

Diplomarbeit

**Studiengang Sozialarbeit/ Sozialpädagogik
im Fachbereich Sozialwesen
der Fachhochschule Merseburg**

Drogenpolitik und Drogenarbeit im Spannungsfeld

Betreuer: Dr. Michael Chrapa

Kobetreuer: Prof. Dr. Matthias Ehrsam

Verfasser: Humberto Pereira

Merseburg, 1999

**THERE IS NO TRUTH
ONLY HUMAN
OPINION.
(3 Colours Red)**

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Einleitung	7
I. TEIL DROGENPOLITIK (IM ALLGEMEINEN UND IM SPEZIELLEN)	9
1. Einleitung	9
2. Begriffsbestimmungen und -erklärungen	10
2.1 Drogen	10
2.2 Politik	11
2.2.1 Staat	11
2.2.2 Verschiedene Staatsideen	12
2.2.2.1 Liberale Staatsidee	12
2.2.2.2 Soziale Wohlfahrtsstaatidee	12
2.2.2.3 Liberale Sozialstaatsidee	12
3. Theoretische Abhandlungen	12
3.1 Strategien der Drogenkontrolle	13
3.2 Drogenpolitische Ziele einer Demokratie	13
4. Drogen und Menschen - Geschichtlicher Abriß	15
4.1 Allgemeine freie Verwendung von Drogen bis in das 20. Jahrhundert	15
4.2 Drogen als Wirtschaftsfaktoren	17
4.2 Der Opiumkonsum in China.	18
5. Internationale Entwicklungen und Abkommen	19
5.1 Internationale Abkommen	19
5.2 Wertung der Abkommen	21
6. Nationale Drogenpolitik	23
6.1 Entwicklung der heutigen Drogenpolitik ab 1945	23
6.1.1 BtMG	27
6.1.2 Nationaler Rauschgiftbekämpfungsplan	28
6.1.3 Substitution	29
6.2 Drogenpolitische Konzepte und Ansätze in der deutschen Parteienlandschaft	30
6.2.1 SPD	30
6.2.2 BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	31
6.2.3 CDU/CSU	31
6.2.4 F.D.P.	32

6.2.5	PDS	32
6.2.6	Wertung	33
6.3	Drogenpolitische Realität	33
7.	Drogenpolitik im europäischen Vergleich	34
7.1	Drogenpolitische Entwicklungen innerhalb der einzelnen EU-Staaten	34
7.2	Kategorisierung der EU-Staaten	35
7.3	Die Niederlande	35
7.4	Großbritannien	36
8.	Zusammenfassung	36
II.	TEIL DROGENARBEIT	37
1.	Einleitung	37
2.	Begriffsbestimmungen	37
2.1	Drogenarbeit	37
2.1.1	Soziale Arbeit	38
2.2	Drogenhilfe	38
3.	Menschenbilder in der Drogenarbeit	38
3.1	Bild der KonsumentInnen als Kranke	39
3.2	Bild der DrogenkonsumentInnen als eigenverantwortliche Subjekte	40
4	Historischer Rückblick bis in die heutige Zeit über die Entstehung und Entwicklung der Drogenhilfe und Drogenarbeit	40
4.1	Entstehung der Drogenhilfe	40
4.2	Entwicklung der Drogenhilfe und Drogenarbeit nach 1945 und speziell als Reaktion der ab ca. 1965 einsetzenden ´Drogenwelle`	42
4.2.1	Die ´Release´-Bewegung	42
4.2.2	Professionalisierung, Bürokratesierung und Institutionalisierung der Drogenarbeit	43
4.2.3	Umorientierung in gewissen Bereichen der Drogenarbeit	45
5.	Ansätze und Arbeitsfelder in der Drogenarbeit	47
5.1	´Traditionelle Drogenarbeit`	47
5.1.1	Suchtprävention	47
5.1.2	Stationäre Langzeittherapie	48
5.2	´Akzeptanzorientierte Drogenarbeit`	49

5.2.1	Begriffsabgrenzung	49
5.2.2	Grundverständnis	50
5.2.3	Voraussetzungen	51
5.2.4	Ziele	51
5.2.5	Methoden, Aufgaben und Formen der 'Akzeptanzorientierten Drogenarbeit'	51
6.	Berufsbild der Drogensozialarbeiter	52
6.1	Dienstleistungscharakter der Drogenarbeit	52
6.2	Beratung und Begleitung	53
6.3	Sprache und Drogensozialarbeit	53
7.	Zusammenfassung	53
III.	TEIL DISKUSSION	54
1.	Einleitung	54
2.	Diskussionsklima	54
3.	Hindernisse einer sachgerechten Diskussion	54
3.1	Wissenschaft	55
3.1.1	Welche/ welcher AutorIn weist die richtigen Ergebnisse vor?	56
3.1.2	Wie erklären sich diese Gegensätze in den Aussagen?	56
3.2	Politik	57
3.3	Medien	57
4.	Aktueller Diskussionsstand	58
4.1	Prohibition (ohne schwerwiegende Veränderungen)	58
4.2.	Verstärkung der Repression	59
4.3	Liberalisierung	59
4.3.1	Begriffsklärungen	59
4.3.1.1	Entpönalisierung	59
4.3.1.2	Entkriminalisierung	60
4.3.1.3	Legalisierung	60
4.3.2	Argumentationsansätze in der Liberalisierungsdiskussion	60
4.3.2.1	Liberaler Ansatz	60
4.3.2.2	Ökonomischer Ansatz	61
4.3.2.3	Klientenfixierter Ansatz	61
4.3.2.4	Integrativer Ansatz	62
4.3.3	Liberalisierungsmodelle	62

4.3.3.1 Modelle der Liberalisierung (die sich in die jetzige prohibitionistische Politik integrieren lassen)	62
4.3.3.1.1 Entpönalisierung	62
4.3.3.1.2 Substitution	63
4.3.3.1.3 Orginalstoffabgabe	63
4.3.3.1.4 Gesundheitsräume	65
4.3.3.2 Modelle der Liberalisierung (die einer prohibitionistischen Drogenpolitik entgegenstehen)	65
4.3.3.2.1 Entkriminalisierung	65
4.3.3.2.2 Legalisierung	66
4.3.3.2.2.1 Beratungsmodell	66
4.3.3.2.2.2 Staatliche Monopolstellung des Handels, Herstellung und Verkauf von Drogen	66
4.3.3.2.2.3 Freier Markt	67
4.3.3.2.2.3 Ziele, Vor- und Nachteile einer Legalisierung	67
5 Zusammenfassende Überlegungen	68
5.1 Forderungen an die Drogenpolitik	69
5.2 .Forderungen an die Drogenforschung	72
5.3 Forderungen an die Drogenarbeit	73
Schlußfolgerungen	75
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	76
LITERATURVERZEICHNIS	77

Allgemeine Einleitung

Auch ein Jahr vor der Jahrtausendwende scheint ein Thema in seiner Beständigkeit wie kein anderes, Politik, Sozialarbeit, Medien, Forschung, Polizei, Jugend und deren Eltern, Schule etc. zu beschäftigen. Kaum eine Woche, in denen Tageszeitungen nicht über diese Materie berichten und Reportagen im Fernsehen einem das Elend, welches sich daran zu knüpfen scheint, präsentieren. Im Zusammenhang wird immer wieder u. a. von Abhängigkeit, Kriminalität, Krankheit und Tod berichtet.

Die Rede ist von dem Thema Drogen.

Verschiedene gesellschaftliche Bereiche haben sich diesem Thema angenommen, um die damit aufkommenden Probleme zu lösen. Zwei Bereichen, dem der Drogenpolitik und der Drogenarbeit, widmet sich diese Arbeit. Beide Disziplinen sollen mit der Absicht vorgestellt werden, ob sich Ziele und Vorstellung verknüpfen lassen oder ob sie in einem Spannungsfeld kontraproduktiv gegeneinander stehen und arbeiten.

Die vorliegende Diplomarbeit ist hierzu in drei große Bestandteile gegliedert. Im ersten Teil der Arbeit wird ausführlich ein Überblick über die Drogenpolitik gegeben, dem sich im zweiten Teil ein Abriß der Drogenarbeit und im dritten Teil ein Resümee der geführten Drogendiskussion anschließt. Der Überblick in allen drei Teilen wird in Form einer Literaturrecherche geleistet, durch welche sich dem Autor ein reichhaltiges und unterschiedliches Literaturangebot erschloß.

Meinungen, Thesen und Entwicklungen sollen ausschließlich anhand der Fachliteratur aufgezeigt werden. Es ist anzumerken, daß die ungleiche Seitengewichtung der einzelnen Teile keine Wertung dieser darstellt.

In der Realität sind diese drei Themenkomplexe miteinander eng verknüpft. Um die einzelnen Gebiete besser vorstellen und bearbeiten zu können, wurden sie vom Autor unterteilt.

Der erste und zweite Teil stellt von seiner Konzeption her den inhaltlichen Zubringer für den dritten Teil dar.

Die Diplomarbeit folgt methodisch dem Prinzip von JANN einer „`Verbreitung` statt `Vertiefung` von Wissen“ (zit. nach RAUSCH 1995, S. 3) und soll einer Versachlichung des Themas dienen.

Ziel ist die komplexe und zusammenhängende Darstellung des Themas, ohne allerdings den Anspruch einer Vollkommenheit zu erheben. Aufgrund dessen hat der Autor auf eine Eingrenzung des Themenbereiches verzichtet. Jedoch können durch die begrenzte Kapazität, die bei einer Diplomarbeit zur Verfügung steht, nicht alle Teilbereiche des Drogenkomplexes berücksichtigt werden. Aus diesem Grund wird auf die Beschreibungen des speziellen Themas Sucht und Abhängigkeit, unter seinen psychologischen, wissenschaftlichen, gesellschaftlichen und politischen Aspekten, abgesehen.

In der gesamten Abhandlung werden, soweit nicht anders deklariert, keine substanzlichen Unterscheidungen vorgenommen.

In seinen Ausführungen ist der Autor um Objektivität bemüht. Er ist sich des Widerspruch bewußt, daß diese Arbeit nur soweit objektiv sein kann, wie dieses aus der Perspektive eines Subjektes möglich ist.

Bei der Erarbeitung der Diplomarbeit sind einige Probleme aufgetaucht, die im Folgenden kurz erwähnt werden sollen:

Zu dem Themenkomplex Drogen existiert eine Vielzahl von Publikationen. Durch den in einer Diplomarbeit begrenzten Zeitrahmen, kann nur ein Minimum der vorhandenen Literatur eingesehen und ausgewertet werden. Diese limitierte Recherche kann aufgrund einiger Faktoren zur unbewußten falschen Wahrnehmung einzelner Teilgebiete führen.

Das Thema Drogen ist u. a. ein sehr moralisches, politisches und mit subjektiven Empfindungen verbundener Bereich. Somit existiert auch eine Unzahl von Literatur, die politisch, moralisch und nach subjektiven Empfindungen des Verfassers geprägt sind. Diese Prägung wird in der Literatur nicht immer explizit erwähnt.

Deutlich wird dies u. a. an unsachlichen und subjektiven Umschreibungen wie, „allgegenwärtige Drogengefahr“ (HUG-BEELI 1996, S. 63) oder „aus diesem Grund muss alles unternommen werden, um zu vermeiden, dass Jugendliche durch andere Personen angefixt werden und in die Drogen einsteigen“ (ebd., S. 126). Für sich genommen stellen diese Ausführungen noch kein Problem dar. In Verbindung mit dem Untertitel -„Tatsachen“ - dieser Fachpublikation von HUG-BEELI, wird ihre Prägung sichtbar.

Ein weiteres Problem stellt des Weiteren die schwer zugängliche, bis kaum vorhandene Literatur zu bestimmten Teilgebieten, wie u. a. Drogenpolitik in europäischen Ländern, Konzepte der Drogenarbeit, dar.

Es wäre wünschenswert, wenn die vorliegende Arbeit Stoff für weiterführende Diskussionen bietet und gleichzeitig zum Nachdenken über den Umgang mit KonsumentInnen illegaler Drogen anregt.

I. Teil Drogenpolitik (im Allgemeinen und im Speziellen)

1. Einleitung

Der erste Teil dieser Arbeit steht unter dem Titel: „Drogenpolitik (im Allgemeinen und im Speziellen)“.

In diesem Abschnitt sollen ausgewählte internationale und nationale Entwicklungen aufgezeigt werden, die die heutige Drogenpolitik der Bundesrepublik beeinflusst, begünstigt und gefördert haben. Die nationale Drogenpolitik der Bundesrepublik läßt sich nur verstehen, wenn internationale Zusammenhänge, Abkommen und Bestrebungen dargestellt und ausgewertet werden. Der alleinige Blick auf die deutsche Drogenpolitik wird nicht zum gewünschten Erfolg - eine Kategorisierung und Wertung der aktuellen Politik - führen.

Dieser Teil beginnt mit einer kurzen Begriffsbestimmung und -erläuterung themenrelevanter Begriffe, einem Überblick über die theoretischen Strategien der Drogenkontrolle und über Aufgaben und Ziele, die laut Literatur, eine Drogenpolitik vorweisen müßte.

Dieser kurzen, theoretischen Einführung folgt ein geschichtlicher Abriß, der die Zeit vor den Drogenverboten skizziert und zwei Gründe für die Zäsur nennt. Der sehr hohe Opiumkonsum in China um die Jahrhundertwende und der damit zusammenhängende wirtschaftliche Faktor des lukrativen Opiumhandels können für die einsetzenden Einschränkungen bzw. Verbote des Handels und Konsums von und mit Drogen verantwortlich gemacht werden. Dem schließt sich ein Grundriß der internationalen Abkommen und Konferenzen an, die den wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und politischen Umgang mit Drogen international regeln bzw. verbieten sollen und den Rahmen für die nationale Drogenpolitik der Unterzeichnerstaaten vorgeben.

Im Einzelnen soll darauf aufbauend ein Unterzeichnerstaat vorgestellt werden, der bis heute alle internationalen Abkommen unterzeichnet hat. Die Rede ist von der Bundesrepublik Deutschland. Anhand von Gesetzen, Rauschgiftbekämpfungsplan auf der einen und dem Entscheid des Landgerichtes Lübeck aus dem Jahre 1991 (dem ein Urteil des Bundesverfassungsgerichtes folgte) auf der anderen Seite, soll die oft paradox scheinende und ambivalente Drogenpolitik der Bundesrepublik aufgezeigt werden.

Im Anschluß folgt ein Vergleich der drogenpolitischen Realität der einzelnen EU-Staaten. Der politische Umgang der einzelnen Staaten mit dem Thema Drogen soll kategorisiert werden, um die hiesige Politik besser beurteilen zu können.

In diesem Teil werde ich bewußt die wissenschaftliche, politische und gesellschaftliche Diskussion, unbeachtet der Gerichtsentscheide des Landgerichtes Lübeck, des BGH und des BVerfG, über den Umgang mit Drogen ausklammern. Es soll ausdrücklich nur um die heutige drogenpolitische Realität gehen. Die Drogenpolitik soll in ihrem komplexen Themengebiet erkannt und dargestellt werden. Die in diesem Teil erarbeiteten Sachverhalte sollen u. a. die Basis für den 3. Teil dieser Arbeit stellen, in dem ausführlich auf die seit Jahren geführte Diskussion über den politischen, moralischen, gesellschaftlichen und auch sozialpädagogischen Umgang mit Drogen im Allgemeinen und Konsum, Handel, KonsumentInnen im Speziellen eingegangen wird.

2. Begriffsbestimmungen und -erklärungen

„Voraussetzung einer klaren Erörterung ist die Verwendung klar definierter Begriffe.“ führt HERWIG LEMPP (1994, S. 20) aus und HUG-BEELI ist der Meinung, daß „in der Drogenpolitik (...) eine klare Begriffsbestimmung notwendig (ist), damit jedermann weiß, wovon gesprochen wird. Nur so kann überhaupt eine fruchtbare Diskussion stattfinden.“ (1995, S. 108)

In der drogenpolitischen Realität und Diskussion werden oft Begriffe benutzt, ohne die nötige Erklärung dieser Begriffe mitzugeben. Fast schon wie ein roter Faden, wird sich diese „starke Begriffsverwirrung“ (HUG-BEELI, 1995, S.107) als fahrlässiges und in speziellen Fällen sogar vorsätzlich geschürtes Kommunikationsproblem¹ durch diese Arbeit ziehen.

Aus den angeführten Gründen werde ich Begriffe definieren, um sicher gehen zu können, Kommunikationsprobleme weitgehend zu minimieren

An dieser Stelle sollen die beiden Wörter, aus denen zusammengesetzt sich das Wort „Drogenpolitik“ ergibt, erklärt und hinterleuchtet werden, um eine daraus folgende, (hoffentlich) eindeutige Definition des Begriffes Drogenpolitik erlangen zu können.

2.1 Drogen

Der Begriff „Drogen“ ist allgegenwärtig. Man liest ihn in Zeitungen und Zeitschriften, es wird öffentlich über den Umgang mit Drogen diskutiert, und hin

und wieder bekennen sich Menschen, diese auch zu konsumieren. Verfolgt man das ganze Geschehen um diesen Begriff, bekommt man den Eindruck, daß jede/jeder, der den Begriff benutzt, weiß wovon er spricht. Es hat den Anschein, daß sie alle über ein und dasselbe sprechen. Daraus müßte resultieren, daß eine eindeutige, allgemein gültige und alles umschreibende Definition des Begriffes 'Drogen' existiert. Daß dem nicht so ist, wird einem in der Fachliteratur vor Augen geführt.²

Was unter dem Begriff 'Drogen' verstanden wird, läßt sich im Einzelnen und Speziellen anscheinend nicht eindeutig definieren. So kategorisieren SCHEERER/VOGT (1989, S.5ff) den Begriff in vier verschiedene Bereiche und Betrachtungsweisen:

1)

„In der Pharmazie versteht man unter Drogen sowohl die (pflanzlichen, seltener: tierischen, mineralischen oder künstlichen) Grundstoffe für Arzneimittel als auch die bereits aus einem Rohstoff zubereiteten bzw. aus mehreren zusammengesetzten Medikamenten, und zwar unabhängig von Fragen der psychoaktiven Wirkung und juristischen oder moralischen Bewertung“ (SCHEERER/ VOGT 1989, S. 5).

Der Vorteil dieser Begriffsfassung liegt, nach Auffassung von SCHEERER/ VOGT, darin, daß bei der pharmazeutischen Definition die psychoaktive Wirkung, wie auch die juristische oder moralische Wertung keine Rolle spielen. Andererseits umfasse dieser Drogenbegriff eine sehr große Spannbreite. Dadurch wird er nicht richtig greifbar, da weltweit unterschiedlichste Substanzen als Medikamente verwendet werden (HERWIG- LEMPP 1994, S. 21). Deutlich wird dies auch durch die Definition der WHO, die Drogen als „jede Substanz, deren Einverleibung zur Reizung empfänglicher biologischer Substrate führt“ (SCHEERER/ VOGT 1989, S. 5) versteht.

2)

Bei der zweiten Kategorisierung werden Drogen mit den „psychoaktiven Substanzen“ gleichgesetzt. „Drogen in diesem Sinne sind alle Stoffe, Mittel, Substanzen, die aufgrund ihrer chemischen Natur Strukturen oder Funktionen im lebenden Organismus verändern, wobei sich diese Veränderungen insbesondere in den Sinnesempfindungen, in der Stimmungslage, im Bewußtsein oder in anderen psychischen Bereichen oder im Verhalten bemerkbar machen“ (SCHEERER/ VOGT 1989, S. 5f). In ihren Ausführungen beziehen sich u. a. SCHEERER/ VOGT und BÖLLINGER et al. (1995) auf diese Begriffsbestimmung.

¹ vgl. hierzu BEHR, 1982

² vgl. CHRISTIE/ BRUUN 1991, S. 56; SCHEERER/ VOGT 1989, S. 5)

Sie sind der Überzeugung, daß diese Definition „den Vorteil einer nicht-präjudizierenden Begrifflichkeit mit der Vermeidung einer allzu weiten Ausuferung des Bedeutungsinhalts (hat), die den Begriff sinnentleeren würde“ (ebd., S. 6).

3)

In der dritten Kategorie wird nach legalen und illegalen Stoffen unterschieden. Es handelt sich hierbei um das Alltagsverständnis von Drogen. So werden Stoffe, deren Konsum verboten sind, als Drogen und Rauschmittel und Stoffe, deren Konsum erlaubt sind, ausschließlich als Genußmittel bezeichnet. Zu dieser Begriffsbestimmung führt HERWIG-LEMPP (1994, S. 22) einen entscheidenden Kritikpunkt an. Er schreibt, daß so einleuchtend „eine Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Substanzen sei, so fragwürdig sei sie doch auch, da sie zum einen in dieser Größenordnung nicht bestehende Unterschiede zwischen der Wirkung der Substanzen suggeriere, und zum anderen historische und interkulturelle Vergleiche erschwere“.

4)

Die vierte Kategorie bezieht sich auf die „Nichtsubstanzen“ wie Literatur, Fernsehen, Glücksspiel, Luxus etc.. „Als Droge wird in diesem Verständnis schlechthin alles bezeichnet, was in irgendeiner Weise besonders abhängig macht, berauscht, fasziniert, aber auch schaden kann. Allerdings schließt diese Begriffsverwendung immer auch schon eine moralisch-politische Dimension ein: Bestimmte Verhaltensweisen werden mit dem Stigma des Lasterhaften und Gefährlichen belegt, und es wird ein Beratungs- oder Therapiebedarf impliziert“ (SCHEERER/ VOGT 1989, S. 7).

Dieser von SCHEERER und VOGT speziell für die vierte Gruppe genannte Aspekt scheint allerdings auch für die anderen Gruppen eine Rolle zu spielen (HERWIG-LEMPP 1994, S. 23). Fraglich ist auch, „ob sie in der Praxis klar und konsequent voneinander zu trennen sind“ (ebd., s. 22f).

Meinen Ausführungen soll die Definition von SCHEERER/ VOGT und zuzüglich die nach THAMM zugrunde liegen: „Drogen sind auf das Zentralnervensystem wirkende natürliche, halb- oder vollsynthetische Verbindungen [und deren Zubereitungen], die bewußt zur Herbeiführung einer Erlebnis- und/oder Bewußtseinsveränderung aufgenommen werden“ (zit. nach GAJB 1997, S. 17). In beiden Definitionen sehe ich den Vorteil, daß eine juristische, moralische und politische Bewertung des Drogenbegriffs vermieden und ein genaues Profil angegeben wird, unter welchem der Begriff Drogen zu verstehen ist.

2.2 Politik

Das Wort Politik stammt vom griechischen Wort „polis“ ab und beschreibt das „Handeln bzw. Einfluß- und Gestaltungsabsichten, die auf verbindliche (autoritative) Entscheidungen über den Einsatz von Macht, Ressourcen oder die Allokation von Gütern gerichtet sind“ (HOLTMANN, 1991 S. 449).

Politik bezieht sich im engen Sinne auf den „öffentlichen (staatlichen) Sektor“ (ebd.), und im weiteren Sinne auf „Prozeß und Steuerungselemente nahezu aller Bereiche der Gesellschaft“ (ebd.)

Um die Bedeutung des Wortes Politik im Ganzen besser erschließen zu können, sollte die Definition des Begriffes „Staat“ dazugezogen werden.

An dieser Stelle soll auch der Frage nachgegangen werden, inwieweit der Staat in seinem Handeln das Leben des einzelnen Staatsbürgers beeinflussen kann, darf oder sollte.

2.2.1 Staat

Ein Staat ist „eine Herrschaftsordnung, durch die ein Volk auf abgegrenztem Gebiet durch hoheitliche Gewalt zur Wahrung gemeinsamer (ideeller und materieller) Güter verbunden ist“ (NEUES GROSSES VOLKSLEXIKON 1981, S. 217).

2.2.2 Verschiedene Staatsideen

Eine sehr auffällige Divergenz in der drogenpolitischen Diskussion sind die Auffassungen, inwieweit der Staat/die Politik das private Leben, die Bedürfnisse der Bürger kontrollieren darf oder sollte. „Der Grund dieser Gegensätzlichkeit liegt darin, daß die Drogendiskussion in ganz erheblichem Masse durch die grundsätzlich verschiedenen Weltanschauungen und durch die individuellen Wertvorstellungen beeinflusst wird“ (1995, S. 74), stellt HUG -BEELI in seinem Handbuch der Drogenpolitik dar.

Ich möchte bereits an dieser Stelle seine verschiedenen Staatsideen vorstellen, die, wie HUG-BEELI ausführt, stark mit dem Menschenbild jedes Einzelnen verbunden ist, welches wiederum die staatliche Sozialethik beeinflusst, aus der sich dann die individuelle Staatsidee ableiten läßt. (ebd., S. 75)

2.2.2.1 Liberale Staatsidee

Diese Staatsidee leitet sich vom Liberalismus ab und „betrachtet das Individuum als fähiges Wesen, das seine Probleme aus eigener Kraft und Initiative lösen wird. Die Selbstverwirklichung kann unter minimaler Staatsintervention erreicht werden“ (ebd., S. 79). Aus diesem theoretischen Ansatz ergibt sich die Schlußfolgerung, daß jeder Mensch, soweit er im Besitz seiner vollen geistigen Kräfte ist, ohne Einmischung des Staates das Recht hat, selber zu bestimmen, ob er Drogen nehmen will oder nicht. Bei dieser „individuellen Entscheidungsfreiheit (...) wird dem Staat die Legitimation abgesprochen, selbstschädigendes Verhalten des einzelnen Staatsbürgers strafrechtlich zu ahnden“ (ebd.).

2.2.2.2 Soziale Wohlfahrtsstaatsidee

Die soziale Wohlfahrtsstaatsidee ist das Pendant zu der liberalen Staatsidee. „Nicht das Individuum entscheidet darüber, wie es sein Leben gestalten soll, sondern der Staat nimmt die Gestaltung der sozialen Ordnung selber aktiv in die Hand, er greift planend, verteilend und gestaltend im sozialen Leben des einzelnen ein“ (ebd.). Der soziale Wohlfahrtsstaat beruft sich „auf sein Interesse an der Erhaltung eines gesunden Bürgerstandes und einer lebensfähigen Gesellschaftsordnung“ (ebd.).

In dieser Staatsidee wird der Mensch als ein unmündiges, unfreiwilliges Opfer angesehen, welches geschützt und durch Strafe und Strafandrohung indoktriniert werden muß.

2.2.2.3 Liberale Sozialstaatsidee

Die Bundesrepublik Deutschland würde ich von ihrem Grundverständnis der Staatspolitik zwischen den beiden ideologischen Polen ansiedeln.

Zum einen erfüllt die Bundesrepublik in bestimmten Gebieten die liberale Grundidee durch die Gewährung von Freiheitsrechten in der Verfassung, zum anderen greift sie in die Lebensgestaltung der einzelnen BürgerInnen ein, wenn sie der Meinung ist, daß diese BürgerInnen nicht mehr in der Lage sind, selbständig für ihre persönlichen Belange zu sorgen. HUG-BEELI bringt in diesem Zusammenhang den Vergleich zum damaligen Vormundschaftsrecht ein. (ebd., S. 80)

3. Theoretische Abhandlungen

Nach den vorangegangenen Begriffserörterungen sollen nun theoretische Überlegungen zu den Themen „Drogenkontrolle“ und „Ziele einer Drogenpolitik“ folgen.

3.1. Strategien der Drogenkontrolle

Es existieren unterschiedliche Taktiken, wie mit sog. Drogenproblemen umgegangen werden sollte. Je nach Perspektive lassen sich diese „als Bestandteil unterschiedlicher gesellschaftlicher und politischer Kontexte einordnen“ (RAUSCH 1995, S. 53).

KREUZER (zit. nach ebd., S. 53f) unterscheidet in drei idealtypische Strategien³ der Drogenkontrolle, die an dieser Stelle kurz vorgestellt werden sollen, wobei sich die „approaches“ nicht auf Süchtige allgemein, „sondern auf den kleinen Kreis von Konsumenten gesellschaftlich unerwünschten Drogen“ (ebd.) beziehen. Unterschieden werden die Strategien in ihrer Grundannahme zur Wesensart von Drogenproblemen, woraus ein „entsprechendes Setting zu ergreifender Maßnahme“ (ebd.) abgeleitet wird.

Diese drei „approaches“ lauten wie folgt:

- „legal approach“ („legalistischer Ansatz“, „kriminalpolitischer Ansatz“) „Dieser Ansatz geht von der Annahme aus, das Hauptproblem des Drogenkonsums sei die freie Verfügbarkeit von Drogen. Die Folgekriminalität schädige andere, und eine erfolgreiche Behandlung der Drogenabhängigkeit sei weitgehend unmöglich“ (ebd.). Verfolgt jegliche Gesetzes-, bzw. Normabweichung mit strafrechtlichen Maßnahmen.
- „social approach“ (sozialpolitischer oder therapeutisch-pädagogischer Ansatz, „medizinisch-psychosozialer Ansatz“), umfaßt alle Angebote der Prävention (Ziel: Schwächung der Nachfrage), Betreuung und Behandlung von Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit. „Dieser Ansatz beruht auf der Annahme, das Angebot an Drogen treffe auf einen individuellen Bedarf. Nicht die Angebotsseite, sondern die Nachfrage müsse bearbeitet werden. Insofern müssen gesellschaftliche und individuelle Alternativen zum Drogenkonsum geschaffen werden“ (ebd.)
- „liberal approach“ („liberaler Ansatz“) deutet das Hauptproblem des Drogenkonsums „in der Etikettierung und Kriminalisierung der Konsumenten und Abhängigen. (...) lehnt die Strafe von opferlosen Delikten ab und fordert

³ KREUZER bezeichnet diese als „approaches“

ein Recht auf Selbstbestimmung hinsichtlich des Konsums jeglicher Drogen“
(ebd.)

Die Strategien sind in der Wirklichkeit nur als Mischformen mit verschiedenen Anteilen und Schwerpunkten vorzufinden.

3.2 Drogenpolitische Ziele einer Demokratie

Nach den theoretischen Überlegungen über Strategien des Umganges mit Drogen soll nun ein kurzer Katalog mit allgemeinen drogenpolitischen Zielen formuliert werden. HARTWIG/ PIES (1995, S. 68) haben sich ausführlich mit den Zielen beschäftigt. Deren Ergebnisse sollen an dieser Stelle dargestellt werden.

Daß ich mich in diesem Kapitel nur mit den Ausführungen der genannten Autoren beschäftigen werde, hat u. a. den Grund, daß eine Auseinandersetzung mit den Zielen einer Drogenpolitik in der von mir erarbeiteten Fachliteratur kaum vorhanden war, und daß die mir vorliegenden Auseinandersetzungen mir zum größten Teil unvollständig oder unsachlich schienen. HUG-BEELI z. B. nennt in seinen fachlichen Ausführungen als Ziele der Drogenpolitik die „Drogeneinstiegsverhinderung und Droгенаusstiegserleichterungen“ (1995, S. 127). Dieses Ergebnis kann meiner Meinung nach zu einer objektiven und sachlichen Bearbeitung des Themenkomplexes nicht verhelfen, weil nicht ersichtlich wird, ob er diese Ziele eher als persönliche oder allgemeingültige ansieht. Die Ziele werden insofern einfach als eine unreflektierte Folgerung des Abstinenzparadigmas dargestellt.

Die von HARTWIG/ PIES benannten Ziele einer demokratischen Drogenpolitik wurden aus den von Ihnen aufgelisteten Interessen der BürgerInnen abgeleitet. Sie sind der Auffassung, daß eine demokratische (Drogen-) Politik „sich an den Interessen aller Bürger orientieren, d. h. kein Mitglied der Gesellschaft ausgrenzen oder aus der Gesellschaft herausfallen lassen“ (1995, S. 54) sollte. Bei Interessenkonflikten sollte der demokratische Weg gewählt werden und „alle Bürger als prinzipiell gleichermaßen anspruchsberechtigt behandelt (werden). Differenziert wird erst in bezug auf die - anhand ihrer Folgen bemessene - unterschiedliche Qualität solcher Ansprüche“. (ebd.) Von daher unterscheiden sie auch nur zwischen legitimen und nicht legitimen Interessen, wobei sich eine demokratische Politik nur an den legitimen Interessen aller Bürger orientiert. Beachtet werden sollte noch, daß legitim nicht mit legal gleichzusetzen ist.

In ihrem Katalog haben sie sechs Ziele einer Drogenpolitik formuliert, wobei sich diese speziell auf Heroin beziehen. Ich werde ihre Ziele allgemein halten und das Wort Heroin durch das Wort Drogen austauschen. Durch diese Veränderung werden die im folgenden vorgestellten von HARTWIG/ PIES (1995, S. 68f) erarbeiteten sechs Zielsetzungen nicht ver- oder sinnentfremdet.

- Drogenpolitik sollte zum einen zur Normalisierung beitragen:
Kontrollierte Konsummuster sollten in den Lebensstil jener BürgerInnen, für die der Gebrauch von Drogen - aus welchen Gründen auch immer - dazugehört, integriert werden, um ihr Leben selbstbestimmend nach ihrer eigenen Vorstellung zu leben. Dies erfordert eine legale Versorgung mit Drogen verlässlicher Qualität zu normalisierten Preisen.
- Drogenpolitik sollte zur Schadensbegrenzung beitragen und eine akzeptierende Drogenhilfe ermöglichen, um den Risiken unkontrollierter Konsummuster möglichst frühzeitig begegnen und die möglichst gering halten zu können. KonsumentInnen könnten so aus zwei Optionen selbstbestimmt wählen: zum einen den Ausstieg aus dem Konsum, zum anderen den Umstieg auf einen kontrollierten Konsum; folglich den Wechsel vom Mißbrauch zum Gebrauch.
- Drogenpolitik sollte dem Bedürfnis potentieller ErstkonsumentInnen nach Selbst-Paternität gerecht werden. Sie sollte Problemen des Selbstmanagements, die in der Form von Verfügbarkeit und Willensschwäche auftreten, durch geeignete Maßnahmen entgegentreten, um BürgerInnen vor gravierenden Selbstschädigungen zu schützen. Dies wäre ein Beitrag dazu, daß gefährdete BürgerInnen nicht leichtfertig in Abhängigkeitsverhältnisse hineingeraten. Insbesondere läßt sich hieraus der Jugendschutz als ein wichtiges drogenpolitisches Ziel ableiten.
- Drogenpolitik sollte allen BürgerInnen Schutz vor gravierenden Fremdschädigungen gewähren. Fremdschädigungen können u. a. sein:
 - * Gesundheitsrisiken
 - * Sicherheitsrisiken
 - * finanzielle Belastungen in Form höherer Steuern und Abgaben
- Drogenpolitik sollte zur Bekämpfung organisierter Kriminalität beitragen
- Drogenpolitik sollte die Entwicklungschancen der Agrarproduzenten und der generell betroffenen BürgerInnen in den Anbauländern nicht unberücksichtigt lassen.

Für HARTWIG/ PIES ist es selbstverständlich, daß „auch von der Drogenpolitik zu erwarten ist, was man generell von einer rationalen Politik in der Demokratie zu erwarten hat“ (ebd., S.69). Somit müssen konzeptionelle Konsistenz und

eine prinzipielle Ordnungsverträglichkeit nicht als eigenständige Ziele erwähnt werden.

Ihr Katalog hat allerdings den „Status des Vorläufigen, solange die Beziehungen zwischen den Zielen einerseits und die Ziel-Mittel-Beziehung andererseits noch nicht geklärt sind. Auch legitime Interessen können schließlich konfliktieren. (...) Dann sind weitere unter Umständen komplizierte Überlegungen erforderlich, welchen Interessen im Zweifelsfall der Vorzug zu geben ist“ (ebd.).

Weiterführende und mit diesen sechs Zielen auseinandersetzen Überlegungen werden im dritten Teil dieser Arbeit folgen.

4. Drogen und Menschen - Geschichtlicher Abriss

Es scheint auf den ersten Blick vielleicht unnötig, in einer Abarbeitung über das Thema Drogenpolitik einen historischen Rückblick einzugliedern. Schließlich bezieht sich die Arbeit auf die gegenwärtige Situation, auf den heutigen gesellschaftlichen und politischen Umgang mit Drogen. Um aber genau diesen gegenwärtigen Umgang werten und zeitgeschichtlich einordnen zu können, ist es meines Erachtens unumgänglich, die menschliche Nutzung der heutigen Drogen in der Vergangenheit aufzuarbeiten: wie Menschen in der Vergangenheit Drogen gehandhabt haben, inwiefern Drogen überhaupt konsumiert wurden, welchen Schaden der Konsum verursacht hat - so weit aufgezeichnet- und worin die Gründe für diesen möglichen Schaden gelegen haben könnte.

Es ist selbstverständlich, daß ein geschichtlicher Abriss im Rahmen einer Diplomarbeit nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Es soll nicht die gesamte Menschheitsgeschichte aufgezeigt, sondern in groben Zügen der Umgang mit Drogen skizziert werden. Ich werde keine stofflichen Unterschiede in diesem Kapitel unternehmen, obwohl jede Droge eine individuelle Vergangenheit aufzuweisen hat.⁴

4.1 Allgemeine freie Verwendung von Drogen bis in das 20. Jahrhundert

„Die Suche der Menschheit nach Rauscherfahrungen hat eine ebenso lange Geschichte wie die Menschheit selbst. Somit gehört auch der Gebrauch von Rauschmitteln jeglicher Art (...) zur Entwicklung und zum Leben der Menschen“ (REIM 1998, S. 6)⁵.

⁴ vgl. hierzu SCHEERER/ VOGT 1989

⁵ vgl. auch HUXLEY 1992; HUG BEELI 1995; BEHR 1982; SCHEERER/ VOGT 1989; WEIGLE 1992

Die Neandertaler sollen bereits vor 65000 Jahren das zentralstimulierende Meerträubelkraut⁶ gekannt haben. Die Ureinwohner des Südwestens von Nordamerika haben vor mehr als 9000 Jahren den Genuß der Halluzinogenen Stechapfelsamen⁷ geschätzt. In den Anden werden seit über 6000 Jahren anregende Blätter des Cocastrauches⁸ gekaut, und dem Marijuana⁹ soll seit über 10000 Jahren zugesprochen werden (WEIGLE 1992, S.9). Weiterhin zeigen „Funde aus der Schweiz, Südfrankreich und Italien (...), daß der Anbau von Mohn schon um 4000 v. Chr. bekannt war“ (RENGGLI/ TANNER 1994, S. 77). Der Milchsaft aus den getrockneten Kapseln des Schlafmohnes¹⁰ - Opium - soll bereits 3400 Jahre vor Christus in den östlichen Ländern Europas verwendet worden sein (HOFFMANN 1998, S. 7).

Drogen waren (und sind bis heute) unlösbar mit den jeweiligen Kulturen verbunden. (QUENSEL 1995, S. 1). Bewußtseinsverändernde Substanzen finden sich in jeder Kultur wieder. Um 500 vor Christus wurden z. B. keltischen und germanischen Frauen Bündel von Hanffasern und den Männern meist noch zusätzlich Samen und Blütenstände der Pflanze mit in das Grab gelegt. Gleichermaßen entdeckte man auch in ägyptischen Gräbern Hanffasern, die ca. 3000 - 4000 Jahre alt sind (BEHR 1982).

Fast alle Rauschdrogen der alten Kulturen waren Bestandteile ihrer jeweiligen Religionen und Kulte. Die sumerischen Priester z. B. verwendeten Opium bei Gottesdiensten, Opferungen und Kulthandlungen und in Griechenland wurde der Mohn Symbol des Schlafgottes Hypnos und seines Sohnes Morpheus (SCHEERER/ VOGT 1989, S. 277).

Durch die Verwurzelung der Drogen in den Religionen verdanken sie ihre Verwendung als Heilmittel. Krankheiten wurden „nicht als biologischer Vorgang, sondern wie alles Böse als von den Göttern gesandte Strafe begriffen. (...) So fiel die Heilkunde in die Zuständigkeit der Priester und Magier, und wer heilkundig war, wurde wie ein Priester verehrt“ (ebd.). Aus diesen kulturhistorischen Zusammenhängen schlußfolgert u. a. RAUSCH, daß „der Umgang mit Drogen (...) kulturabhängig und nicht aus der Beschaffenheit der Droge selbst abzuleiten“ (1995, S. 53) ist.

Opiate zählen, genauso wie Hanfprodukte, zu den ältesten pharmakologisch genutzten Substanzen (GERLACH/ ENGEMANN 1995; S. 6). Bereits die

6 Ephedra

7 Datura

8 Erythroxyllum

9 Cannabis

10 Papaver Somniferum

Mediziner der Antike empfahlen „Opium gegen Schlaflosigkeit, Fieber, Magen-Darmbeschwerden und vor allem als Schmerzmittel“ (HOFFMANN 1998, S. 7). Bis ins 19. Jahrhundert hinein wurde es in Europa bedenkenlos als Heilmittel verwendet. Der orale Konsum war zu der Zeit in Europa weit verbreitet. Dem Konsum wurde jedoch keine größere Bedeutung beigemessen. „Die Erfindung der subkutanen Injektion Mitte des 19. Jahrhunderts führte zu einem weit verbreiteten intravenösen Gebrauch von Morphinum als schmerzstillendes Mittel“ (FROMBERG in NOLTE et al. 1996, S. 53). Oft wurde der Konsum nach der Heilbehandlung einfach fortgesetzt. Zu dieser Zeit existierten allerdings keine eindeutigen Regelungen und gesetzlichen Bestimmungen an die sich ein medizinischer oder pharmazeutischer Stand hätte richten müssen (FROMBERG/TRAUTMANN in et al. 1996, S. 14).

„In Deutschland gewannen opiumhaltige Tinkturen zwar erst zu Beginn des Mittelalters an medizinischer Bedeutung; spätestens ab dem 16. Jahrhundert kamen sie jedoch auch hier (...) zum Einsatz“ (GERLACH/ ENGEMANN 1995, S.6)¹¹.

Aber nicht nur als Heil-, sondern auch als Genußmittel kamen Drogen zur Anwendung. „Der Pariser Club des Haschischins proklamierte Drogengenuß im Kontext künstlerischer Produktivität.“ (SCHEERER/ VOGT 1989, S. 279f). Viele Ärzte experimentierten mit Rauschmitteln und verfielen ihnen (REIM 1998, S. 6).

Das eher durch seine höheren Anschaffungskosten als Luxusdroge angesehenen Morphinum, kam als sogenanntes Allheilmittel immer öfter zum Einsatz. Es wurde im Preußisch-Österreichischen Krieg von 1866 und kurz darauf im deutsch-französischen Krieg von 1870/71 von Ärzten massenhaft und unkontrolliert als schmerzstillendes Mittel verschrieben (AMENDT 1990, S. 39; GERLACH/ ENGEMANN 1995 S. 7). Die Konsequenz war, „daß zahllose Soldaten morpiumabhängig wurden und zeitlebens von dieser Droge nicht mehr loskamen“ (SEEFELDER 1987, S. 222). Das Morphinum wanderte nach Kriegsende „aus dem militärischen ins zivile Leben weiter“ (SCHIVELBUSCH 1990, S. 225). Die intravenöse Applikationsweise wurde bei Ärzten und PatientInnen derart beliebt, „daß man sehr bald den Kreis der Indikationen kritiklos erweiterte, und die Morphiumeinspritzung zu einer förmlichen Modebehandlung wurde“ (JACOB 1925 zit. nach GERLACH/ ENGEMANN 1995, S.

¹¹ vgl. auch SCHMERL 1984, SCHEERER/ VOGT 1989; SCHIVELBUSCH 1990

7). Trotz allem hatten bis Ende des 19. Jahrhundert „Opiate als Genuß- oder Rauschmittel in Deutschland kaum Verbreitung gefunden“ (ebd., S. 8).

Die Droge der ländlichen Bevölkerung und später der Arbeiterschicht war vielmehr der Alkohol, der als Rauschgetränk zunehmend immer mehr an Bedeutung gewann. Durch die Perfektionierung der Technik der Branntweingewinnung wurde der an das relativ niedrigprozentige Bier gewöhnte Alkoholkonsument, an den hochprozentigen Branntwein geführt. „Der Branntwein schlägt wie ein Blitz in die von Bier geprägte englische Bevölkerung ein. (...) An die Stelle des Alkoholrausches tritt die Alkoholbetäubung“ (SCHIVELBUSCH zit. nach AMENDT 1990, S. 35).

Die Entwicklung der Alkoholindustrie nahm immer größere Formen an. „Damit war ein Angebot geschaffen, das sich seine Abnehmer suchen mußte. Um die Klasse der Industrie- und Landarbeiter in den Konsumprozeß einzubeziehen, gingen Fabrikanten und Gutsbesitzer dazu über, Teile des Lohnes in Form von Schnaps auszubezahlen. Am profitabelsten war die Methode natürlich dort, wo (...) die Auszahlung des Lohnes in Waren (...), auf in eigener Produktion bzw. eigenem Anbau hergestellten Alkoholika zurückgreifen konnte“ (AMENDT 1990, S. 37).

4.2 Drogen als Wirtschaftsfaktoren

Mit der beginnenden Industrialisierung wurde auch mit der Produktion von Drogen begonnen. Es bildete sich ein eigener Industriezweig, die Pharmaindustrie.

Nachdem es im Jahre 1804 dem deutschen Apotheker Friedrich Wilhelm SERTÜRNER gelungen war das wirksame Alkaloid des Opium zu isolieren, dem er wegen seiner schlafbringenden Wirkung den Namen Morphin gab, entstand ein „neuer Forschungszweig, die Alkaloid-Chemie, die die Grundlage für die Errichtung der pharmazeutischen Fabriken bildete“ (REIM 1998, S. 6).

1827 begann die Darmstädter Pharma-Fabrik MERCK mit der Massenproduktion von Morphin. Zu dieser Zeit war Opium bereits zu einem der wichtigsten Handelsgüter geworden. (HOFFMANN 1998, S. 7).

In den 70er Jahren des 19. Jahrhunderts wurde dann von Medizinern die Krankheit „Morphiumsucht“, die auch „Morphinismus“ oder auch „Soldatenkrankheit“ betitelt wurde, erkannt und in der medizinischen Fachliteratur beschrieben. Im gleichen Jahrzehnt glaubte der US-amerikanische Arzt W. H. BENTLEY ein Mittel zur Behandlung eben dieser Krankheit gefunden

zu haben. Die Rede war von dem 18 Jahre zuvor von dem Göttinger Forscher A. NIEMANN isolierte Hauptalkaloid der Cocapflanze, das Kokain (GERLACH/ ENGEMANN 1995, S. 8). Kokain wurde auf diesem Wege in die medizinische Welt eingeführt. Die kommerzielle Nutzung begann bald zu blühen, sprachen doch die Ärzte von Kokain als „Wunderheilmittel“. Der Import von Cocablättern im Hamburger Hafen erhöhte sich in den Jahren 1883 bis 1886 von 5000 auf 86600 kg. (SCHEERER/ VOGT 1989, S. 360)!

„Der anfängliche Enthusiasmus der deutschen Ärzteschaft währte allerdings nur kurze Zeit. Die neue Suchtform des „Morphin-Cocainismus“ (JACOB zit. nach Gerlach/ Engemann 1995, S.8) war sehr bald erkannt und Kokain wurde nicht mehr als Heilmittel gegen Morphinismus eingesetzt“ (GERLACH/ ENGEMANN 1995, S. 8).

1898 begann die Farbenfabrik Bayer ein Produkt gezielt und massiv mit einer weltweiten Werbekampagne in 12 Sprachen zu vermarkten: Heroin. Hinter diesem Produktnamen verbirgt sich der von dem Chemiker HOFFMANN synthetisierte, und von den Bayer Mitarbeitern DRESER und FLORET erprobte Stoff, Diacetylmorphins.

Bayer sprach im Zusammenhang mit Heroin von einem „vorzügl. Beruhigungsmittel von spezifisch hustenstillender Wirkung“ (zit. nach THAMM 1989, S. 93). „Für Rekordumsätze in aller Welt“ (SONTHEIMER 1990 zit. in GERLACH/ ENGEMANN 1995 S. 8) konnte das Produkt auf Grund der Werbekampagne sorgen. Bayer konnte „1902 etwa 5% seines Gesamtgewinnes bei pharmazeutischen Produkten aus dem Heroin erzielen“ (HOFFMANN 1998, S. 9). Die Absatzzahlen stiegen in den folgenden Jahren, und so betrug die Heroinproduktion 1913 in Deutschland ca. 1 Tonne. Bis 1926 stiegen die Zahlen weiter an, in Deutschland auf 1,8 und in der Schweiz sogar auf 3,9 Tonnen Heroin (HOFFMANN 1989 S. 9; THAMM 1989, S. 98).

Drogen sind zu Gütern geworden, die durch die Legitimation der Ärzte als Heilmittel von der Pharmaindustrie produziert wurden. Es wurde jedoch nicht nur für den medizinischen Bedarf produziert. Dies läßt sich an der Überproduktion deutlich erkennen. So wurden in Deutschland 1925 17 Tonnen Morphin und Heroin hergestellt, obwohl der medizinische Jahresbedarf nicht einmal eine Tonne überstieg. Der Weltbedarf an Opium für medizinische Zwecke betrug 500.000 bis 600.000 Kilogramm. Die Produktion überschritt aber mehr als das zehnfache des legitimen Bedarfes. (HUG BEELI 1989, S. 141)

Wie für dieses Angebot Absatzmärkte geschaffen wurden, zeigt ein weiteres Kapitel in der Geschichte der Rauschgifte:

4.2 Der Opiumkonsum in China.

Nachdem England Indien als Kolonie in Besitz genommen hatte, begann die halbstaatliche British East Indian Company mit dem Mohnanbau im großen Stil. Es war bekannt, „daß das Opium-Rauchen insbesondere in der chinesischen Kultur alte Tradition war“ (MANN/ BUCHKREMER 1996, S. 34). Die Opiumexporte Ende des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts nach China - wo Opium eine große wirtschaftliche Rolle spielte und zeitweise nicht nur Ware, sondern auch Währung war (HUG-BEELI 1995, S. 141) - nahmen eine immer größere Dimension an. Sie riefen entsprechende Probleme und Mißbrauch in der chinesischen Gesellschaft hervor. 1839 verbot die chinesische Regierung den Opiumimport. Dies hatte einen militärischen Angriff von Seiten der Engländer zur Folge. Der Krieg dauerte von 1840-1842 und endete mit einer chinesischen Niederlage. China mußte „den Opiumimport(,) respektive den Tauschhandel gegen entsprechende Waren aus China (...) ohne Einschränkungen akzeptieren“ (MANN/ BUCHKREMER 1996, S. 34). Die Folgen waren verheerend. Die chinesische Regierung versuchte den Import nochmals zu stoppen und erließ 1856 ein zweites Verbot, welches wiederum einen Krieg zur Folge hatte, der 1860 ein zweites mal mit einer Niederlage der chinesische Regierung endete. China mußte nun als Fazit der Niederlage den ungehinderten Import von Opium und dessen Legalisierung zugestehen. (ebd., S. 34f). Die Zahl der Opiumsüchtigen stieg von 1858 bis 1878 in China von zwei auf zwanzig Millionen an.

Nach dem Verbot von Opium nahm Morphinum, welches überwiegend zusammen mit Heroin aus England, Deutschland, Frankreich und der Schweiz exportiert wurde, den selben Stellenwert ein, welches eine Morphiumsucht auslöste. (HUG-BEELI 1995, S. 141f)

Die beiden Opiumkriege, der daraus entstandene unkontrollierte Konsum und die enormen wirtschaftlichen Profite werden in der Fachliteratur als eine der Gründe gewertet, wieso es überhaupt zu den Bestrebungen der internationalen Kontrollmechanismen und der daraus resultierenden Verbote von Drogen gekommen ist. (MANN/ BUCHKREMER 1996, S. 34f; GERLACH/ ENGEMANN 1995, S. 10; HUG-BEELI 1995, S. 142)

5. Internationale Entwicklungen und Abkommen

In diesem Jahrhundert hat es eine Vielzahl von Bestrebungen gegeben, das, ob gesellschaftlich (HUG-BEELI 1995) oder wirtschaftlich/ politisch (GERLACH/ ENGEMANN 1995; AMENDT 1996) geschürte Drogenproblem durch internationale Zusammenarbeit zu lösen. Diese Lösungen, in Form von internationalen Abkommen, bestimmen den drogenpolitischen Rahmen der Unterzeichnerstaaten, so auch den in Deutschland. Versucht man die Drogenpolitik der BRD zu verstehen, kann dies nur im Kontext der internationalen Entwicklungen und Abkommen geschehen.

Ich werde zuerst eine kurze Auflistung der bedeutetsten Abkommen vornehmen. Eine Auswertung der Konventionen erfolgt separat in dem darauf folgenden Unterkapitel

5.1 Internationale Abkommen

Im Jahre 1906 unternahm der US-amerikanische Präsident ROOSEVELT erste Anstrengungen für eine internationale Opiumkonferenz, die 1909 in Shanghai stattgefunden hat. Diese wurde von einem Völkerbund zusammengerufen, der sich auf Initiative der USA nach dem ersten Weltkrieg gegründet hat. (HUG-BEELI 1995, S. 142; BEHR 1982, S. 1991) Auf dieser Konferenz, bei der man sich mit Maßnahmen gegen den Opiummißbrauch in China beschäftigt hat, wurden neun Resolutionen verabschiedet. „Die für die Zukunft wichtigste war die Resolution Nr. 3, die jeden Opiumgebrauch außerhalb medizinischer Indikation unter Verbot stellte oder wenigstens unter gründliche Reglementierung. Eine ähnliche eindeutige Resolution gab es gegen das Morphinum“ (CHRISTIE/ BRUUN 1991, S. 130).

Am 23. Januar 1912 wurde das erste internationale Abkommen in Den Haag ratifiziert. Die USA brachte durch ihre zunehmende wirtschaftliche und politische Stärke eine größere Zahl von Ländern dazu, das Abkommen zu unterzeichnen. „In erster Linie wollte man die Opiumprobleme im Fernen Osten, speziell in China, lösen. Es ging dabei aber nur um die Überwachung und die Kontrolle der Erzeugung und des Vertriebes von Opium, Morphinum, Heroin und Kokain sowie deren Derivate“ (HUG-BEELI 1995, S. 143). BEHR hingegen schreibt, daß es nicht nur einfach um die Überwachung gehen sollte, sondern daß auf dieser Konferenz das Kaiserreich Indien verpflichtet wurde, seine Opiumexporte nach China bis zum Jahre 1926 einzustellen (1982, S. 192). Daraufhin verlagerte Indien seinen Exporte auf Hanfartikel aller Art.

In den Jahren nach dem Abschluß der Konvention traten nur sehr zögerlich einzelne Staaten bei. Zu groß waren die wirtschaftlichen Interessen, die sie mit den Drogen verbanden. Dies änderte sich, nachdem auf Druck der USA im Versailler Friedensvertrag ein entsprechender Paragraph aufgenommen wurde, „wonach die vertragschließenden Teile verpflichtet wurden, das Opiumabkommen vom 23. Januar 1912 zu unterzeichnen und zu ratifizieren“ (HUG-BEELI 1995, S. 143). Dieser Schritt ließ 1920 im Rahmen der Unterzeichnung des Friedensvertrag insgesamt 43 Staaten dem Abkommen beitreten.

Am 19. Februar 1925 kam in Genf ein weiteres internationales Abkommen zustande. Das Opiumabkommen von 1912 wurde dadurch geändert, „daß nun auch das Kokablatt, das Rohkokain und das Ekgonin sowie der indische Hanf von der Kontrolle erfaßt wurden“ (HUG-BEELI 1995, S. 143f). Weiterhin sollten der Handel mit Betäubungsmittel nicht nur überwacht, sondern auch einer Ein- und Ausfuhrbewilligung unterstellt werden. (ebd.)

Es folgten zwei weitere Abkommen und drei Protokolle. So wurde z. B. am 11. Dezember 1946 die bisher dem Völkerbund zugewiesenen Pflichten und Befugnisse den von den Vereinten Nationen, die nach dem zweiten Weltkrieg aus dem Völkerbund hervorgegangen sind, geschaffenen Institutionen übertragen.

In New York wurde am 30. März 1961 das bis dahin wichtigste Abkommen, die 'Single Convention on Narcotic Drugs', verabschiedet. Das Dokument faßte alle bisherigen Resolutionen, Konventionen und Protokolle zusammen., vereinheitlichte und erweiterte diese zu einem Regelungswerk, „als dessen Kern die Tabellierung und Einteilung aller Drogen nach Wirkung und Zugänglichkeit war“ (CHRISTIE/ BRUUN 1991, S. 130). Des Weiteren hatte es die Bildung eines Internationalen Suchtstoff-Kontrollamtes und die Ausweitung des bisher bestehenden Kontrollsystem zum Ziel (RAUSCH 1995, S. 128).

„Seit Verabschiedung dieser Konvention ist der Konsum nicht nur - wie bisher - von Opiumprodukten, sondern auch von Koka- und Cannabisprodukten zu anderen als medizinischen Zwecken verboten“ (ebd.).

„Dieses Abkommen bildet heute noch die wichtigste Grundlage für die nationale Gesetzgebung, beauftragt es doch die beteiligten Staaten, Gesetze zu schaffen, damit die empfohlenen Maßnahmen des Abkommens innerhalb ihrer Grenzen wirkungsvoll durchgesetzt werden“ (HUG-BEELI 1995, S. 146). Im genauen Wortlaut heißt es dort: „Jede Vertragspartei verbietet die Gewinnung,

Herstellung, Ausfuhr, Einfuhr, den Besitz und die Verwendung dieser Suchtstoffe sowie den Handel damit, wenn sie dies im Hinblick auf die in ihrem Staat herrschenden Verhältnisse für das geeignetste Mittel hält, die Volksgesundheit und das öffentliche Wohl zu schützen“ (Single Convention On Narcotic Drugs, Artikel 5, Absatz 5b zit. nach GAJB 1997, S. 11).

Die ‘Single Convention On Narcotic Drugs’ ist am 21. Februar 1971 durch ein Übereinkommen über psychotrope Stoffe ergänzt worden. Es erweitert die Drogenkontrolle von bisher nur narkotischen Drogen auf Halluzinogene, Stimulanten, Hypnotica und auf Tranquillantien, die synthetisch hergestellt werden können (HUG-BEELI 1995, S. 147; RAUSCH 1995, S. 128). Zeitgleich rief der US-Präsident Nixon den bis heute andauernden „War On Drugs“ aus und erklärte Drogen als Staatsfeind Nummer eins. (MANN/ BUCHKREMER 1996, S. 36)

Die ‘Single Convention On Narcotic Drugs’ und das ‘Übereinkommen über psychotrope Stoffe’ werden im Zusammenhang als die wichtigsten Internationalen Abkommen“ (RAUSCH 1995, S. 130)¹² gewertet. Ihr Ziel ist es, die Verwendung von Narkotika und psychotropen Stoffen auf den medizinischen und wissenschaftlichen Gebrauch zu beschränken und den illegalen Drogenhandel zu unterbinden. Beide Vereinbarungen orientieren sich somit stark am Angebot (RAUSCH 1995, S. 130).

Das Einheits-Übereinkommen von 1961¹³ wurde am 25. März 1972 neu gefaßt. Die Funktionen des internationalen Betäubungsmittel-Kontrollorganes wurden festgelegt und es wurde die Mißbrauchsbekämpfung geregelt. „Das Kontrollorgan sorgt unter anderem in Zusammenarbeit mit den Regierungen dafür, daß nur diejenigen Mengen von Betäubungsmitteln angebaut, hergestellt oder verwendet werden, die für medizinisch und wissenschaftliche Zwecke notwendig sind“ (HUG-BEELI 1995, S. 147). Die Konsequenz war eine „Verschärfung der Kontrolle in den Anbauländern!“ (PFG e. V. 1996, S. 69)

1988 wurde in Wien am 20. Dezember ein weiteres Übereinkommen der Vereinten Nationen verabschiedet, das „Übereinkommen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen“ (BÖLLINGER et al. 1995, S. 178), „das als Zusatzabkommen zur o. g. Single Convention von 1961 verstanden werden muß“ (ebd.). Durch dieses Abkommen „soll die internationale Zusammenarbeit zur Bekämpfung des illegalen Handels gefestigt

¹² vgl. auch CHRISTIE/ BRUUN 1991 S. 130; HUG BEELI 1995, S. 146; GAJB, S. 11; PFG e. V. 1996, S. 68 etc.

und verbessert werden.“ (HUG-BEELI 1995, S. 148). In dem Dokument werden „Grundzüge international verpflichtender Drogenkontrolle schärfer formuliert“ (BÖLLINGER et al. 1995, S. 178) und Tatbestände benannt, die von den Vertragspartner unter Strafe zu stellen sind. Sie „konzentriert sich ausschließlich auf die vielfältigen, negativen Effekte des Drogenhandels“ (PFG e. V. 1996, S. 69). Die sogenannte Wiener Konvention verbietet insgesamt 23 Handlungen (ebd.). Die Vertragsstaaten werden u. a. ausdrücklich dazu verpflichtet, „unter Vorbehalt ihrer verfassungsrechtlichen Grundsätze und ihrer grundlegenden Rechtsauffassungen, den unerlaubten Besitz, Kauf und Anbau der dem Übereinkommen unterstellten Stoffe zum vorsätzlichen Eigenkonsum unter Strafe zu stellen mit der Möglichkeit, gemäß Ziffer 4 lit. c und d erzieherischen und fürsorgerischen Maßnahmen den Vorrang zu gewähren“ (HUG-BEELI 1995, S. 148). Im „Art. 3 Abs. 2 der neuen Konvention heißt es: `Besitz, Kauf oder Anbau von Suchtstoffen oder psychotropen Stoffen für den persönlichen Gebrauch` sind von den Vertragsparteien, ´wenn absichtlich begangen, als strafbar zu definieren“ (BÖLLINGER et al. 1995, S. 178). HUG BEELI interpretiert diesen Abschnitt wie folgt: „Damit fordert das vorliegende Übereinkommen, im Gegensatz zum Einheits-Übereinkommen von 1961 und zum Psychotropen-Übereinkommen von 1971, die Bestrafung des Konsumenten für Handlungen, mit denen er seinen Konsum vorbereitet. Der Drogenkonsum selbst muß nicht bestraft werden, jedoch jedes Erlangen und Besitzen von Drogen, also Handlungen, die zwingend einem Konsum vorgehen müssen“ (HUG BEELI 1995, S. 148). BÖLLINGER et al. entgegnen dem damit, daß „den Vertragsparteien gleichzeitig zugestanden (wird), die Straftat gemäß ihren Verfassungsgrundsätzen und den Grundzügen ihrer Rechtsordnung zu definieren. Welche Form der Strafe also gewählt wird, bleibt den Unterzeichner-Ländern überlassen“ (1995, S. S.178). Sie sind jedoch auch der Meinung, daß in dem Wiener Abkommen von 1988 „der Trend zu einer gewollten Kriminalisierung (...) nicht zu übersehen“ (ebd.) ist.

5.2 Wertung der Abkommen

Was den Vorstoß anbelangt, den Handel und Konsum von Drogen international zu kontrollieren bzw. sogar zu verbieten, waren und sind die USA federführend. (HUG-BEELI 1995, S. 142). Aus welchen Bestrebungen heraus die USA diese Konferenzen und internationale Zusammenarbeit anregte, ist beim Vergleich der

¹³ [Single Convention On Narcotic Drugs](#)

Literatur nicht eindeutig ersichtlich. Die Meinungen reichen von 'Intervention beim Opiumißbrauch im Fernen Osten, speziell in China, um die Volksgesundheit der chinesischen Gesellschaft zu erhalten' und die daraus resultierende 'soziale und wirtschaftliche Gefahr für alle Staaten und die gesamte Menschheit abzuwenden' (HUG-BEELI 1995) über 'Eindämmung des nationalen Mißbrauchs von Opium und Morphinum durch weltweite Kontrolle des Handels mit den entsprechenden Stoffen' (MANN, BUCHKREMER 1996) bis zu 'ökonomische Konkurrenz, politische Konflikte' (GERLACH/ ENGEMANN 1995) und 'politische/ wirtschaftliche Interessen' (BEHR 1982).

Als Geschichtsfälschung beurteilen GERLACH/ENGEMANN die Aussagen von z. B. HUG-BEELI (s. o.) oder von ROLOFF „daß das Verbot aller heutigen illegaler Drogen auf Antrag von Ländern erfolgt, in denen die Volksgesundheit aufgrund des Konsums eben dieser Drogen in gefährlichster Weise untergraben und gestört war“ (zit. nach GERLACH/ ENGEMANN 1995, 10f). „Diese Behauptung trifft in derartiger Pauschalität weder auf die ersten Opiumabkommen noch auf nachfolgende internationale drogenpolitische Vereinbarungen zu“ (ebd., S. 11)

In der Literatur lassen sich Hinweise finden, die die Position von GERLACH/ ENGEMANN bekräftigen. So werten MANN/ BUCHKREMER die Bestrebungen der USA von Beginn an als „Ausdruck eines Großmachtdenkens“ (1996, S. 36). Deutlich wird dies, ihrer Meinung nach, in der Tatsache, daß aufgrund politischen Drucks der USA Paragraphen in den Versailler Friedensvertrag aufgenommen wurden, welche die Unterzeichnerparteien zur Unterzeichnung und Ratifizierung des ersten internationalen Opiumabkommens von 1912 zwangen (ebd.).

Auch Ausführungen von BEHR, lassen sich der These von GERLACH/ ENGEMANN zuordnen. Er beschreibt, daß Ägypten 1925 einen Antrag in den Völkerbund eingebracht hat, Cannabis in die Vertragswerke der zu kontrollierenden Rauschgifte aufzunehmen, obwohl der Völkerbund sich einig war, daß bei Cannabis eine Suchtgefahr oder gesundheitliche Schäden unbekannt seien. Die Abstimmung über diesen Antrag erfolgte am 19. Februar 1925. Es stimmten sieben Länder gegen die Aufnahme von Hanf in die Vertragswerke, angeführt von Indien, die dadurch ihren Handel mit Hanfartikel hätten schließen müssen. Zwei Länder enthielten sich der Stimme, beide Länder - Großbritannien und die Niederlande- besaßen noch Kolonien, die mit Hanfartikel handelten; neun Länder stimmten für den Antrag. Unter den Befürwortern war auch das Deutsche Reich, welches aber erst zustimmte, nachdem Ägypten Deutschland

zusicherte, daß es in den nächsten Jahren keine Importbeschränkung für den deutschen Bayer-Artikel Heroin verfügen würde (1982, S. 192).

Weiter beschreibt BEHR, daß in Deutschland das „Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Opiumgesetz)“ erst knapp fünf Jahre, am 10.12.1929, nach der Genfer Betäubungsmittelkonferenz im Jahre 1925 vom deutschen Reichstag erlassen wurde. Der Grund für die Verzögerung war ein starker Protest der IG Farben, die eine strengere Kontrolle von Opiaten als „eine Gefahr für die Gesundheit der Volkswirtschaft“ (Vossische Zeitung vom 26.1.1927 zit. nach BEHR 1982, S. 192) ansah. Das Gesetz wurde trotzdem verabschiedet, da der Völkerbund, mit Hinweis auf die Kreditwürdigkeit des deutschen Reiches forderte den Bayer-Artikel Heroin, den immer mehr Staaten verboten hatten, ebenfalls zu untersagen. Um die Kreditwürdigkeit nicht zu gefährden, setzte das deutsche Reich, welches stark von der Weltwirtschaftskrise betroffen war, mit der Verabschiedung des Gesetzes ein unmißverständliches Zeichen (ebd.).

GERLACH/ ENGEMANN führen einen weiteren Kritikpunkt gegenüber den internationalen Abkommen an: Sie seien nicht aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse zustande gekommen (1995, S. 10). Diese seien bei weiteren Entscheidungen auch nicht berücksichtigt worden, ergänzen CHRISTIE/ BRUUN (1991, S. 132f).

HUG-BEELI hält die internationale Zusammenarbeit und somit die Verankerung der Zusammenarbeit an internationalen Konventionen „für eine wirksame Bekämpfung des Mißbrauchs von Betäubungsmitteln“(1995, 148f).

RAUSCH zweifelt an der Effektivität internationaler Abkommen: „Alle bisherigen Konventionen waren einseitig auf die strafrechtliche Verfolgung des Drogenverkehrs ausgerichtet; die Drogenarbeit dagegen wurde bisher noch durch kein internationales Abkommen fundiert“(1995, S. 130).

HUG-BEELI wiederum faßt das Ziel der Abkommen mit der Reduzierung des Anbaus der Drogenpflanzen zusammen (1995, S.149) wobei RAUSCH eine gegenteilige Meinung vertritt. Er schlußfolgert „internationale Konventionen konnten den sich ausdehnenden Anbau illegaler Rauschmittel kaum einschränken und werden es auch in Zukunft nicht“ (1995, S. 131).

Ein weiterer streitiger Punkt in der Fachliteratur und auch in der gesamten, heutigen drogenpolitischen Diskussion ist, ob die internationalen Konventionen, vor allem die `Single Convention On Narcotic Drugs`, einen drogenpolitischen Weg zwingend vorgeben. Eine nähere Auseinandersetzung mit dieser Frage soll im dritten Teil dieser Arbeit folgen.

6. Nationale Drogenpolitik

In diesem Kapitel soll das Blickfeld von den internationalen Bestrebungen auf Auszüge der nationalen Entwicklungen und drogenpolitischen Realität der Bundesrepublik Deutschland gerichtet werden.

Beginnen möchte ich mit einem historischen Abriß, der die Zeit nach dem zweiten Weltkrieg bis heute behandeln soll. In dieser Abhandlung werden Elemente der nationalen Entwicklungen, die u. a. zu der heutigen bundesdeutschen Drogenpolitik geführt haben, aufgezeigt. Anschließend sollen dem Abriß entnommene (paradoxe) Entwicklungen, Gesetze und Bekämpfungspläne beleuchtet und detaillierter vorgestellt werden. Dem folgend sollen drogenpolitische Konzepte und Ansätze der deutsche Parteienlandschaft aufgelistet werden, wobei ich mich bei den Ausführungen ausschließlich auf politische Parteien beschränken möchte, die im deutschen Bundestag vertreten sind.

6.1 Entwicklung der heutigen Drogenpolitik ab 1945

Auch nach dem Zweiten Weltkrieg existierte, wie nach allen vorangegangenen Kriegen, eine große Anzahl von ehemaligen KriegsteilnehmerInnen, wie z. B. Soldaten, Medizinisches Personal, mit einer durch ärztliches Einwirken entstandene Opiatabhängigkeit. (GERLACH/ ENGEMANN 1995, S. 16f). Nach einem Polizeibericht aus dem Jahre 1948 waren „80% der Süchtigen der letzten Jahre durch Krankheit und Verwundung dem Rauschgift verfallen“ (zit. nach THAMM 1988, 138f). Diese Süchtigen verursachten allerdings keine unüberwindbaren Probleme. Durch ärztliche Abstinenzbehandlung oder Substitution auf Zeit, u. a. auch mit Methadon, wurden sie in der Gesellschaft gehalten (MANN/ BUCHKREMER 1996, S. 37). „Mitte der fünfziger Jahre waren ca. 5.500 OpiatgebraucherInnen in Deutschland bekannt, von denen die Mehrzahl jedoch nicht sozial auffällig wurde“ (GERLACH/ ENGEMANN 1995, S. 17).

GERLACH/ ENGEMANN beschreiben jedoch auch eine dieser Realität gegenläufige Entwicklung. So hat die einsetzende „Dramatisierung des Opiatgebrauches“ seit Mitte der 20er Jahre „Eingang in die wissenschaftliche und praktische Diskussion gefunden und ließ nach 1945 keine Entdramatisierung mehr zu“ (SCHEERER zit. nach GERLACH/ ENGEMANN 1995, S. 17). Sie nennen zwei Bereiche in denen die Dramatisierung sehr deutlich

wurde; zum einen den medizinischen, auf den ich im zweiten Teil dieser Arbeit eingehen möchte und den Sicherheitsapparat in Form der Polizei.

Eine 1955 stattgefundenene Tagung des Bundeskriminalamtes erhöhte in ihrer Debatte und späteren Ausführungz. B. das „Problem Rauschgift“ dramatisch. So führten sie aus, daß exzessiver Drogengebrauch „das Niveau der Persönlichkeit senkt, eine Reihe normaler Hemmungen des Menschen herabsetzt oder vollständig aufhebt, den Charakter nachteilig verändert, das Gemütsleben der Süchtigen abstumpft und sie als gleichgültig gegenüber allem werden läßt“ (ESCHENBACH 1956 zit. nach GERLACH/ENGEMANN 1996, S. 18). Auch in Fachpublikationen der 60er Jahre seien diese Ausführungen immer wieder bestätigt worden. GERLACH/ ENGEMANN bewerten diese übersteigerten Darstellungen als eine Legitimation der Sicherheitsbehörden, ihre polizeilichen Aufgabenbereiche im Drogenbereich auch weiterhin ausführen zu können. Sie implizieren einen Bedarf der Kontrolle und des Schutzes vor „dermaßen gestörte(n) Persönlichkeiten“, da sie „für kriminelle Aktivitäten prädestiniert“ (1996/ S. 18) seien.

Ab ca. 1965 begann eine neue Drogenwelle¹⁴ einzusetzen, „die erstmals mit anderen Substanzen begann (Amphetamine, Halluzinogene, Cannabis) und weitgehend verknüpft war mit kultureller Entwicklungen (neue Musikformen)“ (MANN/ BUCHKREMER 1996, S. 37). Als Begünstigungsfaktoren für die damalige Drogenwelle galten „steigende Auseinandersetzungen mit vorgegebenen gesellschaftlichen Normen, mit hierarchischen Strukturen, Suche nach alternativen Lebensformen, Ausweitung des (Jugend-) Tourismus ins Ausland, Auswirkung des Vietnamkrieges und damit verbunden die Zunahme des Drogenkonsums bei den in der Bundesrepublik stationierten amerikanischen Streitkräften“ (BÄUERLE et al. zit. nach GERLACH/ ENGEMANN 1995 S. 20). Des Weiteren seien auch ökonomische Aspekte hinsichtlich des rapiden Anstiegs des Drogenkonsums nicht außer Acht zu lassen, da durch hohe Gewinnspannen des Drogenhandels das illegale Drogengeschäft zunehmend professionalisiert wurde (ebd. S. 20)¹⁵.

Die Bundesregierung verschärfte 1971 das bis dahin geltende Opiumgesetz von 1929, welches in der revidierten Fassung aus den Jahren 1933 und 1934 gültig war. Der Name wurde in „Betäubungsmittelgesetz(BtMG)“ geändert. Ich möchte

¹⁴ Wird in der Literatur auch als dritte (nationale) Drogenwelle bezeichnet. Die erste Drogenwelle war in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts im Anschluß an den Krimkrieg und den deutsch-französischen Krieg, die zweite in den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts.

¹⁵ vgl. auch AMENDT 1986

das BtMG in einem diesem Kapitel untergegliederten Abschnitt explizit vorstellen.

Zusätzlich reagierte die damalige Bundesregierung mit „der Benennung von sog. Drogenbeauftragten und der Unterstützung von Studien im Bereich von Prävention, Information, Beratung und Epidemiologie“ (MANN/ BUCHKREMER 1996, S. 37). Ihr schnelles Handeln begründet sie damit, daß „die Dringlichkeit des Gesetzes durch einzelne Nachrichten und Pressemeldungen immer deutlicher in das allgemeine Bewußtsein traten“ (BEHR et al. zit. nach GERLACH/ ENGEMANN 1995, S. 21). Die Medien wiederum werden von GERLACH/ ENGEMANN ebenso als Begünstigungsfaktor für die einsetzende Drogenwelle gezählt, da sie „DrogengebraucherInnen völlig undifferenziert (...) als Süchtige und Kriminelle dargestellt, extremistischen Kreisen zugerechnet oder als amoralisch diffamiert. (...) Eine unsachgemäße, sensationslüsterne und Drogengebrauch dramatisch überhöhende und verteufelnde Berichterstattung setzte alle Drogen im Hinblick auf ihre Gefährlichkeit gleich (...). Für CannabisgebraucherInnen erschien diese Art der Berichterstattung und Aufklärung als völlig unglaubwürdig (...) Diese Entwicklung hatte zur Folge, daß selbst sachgerechte Informationen über die mit Opiatgebrauch verbundenen Risiken oftmals keinen Glauben mehr fanden und viele Jugendliche auf den Gebrauch von Heroin umstiegen“ (GERLACH/ ENGEMANN 1995, S. 20f).

Die Verschärfung der Gesetzeslage hatte die Zurückdrängung der Drogen aus der Gesellschaft zum Ziel. Das Gegenteil ist eingetroffen: 1979 stieg die Zahl der Heroinabhängigen auf ca. 40.000 an, die Zahl der Drogentoten hatte sich in neun Jahren, seit 1970 verzwanzigfacht. Im kriminellen Milieu, Haftanstalten auf der einen und in Jugendfreizeitbereichen und Schulen auf der anderen Seite hatte sich die Drogenszene ausgebreitet. (THAMM 1988, S. 215)

Am 28.Juli 1981 wurde daraufhin das BtMG novelliert und trat in seiner neuen Fassung als Gesetz zur Neuordnung des Betäubungsmittelrecht am 1.Januar 1982 in Kraft (SCHMIDT-SEMISCH 1990, S.21).

In den 80er Jahren begann in der Bundesrepublik auch eine Entwicklung die bis heute anhält. Die Politik einzelner Bundesländer begann sich von der Bundespolitik zu entfernen. Als Grund hierfür wird „die dramatische Anhäufung negativer Entwicklungen im Drogenbereich, wie die rapide Zunahme der HIV-Infektionsrate und AIDS-Erkrankungen bei intravenös applizierenden DrogengebraucherInnen, extrem steigende Mortalitätsquoten, progredierende

Verelendungstendenzen, eskalierende Drogenbeschaffungskriminalität.“ (GERLACH/ ENGEMANN 1996, S. 34) gesehen.

1987 startete Nordrhein-Westfalen als erstes Bundesland einen Opiatsubstitutions Modellversuch - in Form der sog. Methadonsubstitution - als alternative zu den bisherigen Therapiestrategien.

Der Substitution schlossen sich in rascher Folge weitere Bundesländer - Hamburg, Saarland, Berlin und Hessen mit Frankfurt - an. „Die jahrzehntelange starre Weigerung der deutschen Ärzteschaft, im Rahmen einer Behandlung Drogenabhängiger Ersatzdrogen zu verschreiben, der sich auch die Bundesregierung und auf Abstinenztherapie fixierte Fachkreise angeschlossen hatten, ist in den letzten Jahren aufgeweicht worden“, schreiben BÖLLINGER et al. (1995, S. 119).

Am 9. September 1992 wurde die rechtliche Zulässigkeit von Substitutionsbehandlungen durch Änderung des BtMG vom Gesetzgeber anerkannt. Des Weiteren wurde bei dieser Novellierung in „§29 klargestellt, daß die Ausgabe von sterilen Einwegspritzen an Süchtige legal ist“ (HOFFMANN 1998, S. 28). Das Gesetz trat am 15. September 1992 in Kraft. (GERLACH/ ENGEMANN 1995, S. 35f).

Zwei Jahre zuvor hat die Bundesregierung jedoch ihren drogenpolitischen Kurs noch einmal bekräftigt. Gegensätzlich zu der Entwicklung auf der Länderebene, konzentrierte sich der Bund auf die Verstärkung der Repressionsebene, festgelegt durch den Anschluß an die Strategie `War On Drugs`. (MANN/ BUCHKREMER 1996, S. 38) Dokumentiert wurde diese Strategie durch die Verabschiedung am 13. Juni 1990 des `Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan`, der „seitdem als Manifest der offiziellen Drogenpolitik gelten kann“ (HARTWIG/ PIES 1995, S. 51). Im Bekämpfungsplan heißt es u. a., „ der nationale Rauschgiftbekämpfungsplan hat das Ziel, alle für die Rauschgiftbekämpfung verfügbaren Kräfte zusammenzufassen, auf gemeinsam festgelegte Ziele auszurichten und zusätzlich Ressourcen zur Rauschgiftbekämpfung zu erschließen“ (BMG/ BMI 1990, S. 11). Die erwähnten gemeinsam festgelegten (drogenpolitischen) Ziele lassen auf einen Konsens schließen, der allerdings „von offizieller Seite schlicht vorausgesetzt“ (HARTWIG/ PIES 1995, S. 51) wurde. Daß es diesen Konsens so nicht gegeben hat kann anhand von 7 „spektakulären Entscheidungen in Justiz und Politik“ (ebd., S. 49) aufgezeigt werden, die allesamt eine Lockerung der Gesetzeslage

erreichen wollten (vgl. QUENSEL et al. 1995, S. 34) und die drogenpolitische Diskussion beeinflusst und verändert haben:

1. Das von der Stadt Frankfurt am Main 1990 initiierte Städtenetzwerk 'European Cities on Drug Policy (ECDP)' hält „jährliche Städtekongresse ab, auf denen internationale Erfahrungen über (alternative) Strategien kommunaler Drogenpolitik ausgetauscht werden“ (HARTWIG/ PIES 1995, S. 49). Die Kooperation erfolgt aufgrund der 1990 von der ECDP verabschiedeten sog. 'Frankfurter Resolution'. In der Resolution heißt es u. a.: „A drug policy which attempts to combat drug addiction solely by criminal law and compulsion to abstinence and which makes motivation for abstinence the prerequisite for state aid has failed (...) Drug Problems are not derived solely from the pharmacological properties of drugs, but are primarily due to the illegality of drug consumption “ (ECDP, 1990). Sie fordern „nationale und internationale Drogenpolitik verstärkt auf Hilfsmaßnahmen zur Schadensbegrenzung umzustellen“ (HARTWIG/ PIES 1995, S. 49). Die Resolution wurde mittlerweile - Stand Dezember 1998 - von 31 Städten unterzeichnet.¹⁶ Die ECDP „gewinnt zunehmend an drogenpolitischer Gewichtung“ (GERLACH/ ENGEMANN 1995, S. 39).
2. Am 17. Dezember 1991 hat die arbeitende Strafkammer des Landgerichtes Lübeck unter Vorsitz des Richters WOLFGANG NESKOVIC ein Berufungsverfahren ausgesetzt, „in dem eine Frau angeklagt war, bei einem Gefängnisbesuch ihrem Mann eine Dosis Haschisch zugesteckt zu haben“ (HARTWIG/ PIES 1995, S. 49). Das LG hielt in seiner Entscheidung die Weitergabe des Haschischs aus mind. drei Gründen für verfassungswidrig:
 - Gegen den Gleichheitsgrundsatz, verankert im GG Art. 3 Abs. 1, werde verstoßen, wenn in den Anlagen zum BtMG Cannabisprodukte, als relativ ungefährliche Drogen, aufgeführt und der Umgang mit Cannabisprodukten illegal ist; Alkohol und Nikotin, als relativ gefährliche Drogen, wiederum nicht aufgeführt werden und der Umgang mit diesen Drogen legal ist.
 - Mit dem Verbot des Eigenkonsums liege ein Verstoß gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit der Mittel vor.
 - Zu den allgemeinen Persönlichkeitsrechten gehöre auch ein „Recht auf Rausch“, welches durch die Gesetzeslage verletzt sei. (HARTWIG/ PIES 1995, S. 49f; HUG-BEELI 1995, S. 82ff)

Mit Beschluß vom 9. März 1994 hat das BVerfG über diesen und fünf weitere Vorlagebeschlüsse verschiedener Strafgerichte entschieden. Das BVerfG hat in

¹⁶ Bisher haben die deutschen Städte Dortmund, Frankfurt a. M., Hamburg, Hannover, Karlsruhe haben die 'Frankfurter Resolution' unterzeichnet.

seinem sog. Cannabisbeschuß die Argumentation vom LG Lübeck nicht geteilt und das BtMG als nicht verfassungswidrig eingestuft.¹⁷

3. Auf der Grundlage der Ergebnisse einer ExpertInnenkommission des hessischen Justizministeriums beantragte das Bundesland Hessen in unmittelbarer Reaktion auf den Entscheid des LG Lübeck vom 17.12.1991 beim Bundesrat, „daß der Umgang mit Cannabisprodukten straflos gestellt und einem Bundesmonopol übertragen wird. Der Umgang mit Betäubungsmitteln außerhalb der erlaubten Abgabe bzw. des Monopols bleibt strafbar“ (Drs. 582/92 des Bundesrates zit. nach QUENSEL et al. 1995, 34f)
4. Im Mai 1992 hat die Freie und Hansestadt Hamburg einen Gesetzesänderungsantrag zum BtMG eingebracht, um in einem Modellversuch derzeit nicht verkehrs- und verschreibungsfähige Betäubungsmittel (insbesondere Heroin) „unter ärztlicher und behördlicher Kontrolle an Schwerstabhängige vergeben“ (HARTWIG/ PIES 1995, S. 50) zu können. Der Antrag ist vom Bundesrat 1993 verabschiedet und 1995 im 13. Deutschen Bundestag in den Gesundheitsausschuß überwiesen worden. Mit einer Entscheidung ist allerdings erst in der 14. Wahlperiode zu rechnen. (HOFFMANN 1998, S. 29)
5. Das Bundesland Rheinland-Pfalz beantragte am 20.1.1993 beim Bundesrat, „den Umgang mit kleineren Mengen - 20 Gramm Haschisch, 100 Gramm Marihuana - nur als Ordnungswidrigkeit mit einer Geldbuße bis zu DM 5.000,-- zu behandeln, bei der die Verwaltungsbehörden nach eigenem Ermessen zuständig wären“ (QUENSEL et al. 1995, S. 35)
6. Das Dezernat 'Frauen und Gesundheit' der Stadt Frankfurt am Main stellte am 11.2.1993 den Antrag, beim damaligen Bundesgesundheitsamt „ein wissenschaftliches Forschungsprojekt durchzuführen, in dem untersucht werden soll, ob es Formen einer medizinisch behandlungsbedürftigen Opiatabhängigkeit gibt, bei denen eine medizinische Indikation zur Verabreichung von Heroin festgestellt werden kann“ (HARTWIG/ PIES 1995, S. 50). Im Januar 1994 wurde der Antrag abgelehnt, worauf das Dezernat vor dem Berliner Verwaltungsgericht gegen diese Entscheidung Klage erhoben hat. Das VerwG urteilte am 27.6.1996, „daß die Entscheidung des ehemaligen Bundesgesundheitsamtes nicht rechtmäßig sei“ (HOFFMANN 1998, S. 29).
7. Am 17/18.11.1994 beauftragte die Konferenz der Gesundheitsminister und Gesundheitssenatoren¹⁸ in einer „Initiative zur Trennung der Märkte weicher und harter Drogen“ das Land Schleswig Holstein „unverzüglich die tatsächlichen und rechtlichen Voraussetzungen für die Möglichkeit von einzelnen Projekten,

¹⁷ Für eine intensivere Auseinandersetzung mit den Gerichtsentscheidungen siehe HUG-BEELI 1995; BÖLLINGER et al.

¹⁸ mit nur einer Gegenstimme des Bundeslandes Bayern

Maßnahmen oder Modellversuchen beim regelnden Eingriff in den illegalen Cannabismarkt zu prüfen“ (Materialien V zit. nach QUENSEL et al. 1995, S. 35)

Einen weiteren Grund für die Veränderung der drogenpolitischen Diskussion sehen GERLACH/ ENGEMANN in dem „Aufkommen und Erstarren von Selbsthilfegruppen (Junkiebinden) und Selbsthilfe-Netzwerken (JES - Junkies, Ex-User und Substituierte)“ (1995, S. 39).

QUENSEL et al. weisen in ihrem Gutachten zur Cannabissituation in der Bundesrepublik Deutschland auch darauf hin, „daß die bundesdeutsche Drogenpolitik nur zu einem geringen Teil bundeseinheitlich ausgestaltet ist“ (1995, S. 4). Zwar biete das BtMG einen bundeseinheitlichen Rahmen, jedoch ist die Realisierung dieser Politik, entsprechend dem föderalen Prinzip, weiterhin die Sache der Bundesländer, die ihrerseits auf dem sozialen Sektor dem Prinzip kommunaler Selbständigkeit folgen. „Hier lassen sich erhebliche Unterschiede feststellen. So stehen den (...) drogenpolitisch relativ liberalen norddeutschen Bundesländern auf der einen Seite die beiden eher konservativ ausgerichteten (CDU/CSU-regierten) süddeutschen Länder, Baden-Württemberg und Bayern, und auf der anderen Seite die vom illegalen Drogenkonsum bisher sehr wenig betroffenen ostdeutschen Neuen Bundesländer gegenüber“ (ebd.).¹⁹ 1998 wurde das BtMG erneut novelliert. Die Änderung erfolgte dahingehend, „daß L-Polamidon und Methadon auch bei der Behandlung der Opiatabhängigkeit und zur Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes eingesetzt werden dürfen“ (REIM 1998, S. 20). Allerdings wurde bei der Vergabe von Kodein eine Einschränkung vorgenommen, so daß die Abgabe nur noch gegen Vorlage eines speziellen Betäubungsmittelrezeptes erfolgen kann.

6.1.1 BtMG

Das BtMG ist seit 1971 die Grundlage zum juristischen Umgang mit Betäubungsmitteln.

HECKMANN beurteilt, „daß das Gesetz (...) im wesentlichen ein Produkt der Angst“ war, das „humanitäre Gesichtspunkte“ (zit. nach GERLACH/ ENGEMANN 1995, S. 22) ausblendet. GERLACH/ ENGEMANN sind der Meinung, daß die Gesetzesbestimmungen in erster Linie, gegensätzlich den Beteuerungen der

¹⁹ Besonders deutlich wird dieser Unterschied in dem Streit um die vom BVerfG verlangte einheitliche Festlegung der sog. „geingigen Menge“ bei der die Staatsanwaltschaft Konsumdelikte grundsätzlich einstellen soll. Die SPD regierten Länder gehen grundsätzlich von einer

damaligen Regierung, nicht gegen die DrogenhändlerInnen, sondern auf die Bestrafung der KonsumentInnen abzielt (ebd.).

Die wesentlichen Änderungen und Zusatzverordnungen, die im Vergleich zu dem bis dahin gültigen Opium-Gesetz in Kraft getreten sind, fassen sie in drei Punkten zusammen:

- „Gleichstellung des Gefährlichkeitspotentials aller illegaler Drogen und Erhebung des Besitzes zur Straftat.
- Anhebung der Höchststrafe bei Vergehen gegen das BtMG von drei auf zehn Jahre.
- Einschränkung des Postgeheimnisses und des Grundrechtes auf Unverletzlichkeit der Wohnung bei Verdacht auf Drogendelikte“ (ebd.).

Die wesentlichen Änderungen, die mit der Novellierung des BtMG im Jahre 1981 eingetreten sind, fassen GERLACH/ ENGEMANN wiederum in drei Punkten zusammen:

- „Die Höchststrafe für Vergehen gegen das Gesetz wurde von 10 auf 15 Jahre heraufgesetzt,
- unter dem Motto ‘Therapie statt Strafe` wurden die sogenannten Therapieparagrafen (§35-38 BtMG) eingeführt, und
- es wurde mit Paragraph 31 die sogenannte ‘Kronzeugenregelung` gültig“ (ebd. S. 30).

Das BtMG besteht aus acht Abschnitten. Für diese Arbeit relevant sind:

- Der erste Abschnitt:

- Umfaßt die §§1 und 2; enthält Begriffsbestimmungen und gliedert alle Betäubungsmittel die mit diesem Gesetz erfaßt werden in drei Listen (Liste I „nicht verkehrsfähige Betäubungsmittel“, Liste II „verkehrsfähige, aber nicht verschreibungsfähige Betäubungsmittel“, Liste III „verkehrs-fähige und verschreibungsfähige Betäubungsmittel“) ;

- Der sechste Abschnitt:

- enthält die §§ 29 bis 34 in denen die Ordnungswidrigkeiten und Straftaten benannt werden; „§ 29 bezeichnet den Grundtatbestand, der praktisch jeden Kontakt zu den in den Anlagen bezeichneten Betäubungsmitteln unter Strafe stellt: Handel, Erwerb, Überlassung, Herstellung, Besitz, Bereitstellen von Geldmitteln zum Erwerb, Werbung, öffentliche Bekanntgabe von Gelegenheiten zum unbefugten Erwerb“ (SCHMIDT-SEMISCH 1990, S. 22). Im § 29 Abs. 5 werden reinen Eigenverbrauchern eine Sonderstellung eingeräumt. Denn das Gericht kann von einer Bestrafung absehen, „wenn der

Täter die Betäubungsmittel lediglich zum Eigenverbrauch in geringer Menge anbaut, herstellt, einführt, ausführt, erwirbt, sich in sonstiger Weise verschafft oder besitzt“ (vgl. ebd.). Die geringe Menge wird im gesamten BtMG nicht definiert;

- Der siebente Abschnitt:

- enthält die bereits genannten ‘Therapieparagrafen’. „Hier wird dem Abhängigen, der eine Strafe von höchstens zwei Jahren zu erwarten oder erhalten hat, die Möglichkeit eingeräumt, den Aufenthalt in einem Gefängnis oder einer Entziehungsanstalt des Maßregelvollzugs zu vermeiden, indem er nachweist, daß er sich in einer seiner Rehabilitation dienenden Behandlung befindet oder zusagt, sich einer solchen zu unterziehen, und deren Beginn gewährleistet ist“ (ebd. S.23) KOWALSKY bezeichnet die Paragraphen als „Mogelpackung“ (zit. nach GERLACH/ ENGEMANN 1995, S. 30), „da den betroffenen DrogengebraucherInnen nur die Wahl zwischen Strafe oder stationäre Therapie zugestanden wird. Der erzwungene Therapieantritt wurde dadurch zur Regel. Freiwilligkeit und Vertrauen als Grundlage einer Behandlung wurden somit weitgehend ausgehöhlt“ (ebd.)

Das BtMG ist das Instrument mit dem der sog. generalpräventive Ansatz des Gesetzgebers, der vom GAJB auch als drogenpolitisches Ziel gewertet wird (vgl. 1997, S. 9), umgesetzt werden soll, „d. h. durch intensive Verfolgung und Verurteilung von Verstößen gegen das BtMG sollen potentielle Konsumenten vom Gebrauch bestimmter Drogen abgehalten werden“ (HOFFMANN 1998, S. 27, vgl. auch BÖLLINGER et al. 1995, S 31). „Die Doppelmoral eines staatlichen Konsumverbots gewisser Drogen und des Konsumgebots anderer Drogen macht die Fürsorgepflicht des Staates jedoch unglaublich und führt zur ‘Zwei-Klassen-Sucht-Gesellschaft`“ (RAUSCH 1995, S. 57; vgl. auch THAMM 1989, S. 376).

6.1.2 Nationaler Rauschgiftbekämpfungsplan

Der am 13 Juni 1990 verabschiedete Nationale Rauschgiftbekämpfungsplan manifestiert in eindeutiger Sprache die drogenpolitische Position der damaligen Bundesregierung.

Der Bekämpfungsplan fordert, , daß „alle präventiven Maßnahmen (...)

- Totale Abstinenz im Hinblick auf illegale Drogen
- Selbstkontrollierter Umgang mit ‘legalen Suchtmitteln` (z. B. Alkohol, Tabakerzeugnisse) mit dem Ziel weitgehender Abstinenz

- Bestimmungsgemäßer Gebrauch von Medikamenten“ (BMG/ BMI 1990, S. 17)

in ihren Leitlinien vermitteln müssen.

BÖLLINGER et al. beurteilen dies als Doppelbödigkeit und Doppelmoral der Drogenpolitik, da, wie sie weiter ausführen, „die Möglichkeit eines kontrollierten Umgangs mit Drogen (..) nämlich völlig unabhängig von ihrem Rechtsstatus“ (1995, S. 91) ist.

Im gesamten Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan spiegelt sich das sog. „Drei-Säulen-Modell, welches die drei „Eckpfeiler“ der Drogenpolitik charakterisiert.

Die Drogenpolitik basiert auf den drei Säulen:

- Prävention
- Therapie
- Repression

Der Bekämpfungsplan betont weiterhin, daß „Drogenabhängigkeit“ „prozeßhaft“ sei und daß „Drogenabhängige Kranke (seien), die nicht ohne weiteres allein und nur durch ´eisernen Willen` aus ihrer Krankheit aussteigen können“ (BMG/ BMI 1990, S. 23). Da der Bekämpfungsplan in regelmäßigen Abständen auf Aktualität und Wirksamkeit überprüft werden soll (ebd. S.11), müßte dieser Abschnitt im Bekämpfungsplan revidiert werden. Wissenschaftlich konnte nachgewiesen werden, daß Drogenabhängigkeit nicht prozeßhaft verläuft und daß ein Ausstieg aus der Sucht ohne therapeutische Hilfe in der Realität existiert.²⁰

6.1.3 Substitution

Die methadongestützte Substitution ist jahrzehntelang „kontrovers, z. T. glaubenskriegartig diskutiert worden“ (BÖLLINGER et al. 1995, S. 119). Grund hierfür sehen HARTWIG/ PIES darin, daß „die methadongestützte Substitution faktisch einer Abkehr vom dominierenden Abstinenzparadigma nahe kommt, weil hier der Konsum einer Droge durch den einer anderen ersetzt wird“ (1995, S. 49) TÄSCHNER (1994), ein Mitglied des nationalen Drogenrates der damaligen Bundesregierung, bestritt z. B. die zu der Zeit national und international bereits wissenschaftlich nach-gewiesene HIV-präventative, mortalitäts- und kriminalitätsreduzierende Wirkung von Methadonprogrammen. (GERLACH/ ENGEMANN 1995, S. 37).

²⁰ vgl. hierzu HOFFMANN 1998; BÖLLINGER et al.; WEBER/ SCHNEIDER 1992

1990 revidierte die Bundesärztekammer ihre Stellungnahme zur Substitution mit Opiaten, welches den Erlaß der ´Richtlinien für Neue Untersuchungs- und Behandlungsrichtlinien zur Methadon-Substitutionsbehandlung` (NUB-Richtlinien) zur Folge hatte (Mann/ BUCHKREMER 1996, S.37f). Die Richtlinien wurden am 2.7.1991 beschlossen und „regeln die Belange zwischen Vertragsarzt und Krankenkasse“ (GÖLZ in KLEE/ STÖVER 1994, S.91).

„Im internationalen Vergleich sind die bundesdeutschen Methadonprogramme besonders hochschwellig, strikt limitiert und bis heute sehr umstritten“ (HARTWIG/ PIES 1995, S. 45), denn Drogenabhängigkeit allein war keine Indikation zur Methadonsubstitution zu Lasten der Krankenkasse. Hierfür mußten zusätzliche Erkrankungen vorliegen, die unter Punkt 2.2. und 2.3 der NUB Richtlinien aufgelistet werden. (ebd., S.91f) BÖLLINGER et al. werten die NUB-Richtlinien folgendermaßen: „Die NUB-Richtlinien beschränken massiv die Durchführung von Substitutionsbehandlungen und generell die Therapiefreiheit des Arztes. (...) Die Einführung der NUB-Richtlinien ist insofern bedauerlich, als sich gerade regionale Strukturen (in B, HH, HB) für ein erleichterte, weil den Bedürfnissen verfolgter, sozial und gesundheitlich verelendeter Drogengebraucher entsprechende Durchführung von Substitutionsbehandlungen entwickelt haben. Dort wo bislang keine Infrastrukturen für eine Substitutionsbehandlung vorhanden waren (in mehreren südlichen Bundesländern) können die NUB-Richtlinien einen Fortschritt einleiten. Alles in allem stellt jedoch der Indikationsbereich der NUB-Richtlinien eine Reduktion des möglichen Einsatzes von Methadon dar“ (1995, S.124).

6.2 Drogenpolitische Konzepte und Ansätze in der deutschen Parteienlandschaft

Die Auseinandersetzung über die beste Strategie im Umgang mit Drogen ist in Deutschland zu einer parteipolitischen Angelegenheit geworden, wie MANN/ BUCHKREMER (1996 S. 38) feststellen. Das Thema Drogen hat Eingang in fast jedes Parteiprogramm gefunden, und die einzelnen Parteien haben eigene Konzepte erarbeitet, wie ihrer Meinung nach das sogenannte „Drogen-problem“ gelöst werden sollte.

Im folgenden möchte ich einen kurzen Überblick über die Konzepte der Bundestagsparteien geben:

6.2.1 SPD

Die SPD scheint in der Drogenpolitik momentan eine Wandlung durchzunehmen. Bis zur Bundestagswahl am 27. September 1998 hatte die SPD im deutschen Bundestag die Rolle einer Oppositionspartei, im Bundesrat jedoch die Mehrheit. In dieser Zeit kritisierte die SPD die Drogenpolitik der damaligen CDU/CSU/F.D.P.-Regierung hart, erklärte sie für gescheitert (DBT 1996, 13/6534, S. 3) und befürwortete eine „grundsätzliche Neuorientierung“ (SPD zit. nach QUENSEL et al. S. 30) Die SPD trat z. B. 1993 auf dem Wiesbadener Parteitag dafür ein, daß die Bedingungen für eine „legale Abgabe von Cannabisprodukten zum Eigenverbrauch“ (TAZ, 25.9.1998) geschaffen werden müßten. Auch die als liberal gewertete (QUENSEL et al. 1995) Drogenpolitik der SPD-regierten Bundesländer kann als repräsentativ für das drogenpolitische Konzept der SPD gewertet werden. Diese Politik orientiert sich „an der Akzeptanz des Drogenkonsums als gesellschaftliche Realität und an der harm-reduction“²¹ (QUENSEL et al. 1995, S.30).

1992 brachte die SPD-Bundestagsfraktion erstmals einen Änderungsantrag zur Reform des BtMG ein, der „u. a. auf materiell-rechtlicher Ebene den Besitz und Erwerb illegaler Drogen zum Eigengebrauch straflos stellen sollte“ (ebd.).

Die Wandlung der SPD-Position, begann vor dem Wahlkampf zu den Bundestagswahlen 1998, so schreibt die TAZ: „Die Sozialdemokraten schweigen im Wahlkampf lieber zu dem prekären Thema“ (TAZ, 25.9.1998). Meinungen, die die SPD in der letzten Legislaturperiode eingenommen hatte werden dementiert, wie u. a. vom drogenpolitischen Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion Johannes SINGER: „Die gängige Verharmlosung von Cannabis als weicher Droge ist irreführend und angesichts der pharmakologischen und medizinischen Wirkungen verantwortungslos“ (zit nach TAZ, 5.9.1998).

Das heutige drogenpolitische Konzept der SPD ist nicht eindeutig definierbar. Ihre Position, die sie als Oppositionspartei eingenommen hatte, scheint sich in ihrer jetzigen Rolle als Regierungspartei geändert zu haben. SPD PolitikerInnen betonten z. B. bei der Koalitionsgesprächen eindeutig, daß es eine Freigabe weicher Drogen nicht geben werde (DIE WELT, 15.10.1998, S. 2) und daß die

²¹ harm reduction - Bezeichnung für schadensbegrenzende Maßnahmen in der Drogenhilfe. Der englische Begriff wird auch durch die deutschen Begriffe „Überlebenshilfe“ und „Schadensbegrenzung“ belegt und verweist insgesamt auf ein Konzept der Leidensminimierung. (vgl. hierzu insbesondere WEBER/ FISCHER 1996)

drogenpolitischen Vorstellungen ihres Koalitionspartner BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zum Teil völlig unrealistisch seien (SZ 15.10.1998).

Genauere Aussagen kann ich leider nicht treffen, da mir die SPD Bundeszentrale und auch das SPD Bürgerbüro Merseburg trotz mehrfacher Bitte keine Materialien zur Verfügung gestellt hat. Die SPD ist die einzige Partei, die sich im Rahmen meiner Recherchen zu dieser Arbeit, wie ich meine, schlichtweg geweigert hat, mir drogenpolitische Materialien zu überlassen. Trotz mehrfachen brieflichen und auch persönlichen Kontaktes, habe ich auf Fragen nach dem Ausbleiben der Materialien von der SPD keine Antwort erhalten.

6.2.2 BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN treten „für eine Wende in der Drogenpolitik“ (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 1998, S. 127) ein. Sie sehen die Drogenpolitik der CDU/CSU/F.D.P.-Regierung als gescheitert an und fordern, daß das BtMG dahingehend reformiert werden muß, das „Prävention und der gesundheitliche Schutz (..) statt der Strafandrohung in den Mittelpunkt gestellt werden“ (ebd.) müssen. Um diese Forderung zu realisieren, haben BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in der letzten Legislaturperiode einen „Gesetzentwurf zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes -Rückzugsräume“ (DBT, Drs 13/3017, 1995), einen Antrag auf „Humanisierung der Drogenpolitik - Heroinverschreibung“ (DBT, Drs. 13/3671, 1996) und einen weiteren Antrag auf „Humanisierung der Drogenpolitik - Legalisierung von Cannabis“ (DBT; Drs. 13/4480, 1996) in den Bundestag eingebracht.

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN fordern eine „Legalisierung bestimmter Drogen wie Haschisch nach ähnlichen gesetzlichen Schutzvorschriften wie Alkohol“ (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 1998, S. 127). Ecstasy und ähnliche Stoffe, auch unter dem Begriff Partydrogen zusammengefaßt, sollen „nicht mehr als harte Drogen eingeordnet, sondern in kleinen Mengen zum Eigenverbrauch bundeseinheitlich straffrei gestellt werden“ (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 1996, S. 12). Die Drogenabgabe von Haschisch und Alkohol an Kinder und Jugendliche bis zum 16. Lebensjahr soll verboten bleiben. „Kinder und Jugendliche müssen vor dem Zugriff auf Drogen geschützt werden“ (ebd., S.13). Aus diesem Grund fordern BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN auch eine Einschränkung der Werbung (1998, 127) aller legalen Drogen, wo 1996 noch „absolutes Werbeverbot“ (BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN 1996, S. 13) gefordert wurde. Um KonsumentInnen zu schützen, verlangen sie eine gezielte, vorurteilsfreie

Aufklärungsarbeit „über die Gefahren und Risiken von Drogen durch qualifiziertes Personal oder Selbsthilfegruppen“ (ebd.).

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN treten für eine staatlich kontrollierte Originalstoffabgabe ein.

6.2.3 CDU/CSU

Das Hauptziel ihrer Drogenpolitik sieht die CDU und ihre bayrische Schwesterpartei CSU in einem abstinenten, sprich drogen- und suchtfreien Leben (CDU 1998, S. 7). Die Drogenpolitik der CDU/ CSU läuft konform mit der offiziellen Drogenpolitik der ehemaligen Bundesregierung (1982-1998). Die CDU/ CSU versteht Drogenpolitik vor allem als ein kriminalpolitisches Problem, „das durch Angebotsreduzierung über verstärkten Einsatz von Ermittlungsbehörden eingegrenzt werden kann“ (QUENSEL et al. 1995, S. 30). Auffallend ist auch die Verknüpfung der Drogenpolitik mit der Ausländerpolitik und den Forderungen, daß u. a. „Drogendelikte von Ausländern regelmäßig zur Ausweisung und Abschiebung der Straftäter“ (CDU 1997, S.13) führen sollten, wobei diese Delikte nicht genauer definiert werden.

Die CDU/CSU spricht sich für eine Verbesserung der therapeutischen Angebote aus, die alle „ein gemeinsames Ziel haben (müßten): Hilfe auf dem Weg aus der Sucht“ (CDU 1997, S.7). Aus diesem Grund lehnen sie die Einrichtung sog. „Fixerstuben“ ab, da sie als suchterlängerndes Angebot angesehen werden. Der Bereich der `harm reduction` wird als „gefährliche Spirale“ angesehen, deren Konsequenz „eine bloße Schadens-Begleitung mit immer größerem Aufwand“ (ebd.) sei. Die CDU/ CSU spricht sich „gegen die Abgabe von Heroin an Schwerstabhängige aus“ (CDU 1998, S. 7).

In Einzelfallabwägungen hält die CDU/ CSU sog. Zwangstherapien „für eine bedenkenswerte Alternative im Therapieangebot (ebd., S. 9). Bei dieser Methode sollen „Schwerstabhängige auch gegen ihren Willen für mehrere Monate festgehalten werden, um sie zur Therapie zu motivieren“ (AMENDT, 1998).

Eine Legalisierung illegaler Drogen lehnen CDU/ CSU pauschal ab, da die Liberalisierung von Drogen „das Ziel der Drogenabstinenz“ (1997, S. 8) aufgabe.

Drogenpolitisch hält sie an dem generalpräventiven Anspruch und dem Drei-Säulen-Modell des Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan fest.

6.2.4 F.D.P.

Die F.D.P. war als Koalitionspartei der letzten Bundesregierung von 1982 bis 1998 in die Drogenpolitik eingebunden. Trotzdem fordert die F.D.P. „ein Umdenken in der Drogenpolitik“ (1998, S. 48). Sie ist der Meinung, daß „Sucht sich nicht wirksam mit Kriminalisierung und Repression bekämpfen“ (ebd., S. 49) läßt. Die F.D.P. fordert daher:

- „langfristige, bundesweite Umsetzung umfassender Präventionsstrategien, (...)“
- den bedarfsgerechten Ausbau eines differenzierten Therapieangebotes, das einen umgehenden Therapiebeginn gewährleistet,
- eine Verbesserung der Grundlagen- und angewandten Forschung,
- die Weiterentwicklung von Substitutionsprogrammen, sowie die kontrollierte Abgabe von Heroin an Schwerstabhängige (...),
- die Einrichtung betreuter Fixerräume,
- die Verbesserung der Bekämpfung der organisierten Drogenkriminalität (...),
- eine einheitliche Praxis der Bundesländer für den straffreien Besitz geringer Mengen Haschisch für den eigenen Konsum, (...),
- das generelle Verbot des Verkaufs weicher Drogen z. B. in Apotheken“ (ebd., S. 49).

6.2.5 PDS

Die drogenpolitische Position und Forderungen der PDS sind vergleichbar mit denen der Bündnisgrünen (vgl. TAZ, 25.9.1998), allerdings verknüpft die PDS die Drogenpolitik stark mit der allgemeinen Jugend-, Freizeit- und Arbeitspolitik. Die PDS fordert eine Umkehr in der Drogenpolitik, wie auch in den anderen genannten Bereichen (vgl. GAK 1998, S. 11). Des Weiteren fordert sie:

- Niedrigschwellige Hilfsangebote für Drogenabhängige wie z. B. Gesundheitsräume, Spritzenabgabe in Gefängnissen
- Verschiedene Substitutionsangebote für Schwerstabhängige im Rahmen medizinisch-therapeutischer Programme
- Soziale Hilfsangebote (z. B. Wohnprojekte, Ausbildungs- und Arbeitsplatzangebote) für Drogenabhängige
- Einführung einer Unterrichtseinheit Rauschkunde an den Schulen
- Regelfinanzierung von Projekten der offenen Drogenarbeit mit besonderem Schwerpunkt der Aufklärung und Präventionsarbeit
- Drugcheckingprogramme
- die völlige Entkriminalisierung aller DrogengebraucherInnen

- Freigabe von Cannabis unter Maßgabe des Jugendschutz-, Lebensmittel- und Arzneimittelgesetzes

In einem Entschließungsantrag vom 12.5.1995 verlangt die PDS Bundestagsgruppe gemäß ihren drogenpolitischen Forderungen die „Entkriminalisierung des Gebrauchs bislang illegaler Rauschmittel, Legalisierung von Cannabisprodukten, kontrollierte Abgabe sogenannter harter Drogen“ (PDS 1998, S.2).

6.2.6 Wertung

Obwohl die drogenpolitischen Ansätze, Konzepte und Forderungen der einzelnen Parteien z. T. sehr unterschiedlich sind, sind sie für eine vertiefende Drogendiskussion vielfach unergiebig (HUG-BEELI 1995, S. 67). Die Forderungen sind meist zu vage formuliert und lassen eine Umsetzung auf die realpolitische Ebene missen.

Des Weiteren werden Begriffe oft nicht eindeutig definiert, wie z. B. bei der F.D.P., die sich für den straffreien Besitz geringer Mengen Haschisch für den eigenen Konsum einsetzt, allerdings versäumt, den Begriff „geringe Menge“ zu definieren. BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN fordern eine Freigabe von Haschisch ohne allerdings zu benennen, wie diese Freigabe/ Legalisierung in der Realität auszusehen hat. Weiterhin fordert z. B. die PDS soziale Hilfsangebote, Regelfinanzierung von Projekten und eine Umkehr in der Jugend- und Arbeitspolitik; allerdings wird an keiner Stelle ihrer Ausführungen erwähnt, wie sie diese Vorhaben finanzieren wollen, wer sie durchführen soll etc..

Die Forderungen erscheinen wie Lippenbekenntnisse ohne nötiges Konzept. Ein Satz wie „Kinder und Jugendliche müssen vor dem Zugriff auf Drogen geschützt werden“ (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 1996, S. 13) wirkt inhaltslos, wenn nicht die Erklärung beigefügt wird, wie denn diese Jugendschutzmaßnahmen auszusehen haben. Alle diese, meiner Meinung nach, gravierenden konzeptionellen Fehler in den drogenpolitischen Konzepten der Parteien führen zu Desinformationen, wandlungsfähigen Positionen, wie am Beispiel der SPD zu sehen ist, und zu einem Stillstand der drogenpolitischen Diskussion. Es wird der Anschein erweckt, „dass es dabei nicht immer nur um die Lösung von schwerwiegenden Drogenproblemen geht, sondern dass krasse Drogenmissstände einfach benutzt werden, um Parteipolitik zu betreiben und für anstehende Wahlen Stimmen zu gewinnen“ (HUG-BEELI 1995, S. 68).

MÜLLER ist sogar der Meinung, daß die von den Parteien, wie er sagt, „ideologisch geführten Debatten (...) die Grundlage für die Handlungsunfähigkeit im Kampf gegen die Sucht bilden (1999, S. 164f).

6.3 Drogenpolitische Realität

Die drogenpolitische Realität der BRD aufzuzeigen, ist zu dieser Zeit nicht einfach. Seit dem 27. September 1998 haben die SPD/ BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN die ehemaligen CDU/ CSU/ F.D.P. - Regierung abgelöst. Im Koalitionsvertrag der neuen Regierung werden in einem kurzen Absatz „neue Wege bei der Drogen- und Suchtbekämpfung“ (1998, S. 25) angekündigt. Bedeuten soll das,

- daß das „Drei-Säulen-Modell“ um die Säule „harm-reduction“ erweitert wird,
- daß das BtMG überarbeitet wird, um Gesundheitsräume rechtlich möglich zu machen,
- daß die Bundesratsinitiative zur ärztlichen Abgabe von Heroin an Schwerstabhängige aufgegriffen wird,
- zeitgleich Substitution durch Codein oder Methadon unterstützt wird. (Ebd.)

In einer gemeinsamen Presseerklärung des AK Drogenpolitik beim Bundesverband der Jusos und der GAJB werden die „Ergebnisse der Koalitionsverhandlungen (als) schlichtweg enttäuschend (...) und nicht als Wende (...) bezeichnet“ (JUSOS/ GAJB 1998, S.1).

Eine Entwicklung in der „neuen Drogenpolitik“ läßt sich jedoch ein halbes Jahr nach dem Regierungswechsel bereits erkennen. Die Drogenpolitik, die bisher zu den Aufgabenbereichen des Bundesinnenministeriums gehörte, wurde dem Bundesgesundheitsministerium, welches von der Bündnisgrünen Gesundheitspolitikerin Andrea FISCHER geleitet wird, unterstellt. (DIE WELT, 21.10.1998) Die Drogenpolitik verlagert sich somit vom kriminalpolitischen, in das gesundheitspolitische Lager.

Des Weiteren will die Bundesregierung „Marihuana als Medikament freigeben“²² (FR, 4.12.1998, S. 3) und auch die staatliche - ärztlich kontrollierte - Heroinabgabe an Schwerstabhängige soll am 1. Januar 2000, integriert in einem nationalen Modellprojekt, in dem bundesweit 1000 bis 1500 Drogensüchtige teilnehmen sollen, realisiert werden. (HAZ 12.2.1998; HAZ 13.2.1998).

Die Bundesregierung hat es geschafft die bisher angekündigten Veränderungen, ohne großes Aufsehen in den Medien (speziell der Boulevardpresse),

durchzusetzen. Allein diese Tatsache werde ich persönlich als einen großen Schritt zur Sachlichkeit in der Drogenpolitik, einem sonst sehr emotionalen und moralischen Bereich.

Die Drogenpolitik wird sich, wie von vielen gefordert, nicht grundlegend von einem Tag zum anderen ändern; es werden neue Akzente gesetzt, die liberale Entwicklungen in der Drogenpolitik zulassen.

7. Drogenpolitik im europäischen Vergleich

Ein weiterer Schritt, um die hiesige Drogenpolitik besser bewerten zu können und vor allem, um sich das Spektrum bewußt zu machen, in welchem Rahmen sich die deutsche Drogenpolitik ohne Änderung internationaler Abkommen entwickeln kann, ist ein Vergleich mit der drogenpolitischen Realität in den anderen EU-Ländern notwendig.

Ich möchte in diesem Kapitel keinen allumfassenden drogenpolitischen Vergleich vornehmen. Dem Rahmen einer Diplomarbeit entsprechend, werde ich lediglich die verschiedenen europäischen Länder kategorisieren, um eine bessere Vorstellung der momentanen drogenpolitische Realität in der EU zu erhalten. Dem folgend soll schemenhaft die drogenpolitische Praxis von zwei EU-Länder - Niederlande und Großbritannien -, welche regelmäßig in der drogenpolitischen Diskussion herangezogen werden, beschrieben werden.

Allem voran steht ein kurzer einleitender Teil, der den drogenpolitischen Rahmen innerhalb der EU-Staaten skizziert.

Es soll betont werden, daß der Vergleich sich ausschließlich auf Länder begrenzt, die der Europäischen Union beigetreten sind.

7.1 Drogenpolitische Entwicklungen innerhalb der einzelnen EU-Staaten

Alle europäischen Länder haben die Single Convention on Narcotic Drugs von 1961 und das Übereinkommen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen von 1988 unterzeichnet (RAUSCH 1995, S.56, S. 128). Lediglich dem Übereinkommen über psychotrope Stoffe sind „einige Unterzeichnerländer (...), wie die Benelux-Staaten, nicht beigetreten“²³ (ebd., S. 128).

²² weiterführendes zu diesem Thema unter DAH e. V. 1996

²³ Eine Ausnahme stellt hier die Niederlande dar, die dem Abkommen nachträglich beigetreten ist.

„Durch den sprunghaften Anstieg des Drogenkonsums Ende der sechziger und Anfang der siebziger Jahre“ (ebd.), wurde in den meisten Staaten die Gesetzeslage ausgeweitet und verschärft, z. B. in der BRD 1981/82, Portugal und Spanien 1983, Großbritannien 1985 und 1986, Niederlande 1985 und in Italien 1990.

Alle europäischen Drogengesetze begründen die Notwendigkeit von strafrechtlichen Verboten mit dem Verweis auf Volksgesundheit, Gesundheits- und Jugendschutz. Jedoch gehen die europäischen „Staaten in der Kriminalisierung unterschiedliche Wege, die teils mit drogenpolitischen Grundüberzeugungen in Zusammenhang stehen, teils historischer Natur sind oder der Grundstruktur der Verfassung und Gesetzgebung entsprechen“ (ebd. S. 59).

7.2 Kategorisierung der EU-Staaten

RAUSCH stellt in seiner Studie „Drogenarbeit und Drogenpolitik“ fest: „Der Vergleich der Drogengesetze in Europa und der Konzepte der Kriminalisierung ergibt insgesamt starke Divergenzen hinsichtlich der innerstaatlichen Konzeptionen und Einzelregelungen im strafrechtlichen Bereich; die kriminalpolitische Strategie ist in Europa von einer konsensfähigen Konzeption noch weit entfernt“ (1995, S. 120).

Trotzdem kategorisiert er den unterschiedlichen Umgang mit Drogen der einzelnen Staaten in zwei politische Lager,

- dem repressiven auf Abstinenz basierenden
- und dem liberalen auf Akzeptanz basierenden.

RAUSCH seine vergleichenden Ausführungen zu verschiedenen Bereichen der Drogenpolitik, wie u. a. kriminalpolitische Maßnahmen, Interventionskonzepte, Präventive Maßnahmen, Spritzenvergabe, Substitutionsprogramme, Originalstoffvergabe (1995, S. 77ff), lassen folgende Schlußfolgerungen zu:

Zu den Vertretern der repressiven Politik können die Skandinavischen Länder, Deutschland und Frankreich, zu den liberalen die Niederlande, Italien und Spanien vorbehaltlos und Großbritannien unter Vorbehalte gezählt werden. Die anderen europäischen Länder befinden sich zwischen diesen Polen.

RAUSCH bezeichnet die Niederlande und Deutschland als sich gegenüberstehende „Antago-nisten. Wird in der Bundesrepublik hart bestraft und Hilfe vor allem mit dem Ziel der Drogenfreiheit offeriert (Abstinenzparadigma) , so werden in den Niederlanden Drogendelikte gering

bestraft und praktische Hilfe zur Lebensführung der Abhängigen ohne Verpflichtung zur akuten oder zukünftigen Drogenfreiheit (Akzeptanzparadigma) angeboten“ (1995, S. 119).

7.3 Die Niederlande

Das niederländische Opiumgesetz von 1976 unterscheidet zwischen sog. weichen und harten Drogen, wobei die wesentliche Konzentration auf die Bekämpfung harter Drogen liegt.

Die einzelnen zu bestrafenden Tatbestände sind aus den internationalen Abkommen übernommen worden, „wobei für die meisten eine Privilegierung gilt, soweit es bei ihnen nur um eine geringe Menge zum Eigenverbrauch geht“ (HUG-BEELI 1995, S. 229). Bei Hanfprodukten legt das Gesetz den Begriff der geringen Menge bei 30 Gramm fest. Weiterhin bleiben sog. Kleindealer von der Strafverfolgung bewahrt. In der Realität heißt das, wer „Mengen bis zu 30 Gramm besitzt, verkauft oder weitergibt, bleibt vor den Strafverfolgungsmassnahmen weitgehend verschont“ (ebd., S. 230).

Durch die Entkriminalisierung des Cannabiskonsums „sollen die Märkte für weiche und harte Drogen voneinander getrennt werden; dadurch entsteht eine soziale Schwelle, die den Umstieg von weichen auf harte Drogen erschwert“ (BORST-EILERS et al. 1995, S. 4). „Der Konsum weicher Drogen (...) in den Niederlanden hebt sich nach Art und Umfang nicht wesentlich von dem in anderen Ländern der westlichen Welt ab“ (ebd. S. 6).

Der Umgang mit harten Drogen wird, ausgeschlossen des Konsums, hart bestraft (vgl. HUG-BEELI 1995 S. 233). „Das Sanktionsklima“ gegen den Drogenhandel „unterscheidet sich offenbar nicht wesentlich von der auch in den Niederlanden als streng geltenden deutschen Strafzumessungspraxis. (SCHOLTEN zit. nach HUG-BEELI 1995, S. 234)

Die Niederlande haben die internationalen Abkommen von 1961, 1971, 1972 und 1988 unterzeichnet und ratifiziert. (BORST-EILERS et al. 1995, S. 35)

7.4 Großbritannien

In Großbritannien sahen Maßnahmen gegen den Drogenmißbrauch seit 1926 einerseits gesetzliche Regelungen und Strafandrohungen und andererseits die ärztliche Verschreibung der Originalstoffe (z. B. Heroin) vor. 1965 wurde ein Gesetz geschaffen, das unter therapeutischen Vorbehalten Ärzten die Verabreichung von Heroin und Kokain an Drogenabhängige erlaubte. 1967

wurde die Verabreichung durch ein weiteres Gesetz auf lizenzierte Ärzte auf 39 ambulante Behandlungszentren eingeschränkt. (Rausch 1995, S. 115)

Die „Heroinvergabe wird dabei nicht als Behandlung im traditionellen Sinne betrachtet, sondern als erste grundlegende soziale und medizinische Hilfe für Abhängige“ (ebd.). „Die Verschreibung von Heroin ist fest in der Tradition verankert“ (ebd.).

Auch Großbritannien hat die internationalen Abkommen von 1961, 1971, 1972, 1988 ratifiziert und unterzeichnet.

Großbritanniens Drogenrecht kennzeichnet eine Zweispurigkeit. „Auf der einen Seite die Abschreckung durch das Drogenstrafrecht, auf der anderen der Versuch, das Drogenproblem auf medizinische Weise durch Verschreibung von Drogen und Behandlung in speziellen Kliniken in den Griff zu bekommen. Hauptangriffsziel in Großbritannien ist (...) der Drogenhandel für den wesentlich höhere Strafen verhängt werden als für den Besitz“ (HOHFELD zit. nach HUG-BEELI 1995, S. 236).

8. Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß Deutschland „bis zum 1. Weltkrieg zum größten Produzenten von medizinisch verwendbaren Opiaten in der Welt“ (MANN/ BUCHKREMER 1996, S. 37) gehörte. „Trotz dieser Stellung (...) und zweier Drogenwellen, (...) gab es (...) keine ernsthaften Bestrebungen zusätzliche Einschränkungen bei der Verwendung von Opiaten einzuführen“ (ebd.). Gesetze, die die Überwachung und später das Verbot von Opiaten und anderen Drogen regelten, wurden nicht aus gesundheitspolitischen Gründen, sondern aufgrund Druck des Völkerbundes und der Vereinten Nationen, speziell der USA, eingeführt.

Die internationale Drogenpolitik, verankert in den internationalen Abkommen, trägt konsequent das Ziel der absoluten Abstinenz von illegalen Stoffen. Trotz Ratifizierung der Abkommen herrscht bei den einzelnen nationalen Unterzeichnerstaaten in den drogenpolitischen Konzepten starke Individualität und Gegensätzlichkeit.

Auch innerhalb der Europäischen Union existieren starke Unterschiede in den drogenpolitischen Konzepten der einzelnen Staaten, die jedoch alle die internationalen Abkommen als Basis ihrer Drogenpolitik anerkennen.

Die BRD hat das Ziel der Abstinenz übernommen, manifestiert u. a. im 'Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan'. In der BRD existiert eine Divergenz

zwischen Bundes- und Landespolitik innerhalb der Drogenpolitik. Diese gegensätzliche Entwicklung scheint die neue Bundesregierung durch gesundheitspolitische Maßnahmen wieder anzunähern. Des Weiteren hat sich in Deutschland die Drogenpolitik zu einer parteipolitischen Angelegenheit entwickelt. Diese „parteipolitische Fixierung einer Sachfrage verhindert eine sachliche Auseinandersetzung und führt unter Umständen nicht nur durch ein politisches Patt zu einem Stillstand der Entwicklung, sondern je nach den politischen Kräfteverhältnissen auch zur Benachteiligung ganzer Bevölkerungsgruppen“ (MANN/ BUCHKREMER S. 38f).

Trotz Verschärfung der internationalen Abkommen und der nationalen Gesetzeslage konnte das sog. Drogenproblem nicht entschärft werden.

II. Teil Drogenarbeit

1. Einleitung

Das Feld der Drogenarbeit soll im zweiten Teil dieser Arbeit auszugsweise vorgestellt werden. Es soll die sozialpädagogische Drogenarbeit skizziert, ihre Entwicklung dargestellt und ein Versuch unternommen werden, die sozialpädagogischen Ziele in der Drogenarbeit anhand der Fachliteratur zu benennen. Weiter soll versucht werden, gegenläufige Entwicklungen und gegebenenfalls individuelle Interessen an diesen Entwicklungen aufzuzeigen und zu bewerten.

Bei meinen gesamten Ausführungen in diesem Teil möchte ich mich ausschließlich, wenn nicht anders deklariert, auf den sozialpädagogischen Teil der Drogenarbeit beschränken.

Die Herangehensweise an das Thema ist identisch mit der im I. Teil.

An den Anfang wird eine theoretische Einführung in das Thema gegeben, welche eine Definition des Begriffes Drogenarbeit und die Benennung der vorherrschenden in den verschiedenen Konzeptionen der Drogenarbeit verankerten Menschenbilder beinhaltet. Dem folgt ein historischer Rückblick ausgewählter Entwicklungen bis in die heutige Zeit, die zu der Entstehung der Drogenarbeit geführt haben. Aus diesem ergeben sich wiederum die verschiedenen konzeptionellen Ansätze und Arbeitsfelder der Drogenarbeit.

Ein gravierendes Problem bei der Erarbeitung dieses Kapitels stellte die geringe Fachliteratur zu drogenarbeiterischen Themen dar, die ich bei meinen limitierten Recherchen erarbeiten konnte. Zu manchen Themenkomplexen konnte ich gar

keine Literatur bearbeiten, wie z. B. zu Konzeptionen aus den Anfängen der Drogenarbeit und zu Literatur über die eigene Legitimation der Drogenarbeit und ihrer Ziele.

2. Begriffsbestimmungen

Wie bereits im I. Teil werde ich Begriffe definieren, um Kommunikationsprobleme und Mißverständnisse zu minimieren.

2.1 Drogenarbeit

Für den Begriff „Drogenarbeit“ findet sich in der Fachliteratur, wie RAUSCH (1995, S. 4) feststellt, keine allgemeingültige Definition. RAUSCH interpretiert daraufhin den Begriff folgendermaßen: „Er soll im folgenden als umfassendes Äquivalent für alle im Zusammenhang mit Drogenkonsum vorfindbaren Maßnahmen des Einwirkens auf die Drogennachfrage und die Folgen des Konsums verstanden werden“ (1995, S. 4).

Die Definition von RAUSCH ist allerdings für die Bestimmung des Begriffes „Drogenarbeit“ nicht sehr hilfreich, da sie ihn nicht deutlich genug abgrenzt. Unter diese Benennung fallen u. a. auch Teile der staatlichen Drogenpolitik.

In meinen Ausführungen soll der Begriff ‘Drogenarbeit` die professionelle soziale Arbeit mit KonsumentInnen illegaler Drogen zum Inhalt haben.

2.1.1 Soziale Arbeit

‘Soziale Arbeit` wendet sich nach HOFFMANN (1998, S. 37) den Menschen zu, „die den Anforderungen, die eine Gesellschaft an sie stellt, nicht gewachsen sind“ (1998, S. 37). Sie baut der/ dem KlientIn „Brücken zu den Hilfesystemen(,) sie baut Brücken für die Wiedereingliederung in das gewünschte Verhalten und sie wirbt für das Verständnis, daß auch Lebensvollzüge außerhalb des gewünschten Rahmens möglich sind, wenn sie andere nicht schädigen“ (TILLMANN in SCHATTEBURG 1994, S. 22).

2.2 Drogenhilfe

Auch für den Unterschied zwischen den Begriffen ‘Drogenarbeit` und ‘Drogenhilfe` wird in der Fachliteratur keine eindeutige Erklärung geliefert. So wird zwar einerseits zwischen den Begriffen unterschieden²⁴, wobei ein eindeutiger Unterschied sich nicht erkennen läßt. RAUSCH führt an, daß neuere

²⁴ s. z. B. BÖLLINGER et al. 1995

Definitionen „die Maßnahmen professioneller Helfer („Drogenarbeit“) von denen ehrenamtlicher oder von Selbsthilfegruppen („Drogenhilfe“) unterscheiden“ (1995, S. 4). Jedoch steht diese Unterscheidung im deutlichen Widerspruch zu den Ausführungen in einem Großteil der Fachliteratur, in der die Drogenhilfe auch als Teil professioneller Hilfe angesehen wird²⁵.

Im folgenden soll der Begriff ‘Drogenhilfe’ das gesamte Hilfesystem für KonsumentInnen illegaler Drogen beinhalten.

3. Menschenbilder in der Drogenarbeit

In der Drogenarbeit existieren, wie in jedem anderen Bereich der sozialen Arbeit, bestimmte ethische Menschenbilder. Diese Menschenbilder, beschreiben wie Menschen im Allgemeinen und KlientInnen bzw. DrogenkonsumentInnen im Speziellen von DrogenarbeiterInnen kategorisiert, empfunden, verstanden, gesehen und/oder gewertet werden. Durch dieses Menschenbild lassen sich die speziellen Konzepte und Strategien der Drogenarbeit ableiten und bestimmte Entwicklungen in der Drogenarbeit erklären.

DEGWITZ weist darauf hin, daß das Menschenbild und die daraus resultierende gesellschaftliche, bzw. professionelle Wertung des individuellen Tuns wiederum auch eine Legitimation des Umganges mit DrogenkonsumentInnen darstellt. „Solange ‘übermäßiger’ Konsum noch vorwiegend als moralische Verfehlung galt, ging es um persönliche Schuld und war der Pfarrer berufen. Wird der Konsum ein Verbrechen, sind die Verfolgungsinstanzen zuständig. Wenn übermäßiger Konsum Krankheit ist, wird der medizinische Apparat mobilisiert. Steht die Vorstellung persönlicher Defizite als Hintergrund des Konsums im Vordergrund, ist die Regelung eine Angelegenheit der Psychotherapie. Ist die Konsumproblematik Ausdruck von Umfeldproblemen, ist sie Angelegenheit der Sozialarbeit. Und schließlich: Würde in der Gesellschaft jeglicher Konsum als Ausdruck von Selbstbestimmung und Entscheidung freier Bürger verstanden, hätte keine der genannten Institutionen eine Legitimation des Einstiegs in das Feld“ (in AKZEPTANZ 2/1997, S. 12). Die Definition und Wertung des jeweiligen Menschenbildes erfolgt somit schlußfolgernd auch in Verbindung mit individuellen und pürofessionellen Interessen.

In der Drogenarbeit haben sich zwei gegensätzliche Menschenbilder entwickelt. Diese unterschiedlichen Verständnisse und Erklärungsprinzipien von DrogenkonsumentInnen und Drogenkonsum beschreibt HERWIG-LEMPP in den

²⁵ vgl. z. B. HERWIG-LEMPP 1994, HOFFMANN 1998, GERLACH/ ENGEMANN 1995, BÖLLINGER et al. 1995

idealisierten Bilder der 'DrogenkonsumentInnen als Abhängige' und 'DrogenkonsumentInnen als Subjekte'. Es sei anzumerken, daß diese Menschenbilder als theoretische idealisierte Betrachtungsweise zu verstehen sind, die in die Praxis nicht in diesem Ideal nicht umzusetzen möglich sind.

In diesem Kapitel möchte ich diese zwei gegensätzlichen theoretischen Konstrukte zweier Menschenbilder vorstellen, ohne mich allerdings mit ihnen tiefgründiger auseinanderzusetzen. Ich werde die Menschenbilder in ihrer von HERWIG-LEMPP idealisierten Sichtweise wiedergeben, um eine verständlichere Darstellung gewähren zu können. Eine Auseinandersetzung mit den in der Drogenarbeit existierenden Menschenbilder wird im III. Teil dieser Arbeit folgen.

3.1 Bild der KonsumentInnen als Kranke

DrogenkonsumentInnen werden als krank definiert. Die Krankheit als 'Abhängigkeit von der Droge', bzw. 'Sucht' beschrieben.

„Sucht als Krankheit, so die mit dem Konzept verbundene Absicht, sollte es ermöglichen, den Menschen in bezug auf den Drogenkonsum von Schuld und Verantwortung freizusprechen“ (HERWIG-LEMPP 1994, S.97).

Übernommen wurde das Krankheitsbild von dem des Alkoholismus, welches 1968 vom Bundessozialgericht 1968 als Krankheit definierte wurde. Dies hatte zur Folge, „daß Menschen, die selbst der Auffassung waren oder von denen andere der Meinung waren, daß sie Probleme mit Alkohol (...) (hätten²⁶), zu behandeln mit der Gewißheit, daß sie - die Versicherungsträger - die Kosten übernehmen würden“ (ebd., S. 94). Das wäre „ein weiterer großer Schritt auf dem Weg fort von einer moralischen Verurteilung dieser Menschen als 'sündig' und 'schlecht'“ (ebd. S. 94).

Drogenkonsum und die daraus folgende Krankheit 'Abhängigkeit' wird jedoch entgegengesetzt der ersten Bestrebungen negativ bewertet. „Rauschdrogenkonsum (ist) sowohl für den einzelnen als auch für die Gesellschaft schädlich“ (TÄSCHNER zit. nach HERWIG-LEMPP 1994, S.98).

'Abhängigkeit' wird im Zusammenhang mit einem Kontrollverlust und dem „Nicht-mehr-Aufhören-Können“ gesehen. Wobei „Unterscheidungskriterien zwischen Drogenkonsumenten, die 'Nicht-Mehr-Aufhören-Wollen' und denen, die dies nicht mehr 'können'“ (ebd.) kaum existieren. Den 'Abhängigen' werden in diesem Zusammenhang Defizite impliziert, die „therapeutisch behandelt werden müssen“ (HERWIG-LEMPP 1994, S. 105).

„Abhängigkeit“ wird als besonders schwerwiegende Krankheit angesehen, für die „es als notwendig erachtet wird, Konzepte zu erarbeiten, wie die Behandlungsbedürftigen dazu gebracht werden können, sich (...) einer Behandlung zu unterziehen“ (ebd., S. 100).

Daß die als krank definierten DrogenkonsumentInnen nicht unbedingt von vornherein zu einer Behandlung bereit sind, „wird als Widerstand und u. U. als Bestätigung dafür aufgefaßt, daß sie tatsächlich im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum die Kontrolle über sich verloren haben“ (ebd., S. 101). DrogenkonsumentInnen, sind laut Definition, nicht mehr in der Lage, Entscheidungen, die für sie richtig sind, selbständig zu treffen und sind somit auf fremde Hilfe angewiesen.

Die als abhängig geltenden Menschen „werden nicht als gleichberechtigte Partner (...) gesehen und behandelt, sondern als unreif (...), denen gegenüber man das Recht und die Pflicht zu haben glaubt, sie zu reifen Persönlichkeiten erziehen zu müssen“ (ebd., S. 106) - vervollständigt HERWIG-LEMPP das Menschenbild.

3.2 Bild der DrogenkonsumentInnen als eigenverantwortliche Subjekte

DrogenkonsumentInnen wird das Recht zugestanden, „selbst zu entscheiden, was für (...) (sie²⁷) richtig, gesund und sinnvoll ist“ (HERWIG-LEMPP 1994, S. 112). Sie bestimmen das Problem, und sie selbst bestimmen, inwieweit sich sich helfen lassen, wieviel Unterstützung und Behandlung sie anfordern, für welche Behandlung sie sich entscheiden. (ebd., S. 112f) Sie werden nicht per se als behandlungsbedürftig angesehen, was, nach dieser Auffassung, die Chance mit sich bringt, „daß diese sich selbst wieder als selbstbestimmt und autonom erleben und begreifen“ (ebd., S. 108) können.

Drogenkonsum ist „danach in einer sich pluralisierenden Welt ein Lebensstil wie andere auch. (DEGKWITZ in AKZEPTANZ 2/97, S. 15). KonsumentInnen sind „hier nicht Opfer (auch nicht psychosozialer Verhältnisse)“ (ebd.). Sie sind, vom Ansatz des Menschenbildes her, in der Lage, ihre „eigenen Interessen wahrzunehmen und unter“ der ihnen „offen stehenden“, ihnen „erkennbaren Handlungsalternativen die jeweils“ für sie „(subjektive) beste auszuwählen“ (HERWIG-LEMPP 1994, S. 115).

²⁶ Einschub des Verfassers

²⁷ Einschub des Verfassers

DrogenkonsumentInnen werden als verantwortlich für ihr Tun angesehen. „Freilich bedeutet dieses Wieder-in-den-Stand-der -Verantwortlichkeit-Setzen, daß Drogenkonsumenten für das, was sie tun, auch zur Rechenschaft gezogen werden, da sie selbst es sind, die entscheiden und handeln, gleichermaßen bei der Einhaltung und der Übertretung oder Verletzung von lebensfeldbezogenen oder gesellschaftlichen Regeln und Gesetzen“ (1994, S. 113) - stellt HERWIG-LEMMP heraus.

4 Historischer Rückblick bis in die heutige Zeit über die Entstehung und Entwicklung der Drogenhilfe und Drogenarbeit

In der heutigen Drogenhilfepraxis existieren viele verschiedene Ansätze und Konzepte einer professionellen Drogenarbeit, die in der Praxis häufig in Mischformen auftreten. Begriffe wie ´niedrigschwellige Drogenarbeit`, ´akzeptierende Drogenarbeit`, ´akzeptanzorientierte Drogenarbeit` oder ´traditionelle Drogenarbeit` gehören zum Alltagsvokabular professioneller DrogenarbeiterInnen. Um diese heutige Entwicklung verstehen zu können, ist es notwendig, die Entstehungsgeschichte der Drogenarbeit zu betrachten und aufbauend die Zielsetzung dieser Drogenarbeit zu veranschaulichen.

In diesem Kapitel möchte ich einzelne Entwicklungen chronologisch darstellen, die zu der heutigen Drogenarbeit geführt haben.

4.1 Entstehung der Drogenhilfe

Wie im vorangegangenen Teil²⁸ bereits ausführlich beschrieben, existierte bis in die 70er Jahre des 19. Jahrhunderts ein gesellschaftlich und medizinisch unproblematischer Opiat-, bzw. Morphinumkonsum, gegensätzlich zum Alkoholkonsum. In diesem Zeitabschnitt wurde die Krankheit „Morphiumsucht“ erkannt und in der medizinischen Fachliteratur beschrieben. Ärzte begannen die Morhinumabhängigen mit anderen Drogen, u. a. Kokain, zu behandeln und produzierten dadurch neue Suchtformen. (GERLACH/ ENGEMANN 1995, S.7f) Zeitgleich wurden erste Ausführungen veröffentlicht, „wie man Trunksüchtige und ganz allgemein Drogenabhängige mit Hilfe der psychischen Beeinflussung von ihrer Sucht heilen könne“ (SCHEERER/ VOGT 1989, S. 44). „Im Wesentlichen besteht diese Behandlung in der Erziehung zu einer völligen, durch das ganze weitere Leben andauernden Enthaltung von allen geistigen

²⁸ vgl. hierzu Kapitel I 4.1)

Getränken“ (WLASSAK 1929, zit. nach SCHEERER/ VOGT 1989, S. 44). Gleiches galt auch bei Morphinisten, Kokainisten etc..

Zur Behandlung dieser Süchtigen, die bis zur Jahrhundertwende zur Hälfte aus Beschäftigte im Medizinaldienst bestanden (BONHOEFFER/ ILBERG 1926 nach GERLACH/ ENGEMANN 1995, S. 9)²⁹, begann man Asyle und Heilanstalten zu gründen. „Etwas pauschal kann man (...) festhalten, daß zwischen 1890 und 1933 ein reichgegliedertes Netz verschiedener Institutionen aufgebaut wurde, die allesamt dem Auftrag verpflichtet waren, Drogenabhängige von ihrer Sucht zu befreien und Angehörigen mit Rat und Tat zur Seite zu stehen“³⁰ (ebd.). In diesen Heilanstalten hatten Ärzte eine sehr hohe Position zu bekleiden.

Besonders der nach dem 1. Weltkrieg existierende Überschuß an Ärzten, erzeugte eine zunehmende „Organisierung und Expansion in neue Aufgabengebiete, z. B. den Drogenbereich, sowie dem Versuch, den Ärztestand als solchen aufzuwerten“ (GUNKELMANN zit. nach GERLACH/ ENGEMANN, S. 12). Für die einsetzende Spezialisierung wurde die bereits im vorherigen Jahrhundert „erfundene“ (ebd.) Suchtpersönlichkeit zur Rechtfertigung herangezogen. Es setzte eine Umbenennung der „bis dahin als normalen Kranken definierten DrogengebraucherInnen (...) in Psycho- und SoziopathInnen“ (ebd.) ein. GERLACH/ ENGEMANN führen aus, daß „gegen Ende der zwanziger Jahre der Prototyp des Fixers mit nahezu allen, ihm auch heute noch entgegengebrachten Vorurteilen geschaffen (war): amoralisch, psychopathisch, faul, minderwertig und kriminell“ (1995, S.13; vgl. hierzu auch SEIF zit. in GERLACH/ ENGEMANN 1996 S. 13).

1928 wurde von dem 47. Deutschen Ärztetag in Danzig eine, von GAUPP, ROST und WOLFF erarbeitete, einheitliche Grundlinie für die Behandlung von DrogenkonsumentInnen beschlossen. Die „Leitsätze über Suchtgifte und Giftsuchten“ (WOLFF zit. nach GERLACH/ ENGEMANN 1996, S. 14) wurden einstimmig angenommen. Sie beinhalteten u.a., daß es die „Pflicht eines(r) jeden Arztes/Ärztin sein (sollte), Opiat- und KokainkonsumentInnen in geschlossene Einrichtungen (Entziehungsanstalten) einzuweisen. (...) Eine langfristige Weiterbehandlung mit Originalsubstanzen wurde (...) strikt abgelehnt“ (ebd. S. 14f). GERLACH/ ENGEMANN werten dies als eindeutige

²⁹ Erst nach dem Ende des ersten Weltkrieges war „eine rapide Zunahme der KonsumentInnenzahlen, eine Verjüngerung der ErstkonsumentInnen und eine Verbreitung in alle Gesellschaftsschichten mit Bildung schichtspezifischer Subkulturen zu verzeichnen“ (GERLACH/ ENGEMANN 1995, S. 9)

³⁰ Der Begriff der ‚Drogenabhängigkeit‘ hat hier allgemeingültigen Charakter und ist nicht auf bestimmte Substanzen begrenzt!

Manifestierung des Behandlungsziel und- modalität „zugunsten der Abstinenz bzw. stationären Abstinenztherapie“ (ebd.). In diesem Zeitraum (1927) waren im deutschen Reich 3.500 OpiatkonsumentInnen registriert. (POEHLKE zit. nach ebd.)

1955 wurde die in Danzig getroffene „Grundsatzentscheidung für die stationäre Abstinenztherapie“ (ebd. S. 17), durch die deutsche Ärzteschaft bestätigt. „Opiatabhängigkeit wurde als schwere physische und psychische, durch Persönlichkeitsstörungen verursachte Krankheit definiert. Eine Aufrechterhaltung der Abhängigkeit durch ÄrztInnen stehe dem medizinisch-ethischen Grundsatz der Heilung konträr gegenüber“ (ebd.). Erhaltungsbehandlungen mit Morphinum oder Substitutionsbehandlungen mit Polamidon wurden als Verstoß gegen die ärztliche Berufspflicht gewertet. „Opiatabhängige seien nach ärztlicher Begutachtung zwecks einer psychiatrischen Abstinenzbehandlung in `Nervenkliniken` einzuweisen“ (ebd.).

4.2 Entwicklung der Drogenhilfe und Drogenarbeit nach 1945 und speziell als Reaktion der ab ca. 1965 einsetzenden `Drogenwelle`

Trotz Umgestaltung des Gesundheitswesen nach Gründung der Bundesrepublik Deutschland³¹, Spezialisierung der Ärzte auf dem Gebiet der Suchtbehandlung und Ausbau der stationären Therapieeinrichtungen, waren es hauptsächlich Selbsthilfe- und Basisinitiativen, die sich den Problemen der KonsumentInnen illegalisierter Drogen annahmen. Sie wurden als Reaktion auf die im Jahre 1965 einsetzenden `Drogenwelle` gegründet und bildeten die erste „organisierte Drogenhilfe für (ausschließlich³²) KonsumentInnen illegalisierter Drogen“ (ebd., S. 22). Die Initiativen gründeten „sich als freie und sogenannte `gemeinnützige Vereine` zumeist unter dem Namen `Release`“ (SCHULLER zit. nach GERLACH/ENGEMANN 1996, S.23).

Die klassischen Suchtberatungsdienste, wie etwa das Blaue Kreuz, Kreuzbund, Guttemplerorden, Gesundheitsamt, Jugendamt, „waren vornehmlich auf Alkoholprobleme spezialisiert“ (ebd.).

³¹ vgl. hierzu SCHEERER/ VOGT 1989, S. 47

³² Anmerkung des Verfassers

4.2.1 Die `Release´-Bewegung

„Initiatoren und erste Mitarbeiter stammten aus verschiedenen Bereichen: Sozialpädagogen, Lehrer, Juristen, vereinzelt Ärzte und Pastoren, Studenten aller Fachrichtungen, Schüler und Lehrlinge. (...) Die einen wollten aus allgemein menschlichen oder sozialpädagogischen Absichten helfen, ohne durch die Droge persönlich betroffen zu sein; die anderen, die - welchem Stadium auch immer - durch die Droge selbst betroffen waren, hofften durch Mitarbeit bei `Release´ auf Hilfe für sich selbst, (und) durch ihre eigenen Drogenerfahrungen anderen Hilfe zu leisten“ (SCHULZ zit. nach SCHEERER/VOGT 1989, S. 47). Die Qualifikation, um in `Release´-Gruppen mitarbeiten zu dürfen, erwarb man in der Praxis , nicht über einen institutionellen Qualifikationsnachweis. (ebd.)

Die Bewegung verstand sich als Alternative zur repressiven „bürgerlichen Psychiatrie (BÄUERLE et al. zit. nach GERLACH/ ENGEMANN 1996, S. 23), und einzelne Vereine wurden im Zuge eines Aktionsprogramms der Bundesregierung vom 12. November 1970 finanziell unterstützt (GERLACH/ ENGEMANN 1996, S. 23).

„`Release´ verstand sich (...) als alternative Lebensform und identifizierte sich mit den Gedanken und Zielvorstellungen des Jugendprotestes.“ (SICKINGER zit. nach ebd.) SICKINGER wertet dies auch als den entscheidenden Grund, „warum dieses Hilfsangebot von Jugendlichen angenommen wurde“ (ebd.).

Die Ausrichtung der `Release´-Bewegung war im Kern politisch-ideologisch. „Die Genese von Drogenabhängigen wurde ausschließlich vor der Betrachtungsfolie gesellschaftlich-politischer Defizite gesehen“ (ebd.).

Verbale Motivationsarbeit nahm einen hohen Stellenwert ein, und die Kommunikationsebene zwischen den BetreuerInnen und den DrogenkonsumentInnen war durch einen „antiautoritären Stil“ (ebd.) geprägt, „in denen alle gleiche Rechte und gleiche Pflichten“ (SCHEERER/VOGT 1989, S. 47) hatten. Hierarchien existierten nicht, und es wurde „ auf jegliche Form der Zwangsausübung verzichtet“ (GERLACH/ ENGEMANN 1996, S. 23).

`Release´ propagierte Abstinenz von Drogen nicht als Ideal-Ziel, sondern den „informierten, kontrollierten Drogenkonsumenten (...), der weiß, was er unter welchen Bedingungen tut und was er besser läßt“ (SCHEERER/VOGT 1989, S. 47). Zur Angebotspalette zählten u. a. „Kontaktläden mit Teestubencharakter, Übernachtungsmöglichkeiten für obdachlose DrogenkonsumentInnen,

(therapeutische) Wohngemeinschaften, Rechtsberatung, Informationsarbeit innerhalb der Drogenszene, Essenangebote, Arbeitsprojekte (ohne Cleananspruch) sowie Möglichkeiten ambulanter medizinischer Betreuung (wie etwa Überbrückungs-Substitutionsbehandlungen mit Polamidon oder Dilaudid)“ und „die Installierung bedürfnis- und betroffenenadäquater Behandlungsangebote als emanzipatorische und solidarische Hilfe zur Selbsthilfe“ (GERLACH/ ENGEMANN 1996, S. 23f), um das Sekundärziel - Drogenabstinenz - bei individuellem Wunsch erreichen zu können.

Weiterhin galten als wesentliche Arbeitsprinzipien von `Release´:

- Akzeptanz des Gebrauchs weicher Drogen
- Tolerierung des Gebrauchs harter Drogen
- Tolerierung der Drogenabhängigkeit
- Freiwilligkeit der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten
- Sachliche Information und Beratung innerhalb und außerhalb der Drogenszene
- Differenzierung zwischen sog. weichen und harten Drogen
- Ablehnung der Einbeziehung professioneller MitarbeiterInnen wegen deren Unkenntnis der Drogenszene
- Keine Kooperation mit formellen Instanzen der Sozialkontrolle (Polizei, Jugend- und Sozialamt, etc.) (ebd., S. 24)

Aufgrund des von der damaligen Bundesregierung initiierte Förderprogrammes „Großmodell zur Beratung und Behandlung drogengefährdeter und -abhängiger Jugendlicher“ (1971 - 1977) wurden in den Folgejahren „nur noch Vereine mit dem Ziel absoluter Abstinenz (BEHR zit. nach GERLACH/ ENGEMANN) finanziell unterstützt. HECKMANN (1980) sieht als Grund hierfür, den großen Einfluß und „Widerstand der medizinischen Lobby“ (zit. nach GERLACH/ ENGEMANN) und der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, um die weitere Förderung Drogengebrauch akzeptierende Beratungs- und Therapieformen zu unterbinden. Die Phase der `Release´-Bewegung gilt „allgemein bis Mitte der 70er Jahre als abgeschlossen“ (ebd.) und „spielte in der Konzeption der Arbeit der Suchtkrankenhilfe keine Rolle mehr“ (SCHEERER/ VOGT 1989, S. 48). Was GERLACH/ ENGEMANN allerdings weniger „auf konzeptionelle Defizite als auf mangelnde finanzielle Unterstützung zurückführen“ (1996, S. 25), da `Release´, wie sie anmerken, „im Vergleich zur traditionellen Psychiatrie recht gute Erfolge aufweisen“ (ebd.) konnte.

4.2.2 Professionalisierung, Bürokratisierung und Institutionalisierung der Drogenarbeit

Mit dem Niedergang der 'Release'-Bewegung begannen etablierte Verbände der Suchtarbeit sich den KonsumentInnen illegaler Drogen anzunehmen. Wobei viele Verbände „mangels Erfahrung (...) in der Behandlung Abhängiger illegalisierter Drogen,(...) die bei Alkohol angewandten Behandlungsziele und -schemata einfach auf den illegalisierten Drogensektor“ (GERLACH/ ENGEMANN 1996, S. 25) übernahmen. Diese Entwicklung wurde von der DHS mitgetragen. Die Verbände grenzten sich, obwohl sie die 'Release'-Bewegung materiell beerbten, inhaltlich scharf von ihr ab. (SCHEERER/ VOGT 1989, S. 48) Sie lösten die Verklammerung der Drogenarbeit mit der politischen Arbeit auf. Drogenabhängigkeit sahen sie nicht als politisches, sondern als individuelles Problem an. Drogenabhängigkeit wurde somit „erst in der Theorie, dann vor allem in der praktischen Arbeit individualisiert“ (SCHEERER/ VOGT 1989, S, 48). Die Entstehung von Sucht wurde von gesellschaftsbezogenen Fragestellungen isoliert und „als individuelles Versagen interpretiert, das entweder schon genetisch angelegt oder das auf Sozialisationsdefekte zurückzuführen sei“ (ebd.). Es entstanden sog. 'Hochschwellige Angebote' deren Primärziel die Drogenabstinenz war und in denen DrogenkonsumentInnen mit der bereits oben beschriebenen Suchtpersönlichkeit verknüpft wurden.

In der Drogenarbeit begann ein „Professionalisierungsschub“ (GERLACH/ ENGEMANN 1996, S. 27). Um eine Behandlung durchsetzen zu können, „die auf individuelle Erziehung (...) ausgerichtet war, brauchte man entsprechende Therapeuten“ (ebd.), die berufliche Qualifikationsnachweise erbringen mußten. Das Berufsbild des Suchttherapeuten begann sich auszudifferenzieren. In den therapeutischen Gemeinschaften und Fachkliniken wurde die Hierarchie wieder eingeführt, wobei Ärzte an der Spitze dieser Hierarchie standen. Die hierarchische Struktur „bestimmte die Umgangsrituale zwischen den Betroffenen und Helfern“ (ebd.). DrogengebraucherInnen wurden „aus pathologisierendem Blickwinkel“ (GERLACH/ ENGEMANN 1996, S. 27) als KlientInnen definiert, „ohne allerdings jemals explizit einen 'Klientenauftrag' erhalten zu haben“ (ebd.), wie GERLACH/ ENGEMANN kritisierend anführen.

Als Bewilligungsgrundlage für die finanzielle Bezuschussung von Beratungs- und Therapieeinrichtungen wurden im Jahre 1976 von der Bundesregierung und den Landesregierungen erstmals Mindestkriterien erlassen. Auflagen waren:

1. „Schriftliche Unterlagen: Konzepte der Einrichtungen; Beschreibung der verschiedenen Tätigkeitsbereiche; Halbjahres- und Jahresberichte.
2. Dokumentation der Maßnahmen: Karteibogen über Klienten; Anamnesebogen, Behandlungsplan, Therapieverlaufsbogen; Katamnesebogen; Führung eines Tagebuches.
3. Ausstattungsanforderungen: Tägliche Öffnung an festen Zeiten; mindestens zwei ständige Mitarbeiter, davon einer hauptamtlich; mindesten ein Therapieraum; mindestens eine Fallbesprechung die Woche; mindestens eine kollegiale Therapieüberwachung für jeden Therapeuten monatlich“ (JUGEND- UND DROGENBERATUNGSSTELLE zit. nach GERLACH/ ENGEMANN 1996, S., 26).

Nur unter Wahrung dieser Bestimmungen erklärten sich die gesetzlichen Krankenkassen und Rentenversicherungsträger zur Zahlung ihrer in den jeweiligen Leistungsbereichen angesiedelten Behandlungspflegesätze bereit. Dadurch kam es, wie GERLACH/ ENGEMANN und SCHEERER/ VOGT feststellen, zu einem „Bürokratisierungsprozeß in der Drogenarbeit“ (GERLACH/ ENGEMANN 1996, S. 26), welcher „die Arbeitssituation von BeraterInnen und TherapeutInnen drastisch“ (ebd.) veränderte. Die AG RAUSCHMITTELPROBLEME schilderte die Veränderung wie folgt: „Wurde vor 4-5 Jahren ca. $\frac{3}{4}$ der Zeit direkt mit dem Klienten und $\frac{1}{4}$ der Zeit für den formalen Kram verwandt, so bleibt heute maximal $\frac{1}{4}$ der Zeit für den direkten Kontakt“ (zit. nach GERLACH/ ENGEMANN 1996, S. 26).

Die Drogenhilfe hatte eine absolute Umorientierung erfahren. Vom liberalen (‘Release’) entwickelte sie sich zu einem „autoritären, konfrontativen“ (SICKINGER zit. nach GERLACH/ ENGEMANN 1996, S. 28) Stil, dessen Schwerpunkte „fast ausschließlich (in der) Orientierung an der stationären Langzeit-Abstinenz-Therapie“ (ebd.) lagen. „Durch die vermehrte Übernahme von Verwaltungsaufgaben, sowie die (...) mit hierarchisch strukturierten, gestaltpsychologisch und verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Phasen- und Stufenmodellen innerhalb von Therapieeinrichtungen (...), verlangte (die Drogenhilfe³³) nach (weiteren³⁴) spezifischen beruflichen Qualifikationen der MitarbeiterInnen“ (ebd.), u. a. die des Sozialarbeiters bzw. Sozialpädagogen. BÜHRINGERS Ausführungen aus dem Jahre 1981, die u. a. eine inhaltliche Qualifikation der Professionellen für den ambulanten und stationären Bereich zum Inhalt hatten, haben eine Institutionalisierung in der Drogenhilfe

³³ Einschub des Verfassers

³⁴ Einschub des Verfassers

herbeigeführt. (VOGT 1995 S. 11f) Es entstanden sog. 'Drogenhilfeverbundsysteme', welche als Ganzes einer Therapiekette verstanden werden können. Am Beginn dieser Kette steht der Kontakt mit einer Drogenberatungsstelle, in der Kontakt zu der/dem DrogenkonsumentIn bzw. Drogenabhängigen hergestellt und er beraten wird³⁵. Nach dieser Phase folgt die Vermittlung in eine Entgiftungsstation³⁶ und stationäre Langzeittherapie, in der die therapeutische Behandlung stattfindet³⁷. Die Resozialisierung³⁸ findet anschließend durch ambulante Betreuung, betreutes Wohnen etc. statt. (ebd.). In der Therapiekette sollen die einzelnen Phasen kausal zueinanderführen und aufeinander aufbauen.

Drogenabhängige, die sich von dieser Therapiekette nicht angesprochen fühlen, eine Therapie ablehnen oder das Therapieziel der Abstinenz nicht akzeptieren, werden als nicht-therapiemotiviert deklariert. Um diese Drogenabhängigen für eine Therapie zu motivieren, wird die Strategie des 'Helfenden Zwanges', oder in der Sprache des/ der DrogenarbeiterIn, -beraterIn und therapeutIn, 'Leidensdrucktheorie' bzw. 'Ansatz der sozialen Leidensdruckverstärkung' herangeführt. Diese besagt, daß „ nur massiver Leidensdruck (...) zur Abstinenz- und Therapiebereitschaft (führe). Polizeilicher und justizieller Druck sei für die zumeist therapieunwilligen, aber dennoch therapiebedürftigen Drogenabhängigen unerlässlich, um sie zur Therapiebereitschaft (...) zu bewegen“ (SCHLÖMER in AKZEPT e. V. 1996, S. 139). „MitarbeiterInnen in Drogenberatungsstellen hatten zur Aufgabe, im Rahmen ihrer Tätigkeit in der Therapeutischen Kette diesen Druck zur Förderung der Behandlungsbereitschaft zu verstärken“ (GERLACH/ ENGEMANN 1996, S. 31).

WANKE rechtfertigt die Strategie des 'Helfenden Zwang' folgendermaßen: Er „kommt initial als einzige Möglichkeit der Rettung für diejenigen in Betracht, die eine Freiheit der Selbstbestimmung im Sinne des Grundgesetzes nicht mehr besitzen“ (zit. nach GERLACH/ ENGEMANN 1996, S. 31).

Durch die Novellierung des BtMG im Jahre 1981 folgte unter dem Schlagwort 'Therapie statt Strafe' eine auf diese Strategie aufbauende rechtliche Maßnahme und eine „reale Verquickung von Strafe und Therapie“ (BÖLLINGER et al. 1995, S. 49). „Die Therapiewilligkeit soll durch die in Aussicht gestellte Aufhebung oder Aufschiebung von Strafe unterstützt werden“ (ebd.). „Von einer

³⁵ Kontakt und Beratungsphase / Suchthilfe

³⁶ Entzugsphase

³⁷ Entwöhnungsphase / Therapie

³⁸ Nachsorgephase

echten Bereitschaft mitzuwirken, also von tatsächlicher Freiwilligkeit, kann unter ständiger Strafandrohung für mangelnde Freiwilligkeit überhaupt nicht die Rede sein" (GRIMM 1985, S. 88). SCHEERER spricht in diesem Zusammenhang von „Therapie als Strafe“ und EISENBACH-STANGL bezeichnet diese Behandlung als „Therapiestrafe“ (zit. nach BÖLLINGER et al. 1995, S. 172). STÖVER fügt an, daß „der Königsweg der Drogenhilfe (...) damit politisch legitimiert und fachlich unumstritten“ (1991, S 10) war.

Hierdurch kam es zu „tiefgreifenden Veränderungen in der Szene“ (SCHEERER/VOGT 1989, S. 49) und folgernd in der Drogenhilfe. „Konsumenten von illegalen Drogen vermieden (...) den Besuch von Beratungsstellen“ (SCHEERER/VOGT 1989, S. 49). Durch die Integration der Therapie in die Strafvollstreckung hatte die Drogenhilfe „einen massiven Glaubwürdigkeitsverlust erlitten (BÖLLINGER et al. 1995, S. 50). „Das Resultat sind skeptische, mißtrauische und oft sehr unmotivierte Klienten und Klientinnen“ (KRAUSHAAR zit. nach BÖLLINGER et al. 1995, S. 49).

Die sog. traditionelle Drogenhilfe und Drogenarbeit verkörpert in ihrem Menschenbild, ihren Lösungsstrategien und Zielsetzungen die offizielle Drogenpolitik der früheren Bundesrepublik. Es wurde bis Mitte/ Ende der 80er Jahre an der traditionellen, abstinentenorientierten Drogenhilfe als einziger therapeutischer Weg festgehalten.

Die Erfolge der sog. traditionellen Drogenhilfe werden als eher verhalten gewertet:

- die Kombination Beratung/ Abstinenzbehandlung erreicht maximal 20% der Drogenabhängigen, von denen „weniger als 6% die stationäre Therapie“ (SCHULLER/ STÖVER zit. nach GERLACH/ ENGEMANN 1996, S. 32) antreten
- 65% der TherapieteilnehmerInnen brechen die Behandlung bereits während der ersten 4 Monate ab
- die Therapie beenden regulär ca. 30%
- wovon wiederum nur 25% dauerhaft abstinent bleiben. (ebd.)
- „Je nach Schätzungsgröße der Gesamtpopulation von Drogengebrauchenden, die aktuell zwischen 80.000 und 200.000 schwankt, und je nach geschätzter `Erfolgspopulation` stellt die rein abstinentenorientierte Behandlung gerade einmal für 0,1 bis 3,75% aller DrogenkonsumentInnen in Deutschland einen erfolgreichen Ausstiegsweg dar“ (ebd., S. 32f).

Ab Mitte der 80er Jahre hat in der Bundesrepublik eine allmähliche Umorientierung in Teilbereichen der Drogenarbeit und Drogenhilfe stattgefunden.

4.2.3 Umorientierung in gewissen Bereichen der Drogenarbeit

Eine „dramatische Anhäufung negativer Entwicklungen im Drogenbereich“ (GERLACH/ ENGEMANN 1996, S. 34), wie

- massives Auftreten der HIV-Infektion und AIDS Erkrankung bei intravenös applizierenden DrogengebraucherInnen
- Zunahme der Drogentoten
- zunehmende Verelendungstendenzen
- eskalierende Drogenbeschaffungskriminalität
- sinkende Effizienz des ausschließlich hochschwelligem und abstinenzorientierten Drogenhilfesystems

führte zu einer allmählichen Umorientierung der Drogenarbeit.³⁹ „Diese Verschlechterung war ursprünglich nicht ungewollt“ (1994, S. 126), meint HERWIG LEMPP, da, wie er weiter erklärt, daß „Konzept des Leidensdruck eben auf eine zunehmende Verschlechterung der Lebensbedingungen der Klienten (ansetzt), um schließlich (im Idealfall) dadurch den Druck so zu verstärken, daß sie sich gezwungen sehen, die allein in Form von Beratung zu Entzug und Abstinenztherapie angebotene Hilfe wahrzunehmen“ (ebd.).

Die Methoden der ‚niedrigschwelligen‘, ‚nicht bevormundenden‘, ‚klientenorientierten‘, ‚offensiven‘ und bzw. oder ‚suchtbegleitenden‘ Drogenarbeit und der Ansatz der ‚Akzeptanz‘ fanden Eingang in neue Initiativen und Konzepte der Drogenhilfe. Wobei der Begriff der ‚Akzeptanz‘ „nie grundsätzlich definiert (wurde), sondern (...) als Sammelbegriff für Angebote, die betroffenenennah arbeiteten bzw. arbeiten wollten“ (STÖVER 1991, S. 10) diene. Die Drogenhilfe übernahm neben den klassischen Betätigungsfeldern der Prävention, Therapiemotivierung und -vermittlung sowie Cleangruppenbetreuung weitere Funktionen u. a. in dem Bereich der ‚aufsuchende Arbeit‘/ ‚Streetwork‘. „Es erfolgte vielerorts die Einrichtung niedrigschwellig konzipierter Kontaktläden bzw. offene Bereiche und Angebote innerhalb der Beratungsstelle“ (GERLACH/ ENGEMANN 1996, S. 24).

³⁹ vgl. STÖVER 1991, S. 9f, GERLACH/ ENGEMANN 1996, S. 35, HOFFMANN 1998, S. 38

Auch die 'traditionelle Drogenhilfe' erweiterte ihr Spektrum durch niedrigschwellige Ansätze. Wobei die „niedrigschwelligen Ansätze (...) dort in erster Linie Zulieferdienste für die klassische Drogenhilfe erfüllen und so die Reichweite und Attraktivität des klassischen Behandlungssystems erhöhen“ (ebd., S. 40) sollten. GERLACH/ ENGEMANN sehen darin eine Instrumentalisierung und Funktionalisierung von niedrigschwelligen Angeboten in den Diensten der 'traditionellen Drogenhilfe'.

Ab Mitte der 80er Jahre nahmen auch AIDS-Hilfen neben den klassischen Drogenberatungsstellen die Arbeit im Drogenbereich auf. Die AIDS-Prävention rückte in den Bereich der Drogenarbeit und nahm einen hohen Stellenwert ein. Anfangs zwar noch von „mutigen Einzelinitiativen“ (BÖLLINGER et al. 1996, S. 94) wurde steriles Spritzbesteck, an intravenös applizierende DrogenkonsumentInnen als wirksamer Beitrag zur Gesundheitsvorsorge vergeben.

Viele traditionelle Beratungsstellen und DrogenarbeiterInnen weigerten sich in den 80er Jahren und z. T. bis in die 90er Jahre hinein „sterile Spritzen und Kanülen als pragmatische und notwendige prophylaktische Maßnahme gegen eine HIV-Infektion abzugeben“ (ebd.). Die Spritzenvergabe wurde von den 'Kritikern', ebenso wie die Methadonbehandlung „als Kapitulation vor der Sucht“ (DHS zit. nach ebd.)⁴⁰ bezeichnet.

Die zu Beginn sehr gegensätzlichen und eindeutig abgegrenzten Konzepte der 'traditionellen Drogenarbeit' und der entstehenden 'akzeptanzorientierten Drogenarbeit', „die sich als Kritik der etablierten 'Suchthilfe' (...) entwickelt“ (TRAUTMANN in AKZEPT e. V. 1993, S. 55) hat, haben sich im Laufe der Zeit, jedenfalls in ihrem äußeren Erscheinungsbild, in der Praxis angenähert. Es entstanden Mischformen beider Ansätze. In der 'traditionellen Drogenarbeit' wurden Ansätze der 'akzeptanzorientierten Drogenarbeit', wie z. B. die Vergabe von sterilen Spritzbestecken, übernommen. Eine deutliche Unterscheidung liegt allerdings noch in dem Verständnis der DrogenkonsumentInnen und ihren Zielvorstellungen.

Durch immer neue Vorstöße im Bereich der 'harm reduction', durch die 'akzeptanzorientierte Drogenarbeit' ist eine Pluralität von Angeboten in der deutschen Drogenhilfe entstanden, die als Ergänzung zur 'traditionellen Drogenhilfe' zu verstehen ist.

⁴⁰ vgl. auch STÖVER 1991, S.11

5. Ansätze und Arbeitsfelder in der Drogenarbeit

Dieses Kapitel stellt Ansätze und Arbeitsfelder in der Drogenarbeit, bzw. Drogenhilfe vor. Obwohl die Ansätze bereits im vorherigen Kapitel im Zusammenhang mit den Entwicklungen der Drogenhilfe, bzw. Drogenarbeit erwähnt wurden, sollen sie an dieser Stelle explizit beleuchtet werden. Das Kapitel ist in zwei Teile gegliedert. Im ersten Teil wird die traditionelle Drogenarbeit, darauf folgend der Ansatz der 'akzeptanzorientierten Drogenarbeit' vorgestellt.

5.1 'Traditionelle Drogenarbeit'

Die Entwicklung, Ziele und verschiedenen Inhalte der 'traditionellen Drogenarbeit' wurden bereits im vorherigen Kapitel ausführlich beschrieben. Dies möchte ich in diesem Kapitel nicht erneut aufgreifen. Ergänzend möchte ich zwei weitere Teile innerhalb der 'traditionellen Drogenarbeit' vorstellen, die Suchtprävention und stationäre Langzeittherapie.

5.1.1 Suchtprävention

„Suchtprävention ist eine pädagogische Aufgabe. Ziel der Suchtprävention ist die Verhütung süchtigen Verhaltens“ (BAG KINDER- UND JUGENDSCHUTZ 1995, S.7).

Nach CAPLAN lassen sich präventive Bemühungen „nach Interventionszeitpunkten und verfolgten Zielen in drei Stadien gliedern:

- „Primäre Prävention ist ein Handeln, das noch vor dem Auftreten eines Problems bzw. einer Störung einsetzt und dazu beitragen will, eine erwartete Krisensituation erst gar nicht entstehen zu lassen oder aber die Person so auf sie vorzubereiten, daß sie diese erfolgreich bewältigen kann.
- Sekundäre Prävention versucht, eine gerade in Entstehung begriffene Störung bzw. ein Problem zu erkennen und aufzufangen, sowie zur Beseitigung der Störung bzw. des Problems beizutragen.
- Tertiäre Prävention wird als 'Rückfallprophylaxe' verstanden, d. h., eine Störung wurde bereits erfolgreich behandelt (Therapie), und es gilt (...), das Erreichte zu stabilisieren“ (zit. nach BÖLLINGER et al. 1995, S. 91).

Die 'traditionelle Drogenarbeit' findet sich in allen drei Stadien wieder.

Die Ziele der Sucht- oder Drogenprävention sind im 'Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan'⁴¹ verankert. Abstinenteres Verhalten soll gefördert und im Hinblick auf illegale Drogen vermittelt werden.

BÖLLINGER et al. sehen die Primärprävention in der herrschenden Praxis noch über weite Strecken als klassische Drogenprävention an: „die Nachfrage soll reduziert werden, ein Kontakt mit einem Teil der verfügbaren Drogen soll erst gar nicht stattfinden; ihr erklärtes Ziel ist die einstellungsmäßige Immunisierung bisher abstinenter Jugendlicher und Heranwachsender“ (1995, S. 92).

Ein weitere Zielsetzung der Primärprävention „ ist die Erkenntnis, daß süchtiges Verhalten auch eine Störung des Individuums zu sich selbst wie zu seiner Umwelt bedeutet“ (BAG KINDER- UND JUGENDSCHUTZ 1995, S.10).

In dieser Drogenprävention wird eine Selbstbestimmung der KonsumentInnen ausgeblendet, „in ihnen werden in erster Linie leicht verführbare jugendliche (unmündige) Konsumenten gesehen, die solche Drogen konsumieren, die per se nicht zu gebrauchen, sondern nur zu mißbrauchen sind“ (1995, S. 92), kritisieren BÖLLINGER et al..

Drogenarbeiterische Maßnahmen der Primärprävention sind u. a.:

- Ausbildung von Drogenberatungs- und Kontaktlehrern in der Schule und Multiplikatoren
- Entwicklung von Aufklärungsmaterialien
- Einrichtung von Telefon-, Beratungs- und Informationsdiensten
- Fachtagungen

Die Suchtprävention der 'traditionellen Drogenarbeit' arbeitete sehr lange mit dem „Prinzip der Abschreckung“, indem u. a. „Plakate und Faltblätter (...) mit Drogentoten, Fixernadeln und Skeletten illustriert“ (BAG KINDER- UND JUGENDSCHUTZ 1995, S.8) wurden.

5.1.2 Stationäre Langzeittherapie

Die Stationäre Langzeittherapie wurde in der 'traditionellen Drogenhilfe' als der alleinige Königsweg aus der Sucht propagiert. Die gesamte Drogenhilfe orientierte sich fast ausschließlich an ihr.

Der Ausgangspunkt der Therapie „ist die Unterstellung einer Persönlichkeits- bzw. Sozialisationsstörung und einer mißlungenen Identitätsbildung bei dem Drogenabhängigen“ (BÖLLINGER et al. 1995, S. 100).

⁴¹ siehe I.6.1.2

In allen Therapieeinrichtungen existiert ein absolutes Drogenverbot (ebd., S. 101) und „grundlegendes Ziel der Therapie ist es, die Patienten (...) in die Lage zu versetzen, abstinent leben zu können“ (HERWIG-LEMPP 1994, S103f). Doch Bedingung ist, daß „Patienten bereits zu Beginn der Behandlung abstinent sein müssen, d. h. daß Ausgangssituation und Ziel der Therapie bzw. Behandlung in einem wesentlichen Punkt identisch sind“ (ebd.). HERWIG-LEMPP sieht darin ein „Paradoxon (...), besagt die Diagnose ‘Abhängigkeit’, daß es den Konsumenten nicht möglich ist, ihr Konsumverhalten unter Kontrolle zu halten, d. h. sie können nicht damit aufhören. (...) daß sie sich unter Zwang fühlen, ihre Droge weiter zu konsumieren“ (ebd.).

Im wesentlichen werden als Therapieformen die Psychotherapie, Gestalttherapie, Sozialtheapie, Arbeitstherapie, Musik, Malen Sport und sozialpädagogische Ansätze, wie z. B. Erlebnispädagogik verwendet. (BÖLLINGER et al. 1995, S. 101)

Die Therapien sind durch straffe Hierarchien und konfrontativen Gruppentherapien gekennzeichnet. (SCHEERER/ VOGT 1989, S. 46) Sie sind in Stufen und Phasen gegliedert, die sich der Klient erarbeiten muß.

Zu Beginn der meisten Therapien stehen Kontaktverbote (Freunde, Familie, Partner), des Weiteren existieren in manchen Einrichtungen zusätzliche Einschränkungen (TV, Musik, Szeneutensilien etc.). (BÖLLINGER et al. 1995, S. 101)

Folgende typische Merkmale aller therapeutischen Gemeinschaften wurden von VAN EPEN festgestellt:

- „die Hervorhebung der Eigenmotivation,
- die Isolierung von der Gesellschaft
- die Deprivation der Gruppenmitglieder, vor allem in der Anfangszeit und bei Scheitern,
- die Verurteilung früheren Verhaltens,
- die Konfrontation, die Forderung nach uneingeschränkter Teilnahme,
- die Möglichkeit, durch positives Verhalten in der Hierarchie aufzusteigen,
- die Entlassung bei ausreichender Verhaltensänderung“ (zit. nach BÖLLINGER et al. 1995, S. 101)

Es wird eine Anpassung des zu Therapierenden verlangt. Die Behandlung dauert zwischen 6 und 18 Monate.

Die Therapien werden oft von den DrogenkonsumentInnen als bevormundend und menschenverachtend empfunden. So macht z. B. nur „jede fünfte Person

(...) von der Möglichkeit des Paragraphen 35 BtMG Gebrauch" (GERLACH/ ENGEMANN 1996, S. 33), um ihre Haftstrafe in eine therapeutische Behandlung wandeln zu können.

Der Roman „TRAINSPOTTING“ beschreibt die Gedanken vieler DrogenkonsumentInnen, wie ich finde, sehr treffend. Gedanken übrigens, die mir durch den ´professionellen` Umgang mit DrogenkonsumentInnen selber zu Gehör gebracht wurden: „Reha ist doch Scheiße; da bin ich lieber im Bau. Reha da gibt man sich selber auf.“

Und die Therapie mit einem Psychoanalytiker wird folgendermaßen beschrieben: „N Haufen Themen, die angesprochen wurden, manche belanglos, manche heavy, manche langweilig, manche interessant. Manchmal hab ich die Wahrheit gesagt, manchmal hab ich gelogen. Wenn ich gelogen hab, hab ich manchmal Sachen erzählt, von denen ich dachte, daß Forbes (der Therapeut - der Verfasser) sie hören wollte. (...) Aber verdammt will ich sein, wenn ich da irgend ne Beziehung zwischen dem Kram und meinem Sgag (Heroin - der Verfasser) gesehen hab. (...) Eigentlich will ich bloß, daß die Ärsche sich um ihren eigenen Kram kümmern, dann tu ich das auch. Warum glaubt eigentlich jeder Penner, er hat das Recht, mich auseinanderzunehmen und zu analysieren, bloß weil ich harte Drogen nehme?“ (WELSH 1997, S. 189 ff)

5.2 ´ Akzeptanzorientierte Drogenarbeit `

Das Konzept der ´akzeptanzorientierten Drogenarbeit`, welches, laut HERWIG LEMPP, die „am weitesten gehende Variante alternativer Entwürfe zur (traditionellen⁴²) Drogenhilfe“ (1994, S. 119) sei, soll anhand ihrer Grundverständnisse, Ziele, Prämissen und drogenhilfepraktische Konsequenzen vorgestellt werden.

5.2.1 Begriffsabgrenzung

Begriffe wie etwa

- akzeptierende bzw. akzeptanzorientierte Drogenarbeit
- schwellenlose, schwellenarme bzw. niedrigschwellige Drogenarbeit
- subjekt- oder bedürfnisorientierte bzw. entwicklungsangemessene Drogenarbeit
- offene Drogensozialarbeit
- betroffenen-, klienten- oder adressatenbezogene Drogenarbeit

⁴² Einschub des Verfassers

- nicht-bevormundende bzw. non-direktive Drogenarbeit
- sucht-, karriere- oder drogenkonsumbegleitende Drogenarbeit
- risikomindernde bzw. - minimierende oder schadensbegrenzende Drogenarbeit (harm reduction)

lassen auf eine inflationäre Begriffsvielfalt schließen, mittels derer versucht wird eine Umorientierung in der Drogenarbeit zu charakterisieren. (GERLACH/ ENGEMANN 1996, S. 42) Zwischen den einzelnen Begriffen⁴³, die „im Zuge der Forderungen, Konzipierungen und Etablierungen alternativer Praxiskonzepte in der Drogenarbeit entstanden sind“ (ebd.), existieren erhebliche inhaltliche Unterschiede, auf die ich aber nicht näher eingehen möchte.

Sie „unterliegen (...) einer breiten Anwendungs- und Auslegungsvielfalt“ (ebd.), so daß, wie GERLACH/ ENGEMANN feststellen, ein „einheitlicher, bedeutungsidentischer Sprachgebrauch (...) allgemein nicht feststellbar“ (ebd.) ist.

Durch diese Masse an Begriffen, die in Fällen der Schwellendifferenzierung z. B. als methodischer Ansatz und nicht als ganzheitliches Konzept der Drogenarbeit zu verstehen sind, bedarf es, laut GERLACH/ ENGEMANN „eine Theorie akzeptierender Drogenarbeit“, „um sowohl Effektivität als auch Stellenwert und Selbstverständnis akzeptierender Drogenarbeit“ (ebd.) zu verdeutlichen.

Diese soll im folgenden vorgestellt werden:

5.2.2 Grundverständnis

Die ‚akzeptanzorientierte Drogenarbeit‘ versteht sich als „Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe“ (HERWIG LEMPP 1994, S. 118). Sie geht „von einem differenzierteren Bild von DrogengebraucherInnen und Drogenverlaufsentwicklungen aus“ (GERLACH/ ENGEMANN 1996, S. 44). DrogenkonsumentInnen sollen „als mündige, zur Selbstverantwortung und Selbstbestimmung fähige Menschen angesehen werden“ (SCHNEIDER 1997, S. 2) und als „gleichwertige Partner und Mitmenschen akzeptiert“ (HERWIG LEMPP 1994, S. 118) werden. Sie bekennt sich „zur Akzeptierung eines persönlichen Lebensstil, der auch Drogenkonsum beinhalten kann,“ und „auch zur politischen Ebene der Drogenprobleme“ (ebd.). Die zielgruppenorientierte Arbeit, wie SCHNEIDER den methodischen Ansatz der akzeptanzorientierten Drogenarbeit

⁴³ In der Praxis haben sich laut GERLACH/ ENGEMANN „die Begriffe niedrighwellige und akzeptierende Drogenarbeit und schadensbegrenzende Drogenpolitik“ (1996, S. 43) durchgesetzt.

beschreibt, „basiert auf Freiwilligkeit und ist nicht bevormundend ausgerichtet“ (1997, S. 2).

Sie erkennt als mögliche Gebrauchsvariante unter DrogenkonsumentInnen die Existenz eines kontrollierten Gebrauchsmusters auch illegalisierter ‚harter‘ Drogen an, „als Ergebnis von selbstinitiierten, autonom gesteuerten und umweltgestützten Ausstiegsversuchen oder als Vorstufe des gänzlichen ‚Herauswachsens‘ aus der Drogenbindung“ (GERLACH/ ENGEMANN 1996, S. 49). Diese wurden durch Forschungsergebnisse nachgewiesen (vgl. WEBER/ SCHNEIDER). Der ‚akzeptanzorientierten Drogenarbeit‘ geht es darum, „den Objekt-Status des Abhängigen zu überwinden, um Selbstheilungskräfte und Betroffenenkompetenz besser fördern und nutzen zu können“ (BÖLLINGER et al. 1995, S. 134).

In der Literatur vorfindbare gängige und generalisierende Definitionen von Drogenabhängigen werden als „rein theoretische und strategische Konstrukte“ (ebd. S, 50) gewertet.

‚Akzeptanzorientierte Drogenarbeit‘ stellt fest, daß es „**den** Königsweg in der Drogenarbeit (nicht) gibt“ (ebd. S. 50). Sie versteht sich daraus folgernd nicht als „Konkurrenz zu abstinenzorientierten Einrichtungen, sondern als ein zusätzliches Hilfsangebot“ (SCHNEIDER 1997, S. 3).

Ein weiteres Grundverständnis der ‚akzeptanzorientierten Drogenarbeit‘ ist die Auffassung, „daß die Ursache des derzeit existierenden ‚Drogenelend(s)‘ nicht primär in den Drogen und deren Wirkungsweisen begründet liegt, (...) sondern vor allem in deren Illegalität“ (GERLACH/ ENGEMANN 1996, S. 44). Als Folgerung dessen wird festgestellt, daß Persönlichkeitsstörungen eher die Konsequenz eines jahrelangen Drogenkonsums „unter kriminalisierten Lebensbedingungen (sind), als daß sie ursprünglich zur Drogenabhängigkeit führen“ (ebd., S. 46).

5.2.3 Voraussetzungen

SCHNEIDER nennt sieben inhaltliche Prämissen sozialer Arbeit zur Umsetzung und Bewertung einer richtig verstandenen ‚Akzeptanzorientierten Drogenarbeit‘. Diese sollen hier vorgestellt werden:

1. „Anerkennung der Ambivalenz einer jeden Droge, d. h. Anerkennung der Tatsache, daß jede Droge ihre positive und negativ-schädliche Seite hat;
2. Gelassenheit gegenüber der dynamischen und auch diskontinuierlichen Entwicklungsmöglichkeit auch bei zwanghaft und exzessiv Gebrauchenden;

3. Verzicht auf den Appell zur sofortigen Verhaltensänderung und auf übermäßige Strukturierung des Kontaktverlaufes;
4. Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts von Drogengebrauchenden bezüglich Intensität, Richtungsverlauf und Verbindlichkeit der Kontakte;
5. Aufhebung der Degradierung von Drogengebrauchern als Objekte klinisch-therapeutischer Strategien der Persönlichkeitsumwandlung (Verzicht auf methodisierende Klientisierung und Unterstellung genereller Behandlungsbedürftigkeit);
6. Akzeptanz des drogenbezogenen Lebensstils, jedoch keine `Verbrüderung` und kein Einlassen auf dramatisierende, mitleidsheischende Selbstdarstellungen;
7. Verzicht auf Instrumentalisierung und Vermeidung eines sozialpädagogischen Opportunismus durch Herstellung eines ausgeglichenen Verhältnisses zwischen Nähe und Distanz.“ (1997, S.2)

5.2.4 Ziele

‘Akzeptanzorientierte Drogenarbeit` strebt „eine Normalisierung und damit Verbesserung der Lebensbedingung von DrogenkonsumentInnen “ (GERLACH/ ENGEMANN 1996, S. 52) und „selbstbestimmte und eigenverantwortliche Erarbeitung menschenwürdiger Lebensperspektiven mit oder ohne Drogen zu erleichtern und zu ermöglichen“ (ebd. S. 54) an.

Abstinenz wird dadurch nur noch ein Ziel unter vielen.

5.2.5 Methoden, Aufgaben und Formen der `Akzeptanzorientierten Drogenarbeit`

Die `Akzeptanzorientierte Drogenarbeit` setzt, nach GERLACH/ ENGEMANN (1996, S. 52f), auf drei Ebenen, um die genannten Ziele effektiv realisieren zu können:

1. Selbsthilfebene: Bestrebungen von DrogengebraucherInnen nach Selbsthilfe sollen unterstützt werden; mit diesen Gruppen soll, soweit es von ihnen erwünscht wird, eine Kooperation stattfinden.
2. Unmittelbare Unterstützungsebene: Diese beinhaltet konkrete subjektbezogene Hilfestellungen für DrogengebraucherInnen wie u. a.:
 - flächendeckende Verteilung von sterilen Spritzbestecken, `Konsumutensilien` und Kondomen⁴⁴ - auch in Justizvollzugsanstalten
 - niedrighschwellige Substitutionsmöglichkeit mit Methadon, Codein oder anderen Opioiden ohne rigide Indikationskriterien und

qualitätskontrollierte Originalstoffabgabe nicht nur an
`Schwerstabhängige`

- niedrigschwelliger Angebote lebenspraktischer Hilfen
- Wohnraum- und Arbeitsvermittlung
- Betreutes Wohnen
- Wohnprojekte für HIV-infizierte DrogenkonsumentInnen
- Qualifizierte Entgiftungsmöglichkeiten -medikamentengestützt und ohne Therapieverpflichtung
- Gesundheitsräume
- kostenlose Hepatitisschutzimpfung
- flächendeckende szenenahe ärztliche Akutversorgung
- Versorgung mit Notschlafstellen
- betroffengestützte Verbraucherberatung (nach SCHNEIDER 1997, S. 4)

3. Mittelbare Unterstützungsebene: Politische Arbeit in u. a. Gremien- und Öffentlichkeitsarbeit, das Hinwirken auf Gesetzesänderungen etc.

Eine weitere Aufgabe der `Akzeptanzorientierten Drogenarbeit` stellt die Prävention dar, die als eine „sachgerechte VerbraucherInneninformation“ (ebd., S. 53) und „Gesundheitsprävention“ (HERWIG LEMPP 1994, S. 123) verstanden wird. Ziel ist es, eine risikoarme, gesundheitsschonende und genußorientierte Gebrauchsvariante „im Sinne einer eigenverantwortlichen Schadensbegrenzung“ (GERLACH/ ENGEMANN 1996, S. 53) zu unterstützen und zu vermitteln.

6. Berufsbild der Drogensozialarbeiter

VOGT versucht in ihrem Aufsatz „Zum Selbstverständnis der Sozialarbeit in der Drogenhilfe“ (1995) die Drogensozialarbeit als Profession zu konstituieren und von anderen Disziplinen abzugrenzen. Ihre Ergebnisse sollen an dieser Stelle kurz aufgelistet werden.

Zu Beginn stellt VOGT fest, daß „kein verbindliches Selbstverständnis“ (ebd., S. 10) der Drogenarbeit existiert. Wie in den vorherigen Kapiteln bereits beschrieben, führt VOGT aus, daß SozialarbeiterInnen „sehr unterschiedliche Standpunkte (einnehmen), wenn man sie nach ihren Rollen und dem davon abgeleiteten Selbstverständnis im Umgang mit drogenkonsumierenden und drogenabhängigen Personen fragt“ (ebd.). „Daß die Drogensozialarbeit in ganz unterschiedlichen Arbeitsfeldern stattfindet“ (ebd.) - dem stationären (Gefängnis, Klinik, Therapeutische Wohngemeinschaft etc.) und dem ambulanten Bereich (Vielfalt von Beratungsstellen, -kaffees, Straßensozialarbeit

⁴⁴ Prämissen des Safer Use und Safer Sex

etc.) - wird von VOGT allerdings nicht in erster Linie mit den unterschiedlichen Standpunkten in Verbindung gebracht. Als Motiv hierfür sieht sie eher „Prozesse, die auf ältere Entwicklungen verweisen“ (ebd.).

Um die Profession der/des DrogensozialarbeiterIn zu konstituieren und abzugrenzen, begrenzt sie ihre Überlegungen auf drei Themen:

6.1 Dienstleistungscharakter der Drogenarbeit

Nach HÖRMANN/ ZYGOWSKI sieht VOGT die Arbeit von DrogenarbeiterInnen als eine „personenbezogene Dienstleistung“ an.

„Die Therapeut-Klient-Beziehung hat so für den Psychotherapeuten eine doppelte Funktion: einmal als eine Bedingung des materiellen Unterhaltes über therapeutische Dienstleistungen, zum anderen als deren inhaltliche Verwirklichungsform“⁴⁵ (HÖRMANN/ ZYGOWSKI zit. nach VOGT 1995, S. 15). DrogenarbeiterInnen sind demzufolge existentiell und zur beruflichen Realisierung von ihrer Klientel abhängig. „Es ist also die Klientel, die sie immer wieder in ihrem Selbstverständnis versichert“ (ebd.).

Dadurch, daß eine Dienstleistung angeboten wird und für diese Geld verlangt wird, müßten, stellt VOGT fest, DrogenarbeiterInnen Qualifikationen (Wissen, Technik, Kenntnisse, Methoden etc.) nachweisen, die „von der Klientel auch eingefordert werden können“ (ebd.).

6.2 Beratung und Begleitung

Beratung und Begleitung werden von VOGT als Herzstück der Dienstleistungen angesehen.

6.3 Sprache und Drogensozialarbeit

„Immer wieder weist man in der Drogensozialarbeit darauf hin, daß es eine ‚Drogensprache‘ gäbe, die man entweder kennen müsse, um mit Drogenabhängigen ins Gespräch zu kommen (Weber & Schneider 1992) oder die man abstellen müsse, damit Therapie überhaupt gelingen könne (Kampe & Kunz 1983)“ (ebd., S. 18).

VOGT beobachtet, daß „Professionelle wie Drogenabhängige sehr häufig einen rüden Ton anschlagen, daß sie ungebremste sexistische Maulhelden sind, die auch vor rassistischen Äußerungen nicht zurückschrecken“ (ebd.). Obwohl, wie sie feststellt, die Drogenabhängigen „den Ton angeben“, lassen sich manche

⁴⁵ Dies gilt auch ohne Abstriche für DrogenarbeiterInnen.

Professionelle darauf ein. Hier sieht VOGT einen deutlichen Unterschied der Drogenarbeit zu vielen anderen Arbeitsfeldern der Sozialarbeit. „Es scheint so, als schwappe die Brutalisierung des Lebens auf der offenen Drogenszene direkt in die Einrichtungen über und überschwemme alles“ (ebd.).

7. Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß für Abhängige illegaler Drogen bis in die 60er Jahre hinein kein explizites Drogenhilfesystem existiert hat. Dieses wurde erst mit Einsetzen der Drogenwelle 1965 durch die sog. 'Release'-Bewegung aufgebaut. Diese Bewegung entsprach einem antiautoritären und liberalen Stil.

In den 70 er Jahren übernahmen die traditionellen Suchthilfeverbände, die bis zu diesem Zeitpunkt eher ein Hilfesystem für Alkoholsüchtige aufgebaut hatten, die Drogenhilfe für KonsumentInnen illegaler Drogen. Die Drogenhilfe vollzog eine Wandlung in einen autoritären Stil, welcher die Drogenfreiheit als einziges Ziel einer Behandlung postuliert. Die Drogenhilfe entwickelte ein System, dessen Ziel ausschließlich die Vermittlung der Abhängigen in eine stationäre Langzeittherapie darstellte. Diese in mehreren Stufen aufbauende Ordnungssystem wird als Therapiekette bezeichnet. Drogenabhängigen, die sich dieser Therapiekette widersetzen, wurde jegliche Hilfe verwehrt.

Aufgrund kumulierender negativer Entwicklungen im Drogenbereich, wurden von Seiten der Drogenarbeit neue Formen des Umganges mit DrogenkonsumentInnen gefordert. Es entstanden neue Konzepte und Methoden. Das Wort der Schadensbegrenzung wurde in die Drogenarbeit eingeführt und als wesentlicher Bestandteil der neuen Entwicklung in der Drogenarbeit verstanden. Aus dieser Innovation in der Drogenarbeit ist das Konzept der 'akzeptanzorientierten Drogenarbeit' entwickelt worden, welches als Gegenstück zur 'traditionellen Drogenarbeit' gewertet wird. Die 'akzeptanzorientierte Drogenarbeit' übernimmt in ihren Ansätzen die Überlegungen der niedrighwelligen, akzeptanzorientierten und selbsthilfegestützten 'Release'-Bewegung.

Die Drogenarbeit hat bis heute kein Verständnis ihrer selbst formuliert.

III. Teil Diskussion

1. Einleitung

Der III. Teil dieser Arbeit beschäftigt sich mit der aktuellen Drogendiskussion. Unter Berücksichtigung der dargestellten Entwicklungen, Grundverständnisse und Ergebnisse der vorherigen Teile soll diese Diskussion beleuchtet und gewertet werden.

Dieser Teil ist in zwei Abschnitte gegliedert. Der erste Abschnitt beinhaltet die Aufarbeitung und Auswertung der Fachliteratur. Im zweiten Abschnitt möchte ich meinen Standpunkt in dieser drogenpolitischen und drogenarbeiterischen Diskussion darlegen.

Zu Beginn soll das Klima vorgestellt, in dem diese Diskussion stattfindet und Entwicklungen zusammengetragen werden, die als Hindernisse für eine sachgerechte Diskussion gewertet werden können. Anschließend sollen die Inhalte der Diskussion dargestellt, dem meine persönlichen Überlegungen folgen sollen.

2. Diskussionsklima

Das Klima in der die drogenpolitische und drogenarbeiterische Diskussion geführt wird, wird wie folgt beschrieben:

HUBER ist der Meinung, daß die Diskussion zeitweise in einem Klima der Demagogie und der gezielten Verächtlichung Andersdenkender stattfindet (HUG-BEELI 1995, S. 66). Sie würde oft „emotional und unsachlich geführt“ (BÖLLINGER et al. 1995, S. 25) und es fehle oft an „konstruktiven Argumenten“ (HUG-BEELI 1995, S. 66). Dadurch seien die „Diskussionsgegner von der gegenteiligen Meinung nicht zu überzeugen“ (ebd.) und die Diskussion verliere aufgrund dessen einen „sachgerechten Diskusston“ (ebd.) und schaffe „ein radikal vergiftetes Diskussionsklima“ (ebd.).

Die DiskussionsteilnehmerInnen berufen sich, laut AMENDT, oft auf den „Stand der wissenschaftlichen Forschung“. Häufig zitieren sie die gleichen Untersuchungen und statistischen Erhebungen, deren Ergebnisse sie dann jeweils in ihrem Sinne interpretieren“ (1990, S. 327).

In der Diskussion scheinen sich zwei Fronten⁴⁶ gebildet zu haben, die sich gegenseitig die Schuld des Scheitern der Drogenpolitik zuweisen. (HUG-BEELI

⁴⁶ vgl. I. und II. Teil dieser Arbeit

1995, S. 66) Konstruktive Kritik und Verbesserungsvorschläge werden von der jeweiligen 'Gegnerseite' nicht akzeptiert.

3. Hindernisse einer sachgerechten Diskussion

Daß sich das Diskussionsklima nicht verbessert und die Diskussion sich nicht wieder auf eine sachliche und objektive Ebene begibt, läßt sich u. a. an der, wie HUG-BEELI ausdrückt, „gleichsam eines Religionskrieg(es⁴⁷)“ (1995, S. 64), geführten Debatte begründen. Hinzu kommen allerdings DiskussionsteilnehmerInnen aus verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen, die eine sachgerechte Diskussion zu verhindern scheinen. Diese erwecken den Eindruck verschiedene Interessen zu besitzen, die ihre individuellen Positionen in der Diskussion prägen.

Ich möchte Entwicklungen und Positionen dreier gesellschaftlicher Bereiche vorstellen. Soweit Interessen sichtbar sind, werde ich diese nennen. Es sei angemerkt, daß es sich bei der Aufführung der verschiedenen Interessen, soweit nicht anders vermerkt, nicht um fundiertes Wissen handelt. Es sind allein Vermutungen und Überlegungen des Verfassers. Sie sollen lediglich zur Anregung einer Diskussion dienen.

3.1 Wissenschaft

In der wissenschaftlichen Fachliteratur herrscht über Drogen eine Vielzahl kontroverser Grundannahmen und Meinungen, „ohne dass sich diesbezüglich eine herrschende Lehre bilden könnte“ (HUG-BEELI 1995, S. 100). Anhand dieser Fachliteratur lassen sich die gegensätzlichsten 'wissenschaftlichen Tatsachen' feststellen.

In der Cannabisforschung läßt sich dieses Phänomen am geeignetsten beobachten. So wurde u. a. wissenschaftlich belegt, daß Cannabis süchtig macht. Im 1939 erschienen Buch „Monographien aus dem Gebiet der Neurologie und Psychiatrie“, welches 1975 in veränderter Form vom Springer-Verlag unter dem Titel „Die Haschisch-Sucht“ wiederveröffentlicht wurde, beschreibt STRINGAIS die „Haschisch-Sucht“ in sieben auftretenden Merkmalen. (BEHR 1982, S. 233)

1977 stellte NAHAS wissenschaftlich fest, daß der Konsum von Cannabis zu Chromosomenbrüchen im männlichen Samen führt. Weiterhin stellte er eine

⁴⁷ Ergänzung des Verfassers

„soziale Depravation durch Zerstörung der entsprechenden Gehirnzentren“ (ebd., S. 239) durch Cannabiskonsum fest.

TÄSCHNER stellt in seinem Buch „Das Cannabisproblem“ ausführlich das ‚Amotivale Syndrom‘ vor, welches im „Gefolge des Cannabiskonsums nach längerer oder kürzerer Zeit eintritt“ (zit. nach NOLTE in AKZEPT e. V. 1996, S. 114) und ein „durch Teilnahmslosigkeit, Passivität, und Euphorie gekennzeichnetes Zustandsbild“ (ebd.) sei.

SCHREIBER geht in einem Aufsatz in der Europäischen Zeitschrift für Suchtprobleme „SuchtReport“ davon aus, „daß Haschisch im Zentralnervensystem ähnliche Schädigungsqualitäten hat wie Heroin, Kokain und andere Rauschgifte“ (1/1998, S. 13) und zitiert die in der Fachliteratur immer wieder erwähnten „Flashbacks“ oder „Nachhalleffekte“. Diese seien „psychologische Störungen, die nach drogenfreien Zwischenräumen auftreten“ (ebd.).

Psychische Störungen, bzw. schizophrenieartige Geisteskrankheit würden, laut RICKLIN (1993 S. 13), bei Haschischrauchern sechsmal häufiger auftreten.

ZERR vertritt u. a. die sog. Einstiegsdrogentheorie: „Erfahrungen Drogenabhängiger hingegen weisen eindeutig auf den Einstieg mit Cannabisprodukten hin; fast immer nahm eine Drogenkarriere mit Haschisch und Marihuana ihren Anfang (...). In dieser Weise haben sich die meisten Abhängigen langsam an harte Drogen, hauptsächlich an Heroin herangetastet“ (zit. nach SCHNEIDER in AKZEPT e. V. 1996, S. 120). Weiter lassen sich unzählige negative Wirkungen und Folgen des Haschischkonsums anhand der Fachliteratur nachweisen.

Diese Wirkungen und Folgen können jedoch aber auch anhand der Drogen-Fachliteratur widerlegt werden.

BORST-EILERS et al. führen so z. B. in ihren Ausführungen zur niederländischen Drogenpolitik an: „Die von manchen vertretene Auffassung, wonach der bloße Konsum von Hanfprodukten das physiologische und psychische Bedürfnis zum Konsum harter Drogen entstehen läßt - sog. Stepping-Stone-Theorie- ,hat sich angesichts der Entwicklung in den Niederlanden als unhaltbar erwiesen“ (1995, S. 6). BÖLLINGER et al. sind der Meinung, daß es sich beim ‚Amotivalem Syndrom‘, ebenso wie bei den ‚Flashbacks‘, um eine „normativ fundierte bzw. von Interessen sozialer Kontrolle motivierte Kritik bestimmter Lebensstile“ (1995, S. 66) handele. SCHNEIDER zweifelt zudem die Existenz des ‚Flashbacks‘ an (in AKZEPT e. V. 1996, S.132).

AEBERSHOLD stellt Haschisch mit Kaffee auf eine Stufe, und LAUTERBURG stellt fest, daß der Genuß von Cannabis keinerlei negative Nachwirkungen habe, außer eben die Gefahr, strafrechtlich verfolgt zu werden. (HUG-BEELI 1995, S. 100). SCHEERER/ VOGT kommen nach einem Vergleich zwischen Cannabis und anderen (legalen und illegalen) Drogen zu dem Ergebnis, daß Cannabis „vielleicht nach Kaffee und Tee und möglicherweise zusammen mit den leichteren Schmerzmitteln konkurrenzlos günstig ab(schneidet⁴⁸)“ (1989, S. 392).

Was hier an der Cannabisdiskussion dargestellt wurde, kann ohne weiteres auf andere Drogen ausgeweitet werden. Bei dieser Gegensätzlichkeit der wissenschaftlichen Ergebnisse, tauchen mir persönlich zwei Fragen auf:

3.1.1 Welche/ welcher AutorIn weist die richtigen Ergebnisse vor?

Diese Frage ist objektiv kaum zu beantworten. Trotzdem muß man sich mit ihr auseinandersetzen, da sie existentielle Bedingung ist, um sich ein eigenständiges Bild in der Diskussion verschaffen zu können.

Wie HUG-BEELI verweist, wird es in einer Wissenschaft, „die nicht genau ihre Aussagen beweisen kann, immer wieder Meinungsunterschiede geben“ (1995, S. 101) und auch keinen Konsens geben.

Kontrollmöglichkeit bietet das Vergleichen von Literatur und eine Einordnung der Sichtweise des Autors. Des Weiteren sollte darauf geachtet werden, ob der Autor seine Überlegungen nachvollziehbar und logisch erklärt und ob er genaue Quellenangaben tätigt.

Letztendlich bleibt die Beantwortung jedoch, da die meisten Ergebnisse für einen Laien und in vielen Fällen auch für einen 'Experten' nicht nachprüfbar sind, ein Stückweit 'Glaubenssache'. Dieser 'Glaube' manifestiert sich in den individuellen Auffassungen über das Menschenbild, Staatsidee etc..

Ich bin mir dieses Widerspruchs, daß ich mit dieser Aussage meine Arbeit und Aussagen relativiere, bewußt.

3.1.2 Wie erklären sich diese Gegensätze in den Aussagen?

Oft werden die Gegensätze sichtbar, wenn deutlich wird, in welchem Auftrag AutorInnen bzw. WissenschaftlerInnen die Forschungsarbeit angefertigt haben. So wurden z. B. die Studien von NAHAS vom U.S.-amerikanischen Bureau of

⁴⁸ Ergänzung des Verfassers

Narcotics in Auftrag gegeben. Bereits zu Beginn wurde das Ergebnis der Forschungsarbeit im Auftrag festgelegt, da NAHAS „die tatsächliche, große Gefährlichkeit von Marihuana auf allen Gebieten der Biologie“ (zit. nach BEHR 1982, S. 238) nachweisen sollte. Um dieses Resultat zu erhalten, mußte NAHAS, nach Meinung von BLOOMQUIST, „für seine Versuche absolut extreme Ausgangssituationen“ (zit. nach BEHR 1982, S. 239) schaffen.

Es sei nur beiläufig erwähnt, daß solange WissenschaftlerInnen die gewünschten Resultate der AuftragsgeberIn vorweisen können, sich die Wahrscheinlichkeit eines weiteren Forschungsauftrag erhöht und dadurch die berufliche Existenz gesicherter scheint.

BÖLLINGER et al. weisen des Weiteren darauf hin, daß „wegen der Illegalität vieler Drogen (...) die Forschung starken Einschränkungen, ja Verboten“ (1995, S. 64) unterlegen sei und außerdem unter „fachlichen Scheuklappen bzw. fehlender Interdisziplinarität“ (ebd.) leide. Hinzufügend, beschreibt die GAJB, werde „in Deutschland jeglicher Forschung, die sich nicht mit den negativen Seiten von Drogen beschäftige und nicht dem Abstinenzgebot huldigt, große Steine in der Weg gelegt“ (1997, S. 13). Sie erklären, daß es in Deutschland kaum möglich sei, z. B. den Nutzen von MDMA und LSD für die Psychotherapie erforschen zu können.

BÖLLINGER et al. vertreten die Meinung, daß die Drogenforschung, mehr als in anderen Forschungsbereichen, von drogenpolitischen Grundentscheidungen und Ideologien beeinflusst sei. Durch diese ideologisch meist stark manipulierten Ergebnisse entstehen Unwahrheiten, die zu Mythen werden und in der drogenpolitischen Diskussion bewußt eingesetzt werden.

3.2 Politik

Ein weiterer Faktor, der eine sachgerechte Diskussion verhindern zu scheint, ist die Verlagerung der Drogenpolitik zu einer parteipolitischen Auseinandersetzung.⁴⁹

Drogenpolitik ist zu einer politischen Strategie ´mutiert`, um Wählerstimmen gewinnen zu können. Wissenschaftliche Aussagen werden ignoriert oder nur dann herangezogen, wenn sie dem parteipolitischen Ziel dienen. GERLING, drogenpolitischer Sprecher der CDU-Fraktion im Hessischen Landtag, ist z. B. der Meinung, daß „sich die Heroinvergabe im Grunde nicht bewährt hat.“ (FR 9.3.199, S. 18). Diese Aussage läßt sich durch den mir vorliegenden zweiten

Zwischenbericht der Universität Zürich über die „Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln“ nicht bestätigen. Der Bericht hält fest, daß innerhalb von 12 Monaten bei den Probanden u. a.:

- der tägliche illegale Heroinkonsum von 86% auf 3%,
- der tägliche Kokainkonsum von 31% auf 7%,
- die illegalen Einkünfte laut Selbstangaben von 70% auf 14%,
- die „halblegalen“ Einkünfte“ inkl. Prostitution laut Selbstangaben von 46% auf 7%,
- der schlechte körperliche Gesundheitszustand von 27% auf 10%,
- der schlechte psychische Gesundheitszustand von 48% auf 18%

gesunken sind. (1996, S. 11). Des Weiteren wird erklärt, daß „für fast alle erhobenen Deliktarten eine Abnahme und für keine Deliktart eine Zunahme“ (ebd., S.14) registriert wurde.

Auch Mythen der Drogenforschung finden immer wieder Einzug in die Politik. So stellt, die ehemalige Parlamentarische Staatssekretärin des Bundesministeriums für Gesundheit BERGMANN-POHL dar, daß, „wer Ecstasy bekämpfen will, seine Präventionsanstrengungen zunächst auf Cannabis richten (muß), weil von dort die größte Gruppe der Drogenkonsumenten kommt. Alle Versuche, Cannabis verfügbar zu machen, konterkarieren damit die gesamte Suchtprävention. Die Absicht, Cannabis durch Verkauf in Apotheken bereit zu stellen, erweist sich als gesundheitspolitisch unverantwortlich“ (BMG 1997).

Diese Aussage, die sich auf die Einstiegsdrogentheorie stützt, ist meines Erachtens, als Reaktion auf die damaligen Bestrebungen der SPD, Cannabis in Apotheken zugänglich zu machen, als auf drogenwissenschaftliche Kenntnisse zu werten.

BÖLLINGER erklärt dieses Verhalten der Politik als „Machterhalt und -gewinn durch populistische Parolen“ (in AKZEPT 1996, S. 39). Beispiele für dieses Verhalten finden sich in allen Parteien wieder.

BEHR führt aus, daß von 97 WissenschaftlerInnen, die sich mit dem Thema Sucht und Marihuana beschäftigt haben, 94 zu einem negativen Ergebnis gekommen seien. Von PolitikerInnen werden, wie BEHR hinzufügt, in den meisten Fällen die anderen drei zitiert (1982, S. 240).

⁴⁹ vgl. hierzu auch I.6.2

3.3 Medien

Die Medien sind ein weiterer Faktor, der eine unsachgemäße Diskussion verstärkt. „Aussagen (werden) oft ohne die nötige Sachkenntnis oder absichtlich einseitig“ (HUG-BEELI 1996, S. 108) getätigt. So schreibt die HAZ am 20.1.1997 z. B., daß „die Suchtgefahr bei Heroin extrem hoch (ist) - bereits ein bis zwei Spritzen können in die Abhängigkeit führen“ (zit. nach HOFFMANN 1998, S. 21). Die Studie von u. a. WEBER/ SCHNEIDER (1992) widerlegt diese Aussage.

SCHAUDER legt dar, daß „Zweitausend Herointote jährlich in der Bundesrepublik (...) von größerer Medienwirksamkeit (seien), als die ca. 50.000 Menschen, die an den Folgen der Alkoholsucht pro Jahr sterben“ (in PFG e. V. 1996, S.37). Hinzufügend wird von SCHMIDT-SEMISCH festgestellt, daß „die Berichterstattung über Rauschgiftkriminalität im Vergleich zu anderen Kriminalitätsbereichen stark überrpräsentiert“ (1990, S. 69) sei. BÖLLINGER erklärt diese Tatsache durch den verschärften Marktdruck, der „aggressivere Marketingstrategien, eben agitierende, reißerische, Sensationslust befriedigende Inhalte und Formen der Darbietung“ (in AKZEPT e. V. 1996, S. 38) bewirkt. Diese „unreflektierte“ und „`drogenverteufelnde` Form der Berichterstattung“ (SCHMIDT-SEMISCH 1990, S. 70f) führe, wie BÖLLINGER weiter ausführt, zu einer zwangsläufigen qualitativen Steigerung von Selektion, Vereinfachung und Verzerrung der Realitätswiedergabe in den Medien, welche leicht auch zu völliger Verfälschung umschlagen könne. Tatsachen würden, wie er hinzufügt, „aufgebläht“ und die Berichterstattung übertreibe. Zudem verknüpfe sie das Thema Drogen mit dem Gewaltthema.

Ein weiteres Beispiel für die panikmachenden, verteufelnden, reißerischen Aufmachungen in den Medien ist ein Artikel vom 2.7.1998 aus der Zeitung „DIE WELT“ mit der Überschrift: „Tödliche Gefahr durch neue Party-Droge“. Die Rede in dem Artikel ist von einer neuen Droge namens „Liquid Ecstasy“, welche ich bei meinen Recherchen in der Fachliteratur nicht ermitteln konnte.

4. Aktueller Diskussionsstand

In diesem Kapitel möchte ich ausgewählte Segmente der aktuell geführten, aber bereits Jahre bzw. Jahrzehnte alten Drogendiskussion vorstellen. Diesen Teil gliedere ich in drei Unterkapitel, die eine Kategorisierung der vorherrschenden Meinungen in dieser Diskussion darstellen sollen. Die in den ersten beiden Abschnitte, die von einer Gleichbleibung, bzw. Verschärfung der Drogenpolitik

ausgehen, werden nur kurz beschrieben. Im Gegensatz dazu wird der dritte Absatz Reform- bzw. Liberalisierungsvorschläge in der Drogenpolitik bzw. Drogenarbeit detaillierter vorstellen.

4.1 Prohibition (ohne schwerwiegende Veränderungen)

Die erste Kategorie und Bündelung der existierenden Meinungen in der Drogendiskussion vertritt die Auffassung, daß die vorherrschenden Ziele und Methoden der deutschen, prohibitionistischen Drogenpolitik richtig und diese auch nicht zu verändern seien.

Drogen, so ist die Meinung, bewirken „die Selbstzerstörung des Menschen“ (WICHMANN 1992, S. 168). Die Prohibition⁵⁰ wird als einziger Weg gesehen, den Konsum und den Handel von Drogen zu verhindern bzw. einzuschränken. Das Verbot soll als Abschreckung und Zeichen wirken, um unmißverständlich die Gefahr, die von Drogen ausgehe, zu signalisieren. (HUG-BEELI 1995, S. 238). Es wird davon ausgegangen, daß eine Liberalisierung der Drogenpolitik eine Verschärfung des sog. Drogenproblems bedeuten würde.

Therapien werden als einziger Weg aus der Sucht charakterisiert.

Der Erfolg der Drogenpolitik wird u. a. wie folgt dargestellt: „Alle Unkenrufe von einem angeblichen Scheitern der deutschen Drogenpolitik entbehren der Grundlage: Während in Deutschland in den alten Ländern 12% der 14-17 jährigen Jugendlichen Erfahrungen mit illegalen Drogen einschließlich Cannabis haben, sind es in Großbritannien 33%, in Spanien 20% und in den Niederlanden ebenfalls 20%.“⁵¹ (BMG 1997). Auch ein Rückgang der sog. Drogentoten wird, wie aus einer Meldung der BERLINER MORGENPOST vom 8.2.1998 hervorgeht, als Erfolgszeichen gewertet. In der Meldung wird berichtet, daß die Zahl der Drogentoten des Bundeslandes Berlin 1998 im Gegensatz zum Vorjahr um 25 Personen oder 14,3 % gesunken ist. Daraufhin erklärte der Regierende Bürgermeister DIEPGEN, daß diese „Zahlen zeigten, daß der Kampf gegen Drogen nicht chancenlos sei, sondern unablässig und in aller Härte geführt werden müsse.“

4.2. Verstärkung der Repression

Die Inhalte, die unter der Überschrift `Verstärkung der Repression`, komprimiert sind, sind von ihrem Verständnis identisch mit dem Vorherigen.

⁵⁰ staatliches Verbot

⁵¹ Die hier verwendeten Zahlen wurden einem 1995 Bericht der europäischen Drogensituation der Europäischen Beobachtungsstellen für Drogen und Drogensuch in Lissabon entnommen.

Jedoch wird hier die Ansicht vertreten, daß, um das sog. Drogenproblem lösen zu können, die Gesetzeslage noch verschärft werden müsse. Ein Beispiel hierfür stellt die schweizerische Volksinitiative 'Jugend ohne Drogen'⁵² dar. Diese forderte u. a.:

- Drogensucht ausschließlich mit polizeilichen und strafrechtlichen Maßnahmen zu bekämpfen
- Therapeutische Maßnahmen nur als Zwangsentzug in geschlossenen Therapieanstalten
- Drogenabhängige, die ihren Konsum nicht beenden wollen, strafrechtlich zu verurteilen (EKDP, S. 1)

4.3 Liberalisierung

In diesem Unterkapitel sollen die verschiedenen Ansätze einer Liberalisierung der geltenden Drogenpolitik und Drogenhilfe vorgestellt, Betrachtungsweisen aus denen die Erneuerungen heraus erfolgen, dargestellt und die verschiedenen Ziele, welche diese Reformansätze anstreben, beschrieben werden.

Trotz verschiedener Ansätze und Überlegungen haben die Meinungen die in diesem Abschnitt zusammengefaßt werden, eine Gemeinsamkeit; sie halten die Prohibition als ausschließliches Mittel der Drogenkontrolle für unzulänglich und die derzeitige prohibitionistische, repressive Drogenpolitik für gescheitert. Deutlich wird dies in Aussagen wie u. a.:

- Mit Repressalien könne Drogenkonsum „in keiner Weise verändert und keinem Suchtkranken geholfen werden“ (Oberstaatsanwalt H. KÖRNER zit. nach TAZ 14.11.1998).
- „Durch das Strafrecht ist es bisher nicht gelungen, den Anstieg des Betäubungsmittelkonsums zu verringern“(BUNDESVERBAND DROGEN zit. nach TAZ 29.10.1998).
- „Die bisherige Drogenpolitik hat die Zunahme von Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit nicht verhindern können“ (NIEDERSÄCHSISCHER LANDTAG, 15.10.1996)
- „Entgegen ihrer Intention kann eine repressive Drogenpolitik das Drogenelend ganz massiv verschärfen. (...) Das Ziel der Generalprävention (...) ist gescheitert und wird wohl auch in Zukunft nicht erreichbar sein“ (WEBER/SCHNEIDER 1992, S. 22).

⁵² Dieses Volksbegehren wurde am 28.9.1997 mit 70,6% abgelehnt (NZZ. 30.11.'98)

- „Eine wirkliche Aufhebung des sozialen wie gesundheitlichen Drogenelends kann letztendlich allerdings nur über die Aufhebung des Drogenverbotes erreicht werden.“ (GERLACH/ ENGEMANN 1996, S. 75)
- „Die drogenfreie Gesellschaft ist eine Fiktion“ (Polizeipräsident Dr. HAAS 1995, S. 17)

4.3.1 Begriffsklärungen

Begriffe wie ´Entkriminalisierung` oder ´Legalisierung` rufen die Assoziation einer Reform der aktuellen Drogenpolitik hervor. Aus diesem Grund werden sie oft von politischen Parteien, Verbänden etc. im positiven und negativen Zusammenhang benutzt, ohne jedoch diese Begriffe unmißverständlich zu erklären.

An dieser Stelle möchte ich die oft verwendeten Begriffe ´Entpönalisierung`, ´Entkriminalisierung` und ´Legalisierung` einer Erklärung unterziehen.

4.3.1.1 Entpönalisierung

Unter ´Entpönalisierung` wird das Absehen von Strafe bzw. Verfolgung verstanden. Das bedeutet, daß „der kriminelle Straftatbestand (...) bestehen (bleibt), nur der unbedingte Zwang zur Strafverfolgung und Strafvollstreckung entfällt“ (IFT 1993, S. 2).

4.3.1.2 Entkriminalisierung

Der Begriff der ´Entkriminalisierung` bezeichnet einen gesetzgeberischen Vorgang, „der ein bislang strafbares Verhalten straflos stellt. (...) Es handelt sich damit um eine formale Ausgliederung aus dem Strafrecht“ (SCHMIDT-SEMISCH 1990, S. 75).

Nach einer eingehenden Prüfung des Begriffes ´Entkriminalisierung` unterscheidet SCHMIDT-SEMISCH den Begriff in vier Formen:

1. „deklaratorische Entkriminalisierung, die ein Handlung entkriminalisiert, für die kein Bestrafungsinteresse mehr besteht, und die auch nicht mehr bestraft wird.
2. Scheinbare (oder transformierende) Entkriminalisierung, die die Handlung zwar aus dem Strafrecht aussondert, aber gleichzeitig andere funktionale Äquivalente staatlich-repressiven Eingreifens bereithält.
3. Wirkliche (oder ersatzlose) Entkriminalisierung, die eine Handlung (oder Person) straflos stellt, ohne andere formelle Reaktionsformen zu eröffnen und

4. die Entkriminalisierung im Sinne BRUSTENS, d. h. die Aufhebung einer Situation, die jemanden zwingt, 'kriminelle Handlungen' zu begehen." (ebd., S. 78f)

4.3.1.3 Legalisierung

'Legalisierung' bezeichnet, wie SCHMIDT -SEMISCH hervorhebt, eindeutig „die Freigabe von Drogen“ (ebd., S. 79). Wobei unter einer Legalisierung einzelne Drogen, bzw. alle Drogen fallen können.

Eine Legalisierung ist, wie SCHEERER betont, immer „substanzbezogen“ (zit. nach ebd.), somit kann nur im Gegensatz zur 'Entkriminalisierung' einer Droge, nicht aber eine Handlung oder Person legalisiert werden. In ihrer Konsequenz geht die Legalisierung, wie SCHMIDT -SEMISCH herausstellt, einen Schritt weiter als die Entkriminalisierung. „Entkriminalisiert man den Konsum und/oder den Konsumenten einer Drogen, so kann die Droge selbst weiterhin illegal bleiben (...). Legalisiert man aber eine Droge und macht sie damit (relativ) frei zugänglich, entkriminalisiert man auch Konsum, Besitz und Handel der Droge“ (ebd.).

4.3.2 Argumentationsansätze in der Liberalisierungsdiskussion

Wie bereits angedeutet, lassen sich in der Diskussion zur Repressionsverminderung in der Drogenpolitik, nach SCHMIDT-SEMISCH (1990, S.81ff), vier Argumentationslinien ermitteln. In der Auseinandersetzung vermischen sich diese Ansätze meist, jedoch ist es sinnvoll, sie in ihre jeweils verschiedenen Motivationen und Absichten zu trennen und vorzustellen.

4.3.2.1 Liberaler Ansatz

„Dieser Ansatz plädiert für eine Aufhebung des Verbots von Drogen“ (SCHMIDT-SEMISCH 1990, S. 83). Er läßt sich laut SCHMIDT-SEMISCH mit der THESE von MILL erfassen, die besagt, daß Gewalt, bzw. Bestrafung, „nur dann rechtmäßig über ein Mitglied einer zivilisierten Gesellschaft ausgeübt werden darf, wenn dadurch Schaden von einem Dritten abgewendet werden kann“ (ebd. S. 81). Die psychische und physische Gesundheit des Einzelnen wird als keine ausreichende Rechtfertigung für den Einsatz von staatlicher Gewalt bzw. staatlichen Zwanges gewichtet.

Die geltenden Prohibitions Gesetze werden als Verletzung der Freiheit des (Drogen-)Käufers gesehen, denn „für den Umgang mit (bisher) illegalen Drogen sollen die Grundprinzipien der liberalen und pluralistischen Gesellschaft gelten“ (ebd., S. 83).

4.3.2.2 Ökonomischer Ansatz

In diesem Ansatz werden Drogen als Ware betrachtet, die unterschiedslos zu anderen Gütern auch auf einem Markt gehandelt werden, auf dem sich die Preise über Angebot und Nachfrage regulieren. Der Drogenmarkt weise allerdings zwei Besonderheiten auf:

- Der Markt ist illegal.
- Ein großer Teil der Nachfrage, nämlich der der Süchtigen, reagiert überaus preisunelastisch⁵³.

Des Weiteren geht der `Ökonomische Ansatz` davon aus, daß eine „prohibitive Drogenpolitik (scheitern) muß ..., da in ihr drei ökonomische `Kardinalfehler` stecken“ (ebd., S. 84):

1. Handel und Konsum einer Substanz lasse sich nie völlig unterbinden. Durch Repression könne bestenfalls eine Verknappung des Angebotes erreicht werden. Dies führe allerdings zu einem Preisanstieg und zur Vergrößerung der Gewinnspanne. Diese stark erhöhten Preise stoßen auf die preisunelastische Nachfrage, was dazu führe, daß
2. Drogenabhängige gezwungen seien, nicht vorhandene finanzielle Mittel über Beschaffungskriminalität, Prostitution etc. zu beschaffen. Hierdurch werden, laut Ausführungen, hohe gesellschaftliche Kosten verursacht.
3. Die staatlich-prohibitionistische Drogenpolitik sei somit der eigentliche Motor des illegalen Marktes. Denn je strenger das Verbot sei, desto höher seien auch die Preise. Daraus ergebe sich: Je höher der Preis, desto größer der Gewinn auf dem illegalem Markt, und somit auch das Interesse der HändlerInnen an dynamischen Geschäftsentwicklungen. Es wird hinzugefügt, daß mit den höheren Preisen auch der Druck auf die abhängigen HändlerInnen steige, neue Kunden zu gewinnen. (ebd. S. 83f)

⁵³ Bei Preiserhöhungen wird unbedeutend weniger konsumiert. (vgl. WICHMANN 1992; SCHIDT-SEMISCH 1990)

Des Weiteren betont der 'Ökonomische Ansatz' die hohen, sowohl gesellschaftlichen als auch individuellen Kosten der Prohibition⁵⁴.

HARTWIG/ PIES zeigen weiterhin auf, daß trotz aller Prohibitionsbemühungen das Angebot von und die Nachfrage nach illegalen Drogen aufgrund ökonomischer Faktoren ansteigen müsse

- Anbieter nehmen eine repressive Kostenbelastung nicht einfach hin, sondern wehren sich mit Professionalisierungsstrategien. Diese senken die Risikokosten und wirken damit einer Verteuerung der illegalen Drogen entgegen.
- Auch Nachfrager reagieren auf den Kostendruck mit Gegenstrategien. Eine dieser Gegenstrategien ist, daß sie selbst als Dealer auftreten. Dadurch werden im eigenen subkulturellen Umfeld neue ErstkonsumentInnen gewonnen.
- Als wichtiger internationaler Faktor wird der Agrarprotektionismus der USA und der Europäischen Union gewertet. Aufgrund ihrer Positionen haben sie einen weltweiten Verfall wichtiger Agrarprodukte zu verantworten, wodurch wiederum der Anbau von Drogenpflanzen in zahlreichen Weltregionen attraktiv und teilweise sogar notwendig würde. (1992, S 111f)

Der 'Ökonomische Ansatz' fordert ausgehend von den drei Kardinalfehlern und dessen Schlußfolgerungen, „die staatliche Monopolisierung des (...) Drogenhandels“ (ebd. S. 85).

4.3.2.3 Klientenfixierter Ansatz

Dieser Ansatz orientiert sich „an der Verbesserung der konkreten Lebensverhältnisse“ (ebd.) DrogenkonsumentInnen bzw. Drogenabhängigen.

Dieser Ansatz manifestiert sich in der bereits beschriebenen 'akzeptanzorientierten Drogenarbeit'⁵⁵.

4.3.2.4 Integrativer Ansatz

„Der integrative Ansatz stützt sich auf die historische und kulturvergleichende Erkenntnis, daß der Konsum von Drogen ein ubiquitäres und menschlich 'normales' Verhalten ist“⁵⁶ (ebd., S. 88). Daraus resultiere, daß ein Verbot eines solchen Verhaltens nicht möglich sei und es Gefahren produziere, die in der Droge selbst nicht angelegt seien. Man gehe deswegen davon aus, daß ein

⁵⁴ HARTWIG/ PIES (1995, S. 34) haben für 1992 eine Schätzung der Kostenuntergrenze, in Zusammenhang mit illegalen Drogen (vorwiegend Heroin) errechnet. So werden die Kosten, die überwiegend als prohibitionsinduziert gewertet werden, auf mind. 13.748,5 Mio. DM geschätzt. s. II 5.2

⁵⁶ ubiquitär = überall verbreitet

weitgehend unproblematischer Konsum nur gesellschaftlich integriert, „d. h. in einem repressionsfreien Raum, der es erlaubt die Droge in andere Lebensbereiche eingebunden zu konsumieren“ (ebd.) möglich sei. In einem angstfreien Umfeld bestehe die Möglichkeit, so die Überlegungen des Ansatzes, daß sich Regeln und Rituale des Umgangs mit der Droge entwickeln, „die der Substanz einerseits ihre lebensbedrohlichen Effekte nehmen, andererseits den Konsum vom abhängigen zum kontrollierten und selbstbestimmten Verhalten entwickeln“ (ebd.) könnten.

4.3.3 Liberalisierungsmodelle

Ausgehend von den verschiedenen Argumentationsansätzen in der Liberalisierungsdiskussion wurden verschiedene (zum Teil sich ergänzende) praxisbezogene Modelle entwickelt.

Um diese Entwürfe besser vorstellen zu können, habe ich sie in zwei verschiedenen Kategorien unterteilt. Zum einen Modelle, die sich in eine prohibitionistische Politik integrieren lassen und Modelle, die einer prohibitionistischen Politik entgegenstehen.

Diese Kategorisierung soll keine Wertung darstellen und ist eine von mir persönlich vorgenommene Unterteilung, die ausschließlich der besseren Darstellung dienen soll. Ich möchte diese Modelle in ihrem Kern vorstellen, werde aber auf eine nähere Auseinandersetzung mit diesen verzichten müssen, da dies sonst den Rahmen einer Diplomarbeit sprengen würde.

4.3.3.1 Modelle der Liberalisierung (die sich in die jetzige prohibitionistische Politik integrieren lassen)

Zu dieser Kategorie habe ich drogenpolitische und drogenhilfepolitische Überlegungen gezählt, für deren jeweilige Realisierung die prohibitive Drogenpolitik nicht beendet werden muß. Es sei angemerkt, daß alle Modelle bereits in die Praxis umgesetzt wurden oder kurz vor der Umsetzung stehen.

4.3.3.1.1 Entpönalisierung

Für eine ‚Entpönalisierung‘ von speziell CannabiskonsumentInnen hat sich u. a. das BVerfG in seinem sog. ‚Cannabis-Beschluß‘ ausgesprochen. So heißt es

dort: „Beschränkt sich der Erwerb oder der Besitz von Cannabisprodukten auf kleine Mengen zum gelegentlichen Eigenverbrauch, so ist im Allgemeinen die konkrete Gefahr einer Weitergabe an Dritte nicht sehr erheblich. Entsprechend gering ist in aller Regel das öffentliche Interesse an einer Bestrafung.“ (BVerfG 1990, S. 43). Als Grund für diese Entscheidung sieht das BVerfG, daß das Verhängen einer Strafe bei Probieren und Gelegenheits-KonsumentInnen kleiner Mengen von Cannabisprodukten sich bei den Einzelnen eher zu nachteiligen Ergebnissen führen könne. So sei dadurch, laut BVerfG, eine Abdrängung in die `Drogenszene` und eine Solidarisierung mit dergleichen möglich.

Eine Gesetzesänderung wird hierbei nicht benötigt.

Die Forderung nach Absehens der Bestrafung von KonsumentInnen wird auch für KonsumentInnen anderer illegaler Drogen gefordert.

Konsequenz der `Entpönalisierung` wäre eine strafrechtliche Entlastung der KonsumentInnen.

4.3.3.1.2 Substitution

Wie bereits im II. Teil⁵⁷ geschildert, rufen u. a. die RepräsentantInnen der `akzeptanzorientierten Drogenarbeit` nach einem flächendeckenden Ausbau von kostenlosen, differenzierten und niedrighschwelligen Substitutionsmaßnahmen mit Ersatzstoffen wie Methadon, Polamidon, Codein, auch für inhaftierte DrogenkonsumentInnen.

4.3.3.1.3 Originalstoffabgabe

Zusätzlich zu der Forderung der Substitution durch Ersatzstoffe wird auch eine unter staatlicher Aufsicht kontrollierte ärztliche Abgabe von Heroin an Abhängigen erwartet. Für diesen Vorschlag existieren verschiedene Konzepte, die sich durch die Regelung der Vergabe und deren Schwellendifferenzierung bzw. Abgabekontrolle unterscheiden.

Die Vergabe, bei der versucht wird, den Teufelskreis zwischen Abhängigkeit und Kriminalität, in dem sich die Drogenabhängigen befinden, zu durchbrechen, orientiert sich, laut HARTWIG/ PIES, an folgenden Prioritäten:

- „akute Überlebenshilfe,
- Stabilisierung und Verbesserung des Gesundheitszustandes,
- Stabilisierung und Verbesserung der sozialen und psychischen Situation,
- Beendigung des illegalen Drogengebrauches,

⁵⁷ s. II 5.2.5

- Beendigung der Beschaffungs- und Begleitkriminalität,
- verbesserte Behandlungsfähigkeit von Sekundärkrankheiten (Hepatitis, Abszesse, psychische Erkrankungen usw.)
- Förderung der Bereitschaft zu weitergehenden Behandlungsschritten (z. B. berufliche und soziale Wiedereingliederung, Umstieg auf Methadon oder Überwechseln in Abstinenz“ (1995, S. 122f).

Die kontrollierte Heroinabgabe wird von der Schweiz durch ein Heroinprojekt seit 1994 getätigt. Wie bereits beschrieben, wird die Bundesrepublik zum 1.1.2000 nach Schweizer Vorbild ebenfalls ein Heroinabgabe-Modellprojekt realisieren. Das Projekt sieht ausschließlich die Abgabe an volljährige Schwerstabhängige vor. (HAZ 13.2.1998).

Um in Deutschland eine kontrollierte Heroinabgabe rechtlich zu ermöglichen, muß Heroin aus der Liste 1 in die Liste 3 des BtMG überführt werden. (HOFFMANN 1998, S. 41).

Die stattdich kontrollierte und ärztlich begleitete Heroinabgabe wird in der Fachliteratur auch als kontrollierte Teilliberalisierung gewertet.⁵⁸ Allerdings werden bei dieser Teillegalisierung „unter therapeutischen Gesichtspunkten“ (IFT 1993, S.46) nur Abhängige legal mit Heroin versorgt, die gewisse gesetzliche Auflagen (Volljährigkeit, Schwerstabhängigkeit etc.) erfüllen. Für HeroinkonsumentInnen und -abhängigen, die diese Auflagen nicht erfüllen können ändert, sich an der Gesetzeslage nichts. Sie müssen weiterhin das Heroin auf dem Schwarzmarkt erwerben. WICHMANN sieht hierin „eine treibende Kraft in Richtung mehr Sucht, denn Nichtsüchtige müßten erst süchtig werden, um in das billigere staatliche System wechseln zu können“ (1992, S. 163).

Ergebnis der Originalstoffabgabe wäre, daß KonsumentInnen unter ärztlicher Aufsicht reines Heroin erhalten. „Die negativen Nebenwirkungen des Straßenheroins fallen weg“ (HOFFMANN 1998, S. 41). Der Beikonsum wäre, im Gegensatz zum heutigen Methadonprogramm, geringer⁵⁹. Durch eine staatliche Abgabe müßten KonsumentInnen sich das Heroin nicht mehr auf dem Schwarzmarkt kaufen. Die Beschaffungskriminalität für Heroin würde entfallen⁶⁰.

⁵⁸ vgl. u. a. IFT (1993, S. 46); HARTWIG/ PIES (1995, S. 122f) - letztere benutzen für die Legalisierung allerdings den Begriff der Liberalisierung

⁵⁹ In den Schweizer Heroinprojekten liegt der tägliche Beikonsum von Kokain bei 7% (INSTITUT FÜR SUCHTFORSCHUNG et al. 1996, S. 11) bzw. 4% (HOFFMANN 1998, S. 42) im Vergleich zu 13% (HOFFMANN 1998, S. 42) in Methadonprogrammen

Durch die starke Selektion bei hochschwelligem Projekten (u. a. nur an definierte Schwerstabhängige), würde ein Heroin-Schwarzmarkt trotzdem bestehen bleiben.

Die Diskussion um die staatliche Heroinabgabe ist ebenso kontrovers geführt worden, wie die zu der Methadon Substitution. So haben verschiedene Experten und Verbände bei der Anhörung zu dem Gesetzesantrag auf ein Modellprojekt zur Heroinabgabe am 23.4.1994 vor dem Gesundheitsausschuß des Deutschen Bundestages ihre Stellungnahmen zu diesem Thema abgelegt. Diese sollen folgend kurz vorgestellt werden:

- Staatsanwältin Ursula GEBERT und Staatsanwalt Harald-Hans KÖRNER legen dar, daß „in einer hochtechnisierten Gesellschaft mit verfestigten Suchtstrukturen auch die kontrollierte Vergabe von bestimmten Drogen letztendlich dazu beitrage, die ‚Volksgesundheit‘ zu erhalten und zu fördern“ (MICHELS/ STÖVER 1995, S. 37). Weiter sind sie der Meinung, daß eine Heroinabgabe unter therapeutischen Bedingungen nicht gegen die ‚Single Convention on Narcotic Drugs‘ verstoße, da dort „Suchtstoffe dann von einem Verbot ausgenommen (werden), wenn sie lediglich für medizinische und wissenschaftliche Forschung einschließlich klinischer Versuche benötigt werden“ (ebd., S. 36)
- Karl-Ludwig TÄSCHNER ist in seiner Stellungnahme der Meinung, „daß bereits umfangreiche Forschungsprojekte über die Substitution bei Opiatsüchtigen existieren, und diese Experimente aber in so weit wenig ermutigend seien, weil das Therapieziel Drogenabstinenz in den meisten Fällen verfehlt werde“ (ebd., S. 37)
- Die DHS legt zugrunde, daß es ca. 5 bis 10% Schwerstabhängige von der Gesamtzahl der Drogenabhängigen gebe. Schwerstabhängigkeit wird von der DHS als „das Fehlen sozialer Bezüge, Obdachlosigkeit, schwere Gesundheitsschäden, fehlende Lebensperspektiven und die Unfähigkeit zur Abstinenz“ (ebd.) definiert. Diese Vielzahl von Faktoren, schlußfolgert die DHS, lasse sich nicht durch eine Heroinabgabe beheben.
- Der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk vertritt ebenfalls wie das IFT die Auffassung, daß „es keinen Forschungsbedarf für die Opiatsubstitution gäbe“ (ebd.)
- Der Deutsche Caritasverband legt dar, daß eine Heroinabgabe „dann bejaht werde, wenn alle anderen Möglichkeiten der Hilfe vorhanden und ausgeschöpft seien, einschließlich der Substitution“ (ebd., S. 38) mit Ersatzstoffen.

- Der Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit „hält die staatliche kontrollierte Verabreichung von Heroin (...) für Schwerstabhängige geboten“ (ebd.).

Ein Vorwurf den sich die kontrollierte Originalstoffabgabe von vielen KritikerInnen ebenfalls gefallen lassen muß, lautet: „Die Abgabe von Drogen jeder Art auf öffentliches Geheiß oder auf ärztliche Veranlassung hebt ... (eine) Therapiemotivation auf. Substitution ohne das Ziel der Abstinenz läßt die Sucht fortdauern statt sie zu behandeln“ (LÖHRER 1998, S. 15). Eine Therapiemotivation entstehe allein durch Veränderungsbereitschaft wird von der KritikerInnenseite weiter konstatiert.

4.3.3.1.4 Gesundheitsräume

Gesundheitsräume⁶¹ sind Räumlichkeiten der Drogenhilfe in denen DrogenkonsumentInnen ihre Droge unter hygienischen Bedingungen und z. T. ärztlicher Aufsicht konsumieren können. Dieses Angebot wird hauptsächlich für KonsumentInnen von Heroin konzipiert.

Ein Konzeptentwurf zur Einrichtung eines Kontakt- und Druckraums der DROBS Hannover beschreibt folgende Ziele:

- „Im Rahmen der Gesundheitsfürsorge risikoarme Konsumtechniken und Minimalstandards bei der eigenen Gesundheitspflege zu vermitteln,
- die unmittelbare Hilfe bei Drogennotfällen, wie Überdosierung, allergische Reaktionen etc.,
- das Infektionsrisiko durch Bereitstellung hygienischer Bedingungen, wie sterile Einwegspritzen, Desinfektionsmittel und sauberes Wasser, erheblich zu reduzieren,
- eine Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes der KonsumentInnen. (S.2)

Weitere Ziele sind zum einen, Entlastung des öffentlichen Raumes, durch Reduzierung des Konsums in der Öffentlichkeit und zum anderen „eine Enttabuisierung und eine Akzeptanz des Konsums (...), als Grundlage für eine Normalisierung des Umgangs mit Drogenabhängigen“ (STÖVER/ MICHELS 1999, S. 6).

⁶¹ auch Konsumräume, Fixerstuben bzw. Fixerstüblis, Rückzugsräume, Durckräume genannt

In Frankfurt ist die Zahl der sog. Drogentoten seit Öffnung des ersten Gesundheitsraumes proportional zur bundesweiten Statistik⁶² stärker, gesunken. Mußten 1992 noch 121 Drogenabhängige sterben, so waren es 1994 noch 60 Todesopfer. 1997 betrug die Zahl der Drogentoten 22. (DIE WELT, 16.10.1998)

In Deutschland existieren trotz rechtlicher Bedenken⁶³ bereits acht Gesundheitsräume⁶⁴.

4.3.3.2 Modelle der Liberalisierung (die einer prohibitionistischen Drogenpolitik entgegenstehen)

In diesem Unterkapitel wurden Modelle der Liberalisierung zusammengefaßt, die eine völlige Abkehr der Prohibition bedeuten.

4.3.3.2.1 Entkriminalisierung

Es existieren verschiedene Konzepte und Formen der 'Entkriminalisierung'. Sie sind denkbar als:

- „Partielle Entkriminalisierung
 - a) Der Umgang mit Drogen in geringfügigen Mengenbereichen gilt nicht mehr als Straftat
 - b) Der Umgang mit Drogen wird aus dem Strafrecht herausgenommen und in einen Ordnungswidrigkeiten-Tatbestand einbezogen.
- Vollständige Entkriminalisierung
 - Keine Strafverfolgung des Konsums und aller konsumvorbereitenden Handlungen wie Erwerb, Besitz oder Erlangen von Betäubungsmitteln“ (IFT 1993, S. 2)

In beiden Fällen kann sich die 'Entkriminalisierung' auf bestimmte, wie auf alle illegalen Drogen beziehen.

Ziele und Folgen einer 'Entkriminalisierung' wäre eine komplette strafrechtliche Entlastung von DrogenkonsumentInnen einzelner, bzw. aller Drogen.

Zur Realisierung müßte das BtMG komplett erneuert werden. Das BtMG dürfte sich nur noch mit der Kontrolle bzw. Unterbindung des illegalen Handels beschäftigen. Konsumvorbereitende Handlungen müßte er in allen Fällen straffrei stellen, um KonsumentInnen eine Straffreiheit zu gewähren.

⁶² Bundesweit wurden 1992 2.099, 1994 1.624 und 1997 1501 Drogentote registriert (DHS 1998, S. 86)

⁶³ vgl. hierzu STÖVER (1991, S. 111)

⁶⁴ vier in Frankfurt, drei in Hamburg, einer in Hannover

Durch eine partielle oder vollständige 'Entkriminalisierung' können folgende Konsequenzen herbeigeführt werden:

- Positiv
 - Entlastung der Strafverfolgungsbehörden
 - Verringerte Kosten für die Strafverfolgung und Strafvollstreckung
 - Emotionale Entlastung des einzelnen Drogenkonsument
- Negativ
 - Zunahme der individuellen Gebrauchsmenge
 - Zusätzliche gesundheitliche Folgeschäden
 - Anstieg der KonsumentInnenzahl
 - Zunahme der Morbidität
 - Zunahme von Todesopfern, durch Überdosierung (IFT 1993, S. 29ff)

Die negativen Folgen können allerdings zum einen durch niederländische Erfahrungen mit der Entkriminalisierung von DrogenkonsumentInnen⁶⁵ relativiert und zum anderen u. a. durch ein Jugendschutzgesetz, Werbeverbot und sachgerechte Drogen-Aufklärung minimiert werden.

4.3.3.2.2 Legalisierung

Das Modell der Legalisierung stellt, laut SCHMIDT-SEMISCH, die „denkbar radikalste Änderung der herrschenden Drogenpolitik“ (1990, S. 129) dar. Es wären, wie das IFT (1993, S. 47) ausführt, neben der bereits beschriebenen Teilllegalisierung, drei weitere Varianten der Legalisierung denkbar.

4.3.3.2.2.1 Beratungsmodell

Dieser Entwurf kann als Erweiterung der unter therapeutischen Gesichtspunkten staatlich kontrollierten Heroinabgabe verstanden werden. KonsumentInnen erhalten jedoch ebenfalls die Möglichkeit, Heroin legal vom Staat zu erhalten. Vorher müssen sie sich allerdings einer „ausführlichen Beratung unterziehen“ (IFT 1993, S. 46)

4.3.3.2.2.2 Staatliche Monopolstellung des Handels, Herstellung und Verkauf von Drogen

Dieser Idee liegt zugrunde, daß einzelne, bzw. alle Drogen zu den legalen Substanzen gehören und somit für 'jeden' (Einschränkungen z. B. durch Jugendschutzgesetz) zugänglich sind. Herstellung, Verkauf und Handel der Drogen wird vom Staat organisiert und monopolisiert. Jeder nicht-staatliche

Handel, Verkauf, Produktion bleiben illegal., während Besitz, Konsum und Erwerb von Drogen legal ist. (IFT 1993, S. 47)

Drogen könnten durch zentrale staatliche Stellen, wie z. B. Gesundheitsamt, staatliche Drogenberatungsstellen etc., abgegeben werden. „Das wesentliche Merkmal der staatlichen Drogen-Vergabe läge demnach darin, daß die Substanz durch bestimmte lizenzierte Behörden oder Personen verteilt würde, die gleichzeitig für Qualität und Reinheit des Stoffes garantieren könnten, sowie an einen einheitlichen Preis gebunden wären“ (SCHMIDT-SEMISCH 1990, S. 130)

4.3.3.2.2.3 Freier Markt

Einzelne bzw. alle Drogen gehören ebenfalls in diesem Modell zu den legalen Substanzen und sind für jeden (Einschränkungen durch z. B. Jugendschutzgesetz) zugänglich. Der Anbau, Handel, Herstellung, Konsum, Besitz und Erwerb von diesen Drogen ist legal. Sie werden auf einem freien Markt, wie andere Genußmittel⁶⁶ ebenfalls, gehandelt. Herstellung und Handel werden allerdings durch bestimmte Regelungswerke⁶⁷ staatlich kontrolliert, um eine kontrollierte Qualität der Drogen garantieren zu können. (IFT 1993, S. 47) „Der Preis würde in einem solchen System durch Wettbewerb und Konkurrenz bestimmt“ (SCHMIDT-SEMISCH 1990, S. 130)

4.3.3.2.2.3 Ziele, Vor- und Nachteile einer Legalisierung

Die Legalisierung entspricht größtenteils der Argumentationslinie des ökonomischen Ansatzes. Die negativen Folgekosten des Drogenkonsums werden, laut Ansatz, „in individueller als auch in gesellschaftlicher Hinsicht im Wesentlichen (als) ein Produkt des staatlichen-repressiven Umgangs mit diesem Verhalten“ (SCHMIDT-SEMISCH 1990, S. 131) gewertet. „Ein Ausbleiben bzw. eine Abschaffung der staatlich-repressiven Reaktion werden daher die negativen Kosten der Prohibition stark abschwächen - möglicherweise ganz beseitigen“(ebd.). „Das Ziel der Legalisierung ist dann erreicht, wenn sich der Endverbraucherpreis auf einem Niveau eingependelt hat, das dem organisierten Verbrechen, seinen Mafiabanden und Drogenkartellen jeden Anreiz nimmt, Schwarzhandel zu treiben“ (AMENDT 1996, S. 181).

⁶⁵ vgl. BORTST EILERS et al. 1995 und I.7.3

⁶⁶ z. B. Tabak, Kaffee, Alkohol

⁶⁷ z. B. Arzneimittelgesetz oder Lebensmittelgesetz (vgl. PFG 1996, S. 23ff)

In der Literatur⁶⁸ werden folgende Nachteile einer totalen Legalisierung einzelner, bzw. aller Drogen vermutet:

- Anstieg der DrogenkonsumentInnen (vor allem der sog. 'weichen' Drogen) und Drogenabhängigen
- Anstieg der individuellen Gebrauchsmenge
- Verjüngung der ErstkonsumentInnen
- Anstieg der Häufigkeit der Erkrankungen bei KonsumentInnen
- Anstieg des individuellen Risikos zur Intoxikation
- Anstieg der drogenbedingten Todesfälle
- Anstieg der Sekundärkriminalität (z. B. Verkehrsdelikte und Gewaltdelikt unter Drogeneinfluß)
- Zwang zur Behandlung durch die Gesetzgebung entfällt
- Anstieg des Behandlungsbedarfes
- Internationale Abkommen müssen gekündigt werden

Als Vorteile einer Legalisierung einzelner, bzw. aller Drogen werden in der Literatur⁶⁹ folgende Entwicklungen vermutet:

- Gebrauchsbezogene, gesundheitliche Konsequenzen werden reduziert
- Rückgang des zeitlichen Aufwandes der Beschaffung von Drogen
- Entfallen der kriminellen Stigmatisierung der KonsumentInnen
- Schwarzmarkt wird zusammenbrechen
- Organisierten Verbrechen wird die Grundlage entzogen
- Beschaffungskriminalität und -prostitutionen entfallen weitgehend⁷⁰
- Bei einem freien Handel zusätzliche staatliche Einnahmequellen durch Besteuerung der Drogen
- Geringer Marktpreis der Drogen⁷¹
- Kontrolle der Qualität und Reinheit der Drogen
- Gesundheitliche Stabilisierung der KonsumentInnen
- Herabsetzung der Gefahr einer Überdosis aus Unkenntnis des Reinheitsgrades
- Entfallen der Folgeerkrankungen durch lebensgefährliche Streckmittel
- Entwicklung ungefährlicherer Konsummuster durch niedrigen Drogenpreis⁷²
- Kosteneinsparungen bei der Strafverfolgung und Strafvollstreckung

⁶⁸ vgl. u. a. IFT (1993), SCHMIDT-SEMISCH (1990), WICHMANN (1992)

⁶⁹ vgl. u. a. IFT (1993), SCHMIDT-SEMISCH (1990), WICHMANN (1992), HOFFMANN (1998)

⁷⁰ SCHMIDT-SEMISCH stellt fest, „daß die Nachfrage nach gestohlenen Gütern weiterbestehen wird, d. h. die zuvor von Abhängigen begangenen Eigentumsdelikte werden auf andere Personengruppen übergehen, um die fortbestehende Nachfrage zu befriedigen (Gleiches gilt auch für den Bereich der Prostitution)“ (1990, S. 133)

⁷¹ ein Gramm Heroin könnte für 15,-DM verkauft werden (SCHMIDT-SEMISCH 1990, S. 131)

⁷² Der vor allem injizierte Konsum von Drogen ist Folge der hohen Anschaffungskosten der Drogen, da durch den intravenösen Gebrauch der Stoff am besten ausgenutzt wird. Beim Rauchen oder Sniffen, welches eine Gefahr durch unsterile Spritzen ausschließt, wird eine größere Menge, für die mit dem intravenösen Konsum vergleichenden Wirkung benötigt. SCHMIDT-SEMISCH erklärt des Weiteren, daß in den Niederlanden nur 25% der HeroinkonsumentInnen Heroin

- Erweiterung der Möglichkeiten der Drogenarbeit

Anstatt der bisherigen Verfolgung und Verbote, sollen „mit Vorbeugung und Hilfe den wahren Ursachen der Attraktivität von Drogen begegnet werden“ (WICHMANN 1992, S. 160). Die Politik könnte so z. B. trotz Legalisierung durch Vorgaben den Konsum von Drogen drosseln. Instrumente wären hierfür:

- „striktes Werbeverbot,
- deutliche Kennzeichnung der Gefahren auf Verpackung und Etiketten,
- Aufklärungskampagnen,
- Erziehung“ (ebd.)

5 Zusammenfassende Überlegungen und Forderungen

Aus den in dieser Arbeit dargestellten Entwicklungen und Meinungen ergeben sich einige persönliche Überlegungen und Forderungen sowohl an die Drogenpolitik, als auch an die Drogenarbeit. Diese möchte ich im Folgenden zu Grunde legen.

Zu Beginn nenne ich den Ausgangspunkt meiner Überlegungen nennen. Darin möchte ich meine Kritik an den Bereichen der Drogenpolitik, Drogenforschung und Drogenarbeit anbringen, welche ich mit meinen aus dieser Arbeit resultierenden Erwartungen verknüpfenden möchte.

Wie bereits an anderer Stelle beschrieben wird die Drogenpolitik der Bundesrepublik von einem Teil der Experten als gescheitert angesehen. Auch ich bin dieser Meinung. Die aktuellen Statistiken belegen, daß das Ziel der jetzigen Drogenpolitik nicht realisiert werden konnte.

So ist, trotz Verschärfung der Gesetzeslage, die Zahl der

- polizeilich erfaßten Rauschgiftdelikte in den letzten 28 Jahren um mehr als das 43-fache, von 4.761 (1969) auf 205.099 Delikte angestiegen. Diese Zahl hat sich seit 1990 (103.629 registrierte Delikte) fast verdoppelt.⁷³
- ErstkonsumentInnen harter Drogen von 3.246 (1985) auf 20.594 (1997) erhöht. Auch diese Zahl hat sich seit 1990 (10.784) fast verdoppelt.
- Drogentoten ist von 324 (1985) auf 1674 (1998) gestiegen. Die meisten Drogentode sind 1991 (2.125) zu verzeichnen gewesen. (DHS 1998, S. 72ff; GAJB 1997, S. 9; HAZ 2.3.1999)

intravenös applizieren, im Gegensatz zu der Bundesrepublik wo die Zahl bei 75% liegt. (1990, S. 132)

⁷³ HAAS geht in seinem Ausführungen davon aus, daß „die in der Kriminalstatistik 1994 für die Landeshauptstadt Stuttgart erfassten Rauschgiftdelikte (...) nur ca. 1% der tatsächlich begangenen Verstöße gegen das BTM-Gesetz“ (1995, S.3) umfassen

Auch stellt die Drogenaffinitätsstudie des Jahres 1993 fest, daß die Angst der Strafverfolgung bei nur 15% der Befragten ein Grund war, Drogen beim ersten Angebot abzulehnen (SIMON et al. 1997, S. 156). Daraus kann abgeleitet werden, daß die Prohibition auch als präventatives Mittel nicht die gewünschten Erfolge nachweisen kann.

In einem Bericht der HAMBURGER MORGENPOST wird weiterhin eine Resignation der Europol gegenüber dem illegalen Drogenmarkt beschrieben. So heißt es dort: „Die Beamten der europäischen Dienststelle sehen wenige Chancen die Schwemme von Heroin, Kokain, Haschisch und synthetischen Drogen aus aller Welt nach Westeuropa wirksam zu stoppen.“ (15.8. '98)

Auch wenn ich mir der Relativierung der Aussagekraft dieser bloßen Zahlen und Zitate ohne nötigen Kontext bewußt bin, zeigen sie eindeutig eine Entwicklung auf, die die oben genannte These bekräftigt.

5.1 Forderungen an die Drogenpolitik

Wie die neue Regierung in ihrer Koalitionsvereinbarung erkannt hat, müßten folglich neue Wege in der Drogenpolitik beschritten werden. Die aktuelle Diskussion in der Drogenpolitik beschäftigt sich ausführlich mit diesen neuen Wegen, jedoch habe ich mehrere Defizite in dieser Diskussion entdecken können und stelle daraus folgernd meinen Anspruch an die Diskussionsrunde.

Wie bereits beschrieben mangelt es in der Diskussion an sachlicher Kommunikation unter den verschiedenen DiskussionsteilnehmerInnen. Um zu einer pragmatischen Auseinandersetzung zurückkehren zu können, müßten sich die einzelnen 'Gruppierungen' innerhalb dieser Debatte „wieder an einen Tisch begeben“ und Vorschläge, Einwände, Kriterien, Rahmenbedingungen etc. rational und weitgehendst objektiv bearbeiten. Es müßten die einzelnen GesprächsteilnehmerInnen aufhören, die Schuld am Versagen der jetzigen Drogenpolitik in der Gegenposition zu suchen und somit schlußfolgernd ihren eigenen Standpunkt als den 'Königsweg' in der Drogenpolitik, bzw. Drogenarbeit anzusehen. In der Diskussion muß Einigkeit darüber herrschen, daß dieser nicht existiert.

Ein weiterer Mangel innerhalb der geführten Diskussion stellen die gegebenen Modelle einer Repressionsverminderung der Drogenpolitik dar. Diese Modelle streben verschiedene für die Drogenpolitik wichtige Ziele, wie etwa Aufhebung des Schwarzmarktes, Verbesserung der Situation der KonsumentInnen etc, an.

Beleuchtet man einzelne Wege, wirken sie in sich schlüssig. Sie scheinen geeignet zu sein, die individuell angestrebten Ziele z. B. die Bekämpfung des Schwarzmarktes, realisieren zu können. Zieht man jedoch weitere Zielvorstellungen anderer Entwürfe (z. B. Jugendschutz) hinzu, scheint das beleuchtete Modell durch die einseitige Konzentration der Problembewältigung nicht mehr geeignet zu sein, die Erschwernisse in der Drogenpolitik beseitigen zu können. Dies ist u. a. einer der Gründe, welcher die Modelle der Repressionsverminderung sehr anfällig für Kritik werden läßt. Um dieses zu umgehen, müssen die einzelnen Fassungen besser durchdacht werden und interdisziplinäre Ziele anstreben. Ziele einer Drogenpolitik müssen für diesen Schritt definiert werden.

Für meine Forderungen werde ich nach HARTWIG/ PIES (1995)⁷⁴ relevante Ziele einer Drogenpolitik in der Demokratie benennen. Ich stimme mit HARTWIG/ PIES überein, daß sich eine Drogenpolitik in einer Demokratie an den Interessen aller BürgerInnen orientieren muß. Deswegen halte ich folgende Ziele für erstrangig:

- Drogenpolitik sollte zur Normalisierung und zur Schadensbegrenzung beitragen.
- Sie sollte allen BürgerInnen Schutz vor gravierender Fremdschädigung gewähren
- Zur Bekämpfung organisierter Kriminalität beitragen

Weitere Unzulänglichkeiten in der drogenpolitischen Diskussion stellen oft die Argumente für eine Repressionsverminderung, bzw. Legalisierung dar. So wird z. B. als einer der Legalisierungsgründe von manchen DiskussionsteilnehmerInnen die freie Verwendung der Drogen bis in das 20. Jahrhundert genannt. Dieses Argument halte ich für falsch, denn die Bedingungen für den Konsum haben sich im Vergleich zu der heutigen Zeit⁷⁵, durch z. B. wirtschaftliche Interessen der Pharmaindustrie, Beeinflussung durch werbestrategische Maßnahmen etc., geändert. Die Verhältnisse haben sich gewandelt, dadurch benötigt man auch eine andere Form der Drogenkontrolle. Eine freie Verwendung der Drogen in der historischen Entwicklung der Menschheit kann aber herangezogen werden, um Entwicklungen, die zu der heutigen Drogenpolitik geführt haben, zu verdeutlichen und um aufzuzeigen,

⁷⁴ vgl. hierfür I.3.2

⁷⁵ vgl Teil I: Drogenpolitik

daß der Mensch in seiner gesamten Entwicklung Rauscherfahrungen gesucht hat und wie es dem Anschein nach auch heute noch anstrebt.

Drogenpolitische Maßnahmen werden oft auf einzelne Drogen beschränkt. Die Modelle werden, wie momentan an der Diskussion zur staatlich kontrollierten Heroinabgabe zu sehen ist, als Ausweg aus dem sog. Drogenproblem gewertet. Auch dieser Standpunkt ist meines Erachtens nach kritisch zu begutachten. Auf bestimmte Drogen limitierte Programme, erfassen das reale Problem nur begrenzt.

Auch wenn eine staatlich kontrollierte Heroinabgabe ein notwendiger und wichtiger Schritt in der Drogenpolitik ist, wird sie nur eine gewisse Entlastung der Drogenproblematik mit sich bringen. Es muß bedacht werden, daß der überwiegende Teil der DrogenkonsumentInnen Polytoxomanen sind. Ihr Konsum beschränkt sich somit nicht auf eine, sondern auf viele verschiedene legale und illegale Drogen. Ein staatliche Heroinabgabe kann somit eine Lösung des 'Heroinproblem' sein, aber wird das Problem des illegalen Kokainkonsums, Cannabiskonsums, sog. 'Partydrogen'-Konsums etc. nicht berühren. Dessen muß sich die Drogenpolitik und auch die Drogenarbeit bewußt sein.

Dies sollte jedoch kein Grund für eine Aufrechterhaltung der prohibitionistischen repressiven Drogenpolitik sein, sondern für eine Pluralität der Angebote und eine Absage an angebliche Auswege der Drogenpolitik durch 'einseitige' Modelle.

Des Weiteren muß geprüft werden, inwieweit die staatliche Drogenpolitik durch die internationalen Abkommen begrenzt ist. Daß diese Abkommen, vor allem die Single Convention On Narcotic Drugs, eine Politik wie sie in Deutschland betrieben wird nicht zwingend vorschreiben, läßt sich am Beispiel der drogenpolitischen Realität der Niederlande nachweisen. Diese haben ebenfalls sämtliche internationale Abkommen ratifiziert, weisen aber eine wesentlich liberalere Drogenpolitik auf.

Auch GAJB und BÖLLINGER et al. kommen zu dem Ergebnis, daß ein Verbot von Drogen nur erfolgen soll, wenn eine Vertragspartei „die im Hinblick auf die in ihrem Staat herrschenden Verhältnisse (, es⁷⁶) für das geeignetste Mittel hält, die Volksgesundheit und das öffentliche Wohl zu schützen“ (SINGLE CONVENTION ON NARCOTIC DRUGS Art. 2 zit. nach BÖLLINGER et al. 1995, S.

⁷⁶ Ergänzung des Verfassers

177). Nach Artikel 46 steht jedem Unterzeichnerland die Möglichkeit einer Kündigung zu und nach Artikel 47 können Unterzeichnerländer Änderungsanträge einbringen. (GAJB 1997, S. 11)

Inwiefern das Wiener Abkommen von 1988 ein Verbot von Drogen zwingend vorschreibt muß noch untersucht werden.

Schließlich stelle ich aus den genannten Bedingungen und den Ergebnissen dieser Arbeit folgende Forderungen für die Drogenpolitik auf:

- ◆ Loslösung der Drogenpolitik von der Parteipolitik

Ein wichtiger Schritt für eine objektiv geführte Drogenpolitik ist die Loslösung dieser von der Parteipolitik, deren Probleme bereits genannt wurden. Ich schlage die Einrichtung eines parteiübergreifenden Fachgremiums vor, welches für alle drogenpolitischen Fragen verantwortlich wäre. Dem Gremium müßten ExpertInnen aus der Drogenforschung, Drogenarbeit und Drogenpolitik beiwohnen. Eine Partizipation von Selbsthilfegruppen wäre notwendig.

Diese Forderung könnte ohne weiteres sofort umgesetzt werden.

Die Realisierung dieser Forderung scheint problematisch, weil die Parteien ein wichtiges Wahlkampfthema aus ihrem Parteiprogrammen streichen müßten und den gesamten drogenpolitischen Bereich aus ihrer Verantwortung und somit auch aus ihrer Macht herausnehmen müßten.

- Ungleichbehandlung der KonsumentInnen zwischen den verschiedenen Bundesländern auflösen

Wie bereits beschrieben, herrschen in den einzelnen Bundesländern verschiedene Richtlinien wie mit DrogenkonsumentInnen umzugehen ist. Durch diese Praxis entsteht z. B. der deutliche Unterschied in den Einstellungsquoten der Staatsanwaltschaften bei Drogendelikten. Während im Norden der Bundesrepublik nahezu 80% der Verfahren gegen DrogenkonsumentInnen eingestellt werden, beläuft sich die Zahl in Bayern bei 5,9%. (BÖLLINGER et al. 1995, S. 153).

Alle Bundesländer müßten einheitliche Richtlinien zum Umgang mit DrogenkonsumentInnen aufweisen, um gemeinsam und einheitlich die sog. 'Drogenprobleme' bewältigen zu können.

Diese Forderung könnte sofort in die Praxis umgesetzt werden.

Problem bei der Umsetzung stellen die verschiedenen parteipolitischen Ansätze in der Drogenpolitik der Landesregierungen dar.

- Versachlichung des Themas Drogen

Drogenpolitik muß unmißverständlich dazu beitragen, daß Thema Drogen zu versachlichen und Emotionen und Moral aus dem Themenkomplex herauszufiltern. Dem Thema illegalen Drogen sollte politisch nur die Aufmerksamkeit gebühren, wie es im Vergleich z. B. zu den legalen Drogen notwendig ist. Stellt man die Zahlen der Abhängigen von legalen⁷⁷ und den illegalen⁷⁸ Drogen gegenüber, wird einem das Ungleichgewicht in der Thematisierung und die Überbewertung deutlich.

- Kein Mißbrauch des Themas für andere politische Zwecke
Das Thema Drogen darf nicht für andere politische Zwecke, z. B. Verschärfung des Ausländerrechtes, Einschränkung von individuellen Rechten, mißbraucht werden.
- Trennung von KonsumentInnen und Kriminalität
KonsumentInnen aller Drogen müßten entkriminalisiert werden, um eine weitere Verschlechterung ihrer gesellschaftlichen und individuellen Situation zu unterbinden. In die Realität umgesetzt bedeutet dies, das konsumvorbereitende Aktivitäten, wie Besitz und Erwerb nicht strafrechtlich verfolgt werden.
Diese Forderung könnte sofort umgesetzt werden.
- Trennung der Märkte
Um die Märkte der sog. weichen und harten Drogen zu trennen, müßten sog. weiche Drogen entkriminalisiert werden. Diese Maßnahme dient der Erschwerung von Berührungen der KonsumentInnen 'weicher' Drogen mit 'harten' Drogen nach holländischen Vorbild. Unter der Definition von 'weichen' Drogen fallen sämtliche Cannabisprodukte.
Cannabis sollte zukünftig von staatlichen Stellen oder privaten HändlerInnen legal verkauft werden können. Ein Handel der Cannabisprodukte außerhalb dieser Verkaufsstellen wäre weiterhin verboten.
Nach einer Bewährung dieses Modells, einer wissenschaftlichen Evaluation und einer Akzeptanzbildung in der Bevölkerung sollte eine Legalisierung der Cannabisprodukte angestrebt werden.
Angesichtes der Tatsache, daß laut Bundesministerium für Gesundheit etwa 240.000 - 270.000 (Juni 1998, S. 4; Dezember 1998 S.4) der 18-59 jährigen Bundesbürger regelmäßig Cannabis konsumieren, die Folgen des

⁷⁷ Laut einer Pressemitteilung vom Bundesgesundheitsministeriums sind in der Bundesrepublik „etwas 4 Mio. Erwachsene durch Alkoholmißbrauch oder - abhängigkeit gefährdet“ (16.12.1998, S.4), 1-1,4 Mio. sind von medikamenten abhängig (BMG Juni 1998, S.4). und 17,8 Mio. Menschen rauchen in der Bundesrepublik (FR. 2.3.1999). 1993 sind, laut GAJB, 40.000 Menschen an den Folgen des Alkoholkonsums und 140.000 an den Folgen des Tabakkonsums gestorben (1997, S.3)

⁷⁸ Schätzungsweise haben in Deutschland ca. 2,1 Mio. Menschen Erfahrungen mit Cannabis gemacht, von denen ca. 270.000 Personen regelmäßig konsumieren. Bei harten Drogen wird eine

Cannabiskonsums dem des Alkoholkonsums und Tabakkonsums unterliegen, eine tödliche Überdosierung anhand von Cannabiskonsums bisher nicht beobachtet wurde, ist ein weiteres Verbot der Droge unbegründbar.

Diese Forderungen können sofort umgesetzt werden

- Politische Legitimation sämtlicher schadensbegrenzender Maßnahmen

Die Drogenpolitik muß eine rechtliche Legitimation aller schadensbegrenzender Maßnahmen der Drogenhilfe für DrogenkonsumentInnen vornehmen.

Das alleinige Ziel der Abstinenz, als ein Ziel unter vielen und die Therapie als eine Behandlungsmethode in einem pluralen Angebot werten.

Diese Forderungen könnten sofort umgesetzt werden.

Probleme der Realisierung könnten durch entgegenstehende Interessen von Therapeuten, MedizinerInnen, TherapeutInnen auftauchen.

- Politik der kleinen, aber beständigen Schritte

Weiterhin plädiere ich für eine Politik der kleinen, aber beständigen Schritte.

Die Drogenpolitik in einem Schritt zu ändern ist ebenso eine Utopie, wie das Ziel der suchtfreien Gesellschaft. Deshalb fordere ich eine Politik, die in kleinen Stufen diese jetzige Drogenpolitik ändert.

Die Politik muß sozial verträgliche Lösungen finden und diese in einem zeitlichen Rahmen ausbauen. Eine Änderung der Drogenpolitik wird nur durch eine Akzeptanz in der Bevölkerung möglich sein. Deswegen muß jede drogenpolitische Änderung nachvollziehbar sein und wissenschaftlich evaluiert werden, um die Effektivität bewerten zu können.

Eine mögliche Schrittfolge könnte wie folgt aussehen: Entkriminalisierung aller DrogenkonsumentInnen, Entkriminalisierung der weichen Drogen, staatliche Abgabe von harten Drogen unter therapeutischen Gesichtspunkten, Legalisierung von Cannabisprodukten für den medizinischen Gebrauch, totale Legalisierung von Cannabisprodukten, staatliche Abgabe von harten Drogen an alle KonsumentInnen 'harter Drogen', Legalisierung.

Ein zeitlicher Rahmen für diese Entwicklung läßt sich nicht bestimmen, denn neue Schritte können, wie bereits erwähnt, nur durch Akzeptanz der Bevölkerung vorgenommen werden. Diese Entwicklung der Akzeptanzbildung darf nicht durch externe Einflüsse manipuliert werden.

Außerdem muß die Politik neue Entwicklungen, Drogen, Konsumformen etc., die auftreten können flexibel in ihre Überlegungen einbinden. Ein zu starres

Reformvorhaben, welches auf Jahre hinweg geplant ist, könnte dem im Wege stehen. Allerdings darf die Politik ihre Ziel auch nicht vergessen.

5.2 Forderungen an die Drogenforschung

Die Kritik an der Drogenforschung wurde bereits an anderen Stellen ausführlich behandelt⁷⁹.

Schlußfolgernd stelle ich diese Forderungen auf:

- **Loslösung von politischen Interessen**
Die Drogenforschung muß sich von politischen Interessen lossagen und unter objektiven Gesichtspunkten Forschung betreiben, ohne daß bei einer Vergabe von Forschungsaufträgen das zu erforschende Ziel bereits feststeht.
- **Aktive Mythenbeseitigung**
Die Wissenschaft muß aktiv daran beteiligt sein, sich existierenden Mythen in der Drogenpolitik, Drogenforschung, Drogenarbeit durch neue Versuche entgegenzustellen und sie, durch objektive und sachliche Forschung, zu beseitigen.
- **Langzeituntersuchungen**
Die Drogenforschung muß durch repräsentative Langzeitstudien die Effektivität von Hilfen und Angeboten der Drogenhilfe und Maßnahmen der Drogenpolitik untersuchen. Außerdem könnten auf diesem Wege neue Erkenntnisse über DrogenkonsumentInnen, 'kontrollierten Drogengebrauch', 'SelbstaussteigerInnen' gewonnen werden. Die sich ergebenden Untersuchungsmöglichkeiten sollten von der Drogenforschung ausgeschöpft werden, um ein möglichst realistisches Bild des Drogenkonsums zu erhalten.

5.3 Forderungen an die Drogenarbeit

Eine umfassende Kritik an der 'traditionellen Drogenarbeit', bzw. 'traditionellen Drogenhilfe' wurde bereits von der 'akzeptanzorientierten Drogenarbeit' formuliert. Dieser möchte ich mich anschließen.

Hieraus ergeben sich folgende Forderungen an die Drogenarbeit:

- **Loslösung von Stereotypen**
Die Drogenarbeit muß sich von den herrschenden Stereotypen und Menschenbildern lossagen. Diese Menschenbilder, sei es des kranken Drogenkonsumenten oder des selbstbestimmten Subjektes, sind in ihrer Umsetzung sehr problembehaftet, da sie von einem Festbild des

⁷⁹ vgl. III.3.1

Drogenkonsumenten ausgehen, welches in der Realität in dieser idealisierten Form nicht existiert.

Diese vorherrschenden Meinungen und Rollenklischees der KlientInnen halte ich in der Arbeit mit DrogenkonsumentInnen für überflüssig und ineffektiv. Drogenarbeit sollte die Pluralität der DrogengebraucherInnen verinnerlichen.

- Konzeption eines Selbstverständnisses der Drogenarbeit
Drogenarbeit muß ein Selbstverständnis konzipieren, aus dem u. a. hervorgehen müßte, warum die Drogenarbeit im Drogenbereich arbeiten sollte und wo die Aufgaben der Drogenarbeit in diesem Bereich liegen.

Drogenarbeit sollte sich auf diesem Wege vom verinnerlichten Berufsbild des Mediziners und Therapeuten distanzieren.

- Bevormundung der KlientInnen beenden
Drogenarbeit muß die Bevormundung der KlientInnen in Konzepten, Hilfemaßnahmen etc. beenden und diese als gleichwertige Subjekte akzeptieren.
- Pluralität von Angeboten gewährleisten
Drogenhilfe muß ein so weitgefächertes Angebot wie nur möglich gewährleisten.
- Dienstleistung
Drogenarbeit muß beginnen sich als eine Dienstleistung die angeboten wird zu verstehen. Diese Dienstleistung kann, muß aber nicht angenommen werden.
- Keine Zwangsmaßnahmen
Drogenarbeit sollte eine absolute Freiwilligkeit als oberstes Prinzip der Zusammenarbeit mit KlientInnen festsetzen. Zwangsmaßnahmen, die KlientInnen in die Drogenhilfe treibt, muß die Drogenarbeit ablehnen.
- KlientInnen Verantwortung für ihr Handeln übergeben
Drogenarbeit muß den KlientInnen die Verantwortung für ihr individuelles Handeln überlassen und es als Selbstverwirklichung akzeptieren.
- Distanzierung von ´menschenverachtenden` Methoden
Drogenarbeit muß sich eindeutig von ´menschenverachtenden Methoden`, wie z. B. die des Helfenden Zwanges, lossagen und distanzieren. Ziel der Drogenarbeit darf nicht die Vermittlung in eine Therapie um jeden Preis sein, sondern psycho-soziale Begleitung der DrogenkonsumentInnen bei den von ihnen geforderten Hilfemaßnahmen.
- Politische Arbeit unterstützen

Drogenarbeit sollte zudem Bestrebungen von KlientInnen, die sich politisch für ihre Rechte einsetzen, befürworten und unterstützen. Selbsthilfegruppen müssen mit allen erdenklichen Hilfestellungen, soweit diese das möchten, unterstützt werden.

Drogenarbeit sollte DrogenkonsumentInnen ein Forum bieten, um in der Drogendiskussion mitwirken zu können. Meinungen von KonsumentInnen sollten als gleichwertig akzeptiert werden. Es sollte bedacht werden, daß Betroffene selbst besser über ihre Situation sprechen können, als Außenstehende Experten.

Schlußfolgerungen

Aus der vorliegenden Arbeit läßt sich folgern, daß ein fest umrissenes Spannungsfeld zwischen den Bereichen der Drogenpolitik und Drogenarbeit nicht existiert. Als Grund hierfür können die unterschiedlichen Entwicklungen innerhalb der Teilbereiche gewertet werden, die einheitliche Standpunkte in den Abschnitten unterbinden.

Inhaltliche Spannungsfelder treten allerdings zwischen den VertreterInnen der liberalen Ansätze und der repressiven in den einzelnen Abschnitten auf.

Obwohl ein eindeutiges Spannungsfeld nicht existiert, kann anhand der Ausführungen abschließend gefolgert werden, daß Entwicklungen innerhalb der Drogenpolitik und Drogenarbeit kontraproduktiv zueinander stehen und Innovationen hemmen, bzw. sogar verhindern.

Abkürzungsverzeichnis

a.	auch
AG	Arbeitsgemeinschaft
AK	Arbeitskreis
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft
BGH	Bundesgerichtshof
BMG	Bundesminister für Gesundheit
BMI	Bundesminister des Innern
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
bzw.	beziehungsweise
CDU	Christlich Demokratische Union
D.A.H.	Deutsche Aids Hilfe
DBT	Deutscher Bundestag
d. h.	das heißt
DHS	Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren
DROBS	Drogenberatungsstelle
Drs.	Drucksache
ECDP	European Cities on Drug Policy
EKDP	Eidgenössisches Komitee für eine ehrliche
Drogenpolitik	
ebd.	eben da
et al	und andere
etc.	et cetera, und so weiter
E U	Europäische Union
f.	folgende Seite
F.D.P.	Freie Demokratische Partei
ff.	folgenden Seiten
FR	Frankfurter Rundschau
GAJB	Fachforum Drogen des Grün-Alternatives
Jugendbündnis	
GAK	Gemeinsamer Arbeitskreis
GG	Grundgesetz
HAZ	Hannoversche Allgemeine Zeitung
Hrsg.	Herausgeber
Jusos	Jungsozialisten
LG	Landgericht
mind.	mindestens
o. g.	oben genannten
PDS	Partei des Demokratischen Sozialismus
PFG	Paolo Freire Gesellschaft
s.	siehe
s. o.	siehe oben
sog.	sogenannte(n)
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SZ	Süddeutsche Zeitung
TAZ	Die Tageszeitung
u.a.	unter anderem
u. U.	unter Umständen
VerwG	Verwaltungsgericht

WHO	World	Health	Organisation,
Weltgesundheitsorganisation			
vgl.	vergleiche		
zit.	zitiert		
z. T.	zum Teil		

Literaturverzeichnis

AK Drogenpolitik beim Bundesverband der Jusos in der SPD und des Fachforums Drogen des Grün-Alternativen Jugendbündnisses, Hrsg.: Zu den Ergebnissen der Koalitionsverhandlungen im Drogenbereich, 1998, entnommen am 11.11.1998 aus <http://www.hanf-net.de/ag-drogen/pressejusogajb.html>

Akzept e. V., Hrsg.: Menschenwürde in der Drogenpolitik - Ohne Legalisierung geht es nicht!, Hamburg, Konkret Literatur Verlag, 1993

Akzept e. V., Hrsg.: Wider besseres Wissen - Die Scheinheiligkeit der Drogenpolitik, Bremen Editionen Temmen, 1996

Akzept e.V., Hrsg.: Stellungnahme für die öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 6. Mai 1998 zum Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „zur Änderung des Betäubungsmittel Gesetzes (BtMGÄndG) (Rückzugsräume) - BT-Drs. 13/3017, Münster, 1998 entnommen am
aus http://www.uni-oldenburg.de/fb3/politik2/...eorie/forschung_veroeffentlichungen4.html

Amendt, Günter: Sucht - Profit - Sucht, Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuchverlag, 1990

Amendt, Günter: Die Droge, der Staat, der Tod - Auf dem Weg in die Drogengesellschaft, Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuchverlag 1996

Amendt, Günter: Cannabis und Heroin und der 27. September, in Die Zeit, 10. September 1998

Bartsch, Dietmar, Hrsg.: Partei des Demokratischen Sozialismus - Programm und Statut, Berlin, 1998

Behr, Hans-Georg: Von Hanf ist die Rede, Basel, Sphinx Verlag, 1982

Berliner Morgenpost: Drogenpolitik wird nicht liberalisiert, 8.2.1998

Berlin Online: Übersicht über die Positionen der Bundestagsparteien, vom 2.9.1997, entnommen am 11.11.1998 aus http://www.baboom erotik.de/banana/drug_uebersich.htm

Böllinger. Lorenz / Stöver, Heino / Fietzek Lothar: Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenrecht - Leitfaden für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen, Frankfurt am Main, Fachhochschulverlag, 1995

Borst-Eilers, E./ Sorgdrager, W./ Kohnstamm, J., Hrsg.: Die Niederländische Drogenpolitik, 1995 entnommen am 12.11.1998 aus <http://nederland.drugtext.nl/vws/drugnota/2.htm>

Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz, Hrsg.: Suchtprävention - (k)eine Aufgabe der Jugendhilfe, Freiburg im Breisgau, Lambertus, 1995

Bundesminister für Gesundheit / Bundesminister des Innern, Hrsg.: Nationaler Rauschgiftbekämpfungsplan, Bonn, 1990

Bundesministerium für Gesundheit: Repräsentativerhebung 1995 - Schriftliche Befragung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland, Bonn, 1996

Bundesministerium für Gesundheit: Pressemitteilung - Bergmann-Pohl: Wer Cannabis freigibt, gibt auch den Kampf gegen Ecstasy auf, Bonn, Nr. 13, 17.2.1997

Bundesministerium für Gesundheit: Krankheitsbekämpfung, Aids, Juni 1998, entnommen am 20.1.1999 aus <http://www.bmgesundheit.de/krankhei/aids/ubersi2.htm>

Bundesministerium für Gesundheit: Pressemitteilung - Neue Studie zur Verbreitung des Drogen- und Suchtmittelkonsums bei Erwachsenen und jungen Menschen, Bonn, Nr. 97, 16.12. '98

Bundesverfassungsgericht: Der Cannabisbeschluß, 2 BvI 42/92 entnommen am 26.11. '98 aus <http://www.hanf.org/insufo/BVerfG.html>, 1992

Bündnis 90 / Die Grünen, Hrsg.: Grün ist der Wechsel - Programm zur Bundestagswahl 98, Bonn, 1998

Bündnis 90 / Die Grünen, Hrsg.: Für eine humane Drogenpolitik, Bonn, kompakt & fündig 13¹⁷, 1996

Bündnis 90 / Die Grüne, Hrsg.: Legalisieren - Drogenpolitische Forderungen sowie Wissenswertes zu Geschichte, Gebrauch, Wirkung und der Gesetzeslage zu Hanf, Bonn, 1997

Bürer, Barbara: „Alles kann kippen“ - Rot Grün will die Drogenpolitik ändern - Vorbild ist die Schweiz mit der staatlichen Abgabe von Heroin an Süchtige, in „Die Zeit“, 29. Oktober 1998, S. 45

CDU, Hrsg.: „Suchtfrei leben“ - Leitlinien für eine Anti-Drogen-Politik der Zukunft, Bonn, 1997

CDU, Hrsg.: „Wege aus der Sucht“ - Leitsätze des Bundesfachausschusses Innenpolitik der CDU zur Bekämpfung der Drogenabhängigkeit, Bonn, 1998

Christie, Nils / Bruun, Kettil: Der nützliche Feind - Die Drogenpolitik und ihre Nutznießer, Bielefeld, AJZ 1991

Degkwitz, Peter: „Abhängig“ oder „selbstbestimmtes Individuum“ - Anmerkung zur Auseinandersetzung um das Verständnis von Drogenkonsum, in „Akzeptanz - Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik“ 2/1997

Deutsche AIDS-Hilfe e. V., Hrsg.: Cannabis als Medizin - Beiträge auf einer Fachtagung zu einem drängenden Thema, Berlin, 1996

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Hrsg.: Jahrbuch Sucht 1999, Geesthacht, Neuland-Verlagsgesellschaft mbh, 1998

Deutscher Caritasverband: Drogenpolitik - Positionen und Vorschläge des Deutschen Caritasverbandes, Beihefte der Zeitschrift für Caritasarbeit und Caritaswissenschaft, Heft 2, Freiburg, Lambertus Verlag 1993

Deutscher Bundestag: Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (BtMGÄndG) - Rückzugsräume -, Drucksache 13/3017, 13. Wahlperiode, 1995

Deutscher Bundestag: Humanisierung der Drogenpolitik (Teil II) - Heroinverschreibung -, Drucksache 13/3671, 13. Wahlperiode, 1996

Deutscher Bundestag: Humanisierung der Drogenpolitik (Teil III) - Legalisierung von Cannabis -, Drucksache 13/4480, 13. Wahlperiode, 1996

Deutscher Bundestag: Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz - BtMG), Drucksache 13/6534, 13. Wahlperiode, 1996

Die Tageszeitung - Bremen: Freigabe von harten Drogen gefordert, 29.10.1998

Die Tageszeitung: Übersicht über die Positionen der Bundestagsparteien, 25.09.1998 entnommen am 11.11.1998 aus http://www.baboom erotik.de/banana/drug_uebersicht.htm

Die Tageszeitung: Druck bringt nicht - Oberstaatsanwalt fordert Entkriminalisierung bei weichen Drogen, 14.11.1998

Die Welt: Einigung in Innen- und Rechtspolitik, 15.10.1998

Die Welt: Lange Schlangen vor den Fixerstuben - Sozialarbeiter betreuen Süchtige in „Konsumräumen“ - Zahl der Drogentoten in Frankfurt sank, 16.10.1998

Die Welt: Künftig kein Beauftragter für Drogen, 21.10.1998

DROBS HANNOVER, Hrsg.: Positionen zur Einrichtung von Druckräumen in Hannover, Odeonstr. 14, Hannover

DROBS Hannover, Hrsg.: Konzeptentwurf zur Einrichtung eines Kontakt- und Druckraums (Kon-Druck) für Drogenabhängige der offenen Drogenszene in Hannover, Odeonstr. 14, Hannover

Eidgenössisches Komitee für eine ehrliche Drogenpolitik, Hrsg.: Argumentarium, Postfach 6136, Bern

Emmrich, Michael: Bonn will Marihuana als Medizin nicht blockieren; in Frankfurter Rundschau, S. 32, 4.12.1998

Estermann, Josef, Hrsg.: Auswirkungen der Drogenrepression illegaler Drogen: Konsum, Handel, Markt und Prohibition, Berlin, INDRO e. V. , 1997

European Cities on Drug Policy, Hrsg.: Frankfurt Resolution, Frankfurt a. Main, Coordination Bureau, 1990

Europäisches Parlament: Der Kampf gegen Drogen, A4 - 0136/95, 1995 entnommen am 26.11. 1998 aus file:///A|/drug_de2htm

Fachforum Drogen des GAJB, Hrsg.: Drogenpolitisches Grundsatzprogramm, Wiesbaden, 1997, entnommen am 11.11.1998 aus <http://www.comlink.apc.org/gajb/ffdrogen/dropol.htm>

Die Liberalen: Drogen in unserer Gesellschaft, Beschluß des Bundeshauptausschusses, Kassel, Liberal-Verlag 1990

F.D.P., Hrsg.: Es ist ihre Wahl - Das Wahlprogramm der F.D.P. zur Bundestagswahl 1998, Bonn 1998

Frankfurter Rundschau: Nicht Rausch-, sondern Schmerzmittel, 4.12.1998,

Frankfurter Rundschau: Amphetamine und Kokain werden immer häufiger konsumiert, 2.3.1999

Frankfurter Rundschau: Die Vergabe von Heroin hat sich nicht bewährt, 9.3.1999

Freiraum Hamburg e. V., Hrsg.: „Ein rollender Stein setzt kein Moos an“ Gesundheitsräume - und dann?, Hamburg, 1994

GAK Drogenpolitik der PDS-Fraktion Berlin, Hrsg.: Drogendiskurs und PDS, Berlin, 1997

GAK Drogen der PDS Fraktion im Berliner Landtag/ Landesvorstand der PDS-Berlin, Hrsg.: Drogenpolitik, Berlin, 1998

Gerlach, Ralf / Engemann, Stefan: Zum Grundverständnis akzeptanzorientierter Drogenarbeit, Münster, INDRO e. V., 1995

Grimm, Gorm: Die Lösung des Drogenproblems, Flintbek, Pflesser, 1985

Haas: Gedanken zur Drogenpolitik in 10 Kapiteln, Landespolizeidirektion Stuttgart II, 1995, 3. überarbeitete Auflage

Hamburger Morgenpost: Machtlos gegen den Drogen-Strom, 15.8.1998

Hannoversche Allgemeine Zeitung: 100 Fixer in Hannover sollen Heroin erhalten, 12.2.1998

Hannoversche Allgemeine Zeitung: Stadt will Heroinabgabe nicht allein bezahlen, 13.2.1998

Hannoversche Allgemeine Zeitung: 1998 mehr Drogentote als 1997, 2.3.1999

Hartwig, Karl Hans / Pies, Ingo: Rationale Drogenpolitik in der Demokratie - wirtschaftswissenschaftliche und wirtschaftsethische Perspektiven einer Heroinvergabe, Tübingen, J. C. B. Mohr, 1995

Herwig-Lempp, Johannes: Von der Sucht zur Selbstbestimmung - Drogenkonsumenten als Subjekte, Dortmund, Borgmann Publishing, 1994

Hoffmann, Matthias: Heroin - Die Prohibition und die Soziale Arbeit, Münster, INDRO e. V., 1998

Holtmann, Everhard, Hrsg.: Politik-Lexikon, München, Oldenbourg Verlag GmbH, 1991

Hug-Beeli, Gustav: Handbuch der Drogenpolitik - Tatsachen, Meinungen, Analysen, Lösungsvorschläge, Bern, Stuttgart, Wien, Verlag Paul Haupt, 1995

Huxley, Aldous: Die Pforten der Wahrnehmung, Himmel und Hölle, München, R. Piper & Co. Verlag, 1992

Institut für Suchtforschung der Universität Zürich/ Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Hrsg.: Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln, Zürich, September 1996

Institut für Therapieforschung, Hrsg.: Expertise zur Liberalisierung des Umgangs mit illegalen Drogen, München, 1993

Jödicke, Björn: Grünes Delirium - Grüne Drogenpolitik: Verantwortungslosigkeit gegenüber der Jugend, in „Die Entscheidung“, Magazin der Jungen Union Deutschlands, 46. Jahrgang, Nr. 10, 1998

Jusos/ GAJB, Hrsg.: Gemeinsame Presseerklärung des AK Drogenpolitik beim Bundesverband der Jusos in der SPD und des Fachforums Drogen des Grün-Alternativen Jugendbündnisses - Zu den Ergebnissen der Koalitionsverhandlungen im Drogenbereich, 1998 entnommen am 11.11.1998 aus <http://www.hanfnet.de/ag-drogen/pressejusogajb.html>

Klee, Jürgen / Stöver, Heino, Hrsg.: Beratungsführer Drogen und Aids, Berlin, Deutsche AIDS- Hilfe e. V., 1994

Klumb, Anette / Over, Freke: Drogenpolitisches Reformprojekt, in: Disput, 3/1997

Löhner, Frank: Heroin an Süchtige - Anmerkungen aus medizinischer Sicht, in SuchtReport 2/1998

Mann, Karl / Buchkremer, Gerhard, Hrsg.: Sucht - Grundlagen, Diagnostik, Therapie, Stuttgart, Gustav Fischer Verlag, 1996

Michels, Ingo Ilja / Stöver, Heino: Originalstoffvergabe - ausländische Erfahrungen und deutsche Diskussion, in Akzept e. V., Hrsg.: Rundbrief Nr. 2, August 1995

Müller, Frank: Streitfall Drogen, Düsseldorf, Patmos-Verlag, 1999

Neues großes Volkslexikon, Stuttgart, Fackelverlag G. Bowlitz GmbH, 1981

Neue Züricher Zeitung: Eine moderne Bahn - keine Extreme bei Drogen, S. 1, 30.11. '98

Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, Hrsg.: Ein Konzept zur Prävention, Hannover, 1992

Niedersächsischer Landtag: Weiterentwicklung einer nicht-repressiven, vernunftsorientierten Drogenpolitik - Antrag der Fraktion grüne, Drucksache 13/2312, 15.10.1996

Paulo Freire Gesellschaft e. V. / Regenbogen Bayern e. V., Hrsg.: Ohne Mythen und Tabus in der Drogenarbeit, München, 1996

PDS, Hrsg.: Materialien zum Thema Drogen, 1996

Quensel, Stephan: Wende in der Drogenpolitik?, Tagung in Loccum, 17.11.1995, entnommen am 11.11.'98 aus <http://alf.zfn.uni-bremen.de/~bisdro/quensel/Drogen-kultur.htm>

Quensel, Stephan / Kolte, Brigitta / Nolte, Frank: Zur Cannabis-Situation in der Bundesrepublik Deutschland, Bremer Institut für Drogenforschung (BISDRO), Bremen 1995, entnommen am 11.11.'98 aus <http://www.frw.uva.nl/cedro/library/Drugs16/brd.html>

Rausch, Christian: Drogenarbeit und Drogenpolitik in Europa, Rheinfelden / Berlin, Schäuble Verlag, 1995

Reim, Daniela: Opiatabhängigkeit bei Jugendlichen und Heranwachsenden in den neuen Bundesländern - am Beispiel Leipzig -, Diplomarbeit, Fachhochschule Merseburg, 1998

Renggli, Rene./ Tanner, Jakob.: Das Drogenproblem, Berlin / Heidelberg, Springer, 1994

Ricklin, F: Schädliche Auswirkungen der Drogen und kritische Stellungnahme zur Liberalisierung der Drogenpolitik, Zug, Der Neue Rältibund 1993

Sauer, Roland / Singer, Johannes, Hrsg.: Keine Macht den Drogen. Strategien gegen die Sucht - Experten informieren, München, Aktuell Verlag, 1994

Schatteburg, Uta, Hrsg.: Aushandeln, Entscheiden, Gestalten - Soziale Arbeit die Wissen schafft, Hannover, Evangelische Fachhochschule, 1994

Scheerer, Sebastian / Vogt, Irmgard: Drogen und Drogenpolitik - Ein Handbuch, Frankfurt/Main, New York, Campus Verlag, 1989

Schivelbusch, W.: Das Paradies, der Geschmack und die Vernunft, Frankfurt am Main, 1990

Schmerl, C.: Drogenabhängigkeit, Opladen, 1984

Schmidt - Semisch, Henning: Drogenpolitik - Zur Entkriminalisierung und Legalisierung von Heroin, München, AG SPAK Publikationen, 1990

Schneider, Wolfgang (Hrsg.): Brennpunkte akzeptanzorientierter Drogenarbeit, Berlin, VWB 1997

Schneider, Wolfgang: Stellungnahme zur Öffentlichen Anhörung am 19.2.1997 zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung, INDRO e. V., entnommen am 26.11.1998 aus <http://home.muenster.net/~indro/statements.htm>

Schneider, Wolfgang: Drogenmythen in der Drogenhilfe, Drogenforschung und Drogenpolitik, 1998, entnommen am 26.11.'98 aus <http://home.muenster.net/~indro/mythen.htm>

Schreiber, Lothar Hans: Kiffer mal herhören! - Haschisch: So funktioniert's, in SuchtReport, S.7 -13, 1/1998

Schröder, Burkhard: Heroin, Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuchverlag, 1993

Seefeldler, Matthias: Opium - Eine Kulturgeschichte, Landsberg, ecomed Verlagsgesellschaft, 1996

Simon, Roland / Tauscher, Martin / Almut Gessler: Suchtbericht Deutschland 1997, Baltmannsweiler, Schneider Verlag Hohengehren, 1997

SPD/ Bündnis 90/Die Grünen, Hrsg.: Aufbruch und Erneuerung - Deutschlands Weg ins 21. Jahrhundert -Koalitionsvereinbarungen zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands und Bündnis 90/Die Grünen, Bonn, 1998

Stöver, Heino/ Michels, Ingo Ilja: Gesundheitsräume - Geschichte, Bedeutung für DrogenkonsumentInnen und Stellenwert innerhalb der Drogenhilfe und -politik, Freiburg 1999 entnommen am 26.11.'98 aus http://www.uni-oldenburg.de/fb3/politik2/...eorie/forschung_veroef-fentlichungen3.html

Stöver, Heino / Kurz-Lund, Georg., Hrsg.: Safer Use, Safer Sex, Reanimation - Grundlagen niedrigschwelliger Drogenarbeit, Fortbildung in der Drogenarbeit, Band II, Bremen 1996

Stöver, Heino, Hrsg.: Der tolerierte intravenöse Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen- und Aids-Hilfe, Berlin, Aids-Forum D.A.H., Band VI, 1991

Süddeutsche Zeitung: Kanthers Geist sitzt mit am Tisch, 15.10.1998

Täschner, Karl-Ludwig: Drogen, Rausch und Sucht, Stuttgart, Trias, 1994

Täschner, Karl-Ludwig: Harte Drogen - Weiche Drogen?, Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 1997

Thamm, Berndt Georg: Drogenreport, Bergisch-Gladbach, Bastei Luebbe ,1988

Thamm, Berndt Georg: Drogenfreigabe - Kapitulation oder Ausweg, Hilden/Rheinland, Verlag Deutsche Polizeiliteratur, 1989

Uchtenhagen, Ambros / Gutzwiller, Felix / Dobler-Mikola, Anja, Hrsg.: Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln - Zweiter Zwischenbericht der Forschungsbeauftragten, Zürich, Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität Zürich, 1996, 1. Auflage

Vogt, Irmgard: Das Selbstverständnis der Sozialarbeit in der Drogenhilfe, in „Rundbrief Nr. 2“ von AKZEPT e. V., August 1995

Weber, Georg / Schneider, Wolfgang: Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen, Münster, Westfälische Wilhelms-Universität Münster Institut für Soziologie/Sozialpädagogik i. G., 1992, entnommen am 26.11.'98 aus <http://home.muenster.net/~indro/herauswachsen.htm>

Weber, Urban/ Fischer, Rosemarie: Was ist, was will „Harm Reduction“?, in „Akzeptanz“, 2/96

Weigle, Constanze: MDMA - Die psychoaktive Substanz für Therapie, Ritual und Rekreation, Löhrbach, Der Grüne Zweig, 1992

Welsh, Irvine: Trainspotting, Hamburg, Rogner & Bernhard GmbH & Co. Verlags KG, 1997

Wichmann, Stefan: Wirtschaftsmacht Rauschgift, Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch Verlag, 1992

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, daß ich die Arbeit selbständig angefertigt, keine anderen als die erlaubten Hilfsmittel benutzt und alle wörtlich oder sinngemäßen Entlehnungen deutlich als solche gekennzeichnet habe.

Humberto Pereira
18. Juli 2001

Merseburg,