

Die kriminalitätsreduzierende Wirkung der Methadon-Behandlungsprogramme

Heribert Kemper

Heroinabhängigkeit und Kriminalität sind in der Bundesrepublik Deutschland durch Gesetz untrennbar miteinander verknüpft: wer konsumiert, wird kriminalisiert. Die medizinisch kontrollierte legale Abgabe von Methadon entlastet den Süchtigen hingegen vom Zwang zur Beschaffungskriminalität und erlaubt ihm die Rekonstruktion einer legalen Existenz auch schon vor der völligen Drogenfreiheit. Eine Vielzahl amerikanischer Evaluationsstudien belegt die These des Verfassers, daß Methadonprogramme bei sachgerechter Durchführung die Chance des Süchtigen auf ein straffreies Leben wesentlich erhöhen.

Wer gegenwärtig in der Bundesrepublik Deutschland heroinsüchtig ist, der ist notwendigerweise auch kriminell. Angesichts der Tatsache, daß dieser kriminologische Kernsachverhalt des Drogenproblems weder mit der bisherigen Politik des „more-of-the-same“ (Wilkins 1973, S. 13) noch mit der Forderung nach Zwangstherapien (Wanke 1978, S. 44) bzw. nach totaler „Isolierung“ von Drogenkonsumenten in „Quarantänestationen“ (Arbab-Zadeh 1978, S. 2329) zu überwinden ist, erhebt sich die Frage nach einer realistischen Drogenpolitik gegenüber dem Süchtigen und hier insbesondere nach der Einführung ambulanter Hilfsangebote unter Verwendung von Methadon.

Inwieweit vermögen Methadontherapien, den Zusammenhang von Sucht und Kriminalität in Richtung auf ein straffreies Leben aufzulösen?

Bevor wir auf Darstellung und Kritik der prominentesten zu dieser Frage durchgeführten Studien eingehen, erscheint ein Seitenblick auf die Erscheinungsformen der Rauschgiftkriminalität und der Methadonprogramme sinnvoll.

1. Rauschgiftkriminalität

Unter unmittelbarer Rauschgiftkriminalität ist jeder vom Gesetz nicht gedeckte Umgang mit Betäubungsmitteln zu verstehen. Unterfälle unmittelbarer Rauschgiftkriminalität sind somit (1) das durch das BtmG kriminalisierte Konsumverhalten und (2) der Schwarzhandel. Der Handel mit Opiaten einschließlich eines Großteils des Schmuggels aus

den Anbaustaaten liegt überwiegend in den Händen des organisierten Verbrechens (Schneider 1976, S. 292). Bei diesem System von Groß-, Zwischen- und Kleinhandel steht der abhängige Süchtige auf der untersten Stufe. In der Regel veräußert er das Heroin zur Sicherung des eigenen Konsums gestreckt weiter und versucht, neue Abnehmer zu gewinnen (Vogt 1975, S. 26). Die mittelbare Rauschgiftkriminalität gliedert sich in direkte und indirekte Beschaffungskriminalität einerseits und Folgekriminalität andererseits (Scheerer 1977). Zur direkten Beschaffungskriminalität werden Verhaltensweisen gezählt, die darauf gerichtet sind, sich unmittelbar Drogen zu verschaffen (z.B. Einbruch in Apotheken, Erschleichung von Medikamenten durch Rezeptfälschung; vgl. Schneider 1976, S. 292). Gegenstand der indirekten Beschaffungskriminalität sind durch Kriminalität und sozial abweichendes Verhalten erlangte Sachwerte oder Geldmittel, die ihrerseits erst wieder mittels weiterer Transaktionen auf dem schwarzen Markt „zu Drogen gemacht“ werden. Als Folgekriminalität lassen sich schließlich solche strafbaren Handlungen bezeichnen, die durch die spezielle Wirkung des Rauschmittels hervorgerufen werden und die – wie z. B. Fahrten im Rauschzustand – unter Drogeneinfluß begangen werden.

2. Methadonprogramme und Rückgang der unmittelbaren Rauschgiftkriminalität

In dem von dem amerikanischen Ärzteehepaar Dole und Nyswander begründeten Methadon-Erhaltungsprogramm bekommt der Süchtige legal täglich eine Dosis des synthetischen Heroinersatzpräparates Methadon, so daß er sich mit Rauschmitteln nicht mehr vom Schwarzmarkt zu versorgen braucht. Diese Substituierung ist im Gegensatz zu der Methadon-Detoxifikationsmethode (der stufenweisen Entgiftung mittels Methadon) zeitlich nicht begrenzt; allerdings liegt auch dem Programm von Dole und Nyswander zumindest das theoretische Ziel zugrunde, das Ersatzpräparat bei genügender sozialer Stabilisierung auszusetzen (Schenk 1975, S. 320 f.).

Aufnahmekriterien in das Programm sind längere Heroinsucht, keine Mehrfachabhängigkeit, keine psychischen Auffälligkeiten und ein Mindestalter von 20 Jahren. Die Behandlung selbst gliedert sich in drei Phasen: In der *ersten, sechs Wochen dauernden Phase* erfolgt die Einstellung auf die Erhaltungsdosis. Der Süchtige erhält bei Verringerung des Heroinkonsums zur Abdeckung der Entzugssymptome täglich eine geringe Dosis oralen Methadons, die langsam gesteigert wird (80–120 mg/Tag). Aufgrund der Struktur von Methadon besteht eine Kreuztoleranz mit Heroin, so daß nach der Einstellung vom Süchtigen konsumiertes Heroin keine

euphorisierende Wirkung mehr zeigt. Durch diese Narkotikblockade soll der Süchtige seinen Drogenhunger nach Heroin verlieren. Bei zu niedriger Dosierung von Methadon setzt jedoch infolge des Auftretens von Entzugssymptomen das Verlangen nach Rauschmitteln wieder ein. Wenn die Narkotikblockade aufgebaut ist, erreicht die Behandlung ihre *zweite Phase*. Der Patient kommt nunmehr täglich in die Klinik und trinkt dort Methadon vermischt mit Flüssigkeit unter Aufsicht. Die Wochenration kann er dann nach einiger Zeit bei guter Führung mit nach Hause nehmen. Dieses „take-home“-Privileg wird erst nach und nach ausgebaut, so daß der Patient zuletzt einmal pro Woche seine ganze Wochenration erhält. Zur Kontrolle von Dosiseinhaltung und der Abstinenz von anderen Rauschmitteln werden Urintests durchgeführt. Die *dritte Phase*, die sich hinsichtlich der Abgabe von Methadon von der zweiten Phase nicht unterscheidet, ist dadurch gekennzeichnet, daß der Patient sich sozial in die Gesellschaft integriert hat und als „normaler Bürger“ – der lediglich wie ein Diabetiker von der regelmäßigen Einnahme eines Medikaments abhängig ist – ohne Drogenprobleme lebt (Dole/Nyswander/Warner 1968, S. 2710). Um dies zu erreichen, dürfte es allerdings notwendig sein, die reine Methadonmedikation mit einem sozialtherapeutischen Programm zu verbinden. In der letzten Phase könnte es nun gelingen, die Methadondosis langsam auf Null zu reduzieren und dem Patienten ein drogenfreies Leben zu ermöglichen.

Es dürfte ohne weiteres einleuchten, daß die legale Abgabe von ausreichenden Mengen Methadon und der Aufbau der Narkotikblockade zu einer *Reduzierung des Konsums* von illegalem Heroin und damit zu einer Senkung der Konsumkriminalität beim Süchtigen führen muß. Allerdings kann eine absolute Eliminierung des Heroinkonsums nicht bei allen Patienten erreicht werden. So berichten Dole, Nyswander und Warner (1968, S. 2711), daß infolge einer gewissen Experimentierlust bei ihren Patienten noch sporadischer Heroingenuß aufgetreten sei. Bei einer Gruppe von 176 Patienten, die dreimal wöchentlich zum Urintest kommen mußten, nahmen noch 15 % gelegentlich Heroin. Weitaus bessere Ergebnisse erzielte Cushman, dessen Patienten zu 95 – 98 % kein Heroin mehr konsumierten (1974, S. 42). Andere Autoren (für viele: Gossop 1978, S. 814 m.W.N.) können jedoch bei ihren Programmen solch einschneidende Reduzierung nicht verzeichnen. Der noch auftretende Heroingenuß wird zum Teil darauf zurückzuführen sein, daß die Methadon-Dosen zu niedrig gewählt wurden, so daß die Narkotikblockade nicht eintreten konnte, zum Teil aber werden auch die „take-home“-Rationen vom Süchtigen ohne Gewinnsucht helfend weiter verschenkt bzw. verkauft. Bei dem Auftreten von Entzugserscheinungen sind die Patienten dann wieder gezwungen, sich vom schwarzen Markt zu ver-

sorgen. Oftmals wird aber auch das Methadon bewußt abgesetzt und verkauft bzw. umgetauscht, um das besondere „feeling“ von Heroin erneut zu erleben (Heckmann 1979, S.42). Ferner ziehen einige Süchtige („Nadelfreaks“) den „Schuß“ der oralen Applikationsform von Methadon vor. Dieser zusätzliche Heroingenuß dürfte allerdings weitaus unter dem Stand des Konsums vor der Aufnahme in das Programm liegen (Vorenberg/Lukoff 1973, S.7). Da er bei strikterer Kontrolle und Einschränkung der „take-home“-Privilegien noch weiter reduziert werden könnte, ist die grundsätzliche Verringerung der Konsumkriminalität durch Methadonprogramme nicht zu bezweifeln.

Weiterhin tangiert die legale Verabreichung von Methadon die *Ökonomik des Heroin-Schwarzmarkts*; der gegenwärtig nach verbreiteter Ansicht von einem hochgradig monopolisierten organisierten Verbrechen beherrscht wird (Schneider 1976, S.292). Ähnlich wie die Alkoholprohibition in Amerika diesem ein neues Geschäft riesigen Umfangs eröffnete, schafft die Drogenprohibition diesem die Möglichkeit, einen schwarzen Markt aufzubauen, der deshalb so lukrativ ist, weil die süchtigen Kunden eine konstante Nachfrage hervorrufen und wegen Monopols die Preise diktiert werden können. Wie durch die Aufhebung der Alkoholprohibition könnte nun mit der beschränkten Legalisierung von Rauschmitteln im Rahmen eines Methadonprogramms die Nachfrage legal befriedigt werden, so daß infolge des frei zugänglichen, billigeren und besseren staatlichen Angebots Kunden vom Schwarzmarkt abgezogen werden und sich der Handel mit Opiaten nicht mehr lohnt. Diese Entwicklung erscheint auf den ersten Blick durchaus realistisch, zumal wenn man bedenkt, daß das Leben des Süchtigen einzig und allein darauf fixiert ist, das Rauschmittel zu erhalten und ihm hierzu jedes Mittel recht ist. Hinzu kommt, daß der Süchtige anders als beim Straßenheroin die Qualität des staatlichen Medikaments kennt und er sich somit bei dessen Konsum keinem gesundheitlichen Risiko mehr aussetzt.

Ein solches Zusammenbrechen des Heroinmarktes wird von dem Münchner Drogentherapeuten Kapuste vorausgesagt. Kapuste begründet seine These mit den verletzlichen ökonomischen Bedingungen des illegalen Heroinmarktes, der bereits bei einer kleinen Anzahl von Teilnehmern an der Methadonbehandlung empfindlich gestört würde. Von September 1976 bis April 1978 behandelte Kapuste den größten Teil der auf insgesamt 200 Personen geschätzten Fixerszene Münchens. In der Zeit von der 11. bis zur 23. Woche ab Beginn der Methadonbehandlung befanden sich 29 Patienten in seiner Behandlung.

Diese Patienten brauchten sich nicht mehr vom schwarzen Markt zu versorgen, so daß – legt man einen Geldbedarf von 125 DM/Tag und Süchtigen zugrunde – dem Handel 15.000 DM an Einnahmen fehlten. Infolge der verringerten Nachfrage ging den Dealern ihre finanzielle Grundlage verloren und sie begaben sich ebenfalls in Behandlung. Dies bewirkte wiederum eine Störung des Verteilersystems und eine Verknappung des Angebots, was andere Süchtige nach Verbrauch ihrer Heroinvorräte zur Teilnahme an der Methadontherapie zwang (Kapuste 1978).

Zunächst einmal dürfte Kapuste zuzugestehen sein, daß ein lokaler Heroinmarkt durch ein Methadonangebot kurzfristig gestört werden kann und der von ihm beschriebene „Countdown“ eintritt. Diesem werden sicherlich anfangs ein Teil der Kunden entzogen. Auch in den USA konnte beobachtet werden, daß zumindest ein Großteil der Süchtigen bei der Einrichtung eines Methadonprogrammes Kontakt zu diesem sucht (Goldstein 1972, S. 291). Allerdings dürfte es schnell zu einer Stabilisierung des Marktes kommen, wenn noch weiterhin größere süchtige Gruppen existieren sollten, die an einem Methadonprogramm nicht oder nicht mehr teilnehmen oder trotz der Teilnahme Heroin konsumieren. Zu dieser Gruppe sind Konsumenten zu zählen, die noch nicht so weitgehend abhängig sind, daß sie einer Methadontherapie bedürfen, wie z.B. der Gelegenheitskonsument oder solche, die sich erst im Anfangsstadium der Sucht befinden, in welchem sie noch über ausreichendes und erschwingliches Heroin verfügen. Ebenso werden die nicht in das Methadonprogramm aufgenommenen sich weiter mit Heroin versorgen; ebenso diejenigen, die Methadonprogramme deshalb ablehnen, weil sie als Drogensüchtige nicht sozial sichtbar gemacht werden möchten und diejenigen, die auf die euphorisierende Wirkung von Heroin nicht verzichten wollen. Auch die Abbrecher oder aus dem Programm entfernten Patienten kehren größtenteils zum Heroin zurück (weswegen sich nicht-punitiv Behandlungsordnungen empfehlen). Hinzu kommt noch, daß das organisierte Verbrechen versuchen wird, durch verschärfte Werbung z.B. mit Gratisproben neue Abnehmer zu gewinnen, bzw. durch Einschüchterung oder Preissenkung alte Abnehmer zu erhalten. So ist es auch in den USA nicht gelungen, den illegalen Heroin-Schwarzmarkt zu zerstören. Dennoch darf nicht verkannt werden, daß zumindest eine gewisse Anzahl von Süchtigen dem schwarzen Markt als Abnehmer entzogen wird und sich durch Methadonprogramme die Gewinnchancen des illegalen Großhandels verringern. Diese Anzahl von verlorenen Kunden wird um so größer sein, je unbürokratischer ein Methadonprogramm gehandhabt wird und je vielfältiger soziale Hilfe angeboten wird.

3. Rückgang der mittelbaren Rauschgiftkriminalität*

Mit dem Einfluß von Methadonprogrammen auf die Gesamtkriminalität und insbesondere auf die mittelbare Rauschgiftkriminalität haben sich zahlreiche empirische Studien mit unterschiedlichen Ergebnissen auseinandergesetzt.

Dole, Nyswander und Warner (1968, S. 2710 f.) haben vier Jahre nach der Einführung ihres Behandlungsprogramms Bilanz gezogen und festgestellt, daß durch die Behandlung bei ihren Patienten die Kriminalität um 90% zurückgegangen ist. Vor der Behandlung hatten 91% der Patienten Gefängnisaufenthalte und waren fast alle mehr oder weniger in kriminelle Aktivitäten verwickelt. Die Verurteilungen der Süchtigen erreichten eine Rate von 52 pro 100 Suchtjahre. Nach der Aufnahme ins Programm wurden 88% der Patienten nicht mehr verhaftet und von den übrigen 12% wurden lediglich 5,6% überführt und verurteilt. Die Verurteiltenrate entsprach nunmehr 5,8 pro 100 Suchtjahre, was einer Reduzierung um 90% gleichkommt. Wieland und Chambers (1971, S. 85–92) berichten, daß 92 % ihrer 129 Patienten vor der Behandlung verhaftet worden waren. Im Lauf der Behandlung sank diese Zahl auf 21%.

Nach Gearing (1970, S. 184) ging die Zahl der Verhaftungen ein Jahr nach der Behandlung um 75% zurück. Er verglich die prozentuale Anzahl der Verhaftungen von 1530 Patienten, die drei Monate oder länger an einem Methadonprogramm teilgenommen hatten, jeweils in den drei Jahren vor und nach der Behandlung. Dabei stellte er fest, daß drei Jahre vor der Behandlung 12 %, zwei Jahre davor 23 % und ein Jahr davor 20 % verhaftet worden waren. Ein Jahr nach der Behandlung waren es nur noch 6% (von 1530), im zweiten Jahr 3% (von 731) und im dritten Jahr 2% (von 367).

Krakowski und Smart (1972, S. 398-403) stellten eine geringere Reduzierung der kriminellen Aktivitäten um ein Drittel fest. Ein Jahr vor der Aufnahme waren 66,7% der 90 Patienten verhaftet worden, während es ein Jahr nach Behandlungsbeginn bzw. bis zum Abbruch nur 31% waren. Brown und Brewster (1976, S. 58) untersuchten die Verhaftungsraten von 423 Süchtigen. Diese betrug, umgerechnet auf 100 Monate, 3,1 bei zwei Jahren vor der Behandlung, 4,1 bei einem Jahr davor. Ein Jahr nach der Behandlung 2,9 und nach zwei Jahren 1,8.

Cushman (1974, S. 38–43) lieferte eine detaillierte Studie über die kriminellen Aktivitäten von 269 Süchtigen in Methadonprogrammen. Zum Vergleich zog er drei Zeitpunkte heran: von 15 Jahren bis zum täglichen Drogengenuß (76 Verhaftungen, 3,1 pro 100 Patientenjahre, während der Sucht (1308; 35,1), während der Behandlung (26; 5,9). Eine geringere Reduzierung der Kriminalität beobachtete Vorenberg (1973, S. 3-7). Bei einer Patientenzahl von 606 erfolgten ein Jahr vor der Behandlung 78 Verhaftungen und ein Jahr nach der Behandlung 44. Zwei Jahre nach der Behandlung waren es bei einer verringerten Patientenzahl von 178 immerhin noch 32 Verhaftungen.

Keine Kriminalitätsreduktion schließlich fanden die Studien von Gordon, Wiepert und der Hayim-Report heraus. Die Patienten von Gordon (1973, 1978) waren zu 92% vor der Behandlung verurteilt worden. Vier Jahre später waren 73% erneut verurteilt und 15%

verstorben, so daß sich an der Häufigkeit der Verurteilungen nichts geändert hatte. Wiepert (1979, S. 14-23) konnte sogar einen leichten Anstieg der Verurteilungen feststellen. Die Verurteiltenrate betrug vor Drogengenuß 0,08/Jahr, vor der Behandlung 0,50 und während des Methadonprogramms 0,51. Ein ähnlicher Anstieg der Delikt-rate wird vom Hayim-Report bestätigt (Baridon 1976, S. 22).

Als generelle Kritik kann gegen alle Studien vorgebracht werden, daß sie zur Effizienzkontrolle ihrer Programme Verhaftungen oder Verurteilungen zugrundelegen. Diese Akte der Instanzen sozialer Kontrolle sagen als Selektionsmaßnahmen nur lückenhaft etwas über die wirklich vergangene Kriminalität aus, da sie jeweils auch Ausdruck des Verhaltens der Reaktionsseite sind. Insofern ist es denkbar, daß die Polizei ihre Verhaltensweise gegenüber den Patienten von Methadonprogrammen ändert und weniger Neigung verspürt, diese zu verhaften. Diese Vorgehensweise schließt zwar Cushman (1974, S. 42) aufgrund von Patienteninterviews für seine Studie aus. Dagegen fand das Programm von Krakowski und Smart unter Mitwirkung der Justiz statt. Umgekehrt könnte es aber auch durchaus denkbar sein, daß die Reaktionsseite häufiger und härter gegen Patienten von Substitutionsprogrammen vorgeht, da diese im Selbstverständnis der Polizei nicht mehr bedauernswerte Fixer sind, bei denen der Legalitätsgrundsatz schon eher weit ausgelegt werden kann, sondern behandelte Patienten, die eine Chance zur Aufgabe ihrer Kriminalität erhalten haben. Eine genaue Angabe mit Hilfe der Anzahl der Verhaftungen und Verurteilungen läßt sich auch deshalb nicht machen, weil sich durch das Methadonprogramm die körperliche und geistige Verfassung des Süchtigen gebessert hat. So wird jeder Süchtige infolge der Entzugserscheinungen bei der Tat unvorsichtig und geht jedes Risiko ein. Er ist damit anfälliger für Verhaftungen. Ein Substitutionspatient könnte zumindest theoretisch die Tat gezielter und vorsichtiger ausführen, so daß sein Verhaftungsrisiko sinkt.

Neben dieser generellen Kritik ist die Studie von Dole, Nyswander und Warner besonders angreifbar, da sie statistische Mängel aufweist (Gossop 1978, S. 814; Maddux 1972, S. 443 f.; Baridon 1976, S. 22, 30). Die Studie vergleicht zwei völlig unterschiedlich langdauernde Zeitabschnitte miteinander, und zwar das gesamte Vorbehandlungsstadium von 30 Jahren mit einem kleinen Zeitraum der Behandlung von einem Jahr. Gleiches dürfte für die Studie von Wieland gelten.

Ungeklärt bleibt allerdings das Zustandekommen der sich widersprechenden Untersuchungsergebnisse. Gründe hierfür könnten in dem unterschiedlich ausgesuchten Patientengut, der unterschiedlichen Durchführung der Programme z.B.

hinsichtlich der Dosierung, der sozialen Hilfen und der Überwachung und in den unterschiedlichen tatsächlichen Verhältnissen (z.B. Heroinqualität, -preise) liegen. Leider enthalten die Studien hierüber kaum vergleichbare Angaben, so daß die oben genannten Gründe als Mutmaßungen stehenbleiben müssen.

Die beiden britischen Studien von Gordon und Wiepert, die eine kriminalitätsreduzierende Wirkung der Methadonprogramme verneinen, dürften sich von den anderen Studien letztlich auch wohl darin unterscheiden, daß sie eine andere Beurteilung der *Ursachen* der Rauschgiftkriminalität zugrundelegen.

Speziell die britische psychiatrische Literatur befaßt sich sehr detailliert mit den Vorstrafen der Teilnehmer, die bereits vor Suchtbeginn zwischen 48% (Gordon 1973, S. 207) und 67,4% (Mahon 1971, S. 627-634) verurteilt waren. Hieraus folgern sie, daß kriminelles Verhalten der Sucht vorausgeht und Heroinkonsum als nur ein Aspekt einer antisozialen Haltung einer kriminellen Persönlichkeit gewertet werden müsse (Gordon 1973, S. 209), so daß es sich bei dem Süchtigen primär um einen Kriminellen, der süchtig wurde, und nicht um einen Süchtigen, der kriminell werden mußte, handelt. Die Drogendelikte wären demnach nicht allein auf den Drogenkonsum zurückzuführen, sondern Ausdruck einer allgemeinen Delinquenz. Infolgedessen würde auch ein Methadonprogramm an dieser nicht suchtbedingten Kriminalität kaum etwas ändern. Demgegenüber sehen andere Autoren die Ursachen der Rauschgiftkriminalität in der prohibitiven Drogenpolitik, die dem Süchtigen keine andere Möglichkeit mehr läßt, als sich in kriminelle Aktivitäten zu verwickeln (für viele: Vogt 1975, S. 23 f.). Diese Auffassung dürfte zutreffend sein. So ist allein der Hinweis auf bereits vor dem Drogenkonsum auftretende Kriminalität kein Beweis dafür, daß der Heroingenuß nur eine Stufe in einem allgemeinen Delinquenzprozeß darstellt. Hinzukommt, daß sich im nachhinein nicht mehr nachvollziehen läßt, ob die Kriminalität bei Nichtabhängigkeit fortgesetzt worden wäre. Auch die andere Meinung kann nicht leugnen, daß eine repressive Drogenpolitik den Süchtigen in eine Subkultur hineinzwängt und ihn infolge der hohen Heroinpreise zur Kriminalität nötigt. Beginnende kriminelle Karrieren werden hierdurch gefestigt, neue in Gang gesetzt. Und selbst wenn die kurzfristige Verabreichung von Methadon keine Verhaltensänderung bei einem Teil dieser bereits seit Jahren in kriminelle Aktivitäten verwickelten und stigmatisierten Süchtigen bewirken sollte, so bliebe immer noch die Frage offen, ob diese nicht ohne Behandlung eine weitaus höhere Kriminalitätsrate aufweisen würden.

Nach allem darf die Methadontherapie nicht als „Zaubermittel“ mißverstanden werden, bei dem es automatisch mit der Verabreichung zu einer Aufgabe verfestigter Kriminalitätskarrieren kommt. Gleichwohl ist ein nicht unerheblicher Rückgang der unmittelbaren wie der mittelbaren Rauschgiftkriminalität mit Methadonprogrammen zu erreichen. Für den Süchtigen bedeutet dies die Erhöhung der Chance, ein straffreies Leben zu führen und nicht zuletzt trägt sie dazu bei, prophylaktisch kriminellen Karrieren entgegenzuwirken.

Anmerkung

*Inwieweit auch aufgrund der Teilnahme an Methadonprogrammen der Kleinhandel des Süchtigen mit Heroin eingedämmt wird, kann bei der vorliegenden Literatur nicht eindeutig beantwortet werden. Diese befaßt sich im allgemeinen nur mit einer Überprüfung des Rückgangs der Gesamtkriminalität, ohne speziell nach Deliktgruppen zu unterscheiden. Wo eine solche Unterscheidung erfolgt, wird im Bereich der unmittelbaren Drogenkriminalität nicht zwischen dem Konsum und dem Kleinhandel differenziert, so daß hinsichtlich der Reduzierung des Dealens keine verlässlichen Aussagen getroffen werden können.

Literatur

- ARBAB-ZADEH, A., Schuldunfähigkeit und Strafzumessung bei drogenabhängigen Delinquenten, in: Neue Juristische Wochenschrift 1978, S. 2324 ff.
- BARIDON, Ph.C., Addiction, Crime, and Social Policy, Lexington 1976
- BSCHOR, F., Die Entwicklung der Drogenszene, in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 1977, S. 1252 ff.
- CUSHMAN, P., Relationship between narcotic addiction and crime, in: Federal Probation 1974, S. 38 ff.
- DOLE, V.P./NYSWANDER, M.E./WARNER, A., Successful Treatment of 750 Criminal Addicts, in: Journal of the American Medical Association 1968, S. 2708 ff.
- GEARING, F.R., Evaluation of Methadone Maintenance Treatment Programs, in: International Journal of Addictions 1970, S. 171 ff.
- GOLDSTEIN, A., Heroin Addiction and the Role of Methadone in its Treatment, in: Archives in General Psychiatry 1972, S. 289 ff.
- GORDON, A.M., Pattern of Delinquency in Drug Addiction, in: British Journal of Psychiatry 1973, S. 205 ff.
- GORDON, A.M., Drugs and Delinquency, in: British Journal of Psychiatry 1978, S. 21 ff.
- GOSSOP, M., A Review of the Evidence for Methadone Maintenance as a Treatment for Narcotic Addiction, in: The Lancet 1978, S. 812 ff.
- HECKMANN, W., Wenn der Dealer einen weißen Kittel trägt, in: Psychologie heute 1979 (März), S. 40 ff.
- KAPUSTE, J., Münchner Freiheit, in: Psychologie heute 1978 (September), S. 60 ff.
- KRAKOWSKI, M./SMART, R.C., The Outpatient Treatment of Heroin Addicts with Methadone, in: Canadian Journal of Public Health 1972, S. 397 ff.
- MADDUX, J./BOWDEN, C.L., Critique of Success with Methadone, in: American Journal of Psychiatry 1972 (H.4), S. 102 ff.
- MAHON, T.A., The British System, Past and Present, in: International Journal of Addictions 1971, S. 627 ff.

- RIEDESSER, P., Methadonprogramme in den USA, in: Medizinische Klinik 1974, S. 671 ff.
- SCHEERER, S., Rauschmittelmißbrauch. Juristisch-kriminologischer Beitrag, in: R. Sieverts, H.J. Schneider (Hrsg.), Handwörterbuch der Kriminologie, Bd. 2, Berlin, New York, 2. Aufl. 1977, S. 480 ff.
- SCHENK, J., Droge und Gesellschaft, Berlin, Heidelberg, New York 197
- SCHNEIDER, H.J., Kriminologie, Jugendstrafrecht, Strafvollzug, München 1976
- VOGT, I., Drogenpolitik, Frankfurt, New York 1975
- VORENBERG, J./LUKOFF, I.F., Addiction, Crime and the Criminal Justice System, in: Federal Probation 1973, S. 3 ff.
- WIELAND, W.F./CHAMBERS, C.D., Two methods of utilizing methadone in outpatient treatment of narcotic addicts, in: Methadone Maintenance, hrsg. von D. Einstein, New York 1971
- WANKE, K., Wir müssen mit dem Zwang beginnen, in: Der Spiegel 1978 (H. 52), S. 44
- WILKINS, L.T., Crime and Criminal Justice at the Turn of the Century, in: Annals of the American Academy of Political and Social Sciences, Bd. 423, 1976
- WIEPERT, G.D./D'ORBAN, P.T./BEWLEY, T.H., Delinquency by Opiate Addicts Treated at Two London Clinics, in: British Journal of Psychiatry 1979, S. 14 ff.

Summary

In the Federal Republic of Germany, heroin addiction and crime are linked by law: who consumes heroin is by definition a criminal. The author reviews the impact of methadone maintenance programs on crime reduction and reaches the conclusion that a change in drug policy towards methadone would enhance the addicts' chances to avoid a criminal career as well as it would contribute to an overall reduction in drug related crime.

Heribert Kemper
Kupferstraße 29, 4420 Coesfeld