mitarbeiter informell viel Zeit miteinander verbringen. Denn man weiß, in diesen informellen Kontakten, die der der Rationalisierung verpflichteten Arbeitsplatzgestaltung zum Opfer gefallen sind, wird doch von betrieblichen Dingen gesprochen, und zwar u. a. besonders über solche Themen, bei denen man sich klüglich hüten würde, Schriftsätze und Aktennotizen anzufertigen.

### *(3) Besondere Verpflichtung in der Vorgesetztenfunktion*

Man sagt ja zutreffend, wenn in einer Organisation Probleme auftreten: "Der Fisch stinkt vom Kopf her!", d. h. Mißstände entstehen an der Spitze der Hierarchie, werden geduldet oder nicht bekämpft, oder die Vorgesetzten gehen mit schlechtem Beispiel voran. Wenn also Mitarbeiter den Eindruck gewinnen, in ihrer Institution werde über die wichtigen Fragen nicht gesprochen und wenn ein Mitarbeiter von seinem Vorgesetzten nicht geschützt wird, so offenbar deshalb, weil von seiten des Vorgesetzten diese Funktionen nicht übernommen werden.

### *(4) Supervision*

Viele Fragen, die den Umgang mit den Patienten, die interne Zusammenarbeit oder Kontakte mit anderen Stationen, Abteilungen und Behörden angehen, sind leichter zu klären, wenn sie in Gegenwart eines Supervisors behandelt werden. Supervision ist die psychosoziale Beratung von Personen, die die Klärung ihrer beruflichen Identität am Kontakt von Klienten, Kollegen und Situationen, Familie und Gesellschaft sowie die Bewahrung und Steigerung ihrer beruflichen Handlungskompetenz anstreben.

Supervision wird heute als unerläßliche Hilfestellung angesehen. Denn in den Helferberufen lernt man nie aus und erreicht nie einen Zustand dauerhafter Souveränität. Die Begegnung mit Menschen ist für den, der sie aufmerksam wahrnimmt, immer so facettenreich, daß manches daran stets bedenkenswert und fragwürdig ist. Ein Gespräch, das man gestern noch erfolgreich geführt hat, mag heute schon bei allen Beteiligten Unzufriedenheit zurücklassen. Sichere Professionalität geht manchmal unmerklich in Routine und Kälte über und erfüllt dann den bemühten, aber ermüdeten Helfer mit Gefühlen der Enttäuschung. Unvorhergesehene Situationen, in denen es der Helfer an der notwendigen Geistesgegenwart fehlen läßt, führen bisweilen zu Ratschlägen oder Entscheidungen, die für alle Beteiligten Nachteile mit sich bringen.

Während man früher Supervision nur für Berufsanfänger vorsah, wählen heute auch erfahrene Helferinnen und Helfer mit langjähriger Berufspraxis, die ihren Alltag durchaus erfolgreich meistern, diese Form der sozialen Unterstützung. Supervision verliert damit den Charakter der Entwicklungshilfe für schwache Kandidaten im Berufsfeld. Sie dient zunehmend der regelmäßigen Entlastung, Entsorgung und Korrektur tüchtiger Helfer, wie man heute auch bei der Autopflege nicht mehr auf die Panne wartet, sondern regelmäßige Wartungen vornimmt, um ihr zuvorzukommen.

#### *(5) Coaching*

Manche Vorgesetzte ermöglichen dem Team Supervision, an der sie selbst aus guten Gründen nicht teilnehmen, und bevorzugen für sich selbst das Coaching, also das regelmäßige Gespräch mit einem Fachmann unter vier Augen (FENGLER 1996). Denn nicht alles, was man denkt und konzeptionell zu entwickeln beginnt, verträgt nun gleich den Status der öffentlichen Diskussion. Coaching ist die Beratung des Vorgesetzten bei den Themen, die ihn im Arbeitsprozeß besonders herausfordern oder belasten: Personalführung, Aufbau oder Erweiterung einer Abteilung oder Station, Zusammenarbeit mit Kollegen, Evaluation der eigenen Arbeit usw. Das Coaching findet unter vier Augen statt, und vieles, was der Vorgesetzte mit dem Coach bespricht, ist noch vorläufig, wird erst hier durchdacht und bedarf daher noch der Vertraulichkeit. Die besondere Stärke des Coaching liegt darin, den Arbeitsprozeß über längere Zeit hinweg begleiten zu können und das, was man gemeinsam erarbeitet hat, auch in seinen Auswirkungen studieren zu können.

#### *(6) Kompetenzerwerb auf scheinbar berufsfremden Gebieten*

Es ist unerläßlich, sich als Suchthelferin und Suchthelfer in Gebiete einzuarbeiten, die dem eigenen Beruf fernzustehen scheinen: Arbeitsrecht, politische Strukturen und das Prozedere politischer Entscheidungsprozesse, Parteiprogramme usw. Denn diese Dinge liegen eben nur scheinbar in der Ferne - praktisch sind wir unweigerlich täglich von ihnen betroffen. Dann ist es gut, sie zu verstehen, in den Dialog mit ihren Funktionsträgern einzutreten und die eigenen Interessen dort zu vertreten - vielleicht noch in einer Sprache, die vom Gegenüber verstanden wird. Wer dabei anfänglich unsicher ist, sollte solche Debatten zunächst im Kollegenkreis führen, mit verteilten Rollen.

#### *(7) Streiten und Verbinden*

Vielen Helferinnen und Helfern fällt das Streiten schwer. Sie setzen auf Verständigung, Kooperation und Integration, und das Aushalten von Unterschiedlichkeit fällt ihnen schwer. Aber im Netz politischer und rechtlicher Gegebenheiten ist es unerläßlich, Unterschiedlichkeit nicht nur zu ertragen, sondern sogar zu unterstreichen, ohne dabei die Fähigkeit zu Kompromiß und Konsens zu verlieren. Nur wer in der Suchthilfe Flagge zeigt, kann etwas erreichen. Das war, als man anfing, Sucht als Krankheit zu begreifen, nicht anders als am Beginn der Methadonbehandlung und der Einrichtung von Konsumräumen. Und es wird auch zukünftig bei allen Neuerungen in der Suchthilfe unerläßlich sein. Die rechtlichen und politischen Fragen der Suchthilfe sind offenbar nur mit langem Atem, im Dialog und in Zusammenarbeit mit vielen Institutionen und Instanzen leistbar. Die Vernetzung im Team kann ein Beitrag dazu sein, die persönliche, seelische Gesundheit auf diesem Weg zu erhalten und mit den politisch-rechtlichen Fragen Schritt für Schritt voranzukommen.

## **Literatur**

FENGLER, J. (1994) Süchtige und Tüchtige. Begegnung und Arbeit mit Abhängigen. Pfeiffer, München

FENGLER, J. (1996) Konkurrenz und Kooperation in Gruppe, Team und Partnerschaft. Pfeiffer, München