

Das Fiasko der deutschen Drogenpolitik

Sibylle Kappel, Münster

Sebastian Scheerer, Frankfurt a.M.

Die gegenwärtige deutsche Drogenpolitik erschöpft sich in der nimmersatten Expansion des polizeilichen Verfolgungsapparats und des gesellschaftlichen Therapienmarktes. Erfolge sind weder belegt noch angesichts der bloßen Fortschreibung einer in sich kriminogenen Politik auch nur zu erwarten. Für die kritische Kriminologie erhebt sich die Frage, ob Veränderungen primär über die Ebene des faktischen gesellschaftlichen Umgangs mit Süchtigen zu erzielen sind oder ob Rechtsforderungen nach einer Liberalisierung des Betäubungsmittelgesetzes vorrangig sind. Diese Frage wird zugunsten der ersten Alternative beantwortet. In diesem Zusammenhang gewinnt die Kontroverse um die Einführung sozialmedizinisch-ambulanter Drogentherapien unter Verwendung von Methadon einen zentralen Stellenwert. Der Süchtige wird weder kriminalisiert noch in die Subkultur totaler Institutionen abgeschoben. Die Behandlung in Freiheit ermöglicht die Rekonstruktion eines legalen und produktiven Lebenszusammenhangs, indem sie zugleich die Verantwortung für den Umgang mit dem Drogenproblem an die Gesellschaft zurückgibt. Hieraus leitet sich die Forderung nach ambulanter statt stationärer, nach freiwilliger statt Zwangs- und nach Methadontherapien im Gegensatz zum starren Festhalten an ausschließlich drogenfreien Therapien ab.

1. Wo ist etwas zu machen?

Ausgehend von der Krise einer Drogenpolitik, die sich im wesentlichen auf die schier nimmersatte Expansion polizeilicher Verfolgungsapparate und profitabler Therapienmärkte beschränkt und der die makabren Rituale der öffentlichen Zählung von Drogentoten den krasssten Spiegel ihrer Effektivität vorhalten¹, erhebt sich für die kritische Kriminologie dringender denn je die Frage nach Alternativen im rechtlichen wie im therapeutischen Bereich.

Was die *Ebene des Betäubungsmittelgesetzes* angeht, so erscheint vor allem angesichts ausländischer Erfahrungen² ein Eintreten für die Abschaffung aller kriminalrechtlichen Sanktionen gegen Süchtige, für die Entkriminalisierung des Umgangs mit Cannabis und für eine Amnestierung aller wegen Rauschmittelvergehen Verurteilten mit Ausnahme nichtsüchtiger Händler und Schmuggler naheliegend. Ähnliches zeichnet sich, freilich nicht unbedenklich beschränkt auf die Frage des Cannabiskonsums, mit dem Entstehen

einer Reihe örtlicher „Legalize-it“-Kampagnen auch schon in Ansätzen in Deutschland ab. Die strategische Schwäche der Cannabisfreunde nötigt diese zur Beschränkung ihrer Aktivitäten auf die Ebene symbolischer, d.h. nicht auf die Veränderung von Handlungsweisen des politisch-administrativen Systems, sondern auf die Schaffung von Problembewußtsein in der Öffentlichkeit abzielende Politik. Die Cannabis-Legalisierungsbewegung an einem höheren Anspruch zu messen und von ihr etwa zu erwarten, sie könne eine seit einem halben Jahrhundert kontinuierlich befestigte legislative Position gleichsam im Handstreich erobern, wäre notwendig ungerecht. Verschiedene Beispiele – darunter vor allem das niederländische – lehren uns, daß zunächst eine Reihe von Veränderungen im Bereich des praktischen gesellschaftlichen Umgangs mit Süchtigen erreicht sein muß, bevor auf der Rechtsebene „etwas zu machen ist“: Gesetze sichern den faktisch vollzogenen Wandel und bereiten den Boden für weitergehende Reformen.³ Für das Dilemma, in dem sich die kritische Fachöffentlichkeit angesichts einer linear fortgeschriebenen Repressionspolitik gegenüber den Drogenabhängigen befindet, kann dies nur bedeuten, daß die strategische Priorität zur Zeit konkreten Veränderungen auf dem Sektor der Drogentherapie gebührt. Dies nicht etwa, weil die Therapie vordergründig „näher an den Betroffenen“ ist als es abstrakt-generelle Regelungen sein können, sondern vor allem deswegen, weil es hier möglich ist, grundsätzliche Verbesserungen in der Lage der Süchtigen auch ohne vorgängige Änderung des Gesetzes zu erreichen – diese aber gleichzeitig damit vorzubereiten.⁴ Dies gilt insbesondere für die Ablösung des punitiven Systems isolierender stationärer Unterbringung durch ein System ambulanter Hilfsangebote auf sozialmedizinischer Grundlage.

2. Eine realistischere Einstellung zu Süchtigen

Auf dem Gebiet der Drogentherapie spielt sich gegenwärtig die heftigste Kontroverse um die *Frage der Einführung von Methadonprogrammen* ab. Für die einen ist die Verwendung von Methadon, einem vollsynthetischen Präparat mit morphinähnlicher Wirkung, das als Linderungsmittel bei der Opiatentgiftung wie auch als Heroin-Ersatzdroge bei der Sozialtherapie Süchtiger Verwendung findet⁵, so wichtig zur Lösung des Drogenproblems, daß sie sich als Ärzte notfalls selbst der Gefahr der Strafverfolgung aussetzen, um ihre Therapie fortsetzen zu können – andere beschwören die Gefahr einer methadonabhängigen Nation.⁶ Opium fürs Volk oder Hilfe in der Not? In den Niederlanden und vor allem in den USA, wo die Zahl der Methadonklienten die Hunderttausend schon überschritten hat, sieht man die Vorteile von Methadontherapien hauptsächlich in ihrem Beitrag zur Entkriminalisierung der Süchtigen und ihrer Fähigkeit,

zur Entkriminalisierung der Süchtigen und ihrer Fähigkeit, andernorts als „therapieresistent“ bezeichneten Fixern Zugang zur dringend nötigen medizinischen Versorgung zu schaffen. Indem man Heroinsüchtige vom Zwang zu illegalen Konsum- und Beschaffungsaktivitäten und damit aus der Abhängigkeit vom illegalen Heroinmarkt befreit, stört man einerseits die Funktionsmechanismen des illegalen Distributionssystems, während man auf der anderen Seite gleichzeitig die Voraussetzungen für ein wirksames Hilfsangebot schafft. Methadonprogramme nehmen Süchtigen die Angst vor Entdeckung, Strafhaft und Therapien mit Strafcharakter – die Angst vor einer Reaktionspalette, die heute noch die große Mehrzahl der Fixer von der Inanspruchnahme auch existenznotwendiger medizinischer und sozialer Hilfen abhält. Vor allem aber sind Methadontherapien nicht auf die soziale Isolation der Klienten in totalen Institutionen angewiesen, sondern werden als ambulante Dienste angeboten. Süchtige werden weder isoliert noch kriminalisiert, sondern dem alltäglichen Umgang ausgesetzt; sie verlassen ihr unfreiwilliges Exil in kriminellen Subkulturen oder depersonalisierenden Institutionen und konfrontieren die Gesellschaft selbst mit einem Problem, das diese bislang auf die professionelle Suchtverwaltung abzuschieben mußte.

Genau diese Sichtbarmachung des Drogenproblems auf der Ebene alltäglicher Interaktionen mag aber auch den tieferen Grund für die Ablehnung der Methadonprogramme durch die deutsche Medizin und Psychiatrie anrühren, besteht doch zwischen der Dämonisierung der Sucht einerseits und einer Politik des Unschädlichmachens und Wegschließens ein wechselseitiges Abhängigkeitsverhältnis. Für die herrschende Psychiatrie ist der Süchtige ein chronisch unselbständiger Mensch, ein Behinderter, dem zur Bewältigung normaler Alltagssituationen entscheidende Fähigkeiten fehlen: „Fixer sind süchtig gewordene, abnorme (sic!) Persönlichkeiten, die in ihrer menschlichen Persönlichkeits-Werdung (sic!) schwer geschädigt sind“ (Wolf 1977, o.S.). Je dominierender aber das defizitäre Element in der psychiatrischen Merkmalszuschreibung, desto geringer die dem Süchtigen zugebilligte Selbstbestimmungsfähigkeit und desto stärker die Legitimation für oktroyierte „Hilfen“, die Bedürfnisstruktur, Identität und Lebensstil der Süchtigen ignorieren bzw. zerstören. Und je stärker, andersherum, das Interesse der professionellen Experten an einer stationären Verwahrung einer bestimmten Klientel, desto größer wird die Bereitschaft sein, dem ins Auge gefaßten Personenkreis Unfähigkeit zum selbstbestimmten Leben in Freiheit zu bescheinigen.⁷ Aus der Sicht der Gegner von Methadonprogrammen ist es daher nur konsequent, lebenspraktische Hilfen aller Art von der vorrangigen Heilung der Sucht abhängig zu machen und den Klienten so lange zu internieren, bis er gelernt hat, drogenabstinent zu leben: notfalls auch sein Leben lang.⁸

Demgegenüber zeigen die Erfahrungen mit ambulanten Therapien, daß Süchtige keineswegs in ihrer „menschlichen Persönlichkeits-Werdung“ so schwer „geschädigt“ sind, daß sie zu strafähnlichen Verzichtseleistungen auf allen Lebensgebieten gezwungen werden müßten. Wie der Diabetiker (bei dem auch niemand auf den Gedanken verfiel, ihn allein aufgrund seiner Stoffwechseldysfunktionen, die ihn zur regelmäßigen Einnahme von Medikamenten nötigen, seiner Freiheit zu berauben) so geht auch der stoffwechselkranke Heroinsüchtige⁹ als ambulanter Methadonklient im Produktions- wie im Reproduktionsbereich selbstgewählten Tätigkeiten nach. *Die völlige Suchtfreiheit ist nach den Erfahrungen der Methadontherapien nicht Voraussetzung, sondern Konsequenz umfangreicher Hilfsangebote zur psycho-sozialen Stabilisierung des Fixers.* Die Hauptfunktion des aus Sozialpädagogen, Psychologen und Medizinerinnen bestehenden „Drogenteams“ besteht in der Unterstützung bei der Gründung von Selbsthilfegruppen, der Wohnungs- und Stellensuche, der Besprechung psycho-sozialer Probleme. Die gegenwärtigen, auf dem Prinzip der Drogenabstinenz während der Behandlungsdauer rigide beharrenden „drogenfreien Therapien“ machen das abstrakte Heilungsideal zum Fetisch, indem sie Abstinenz zur Voraussetzung lebenspraktischer Hilfen machen und diejenigen, die dieses Gebot von vornherein oder während der Therapie nicht einhalten können, in der illegalen Szene belassen bzw. in diese zurückfallen lassen. Methadontherapien kehren das Prinzip um: anstatt im Namen eines abstrakten, auf seine konkreten Realisierungschancen nicht geprüften Heilungsideals konkrete Hilfe zu verweigern, geht bei ihnen der Weg zur Heilung über ein breitgefächertes Angebot von Hilfen auch für den noch Süchtigen. So steht dem „Heilen durch Helfen“ der Methadonbefürworter das „Heilen statt Helfen“ der Methadongegner diametral gegenüber.

Die gegenwärtigen Therapieketten erreichen nur einen Bruchteil aller Heroinsüchtigen: Wer nicht unter dem Druck eines drohenden Strafverfahrens dorthin genötigt wird, sucht nicht von sich aus den Kontakt mit der sterilen Isolation von Entzugsstationen und manch einer zieht – vor die Wahl gestellt zwischen „Knast“ und „Therapie“ – den ersteren vor. Soweit der absolut gesetzte Heilungsprimat der herrschenden Lehre die Süchtigen von jedem therapeutischen Kontakt überhaupt fernhält, bringt man einem abstrakten Zielpostulat konkrete Süchtige zum Opfer, denen eine sozialmedizinische Hilfeleistung durchaus das Leben retten könnte. Trotz jahrzehntelanger Erfahrungen mit drogenfreien Programmen gibt es zudem bis heute keine Erfolge. Zwar werden unter Praktikern Erfolgsquoten von rund 30% gehandelt; die Untersuchungen, auf die dabei Bezug genommen wird, vertragen jedoch kein näheres Hinsehen.

Am liebsten wird auf eine Evaluationsstudie aus der Jugendpsychiatrie in Hamm/Westf. verwiesen, deren selbstberichtete Erfolgsquote von 23 – 29% z.B. von der Zeitschrift „Psychologie heute“ als Beweis für die Therapierbarkeit Heroinsüchtiger mit modernisierten drogenfreien Programmen („Therapieketten“) herangezogen wird (Dittrich u.a. 1976, M.M. 1979). Verschwiegen wird dabei allerdings die extrem selektive Aufnahme von Klienten, die jede Verallgemeinerung der Resultate von vornherein verbietet; verschwiegen wird auch, daß verstorbene und verschollene Klienten bei der Berechnung der Erfolgsquote unberücksichtigt blieben, daß die Erfolgskriterien so weit gefaßt wurden, daß auch traditionell als Mißerfolge eingestufte Fälle zu „Erfolgen“ umdefiniert wurden und schließlich, daß sich unter den Klienten u.a. 18 Cannabiskonsumenten und 13 „sonstige“ Abhängige befanden, die alleine schon für die 23 – 29% Erfolge verantwortlich sein könnten. — Nach allem wohl ein Eingeständnis der absoluten Hilflosigkeit, in der sich die traditionellen Formen der Suchttherapie befinden (näher Scheerer 1979, S. 9 ff.).

3. Erfahrungen mit Methadon

Befürworter und Gegner von Methadonprogrammen unterscheiden sich nicht nur in ihrer prinzipiellen Einstellung gegenüber Sucht und Süchtigen. Von den Vertretern der deutschen Suchtbürokratie wird — neben einer Reihe polemischer Einlassungen zum Thema¹⁰ — vor allem bezweifelt, daß Methadonprogramme mehr Süchtige zu erreichen vermögen als die herkömmlichen Angebote. Methadonklienten sollen keineswegs ihren Heroinkonsum reduzieren, sondern statt dessen eher noch mehr Barbiturate und Amphetamine konsumieren, bzw. zu Alkoholikern werden. Methadonprogramme würden schließlich nicht einmal die Kriminalität verringern, da die Klienten auch ohne existentielle Notwendigkeit ihren aufregenden Lebensstil in der Illegalität weiterführen wollten. Methadonprogramme, so heißt es schließlich, lägen auf der Linie der technokratischen Verschreibungsmedizin: die Ärzte hätten den Profit, die Patienten die Nebenwirkungen.¹¹ Diesen Eindruck muß freilich auch erhalten, wer sich auf die Berichterstattung der jeglichen sozialmedizinischen Modellen ablehnend gegenüberstehenden deutschen Ärzteschaft (z.B. Riedesser 1974) verläßt. Wer sich hingegen die Mühe macht, die hierzulande systematisch vernachlässigte amerikanische Methadonliteratur zur Kenntnis zu nehmen, der wird für eine ambulante Suchttherapie Belege finden, die „in der Tat sehr beeindruckend sind“¹²:

Methadonprogramme können prinzipiell alle Süchtigen erreichen. Die in Deutschland favorisierten stationären Langzeittherapien sind von vornherein darauf zugeschnitten, nur eine kleine Minderheit der Heroinsüchtigen aufzunehmen; eine extrem selektive Patientenauslese wird schon deswegen betrieben, um später (relative) Erfolge aufweisen zu können und die finanzielle Unterstützung durch die öffentliche Hand nicht zu verlieren. Extrem selektiv muß aber auch deswegen verfahren werden, weil das Angebot stationärer Langzeit-

therapie für jeden Fixer schier utopische Investitionen im Suchtbereich erfordern würde. — Methadonprogramme hingegen sind nicht darauf angewiesen, Klienten aus ihrem sozialen Umfeld zwangsweise herauszuholen und stationär zu verwahren; Anlaufstellen für ambulante Therapie sind vielmehr an vielen Punkten einer Großstadt möglich; niemand braucht wegen mangelnder Motivation oder Erfolgsaussichten abgewiesen zu werden. Zwar wollen viele Fixer zunächst aus Gründen, die mit der Erhaltung ihres spezifisch aufregenden Lebensstils zusammenhängen, ungern von Heroin auf Methadon umsteigen¹³ — gleichwohl liegt hierin kein prinzipielles Therapiehindernis. Amerikanische Erfahrungen bestätigen jedenfalls, daß die Schwellenangst der Süchtigen bei Methadontherapien schneller überwunden wird und nach und nach „praktisch alle Süchtigen von der Straße in die Methadonbehandlung kommen“.¹⁴ Erstaunlich hohe Verbleibquoten (70–80 % bei nichtselektiven und auf Freiwilligkeit basierenden Programmen) sprechen zudem für die fortdauernde Attraktivität eines Hilfsangebots, das den Lebensstil und die Integrität der Klienten in höherem Maße als bei uns üblich respektiert.

Methadonprogramme sind kontinuierlich attraktiv. Von 12.521 Klienten, die seit 1972 im New Yorker Methadone Maintenance Treatment Program (MMTP) aufgenommen wurden, setzten 1973 noch 9.897 (79 %) die Behandlung fort. Vom Aufnahmejahrgang 1971 waren 1973 noch 78 %, vom davorliegenden Jahrgang noch 75 % weiter in Behandlung. Von den 30.071 zwischen 1964 und 1973 aufgenommenen Klienten waren 23.294 oder 77 % dabeigebieben. — Derartige Erfolge sind kein Einzelfall (Nell 1975; Wilmarth/Goldstein 1974; Dole/Nyswander 1968; Cushman u.a. 1976; Ruiz u.a. 1977).

Methadonprogramme verringern die Drogenkriminalität. Um seine Versorgung mit Heroin zu sichern, ist der illegale Süchtige auf strafbare Erwerbs- und Weiterveräußerungshandlungen und umfangreiche Beschaffungskriminalität angewiesen, die für die Betroffenen notwendig die Kriminalisierung, für die Volkswirtschaft einen Schaden in Milliardenhöhe impliziert. Da die Abgabe von Methadon legal und nahezu kostenlos ist, entfällt für den Süchtigen der Zwang zur Kriminalität, dem Schwarzmarkt werden Kunden entzogen (näher Kemper in diesem Heft).

Methadonprogramme führen nicht zum Ausweichen der Süchtigen auf andere Drogen. Zwar gehört es auch in den USA zu den weitverbreiteten Annahmen, daß Methadonpatienten regelmäßig bestrebt seien, die blockierende Wirkung der Substanz durch erhöhte Gaben von Heroin, Amphetaminen, Barbituraten oder Alkohol zu überlisten — empirische

Studien zeigen freilich genau das Gegenteil: Im Santa Clara County Methadone Program nahmen von 273 Patienten zunächst trotz Methadongaben noch 100 % nebenher Heroin. Schon nach drei Monaten ging deren Anteil jedoch auf unter 30 %, nach neun Monaten auf unter 20 % zurück. Nach Nell benutzen im New Yorker Programm sogar schließ-
lich nur noch „weniger als 1 % der Methadon-Patienten noch Heroin“ (Nell 1975, S. 55; vgl. auch Wilmarth/Goldstein 1974; S. 50). Der Konsum von Barbituraten und Amphetaminen bleibt zunächst stabil, der Alkoholkonsum nimmt so-
gar nach Beginn der Methadontherapie merklich ab.¹⁵

Methadontherapien ermöglichen die Rekonstruktion eines legalen und produktiven Lebenszusammenhangs. Der illegal lebende Süchtige ist völlig von seinen Aktivitäten zur Konsumsicherung absorbiert. An Ausbildung, Examen, Beruf, Familie oder Freizeit denken, ist für ihn illusorisch. Selbst wenn er sich nicht auf das Leben in einer Rückzugssubkultur beschränken möchte, sieht er sich durch seine Illegalität dazu gezwungen. Demgegenüber erhält die Methadontherapie ihm prinzipielle Wahlfreiheit. Die Erfahrungen mit ambulanter Hilfe deuten darauf hin, daß einer großen Anzahl Süchtiger durchaus an einer „normalen“ Existenz gelegen ist. So nimmt die Arbeitslosenquote unter männlichen Süchtigen innerhalb von drei Jahren von 62 (nach 6 Monaten Behandlungsdauer) auf 26 %, unter weiblichen Süchtigen von 82 auf 53 % ab (Nell 1975):

Beschäftigungsgrad über drei Jahre Methadontherapie

nach Monaten	männliche	weibliche Klienten
6	58 %	18 %
12	57 %	26 %
24	70 %	36 %
36	74 %	47 %

4. Der politische Stellenwert von Methadonprogrammen

Die Einführung von Methadontherapien, die ihrem Konzept nach die Subjektivität des Süchtigen ernstnehmen, ohne sich ihr zu unterwerfen und deren Praxis in der Bereitstellung von Angeboten, nicht von Zwangs-Interventionen besteht, erscheint heute schon einer Reihe von Praktikern als notwendig. Ist sie aber deshalb auch in jedem Fall für kritische Kriminologen wünschbar? – Damit stellt sich die Frage nach der Position emanzipatorisch orientierter Fachöffentlichkeiten wie z. B. des AJK.

Gegen die Übernahme der Forderung nach Methadonprogrammen richtet sich eine Kritik, die sich auf die Tradition der Frankfurter Schule und hier insbesondere die Idee von der falschen, die Unterdrückungsmaschinen des Staates nur

ölenden statt sie aufhebenden, „repressiven Toleranz“ be-
ruft.¹⁶ Nach dieser Ansicht würden alle Reformen der
Drogenpolitik – ob sie den individuell-liberalistischen Vor-
stellungen eines Thomas Szasz oder der unkonventionellen
Sentimentalität der Labeling-Theoretiker folgten, ob sie
den freien Verkauf oder die ärztlich kontrollierte Abgabe
von Suchtmitteln betreffen – letztlich „die wirklichen
Unterdrückungsmaschinen der Gesellschaft gänzlich unbe-
rührt lassen, . . . diese Maschinen sogar stärken, indem sie
die mehr als private und persönliche und deshalb wirkliche
Opposition durch die Befriedigungen einer privaten und
persönlichen Rebellion ersetzen“ (Marcuse 1965, S. 125).
Die Einführung von Methadontherapien würde also, so die
Kritiker, letztlich nur einer versteckten Disziplinierung der
Süchtigen dienen, in Wirklichkeit das in ihnen steckende
politische Potential zerstören.

Ob eine Reform tatsächlich den Interessen der Betroffenen
dient oder ob sie die alten Strukturen der Unterdrückung
und Entfremdung lediglich mit dem Anschein der Progres-
sivität versieht, läßt sich jedoch so abstrakt nicht entschei-
den; es ist im Gegenteil wichtig, die konkrete Ausgangslage
wie die sich durch die Reform ergebenden Veränderungen
auf ihre Bedeutung für das Verhältnis von Macht und Gegen-
macht zu untersuchen. So ergibt sich zwar bereits aus der
Konzeption von Methadontherapien, daß ihre Realisierung
die Abhängigkeit von Drogen ebenso wenig aufzuheben ver-
mag wie etwa die Abhängigkeit im Lohnarbeitsverhältnis,
in das der Süchtige zurückkehren kann, wenn er sich in
Therapie begibt. Wer darauf seine Ablehnung von Methadon
gründen will, kann dies jedoch überzeugend nur unter Auf-
weis einer Möglichkeit, diesem Ziel auf andere Art näher-
zukommen. Bis dahin bleibt die Einführung von Methadon-
therapien ein notwendiger Schritt auf dem Weg zur Aufhe-
bung der Unterdrückung, der die Süchtigen bis heute aus-
gesetzt sind. *Denn so „gänzlich unberührt“ oder gar „ge-
stärkt“ bleiben die Repressionsmechanismen durch die Ein-
führung von Methadontherapien nicht:*

(1) Die ambulante Suchttherapie unter Verwendung von
Methadon ermöglicht den Betroffenen eine legale Existenz.
Süchtige werden aus der Organisations-, Koalitions- und
Konfliktunfähigkeit, in die sie durch die Kriminalisierung
ihres Lebens gedrängt werden, befreit. Nur unter den Be-
dingungen der Kriminalisierung bleiben ihre Leiden an der
Gesellschaft notwendig auf dem Stand unpolitischer Rebel-
lion, sie selber unfähig, die Ebene „wirklicher Opposition“
im Sinne Marcuses zu erreichen. Unter den Bedingungen
der Legalität können sich Süchtige rechtlich ungehindert
artikulieren, organisieren, an die Öffentlichkeit wenden. Es
steht ihnen, mit anderen Worten, die „Machtressource
Recht“ zur Verfügung.

(2) Süchtige schütteln durch Ausbildung und Beruf außerhalb totaler Institutionen die entmündigende Patientenrolle ab und gewinnen gestärktes Selbstvertrauen; sie werden in die Lage versetzt, sich in Selbsthilfegruppen ohne Gefahr der Verfolgung zu organisieren.

(3) Indem sie die Möglichkeit alltäglicher Interaktion mit Nichtsüchtigen erkämpfen, beweisen Süchtige ihre Nichtidentität mit dem dämonisierenden Stereotyp des Süchtigen in Massenmedien und Alltagsbewußtsein.

(4) Die Suchtverwaltung ist nicht mehr Auffangbecken für gesellschaftliche Verdrängungsprozesse, sondern kann die Verantwortung an die Gesellschaft zurückgeben: Süchtige lassen sich weder in den Untergrund noch in die hospitalisierende Aufbewahrung abdrängen.

Zwar lassen Methadontherapien das System als ganzes intakt und ändern auch nichts auf der Ebene der gesellschaftlichen Widersprüche, die für die Entstehung des Problems verantwortlich sind. Sie entbinden in keiner Weise von der Verfolgung weitergehender Bemühungen. Gleichzeitig retten sie jedoch Hunderten von Süchtigen das Leben, bewahren sie vor Deklassierung und Kriminalisierung. Die ambulante Therapie zwingt die Gesellschaft zur Auseinandersetzung mit Süchtigen am Arbeitsplatz und in der Gemeinde. Indem sie zur Aufhebung der dominanten, von Verdrängung, Bestrafung und Unschädlichmachung bestimmten Strukturen beiträgt, schwächt sie das dominante Muster repressiv-therapeutischer Kontrolle in wichtigen Punkten.¹⁷ Insofern ist die Einführung von Methadontherapien nicht nur wünschenswert, sondern notwendig – dies freilich nicht im Sinne eines gleichsam mechanischen Geschehens –, sondern im Sinne eines aktives Engagement – auch der kritischen Fachöffentlichkeit des AJK – erfordernden Tatnotwendigkeit.

Anmerkungen

(1) Aufgrund einer Empfehlung des Presserats üben die meisten deutschen Zeitungen erhebliche Zurückhaltung bei der Berichterstattung über Selbstmorde, gleichen die hier bewiesene Fähigkeit zur Rücksichtnahme auf das Leid der Opfer und ihrer Angehörigen jedoch mit einem beklagenswerten Übereifer in der Rauschgiftberichterstattung wieder aus. Wer diese Art journalistischer Leichenfledderei mit dem Hinweis auf die erhoffte Abschreckungswirkung der öffentlichen Zählung rechtfertigen will, muß sich fragen lassen, warum nicht auch die Opfer von Arbeitsunfällen, die Zigaretten- und die Alkoholtoten in gleicher Weise noch posthum als Schreckgespenster mißbraucht werden.

(2) Anzuregen ist in diesem Zusammenhang vor allem die Übersetzung und Verbreitung des niederländischen Kommissionsberichts von Baan (1972).

(3) Vgl. zum Stellenwert der Gesetzgebung im Rahmen der Dekriminalisierung generell Lautmann (1972), speziell in Bezug auf Drogenpolitik Baan (1972) und Scheerer (1978).

(4) So wäre die Einführung von Methadontherapien auch nach der gegenwärtigen Rechtslage durchaus möglich – vorausgesetzt, man nimmt zum Maßstab der Anerkennung einer medizinischen Heil-

methode nicht die extrem rückständige deutsche Psychiatrie, sondern den internationalen Stand der Entwicklung; daß es keiner Gesetzesänderung bedürfte, schließt freilich die Existenz von Rechtsproblemen unterhalb der legislativen Ebene nicht aus; vgl. hierzu in erster Linie Wagner (1979).

(5) Herkömmlich wird zwischen Reduktionstherapie einer- und Substitutionstherapie andererseits unterschieden. Bei ersterer wird Methadon in ständig verringerten Dosierungen abgegeben, bis der Klient drogenfrei leben kann. Bei der Substitutionstherapie erhält der Klient so lange gleichbleibende Dosierungen von Methadon wie er will. Am Sinn einer solchen Unterscheidung wird jedoch mit Grund zunehmend gezweifelt, da auch die sog. Substitutionstherapien die Drogenfreiheit des Klienten anstreben und andererseits Reduktionstherapien nach Rückfällen der Klienten häufig mehrmals in Anspruch genommen werden, so daß sich in der Praxis beide Arten nicht so klar unterscheiden lassen, wie es die analytische Trennung der Kategorien vermuten ließe; vgl. hierzu überzeugend Wilmarth/Goldstein (1974).

(6) Zur Position, die in Methadon „Opium fürs Volk“ sieht, vgl. u.a. Heckmann (1979) und Riedesser, der vor dem „Teufelskreis“ einer „Polamidonisierung der Bundesrepublik“ warnt: „was uns damit für eine Zeitbombe gelegt würde, zeigen die Erfahrungen mit dem Massensexperiment der Methadonisierung der Vereinigten Staaten von Amerika“ (Riedesser 1974). Dazu ist freilich zu bemerken, daß das „Massensexperiment“ in den USA mehr Süchtigen geholfen hat, als das hiesige, seit unvordenkbaren Zeiten mit gleichbleibender Erfolglosigkeit laufende „Massensexperiment“ mit Strafen und strafähnlichen Scheintherapien. Zur Position für Methadon vgl. Kapuste (1978) und Scheerer (1979).

(7) Ein besonders krasses Beispiel für den Implikationszusammenhang zwischen Krankheitszuschreibung und Eingriffsintensität bietet der zehn Jahre zurückliegende Vorschlag der österreichischen Psychiater Mader und Sluga (1969, S. 606), die – als defizitäre Persönlichkeiten diagnostizierten – Cannabiskonsumanten zwecks „psychologischer und biologischer Schutzhaft“ in riesigen, „nach außen streng geschlossenen“ Anstalten unterzubringen; – eine Idee, die heute für Hascher absurd scheint, für Heroisten aber gleichwohl propagiert wird.

(8) „Die Ordnung der Anstalt kommt dem Wunsch, der manchmal Vorbewußt sein mag, nach Sauberkeit und Sicherheit entgegen“ (Mader | Sluga 1969, S. 606). Unter diesem Gesichtspunkt ist es dann natürlich auch nicht weiter schlimm, wenn nicht nur die religiös orientierten therapeutischen Gemeinschaften auf die Frage nach der optimalen Verweildauer der Klienten in der künstlichen Gruppenatmosphäre antworten, daß das Beste wohl sei, wenn ein Süchtiger sein ganzes Leben im Schoß der Gemeinschaft zubringt. Vgl. zur Kritik des Therapiedschungels auf dem Drogensektor Scheerer 1979, 7–49.

(9) Vgl. zum Krankheitscharakter der Heroinsucht vor allem die Pionierarbeit von Dole/Nyswander (1967), die – ungeachtet ihrer Kritik und Fortentwicklung (vgl. Goldstein 1976) – die Grundlagen für eine neue Sicht des Süchtigen gelegt hat. Im übrigen muß eine biochemische Theorie der Sucht keineswegs sozialpsychologischen und soziologischen Erklärungsversuchen widersprechen – ebensowenig, wie z. B. der soziale Charakter des Alkoholismus durch den Nachweis organischer Schädigungen durch Alkohol tangiert wird. Insbesondere ist zwischen den (sozialen) Variablen zu unterscheiden, die zum Einstieg in die Fixerkarriere beitragen und den biochemischen Prozessen, die das körperliche Verlangen nach dem Suchtstoff nach eingetretener Abhängigkeit erzeugen.

(10) „Einen berühmten Vorgänger“ habe Methadon, so Heckmann (1979), S. 41 f.) im Heroin, das um die Jahrhundertwende benutzt worden sei, um Morphinen zu behandeln. Heckmann unterschlägt freilich den gravierenden Unterschied, daß man damals in Unkenntnis der pharmakologischen Eigenschaften des Heroins dieses benutzte, um einen pharmakologischen Effekt zu erzielen, den man so nicht erzielen

konnte, daß man aber heute mit Methadon, dessen pharmakologische Eigenschaften durchaus bekannt sind, einen primär sozialen Effekt erzielen will und (wie die Erfahrungen mit Methadon belegen) auch kann. Die heute entscheidende Frage, wie man Süchtige aus der unerträglichen Lage, in die sie durch die Kriminalisierung geraten, befreien und überhaupt am Leben erhalten kann, konnte sich damals angesichts der Legalität des Opiatkonsums gar nicht stellen. — Auch die „tageszeitung“ zeigt sich schlecht informiert und sekundiert in einem Artikel von Ruth Reimertshofer (10.9.79, S. 4) Heckmanns Abstammungslehre, indem sie behauptet, Methadon sei „von den Nazis erfunden“ worden und habe damals „sinnigerweise 'Adolfine' geheißt“; die gegenwärtigen italienischen Überlegungen zur Einführung von Methadonprogrammen (vgl. Calderoni 1979, Crocella 1979, Mariotti 1979) könnten daher nur der Mafia (!) dienen. Wenn solcher Humbug überhaupt eines Kommentars bedarf: die Nazis waren Chemiker der Farbwerke Hoechst, Adolfine hat das Präparat überhaupt nie geheißt und der Drogenmarkt der Mafia wird durch Methadon tendenziell ausgetrocknet.

(11) Wäre der Profit bei sozialmedizinischer Versorgung nicht aufgrund der Struktur des ärztlichen Kostenrechts wesentlich geringer als bei stationärer Verwahrungsmedizin, dann wäre die Sozialmedizin in Deutschland schon um einiges weiter; wer die Nebenwirkungen von Methadon anführt, der sollte nicht vergessen, daß die Nebenwirkungen von Heroin, insbesondere in der psycho-sozialen Streßsituation der Illegalität, wesentlich gefährlicher sind als die Verstopfung, Schwitzen, Potenz- bzw. Libidostörungen, die mit Methadonprogrammen in Verbindung gebracht werden und die auch von den Patienten nur in den seltensten Fällen als so schwerwiegend empfunden werden, daß sie zum Abbruch der Therapie motivieren (vgl. näher Scheerer 1979, S. 113–117 mwN.).

(12) So Renée Nell (1975, S. 52), deren Bericht über das Dole/Nyswander Programm eine erfreuliche Ausnahme in der Literatur über Methadon in deutscher Sprache darstellt.

(13) Vgl. hierzu auch Nell (1975, S. 54), die — obwohl von den Vorteilen ambulanter Methadontherapien überzeugt — durchaus die Begeisterung der Süchtigen in Rechnung stellt, mit der diese „von ihrer Vergangenheit sprechen, wie sie sich überbieten mit Geschichten und Anekdoten, in welch schlauer Weise sie einen großen Diebstahl im Warenhaus vor den Augen aller ausführten, welche genialen Einfälle sie benutzten, um der Polizei zu entgehen, wenn man da zuhört, dann weiß man, wie abenteuerlich und lebendig das Leben des Slum-Süchtigen ist.“

(14) Wilmarth/Goldstein 1974, S. 1 f.; natürlich kann es vorkommen, daß einzelne Programme sich als völliger Fehlschlag erweisen, insbesondere dann, wenn sie von viel gutem Willen und wenig Sachverstand zeugen (vgl. z. B. Lotze 1978 und für die Gründe des Scheiterns seines Methadonprogramms Scheerer 1979, S. 120–129), Gleichwohl kann man nur von Methadonprogramm nachweisen, daß sie im Prinzip alle Süchtigen erreichen können; so befanden sich im kalifornischen Santa Clara County drei Jahre nach Behandlungsbeginn alle 1000 schwer süchtigen Personen in einer der fünf ambulanten Kliniken in Behandlung. Dies bedeutet nichts anderes, als daß praktisch alle Süchtigen, die Methadon brauchen, das Therapieangebot nach einer gewissen Zeit auch annehmen würden — vorausgesetzt nur, ihnen wird neben der reinen Substanz auch psycho-soziale Hilfe angeboten, die frei von einer wie auch immer verkappten Strafidelogie ist.

(15) Dies belegen die Ergebnisse einer großen Untersuchung von Gearing (1978). Gearing untersuchte zwei Klientenpopulationen (Behandlungsjahrgänge 1964–1969 mit N=1.883 und Jahrgänge 1970–1971 mit N=4.243) und kam zu dem Schluß, daß 1. der Alkoholismus unter Methadonklienten nicht weiter verbreitet ist als in der Gesamtbevölkerung, und 2. all diejenigen Patienten, die längere Zeit im Methadonbehandlungsprogramm verbrachten, einen konstant rück-

läufigen Alkohol-, Amphetamin- und Barbituratkonsum aufwiesen. Diese Ergebnisse zeigen, daß die Drogenprobleme der Methadonklienten vorübergehender Natur sind und heilbar sind, sofern genügend flankierende Maßnahmen ergriffen und die Klienten nicht vorzeitig aus dem Programm entlassen werden.

(16) Vgl. hierzu vor allem die Positionen Kreuzers (1979) und Stein-Hilbers' (1979, in diesem Heft). Kreuzer findet es „geradezu zynisch, auf ein Recht dieser Menschen (d.h. der Süchtigen, d. Verf.) zu pochen, sich ins Verderben zu stürzen“ (S. 103), womit er das Recht der Heroinkonsumenten meint, Substitutionsdrogen zu nehmen, wie sie Methadon darstellt (S. 102). Beide berufen sich auf eine Bausch-und-Bogen-Kritik an Entkriminalisierungspolitikern durch Ronald Bayer (1978). Nun besteht aber zwischen einer Position wie der von Szasz, daß jeder Mensch sich auf seine Weise umbringen dürfe und daher auch das Recht habe, in beliebiger Form und Menge Drogen zu konsumieren und der von verantwortlichen Ärzten, die mit Methadonprogrammen gerade Leben und Gesundheit ihrer Patienten retten, ein himmelweiter Unterschied. Diese Differenzierungsleistung gilt es jedoch zu erbringen, wenn man zu der zentralen Frage vorstoßen will, wann und in welcher Form Entkriminalisierungen nur scheinbar und wann sie real fortschrittlichen Charakter tragen.

(17) Methadonprogramme würden also darstellen, was Thomas Mathiesen in einer für den normalen Sprachgebrauch vielleicht verwirrenden Verschiebung der Bedeutungsinhalte von „positiv“ und „negativ“ als „negative Reformen“ bezeichnet: Strukturveränderungen, die sich nicht im progressiv-dynamischen Anstrich der alten Apparate erschöpfen, sondern Elemente der Unterdrückung auch tatsächlich aufheben (vgl. Mathiesen 1979, S. 157; Schumann 1979, S. 11 f.).

Literatur

- BAAN, H.P.A., Background and Risks of Drug Use. Report of the Narcotics Working Party, The Hague 1972
- BAYER, R., Heroin Decriminalization and the Ideology of Tolerance: A Critical View, in: Law & Society Review 12 (1978), S. 301–318
- CALDERONI, P., Libera Eroina in libero stato, in: L'Espresso 25 (1979), H. 40, S. 23
- CROCELLA, M., Intanto a Firenze legalizzano la morfina, in: L'Espresso 25 (1979), H. 40, S. 20–23
- CUSHMAN, P./TRUSSELL, R./GOLLANCE, H./NEWMAN, R./BIAHRI, B., Methadone Maintenance Treatment of Narcotic Addiction: A Unit of Medical Care Based on over 50.000 Patient Treatment Years, in: American Journal of Drug and Alcohol Abuse 1976, S. 221
- DITTRICH, J./GNERLICH, F./HÜNNEKENS, H./ROMETSCH, W./THOMAS, B., Erfolg und Mißerfolg bei der stationären Behandlung von Drogenabhängigen, in: Suchtgefahren 22 (1976), S. 121–140
- DOLE, V.P./NYSWANDER, M.E., Heroin addiction – a metabolic disease, in: Archives of Internal Medicine 120 (1967), S. 19–24
- DOLE, V.P./NYSWANDER, M.E., Successful Treatment of 750 Criminal Addicts, in: Journal of the American Medical Association 1968, S. 2708
- GEARING, F.R./D'AMICO, D.A./TOUSSIE, S., Does Methadone Maintenance Lead to Increased Alcohol and Polydrug Use?, in: Critical Concerns in the Field of Drug Abuse, Basel, New York (Marcel Dekker) 1978, S. 280–286
- HECKMANN, W., Wenn der Dealer einen weißen Kittel trägt, in: Psychologie heute 1979 (H. 3, März), S. 40–44
- KAPUSTE, H., Münchner Freiheit in: Psychologie heute 1978 (H. 9, Sept.), S. 60–66
- KREUZER, A., Das Drogenproblem und Grundstrategien einer Drogenpolitik, in: Suchtgefahren 25 (1979), S. 97–113

LAUTMANN, R.: Abbau von Vorurteilen durch Gesetze, in: *Jahrbuch für Rechtssoziologie und Rechtstheorie* Bd. 3, Zur Effektivität des Rechts, hrsg. v. M. Reh binder /H. Schelsky, Düsseldorf, Gütersloh 1972, S. 187–204

LOTZE, J., Ambulantes Therapieprogramm mit Methadon, in: *Niedersächsisches Ärzteblatt* 51 (1978), S. 289–291

M.M. (Monica Moebius), Therapie-Kette: Chance auf Erfolg, in: *Psychologie heute* 1979 (H. 3, März), S. 43

MADER, R./SLUGA, W., Soziale Verläufe und Katamnesen rauschgift- und drogenabhängiger Jugendlicher, in: *Wiener Medizinische Wochenschrift* 119 (1969), S. 604–608

MARCUSE, H., Repressive Toleranz, in: *Kritik der reinen Toleranz*, hrsg. v. R. P. Wolff /B. Boore /H. Marcuse, Frankfurt 1965, S. 91–128

MARITTO, C., Il Drogato. Uno stolto? Una vittima? Un eroe negativo?, in: *L'Espresso* 25 (1979), H. 40, S. 18–20

MATHIESEN, Th., Überwindet die Mauern! Neuwied, Darmstadt 1979

NELL, R., Erfolge und Mißerfolge in der Rehabilitation Drogensüchtiger und Drogengefährdeter in den USA, in: *Zur Therapie Drogenabhängiger*, hrsg. v. H. Waldmann /W. Zander, Göttingen 1975, S. 49–76

RIEDESSER, P., Methadonprogramme in den USA, in: *Medizinische Klinik* 69 (1974), S. 671–680

RUIZ, P./LANGROD, J./LOWINSON, J./MARCUS, N., Social Rehabilitation of Addicts: A Two-Year Evaluation, in: *The International Journal of Addictions* 1977, S. 173

SCHEERER, S., The new Dutch and German Drug Laws: Some social and political conditions for criminalization and decriminalization, in: *Law & Society Review* 12 (1978), S. 585–606

SCHEERER, S., Therapie als Strafe. Alternative Formen der Suchttherapie, unv. erziehungswiss. Diplomarbeit, FB 9, Univ. Münster, 1979

SCHUMANN, K.F., Politische Randgruppenarbeit nach Mathiesen und Foucault – eine Einführung, in: Mathiesen 1979, S. 1–26

WAGNER, H., Methadon-Erhaltungsprogramme. Praktische Erfahrungen im In- und Ausland und Rechtsprobleme bei der Anwendung auf Heroinabhängige in der Bundesrepublik. Wissenschaftliche Arbeit gem. § 39 BremJAG, Bremen 1979 (unv.)

WILMARTH, S.S./GOLDSTEIN, A., Therapeutic Effectiveness of methadone maintenance programs in the USA. Genf (WHO Offset Publications No. 3) 1974

WOLF, N., Ergebnisse 4jähriger stationärer Entwöhnungsbehandlung von Fixern, in: *spektrum* 1977 (H. 3), zit. nach Sonderdruck ohne Paginierung.

Summary

The article attacks the present German drug policy as the simple and linear continuation of a punitive strategy of social control. Policy-makers and doctors stubbornly resist to take a look at alternatives as practised in the U.S. and the Netherlands. Advantages of ambulatory treatment with methadone are being outlined and defended against a critique deriding all attempts at decriminalization as flowing from a hyperidealistic „ideology of tolerance“.

Sybille Kappel

Hafenstraße 1, 4400 Münster

Sebastian Scheerer

Unterlindau 77, 6000 Frankfurt a.M. 1