

Was passiert mit Fixern? Strategien der Drogenpolitik

Marlene Stein-Hilbers
Münster

Der Beitrag untersucht Voraussetzungen und Folgen der bundesrepublikanischen Drogenpolitik. Die repressive Drogenkontrolle hat die Entstehung und Ausweitung von Drogenabhängigkeit nicht verhindern können und die Entstehung eines illegalen Drogenmarktes gefördert. Die therapeutische Drogenkontrolle funktioniert nicht. Als Konsequenzen werden die Verbesserung therapeutischer Angebote, die Einführung von Methadon-Programmen und die Entkriminalisierung des Heroinkonsums diskutiert.

1. Situationsbeschreibung

Gegenwärtig sind in der BRD mindestens 60.000* Jugendliche und junge Erwachsene als opiatabhängig – überwiegend heroinabhängig einzustufen. Um Drogen zu erhalten, sind sie auf den illegalen Drogenmarkt angewiesen; um sie zu finanzieren, auf Beteiligung am Drogenhandel, Eigentumsdelikte oder Prostitution. Ein kontrollierter Gebrauch von Opiaten scheint nur vereinzelt Konsumenten zu gelingen; die zunehmende Integration in die Drogenszene ist fast immer mit einem Herausfallen aus bisherigen sozialen Bezügen und einer Verschlechterung der materiellen und physischen Lebensbedingungen verbunden. Unter den Bedingungen der Illegalität scheinen Aspekte einer sterilen und medizinisch unbedenklichen Verabreichung kaum beachtet werden zu können. Die Drogen sind verunreinigt; die Wirkstoffkonzentrationen sowie die individuelle physiologische Toleranz sind für Konsumenten oft schwer einzuschätzen. In Zeiten der Drogenknappheit werden Ersatzstoffe aller Art injiziert oder mit vorhandenen Drogen kombiniert, um neue Wirkungen zu erzielen. Zur Zeit sterben jährlich mehr als 400 Abhängige durch Vergiftungen bzw. Überdosierungen physiologisch unverträglicher Mixturen verschiedenster Drogen, Selbstmord und Organschäden nach jahrelangem Gebrauch.

Für diese Situation sind zwei Arten von Ursachen zu diskutieren:

– Die *Nachfrageseite*, bzw. die *Konsumenten-Ebene*: Welche sozialen und persönlichen Gründe und welche speziellen Einstiegsmotivationen veranlassen Individuen, sich Drogen

mit hohem Abhängigkeitspotential zu verabreichen? Diese Fragestellung wird im folgenden Beitrag vernachlässigt.
– Die *Kontrolle von Drogenkonsum, Drogenabhängigkeit und Drogenhandel* durch Gesetzgebung, strafrechtliche Institutionen und das System der Drogenberatung und -therapie.

2. Kontrolle von Drogenkonsum und Drogenhandel durch repressive und therapeutische Instanzen

Grundsätzlich verfolgt die bundesrepublikanische Drogenpolitik zwei Kontrollstrategien:

1. *Die repressive Kontrolle* mit dem Schwerpunkt der strafrechtlichen Verfolgung und des Ausbaus der polizeilichen Ressourcen zur Bekämpfung des illegalen Drogenmißbrauchs und -handels. Ihre Kernstücke waren das von der Bundesregierung 1970 verabschiedete Aktionsprogramm zur Bekämpfung des illegalen Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs und die Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes aus dem Jahre 1974. Bestimmendes Strukturelement dieses Gesetzes ist die vollständige Kontrolle über den legalen und die vollständige Unterdrückung des illegalen Verkehrs mit Betäubungsmitteln (Scheerer 1977, S.384). Es kriminalisiert den Besitz und Erwerb zahlreicher psychoaktiver Substanzen, sieht gestaffelte strafjustizielle Sanktionen für unterschiedliche Tattypen vor und erweiterte insbesondere den Strafrahmen für alle Formen des illegalen Handels und Schmuggels mit den Substanzen, die dem BtmG unterstellt sind.

2. *Die beratend/therapeutische Kontrolle*: Für Drogenabhängige gibt es die Möglichkeit, freiwillig oder unter Zwang Beratungsstellen oder klinisch-therapeutische Einrichtungen aufzusuchen. Das erwähnte Aktionsprogramm der Bundesregierung zur Bekämpfung des illegalen Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs sah den Ausbau dieser Einrichtungen ebenfalls vor und finanzierte sie zum Teil. Insgesamt ist aber das System der Drogenberatung und -therapie örtlich und von der materiellen/personellen Ausstattung her äußerst unterschiedlich ausgestaltet. Spezialisierte Beratungsstellen für Drogenabhängige existieren nur in einigen Großstädten. Der körperliche Entzug und zum Teil auch die „Therapie“ wird in der Regel in Landeskrankenhäusern und psychiatrischen Kliniken vorgenommen. Daneben existieren einige spezialisierte therapeutische Einrichtungen zur Behandlung Drogenabhängiger und vereinzelt auch therapeutische Wohngemeinschaften für ehemalige Abhängige (Sollmann 1974; Bschor/Haindl 1975; Heckmann 1979). Fast alle diese Einrichtungen verfolgen das Ziel der völligen Drogenfreiheit.

Das Konzept der Bestrafung des illegalen Drogenmißbrauchs kollidiert mit dem ebenfalls vorhandenen Verständnis von Drogenabhängigkeit als Krankheit. Zum Teil wird dadurch

die therapeutische Arbeit behindert (Kreuzer 1978); zum Teil scheinen Polizei und Strafjustiz den therapeutischen Institutionen auch „zuzuarbeiten“. So wird etwa bei Abhängigen, die zum ersten Mal mit der Justiz in Berührung kommen, zur Zeit besonders oft die Strafe zur Bewährung ausgesetzt mit der Auflage, an einer Therapie teilzunehmen (Hachmann 1978, S.40). Weiterhin zeichnet ein eher bestrafender Charakter viele Therapien von Drogenabhängigen aus (Scheerer 1979). Für Abhängige im Strafvollzug werden zunehmend gesonderte therapeutische Abteilungen eingerichtet (Kindermann 1979, im.w.N.).

Beide Arten von Kontrollstrategien – sowohl die repressive als auch die therapeutische – haben in der BRD die Entstehung und Ausweitung von Drogenabhängigkeit nicht verhindern können. Einige Gründe dafür sowie die Folgen dieser Drogenpolitik sollen im folgenden diskutiert werden.

2.1. Entwicklung von Drogenabhängigkeit und -handel unter den Bedingungen einer prohibitionistischen Drogenpolitik

In der BRD hat es – ebenso wie in anderen Ländern – von jeher eine Gruppe von Opiatabhängigen gegeben, die sog. „klassischen Morphinisten“.

Überwiegend handelt es sich dabei um erwachsene Personen. Unter ihnen dominieren vor allem Ärzte, Apotheker und Angehörige des medizinischen Pflegepersonals mit Zugang zu suchterzeugenden Stoffen. Als soziale Problemgruppe sind diese „klassischen Morphinisten“ weder in strafrechtlicher noch in medizinischer Hinsicht kaum in Erscheinung getreten; überwiegend wurden sie eher mit therapeutischen und standesrechtlichen Mitteln (z.B. Berufsverbote) kontrolliert.

Eine völlig andersartige Gruppe bildeten in den späten 60er Jahren jene Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die anfangen, mit harten Drogen zu experimentieren und drogenabhängig wurden. Im Gegensatz zu den „klassischen Morphinisten“ waren sie nach herkömmlichen Standards relativ wenig sozial integriert, gingen oft keiner geregelten Tätigkeit nach, waren „ausgeflippt“, hatten (noch) Verbindung zu der damals faktisch stärker als heute kriminalisierten weichen Drogenszene. Ihr Einstieg in den harten Drogenkonsum erfolgte (ebenso wie heute) vor allem durch persönliche Kontakte zu anderen Konsumenten von harten Drogen.

Da diese Gruppe junger Opiatkonsumenten kaum Zugang zu Betäubungsmitteln hatte, waren die von ihnen konsumierten Substanzen in der Regel illegal hergestellt, illegal erworben oder später auch durch Rezeptfälschungen, -diebstähle

und Apothekeneinbrüche erlangt. Der Wunsch nach dem Genuß von Betäubungsmitteln in Verbindung mit dem fehlenden Zugang zu ihnen ließ im Umkreis dieser Konsumenten einen illegalen Opiate-Markt entstehen. Mit einer sich vergrößernden Zahl von abhängig gewordenen Personen, bei gleichzeitiger verschärfter polizeilicher und strafjustizieller Kontrolle des Zugangs zu Betäubungsmitteln wuchs auch die Möglichkeit, mit dem Verkauf illegaler Betäubungsmittel viel Geld zu verdienen. Zunehmend geriet deshalb dieser illegale Markt für harte Drogen in die Hände halbprofessioneller und professioneller (organisierter) Händlerkreise. Etwa ab 1973 wurde aus dem Ausland importiertes Heroin zur marktbeherrschenden Droge, das über verschiedene Handelshierarchien (und zum Teil auch im Handel kleineren Stils durch einreisende Gastarbeiter und Touristen) an die Endverbraucher gelangte. Die Preise für dieses Heroin erreichten durch die Produktion unter illegalen Bedingungen, die langen Importwege, die verschärfte Aufmerksamkeit von Polizei und Zollfahndung und die Profitwünsche der beteiligten Händler Höhen, die die finanziellen Möglichkeiten Abhängiger bei weitem überschritten. Beteiligung am Drogenhandel, Eigentums- und Beschaffungsdelikte sowie Prostitution waren die zwangsläufige Folge. Um an Drogen heranzukommen, waren (und sind) Abhängige (oder auch Personen, die zum erstenmal Drogen probieren wollen) gezwungen, sich einer kriminellen Subkultur anzuschließen. Diese Subkultur scheint heute zunehmend durch gewalttätige Formen der Konfliktregulierung geprägt zu werden.

Auf polizeilicher Seite wurde der Ausbau eines in personeller und technischer Hinsicht spezialisierten Verfolgungsapparates (vgl. K Emmelmeier 1974) vorangetrieben. Länderübergreifend (BKA) und in ausgebauten großstädtischen RG-Dezernaten konzentriert er sich inzwischen vor allem auf den illegalen Handel und Schmuggel und scheint aus Gründen der Kapazität und sinnvollen Taktik (und auch der Einsicht in die Sinnlosigkeit der polizeilichen Verfolgung von Fixern) selbst abhängige Drogen-Kleinhändler unbehelligt zu lassen (Kreuzer/Maassen 1979).

In den frühen 70er Jahren hingegen und heute wohl auch noch in kleinstädtischen und ländlichen Regionen waren und sind vor allem Drogenabhängige selber von dieser Spezialisierung der polizeilichen Verfolgung betroffen. Zum Teil hatte dies den Erfolg, sie zumindest vorübergehend (durch Zwangseinweisungen und Strafvollzug) von der Drogenszene zu isolieren. Allerdings erwies sich dieses Konzept sehr bald als ineffektiv aufgrund der auch in Strafanstalten und Kliniken gut funktionierenden Drogenversorgung und der äußerst hohen Rückfallquoten.

Daneben werden gegen Abhängige vor allem im Zusammenhang mit dem Verkauf von Drogen sowie der Beschaffungs- und Folgekriminalität Ermittlungs- und Strafverfahren ein-

geleitet. Damit gerät eine zunehmend steigende Zahl von Drogenabhängigen in Untersuchungs- oder Strafhaft (für Berlin schätzt Kindermann, 1979, daß sich ständig etwa 15 % aller Berliner Opiatabhängigen im Justizvollzug und zusätzlich 10 % in seinem direkten Einzugsbereich – etwa der Bewährungshilfe – befinden).

Darüber hinaus ist Drogenkonsum unter den Bedingungen der Illegalität (aufgrund des wechselnden Wirkstoff- und Reinheitsgehalts und der unsterilen Verabreichung) mit hohen medizinischen Risiken verknüpft und hat zahlreiche Todesfälle zur Folge (während z. B. die langjährige medizinisch kontrollierte Verabreichung von Betäubungsmitteln mit Ausnahme der Suchtbildung selber keine nennenswerten physischen Schädigungen hervorzurufen scheint – vgl. Brecher 1972).

Die oben skizzierten Phänomene sind zum Teil als *direkte Konsequenz einer prohibitionistischen Drogenpolitik* – d. h. des nicht legalen Zugangs zu Drogen, nach denen Nachfrage besteht, sowie der polizeilichen und strafjustiziellen Verfolgung des unbefugten Handels mit ihnen – zu betrachten. Mit dieser Aussage ist noch keine Bewertung der Notwendigkeit einer solchen Drogenpolitik verbunden; mit ihr wird lediglich festgestellt, daß (nicht nur in der BRD) ein illegaler Drogenmarkt und -handel mit allen negativen Folgen für Konsumenten und Gesellschaft dann entsteht, wenn Drogenabhängigkeit sich bereits ausgebreitet hat und für die Abhängigen der Zugang zu diesen Drogen versperrt ist (und die therapeutische Kontrolle relativ unwirksam bleibt – vgl. Abschnitt 2.2).

Hinsichtlich einer *Bewertung von Sinn und Notwendigkeit einer prohibitionistischen Drogenpolitik* ist zunächst davon auszugehen, daß sie in der BRD die Entwicklung und Ausweitung einer harten Drogenszene nicht verhindern konnte. Möglicherweise hat sie bewirkt, daß nicht ein noch größerer Personenkreis drogenabhängig wurde (diese Frage läßt sich kaum entscheiden; weil jene Personen nicht bekannt sind, die durch Strafandrohung und Krankheitsrisiko davor bewahrt werden, Opiate zu konsumieren). Befragungen an bereits drogenabhängigen Personen lassen diese Abschreckungswirkung aber eher gering erscheinen: so berichtet etwa Berger (1976), daß 64 % der von ihm interviewten Fixer zu Beginn des Opiatenkonsums gut über das Krankheitsrisiko informiert waren „und fast alle (94 %) wußten, daß Umgang mit Opiaten strafbar ist und in der Regel härter sanktioniert wird als Delikte mit weichen Rauschmitteln“ (S. 315).

Wie sehr unter momentanen Bedingungen – bei relativ stark ausgebildeter Drogensubkultur und -abhängigkeit – der Zu-

gang zu harten Drogen durch repressive Kontrollmaßnahmen verhindert werden kann, bleibt ebenfalls fraglich, wenn man die „Ökonomie des Drogenhandels“ (Brecher 1972, S. 90 ff.) berücksichtigt.

Mit dem illegalen Verkauf von Betäubungsmitteln sind hohe Profitraten zu erzielen, solange Nachfrage danach besteht. In nicht-totalitären Staaten scheint es unmöglich, den Drogenhandel völlig zu unterbinden, solange der Anreiz hoher Verdienstsparren weiterbesteht. So weist denn auch Lindesmith (1978) darauf hin, daß die zur Zeit von den USA angestrebte Kontrolle des Mohnanbaus – sollte sie gelingen – wahrscheinlich lediglich bewirken wird, daß hohe Mengen synthetischer Opiate auf den illegalen Markt gebracht werden.

Unter diesem Aspekt erscheinen auch die mit der Novellierung des BtmG (1980) beabsichtigten erhöhten Strafandrohungen für den illegalen Handel und Schmuggel von Betäubungsmitteln wenig erfolgversprechend. Hinweise darauf ergeben sich u.a. aus den Ergebnissen des „Drug Law Evaluation Project“ des Staates New York (National Institute of Law Enforcement and Criminal Justice, 1978). Dieser Bericht untersucht die Auswirkungen der verschärften New Yorker Gesetzgebung aus dem Jahre 1973, die im wesentlichen die Höherstufung bisheriger „felonies“ zu „high degree felonies“ und höhere Strafandrohungen beinhaltete, Gefängnisstrafen für zahlreiche Drogendelikte verpflichtend machte, das „plea bargaining“ für diese Angeklagten reduzierte und besondere Strafen (insbesondere lebenslange Strafen) für Rückfalltäter wieder einführte. Anhand verschiedener Indikatoren wird im Bericht die Zu- oder Abnahme des Heroin-Konsums untersucht, mit dem Ergebnis, daß die neuen Drogen-Gesetze in New York keine Veränderungen des Heroin-Konsums und der Versorgung mit Heroin erkennen lassen.

2.2. Die Erfolglosigkeit der therapeutischen Kontrolle

Von einer therapeutischen Kontrolle der Opiatenabhängigkeit – im Sinne einer erfolgreichen Behandlung und Rehabilitation von Konsumenten – kann bisher nicht gesprochen werden. Kennzeichnend für das gegenwärtige System der Drogenberatung und -therapie ist seine *relative Erfolglosigkeit*:

- Eine große Zahl von Abhängigen erfährt – freiwillig oder unter Zwang – kurzzeitig klinisch-medizinische Behandlung (Entgiftung), in der Regel jedoch mit Rückfallquoten von zwischen 90 % und 100 % nach Abschluß der Behandlung;
- nur ein kleiner Teil aller Abhängigen nimmt – freiwillig oder unter Zwang – an Langzeittherapien teil;
- auch diese Langzeittherapien haben keine sehr hohen Erfolgsquoten; je nach Definition der Erfolgskriterien belaufen sich die Schätzungen von erfolgreichen Therapien auf zwischen 20 % und 30 % aller Teilnehmer (Scheerer 1979, S. 10 ff.);
- therapeutische Ansätze mit größerer Erfolgsaussicht erreichen nur eine Minorität bereits stark therapiemotivierter Abhängiger (Heckmann 1979).

Für diese Situation relativer Erfolglosigkeit können zweierlei Gründe verantwortlich sein:

1. die beratenden und therapeutischen Institutionen selber,
2. die Drogenabhängigen, die zwar den Wunsch haben, ihren belastenden Lebensbedingungen zu entkommen, zum Teil aber auf Drogen nicht verzichten wollen oder können.

Im Bereich der Drogenberatung und -therapie ist in weiten Bereichen eine eher resignative Haltung gegenüber der Bereitschaft und Fähigkeit von Abhängigen erkennbar, die Strapazen einer systematischen Langzeittherapie (mit dem Ziel der völligen Drogenfreiheit) zu ertragen. In der entsprechenden Fachliteratur (Brömer/Eyferth u.a. 1979, S. 9) wird der Prozentsatz dieser behandlungsmotivierten Fixer auf höchstens 20 % veranschlagt. Zwar nimmt ein größerer Anteil von ihnen andere therapeutische Angebote wahr; meist jedoch eher, um physisch, psychisch und sozial höchst bedrohlichen Situationen kurzfristig zu entkommen, oder zum Teil auch unter dem Druck der Verhaftung und Bestrafung. Konsequenz dieser Situation ist die stark *vorherrschende Auffassung von der fehlenden Therapiebereitschaft* von Opiatabhängigen (vgl. Kindermann 1979, S. 223).

Nachvollziehbar ist diese These insofern, als es schwer erscheint, den durch Drogen vermittelten Gefühlen des Wohlbefindens und der Euphorie drogenfreie Alternativen entgegenzusetzen, die meistens keinerlei Entsprechung in der bisherigen Lebensgeschichte von Fixern hatten und unter deren Mangel auch all jene Personen leiden, die gewöhnlich nicht zu Drogen greifen. Darüber hinaus ist aber die Annahme der fehlenden Therapiewilligkeit von Fixern höchst fragwürdig deshalb, weil sie auch umgekehrt definiert werden kann als *Unvermögen bestehender Therapieeinrichtungen, mit ihrem Angebot Drogenabhängige zu erreichen*. Darauf weisen vor allem Brömer/Eyferth u. a. (1979) hin, die betonen, daß die bestehenden therapeutischen Angebote durchweg mit der Voraussetzung des hohen Leidensdruckes arbeiten (Schmejkal 1978, S. 37/38). Aus arbeitsrationellen und methodischen Gründen sei das System der Drogenberatung und -therapie bestrebt, die begrenzte Kapazität an schnell verfügbaren Therapieplätzen optimal zu nutzen und eröffne damit nur besonders hoch motivierten Abhängigen überhaupt eine Therapie-Chance. „Es ist zu prüfen, ob etwa die aus pragmatischen Gründen entwickelten Anforderungsprofile . . . therapeutischer Institutionen die Abhängigen so nach Leistungsprofilen selektieren, daß bereits dadurch eine große Gruppe im gegenwärtig bestehenden Netz nicht motiviert und therapierbar Jugendlicher entsteht“ (Brömer/Eyferth u.a. 1979, S. 15). In vielen Fällen scheinen diese Anforderungen eher den Charakter einer „Strafe“ zu haben, die der Abhängige auf sich nehmen muß, um seinen Willen zur

völligen Umkehr und Abkehr von der Droge zu dokumentieren.

Mit eben dieser Gruppe „nicht motivier- und therapierbarer Jugendlicher“, zu der die Mehrzahl aller Opiatabhängigen gehört, weiß so recht niemand etwas anzufangen. Angewiesen auf den illegalen Drogenmarkt mit seinen hohen sozialen und individuellen Folgekosten sind sie es, die in den ständigen Kreislauf von Kriminalität, materieller und physischer Verelendung, Polizeiauffälligkeit, Zwangsbehandlung und/oder Bestrafung geraten, ohne daß irgend jemand – am allerwenigsten sie selbst – dem ein Ende bereiten könnte. Immerhin scheint ein Teil von ihnen (bedingt durch Belastungen dieser Situation und individuell unterschiedliche Auslöser) nach einer längeren Phase der Drogenabhängigkeit noch die Kraft aufzubringen, den Drogenkonsum einfach einzustellen, ohne jemals systematische therapeutische Hilfen in Anspruch zu nehmen. Fachleute sprechen hier vom „Ausfixen“; unter den von Stoeckert/Middendorf u.a. (1977) befragten Berliner Opiatkonsumenten betrug dieser Anteil immerhin 20 %.

3. Mögliche Konsequenzen

Wenn auf der einen Seite ersichtlich ist, daß das prohibitionistische System der Drogenkontrolle massiv schädliche soziale und individuelle Folgewirkungen hat und zum anderen aber auch die gegenwärtigen Formen der therapeutischen Kontrolle nicht greifen, ist zu überlegen, wie denn eine soziale Kontrolle des Konsums und der Abhängigkeit von harten Drogen überhaupt aussehen könnte/sollte. Gegenwärtig scheinen sich in der BRD Stimmen zu mehren (vgl. Der Spiegel, 25. Dezember 1978), die eine Verschärfung der repressiven Drogenkontrolle fordern. Die Vorschläge dazu beinhalten vor allem den Ausbau der Polizeikräfte und die langfristige Kasernierung und totale Überwachung der Abhängigen. Da diese Lösungen (die sich bereits in den USA als relativ ineffektiv erwiesen haben) aus kriminalpolitischen und moralischen Gründen zurückzuweisen sind, sollen im folgenden einige andere denkbare Modelle diskutiert werden.

3.1. Therapeutische Angebote attraktiver machen

Wenn man Drogenabhängigkeit als behandlungsbedürftig betrachtet, weil Abhängige oder Menschen in ihrer Umgebung unter der Sucht leiden, liegt zunächst die Verbesserung therapeutischer Interventionen nahe. *Kernpunkte* dieser Überlegungen könnten sein:

1. Die Erhöhung der Attraktivität bestehender Beratungs- und Therapieangebote. Wenn es gelingt, die Schwellenangst sowie das Image von Einrichtungen mit hohem Anforderungs-

oder sogar Strafcharakter zu mildern, ist denkbar, daß Abhängige mehr als bisher motiviert werden könnten, von einer systematischen Langzeittherapie Gebrauch zu machen (vgl. Brömer/Eyferth u.a. 1979).

2. Die Auflösung der „Komm-Struktur“ bestehender Therapieangebote durch verstärkte Eigenaktivitäten therapeutischer Einrichtungen. Dieser Weg scheint neuerdings vor allem von den Drogenberatungsstellen als vordringlich betrachtet und in Anfängen auch praktiziert zu werden (Hachmann 1978). Sie versuchen, etwa durch Kontaktstellen und street-work, Drogenkonsumenten in ihrem eigenen Milieu anzusprechen und für eine Beratung/Behandlung zu gewinnen. Erfolgsversprechend scheint diese Vorgehensweise insbesondere bei Konsumenten am Anfang einer Drogenkarriere (Berger 1976, S. 400).

3. Der flächendeckende Ausbau funktionierender Therapieketten (vgl. Suchtgefahren 2/1979, S. 83 ff.).

3.2. Methadon-Programme

Im Rahmen der Bestrebungen, Therapieangebote für Abhängige attraktiver und leichter zugänglich zu machen, sollte auch an die Einführung von Methadon-Programmen gedacht werden.

Methadon ist ein synthetisches Opiat, das als Ersatzdroge an Heroinabhängige abgegeben wird. Es vermeidet ihre Entzugssymptome, ohne ihre Aktivität und Arbeitsfähigkeit zu dämpfen. Bei oraler Verabreichung erzeugt es nur geringfügig ein Gefühl von „flash“ oder „kick“ und führt kaum zur Toleranzentwicklung bei den Konsumenten. In gewissem Umfang blockiert es die Wirkung zusätzlich konsumierten Heroins. Solange Methadon als Ersatzdroge konsumiert wird, *beläßt es Opiatabhängige in ihrer Abhängigkeit.*

Methadon-Programme wurden 1965 in breitem Umfang in den USA eingeführt und bis heute stark erweitert. In der Regel handelt es sich um Methadone-Maintenance-Programms (MMP), in denen Heroinabhängige sich täglich in bestimmten Behandlungszentren einfinden, um dort ihr in einem Fruchtsaft aufgelöstes Methadon in Empfang zu nehmen. Durch Urinkontrollen wird gleichzeitig die Einnahme anderer zusätzlicher Drogen überprüft.

Zweck dieser Programme ist es, Heroinabhängige von dem täglichen Zwang zur Drogenbeschaffung und damit auch dem Zwang zur Begehung von Eigentumsdelikten bzw. der Prostitution zu befreien. Ihnen soll ein „sozial produktives Leben“ ermöglicht werden; in den letzten Jahren wird die Methadon-Behandlung überwiegend durch flankierende sozialarbeiterische Maßnahmen bei beruflicher und sozialer Rehabilitation unterstützt. In einigen Programmen wird nach kürzerer oder längerer Zeit durch schleichende Verringerung der Methadon-Dosis die völlige Opiatfreiheit angestrebt (Methadone-Detoxifikation-MD).

Erste Auswertungen (Gearing/Schweitzer 1974) der MM-Programme erbrachten äußerst positive Ergebnisse. Für Teilnehmer der Programme wurde eine positive soziale Produktivitäts-Rate (gemessen an 1. festem Arbeitsplatz, 2. Teilnahme an schulischer oder beruflicher Ausbildung,

3. „being a homemaker“) von 50 % bis 85 % berichtet. Allerdings wurde in der Folgezeit kritisiert (Jacobs, Doft u.a. 1978), daß diese Ergebnisse deshalb zustandekamen, weil die Patienten, die aus dem MMP ausgeschieden waren (37 %), nicht in die Auswertung einbezogen wurden. Unter Einbeziehung auch dieser Gruppe kamen Jacobs, Doft u.a. (1978) in einer Wiederholungsstudie zu dem immer noch sehr positiven Ergebnis, daß von allen Methadon-Patienten 36 % ohne Beschäftigung waren, 69 % als sozial produktiv bezeichnet werden konnten, 46 % weiterhin Drogen mißbrauchten und 30 % wegen Straftaten verhaftet wurden. Unter Berücksichtigung lediglich der im Methadon-Programm verbleibenden Abhängigen fielen die entsprechenden Werte noch sehr viel günstiger aus.

Um die Methadon-Programme, die inzwischen auch in einigen europäischen Ländern (Niederlande, Großbritannien) eingeführt wurden, gibt es bis heute heftigste Kontroversen. In der BRD werden sie nahezu durchgängig abgelehnt (vgl. Heckmann 1979) und bekämpft. *Auffällig an dieser Kontroverse ist, daß die rigorosen Ablehner überwiegend aus der direkten Arbeit mit Drogenabhängigen kommen und die teils schwärmerischen Befürworter (z.B. Kapuste 1978; Scheerer 1979) eher von der wissenschaftlich-sozial-technologischen Seite her argumentieren.*

Der Streit um Methadon-Programme konzentriert sich vor allem auf folgende Punkte:

Ruhigstellung oder humanitäre Hilfe? Für die amerikanischen Programme ist von rassistischen Minderheiten kritisiert worden, diese Programme dienten lediglich dazu, lästige und für die Gesellschaft gefährliche Individuen ruhigzustellen und sozial unschädlich zu machen. Betroffen seien vor allem Angehörige rassistischer Minderheiten, die weiterhin in ihrer Opiatabhängigkeit belassen werden. „Methadon ist eine typisch amerikanische Antwort, ein großzügiges Programm – die Verwendung eines preiswerten chemischen Mittels, um ein ganz und gar sozial bedingtes Symptom zu ‚heilen‘“ (Florence Heyman, zitiert nach Methadon-Kompendium 1973). Diese Kritik trifft dort zu, wo Methadon-Programme zur reinen Abgabestation ohne psychosoziale Begleitung werden, wie dies in den USA teilweise geschehen ist. Ihr ist aber entgegenzuhalten, daß Methadon-Programme für die ansonsten wahrscheinlich unbetreuten Abhängigen eine deutliche humanitäre Erleichterung bedeuten können. Sie befreien sie von dem täglichen Zwang zur Drogenbeschaffung und eröffnen ihnen zumindest teilweise auch die Chance der Teilnahme an beruflicher und sozialer Rehabilitation und der Befreiung aus der Illegalität.

Zusätzlicher Gebrauch anderer Drogen: Einer der am häufigsten vorgebrachten Einwände gegen Methadon-Programme betrifft den fortgesetzten Gebrauch anderer Drogen trotz

Methadon-Einnahme. Um nicht auf das Gefühl der Drogenwirkung (flash) verzichten zu müssen, gingen Methadon-Patienten in verstärktem Maße zu polytoxikomanem Drogenmißbrauch — insbesondere dem Konsum von Alkohol, Barbituraten, Kokain und hohen, die Methadon-Blockade überwindenden, Heroin-Dosen — über. Die Versorgung mit Methadon ermögliche die finanzielle Entlastung, durch die sich Abhängige mit anderen Drogen versorgen könnten. Diese Kritik scheint insofern berechtigt, als tatsächlich ein großer Teil aller Methadon-Patienten zusätzliche Drogen konsumiert.

Cohen/Stimmel (1978) fanden in ihrer Stichprobe von Methadon-Patienten (N = 346), daß 27 % illegal erworbene Antidepressiva schluckten, um eine euphorische Wirkung zu erzielen und daß niedrige Methadon-Dosen zu zusätzlichem Heroingebrauch verleiten (Cohen/Hamburg u.a. 1978). Zu noch negativeren Resultaten kamen Preble und Miller (1977) in ihrer teilnehmenden Beobachtung an 50 New Yorker Methadon-Patienten. Sie schätzten, daß nur etwa 15 % der Teilnehmer von Methadon-Programmen keine sonstigen Drogen nehmen und daß der größte Teil von ihnen gerne wieder zu Heroin übergehen würde, falls dies in ausreichender Menge, zu niedrigen Preisen und in guter Qualität angeboten würde.

Gearing, D'Amico u.a. (1978) widersprechen der häufig vertretenen These vom zunehmenden Alkohol- und polytoxikomanen Drogengebrauch von Methadon-Patienten. Sie weisen darauf hin, daß nach Alter, Geschlecht, Rasse und Behandlungsdauer der Patienten zu differenzieren ist und daß der Alkoholmißbrauch von Methadon-Patienten quantitativ unter dem aller in normale Kliniken eingewiesenen Patienten liegt. In ähnlicher Weise lassen sich auch die Zahlen über den zusätzlichen Gebrauch von Barbituraten, Antidepressiva u.ä. zum Teil dadurch relativieren, daß z.B. in der BRD eine große Anzahl „normaler“ Individuen Drogen dieser Art fast ständig konsumiert.

Todesfälle: Auch bei Teilnehmern in Methadon-Programmen treten Todesfälle weiterhin gehäuft auf. Wilmarth/Goldstein (1974) berechnen eine Todesfall-Rate von etwa 1 % (dies entspricht annähernd der gegenwärtigen Rate von Todesfällen unter Fixern in der BRD), die vor allem durch die Kombination von Methadon mit anderen Drogen zustandekommt.

Perkins/Rogers u.a. (1978, S. 119) verglichen die Todesfälle von Abhängigen in Methadon- und drug-free-Behandlungsprogrammen in Westchester County über einen Zeitraum von fünf Jahren (1970 bis 1975) mit denen unbehandelter Heroin-Abhängiger. Sie kamen zu dem Ergebnis, daß Methadon-Programme die Todesfälle Abhängiger reduzieren können, allerdings nicht in sehr bedeutendem Ausmaß, weil Teilnehmer an Methadon-Programmen weiterhin durch Kombination von Methadon mit anderen Drogen sterben. Ähnliche Ergebnisse ermittelte für Großbritannien auch Aylett (1978).

Aufgabe des Ziels der Drogenfreiheit: Gegner der Methadon-Programme führen regelmäßig an (vgl. Methadon und die Behandlung der Drogenabhängigkeit), die Methadon-

Programme bedeuteten Resignation vor der Sucht und Aufgabe des Ziels der Drogenfreiheit; sie führten zum Niedergang der drogenfreien Therapie-Programme. Dieses Argument erscheint unter Berücksichtigung der äußerst niedrigen Beteiligung Abhängiger an drogenfreien Langzeittherapien und der dort erzielten niedrigen Erfolgsquoten einigermaßen absurd. Es ist durchaus zweifelhaft, ob diese Therapieangebote die Teilnehmer von Methadon-Programmen überhaupt erreichen würden. Zudem stellt die Integration in ein Methadon-Programm für Abhängige durchaus eine starke Belastung dar; sie sind gezwungen, sich jeden Tag in einer Abgabestelle einzufinden und an deren Rehabilitationsprogrammen teilzunehmen. Es erscheint wahrscheinlich, daß diese Belastungen auf Dauer den Wunsch nach einem drogenfreien Leben eher verstärken, statt ihn zu vermindern; auf Erfahrungen dieser Art weist insbesondere die Jellinek-Klinik in Amsterdam hin.

Verschiedene Evaluations-Studien von Methadon-Detoxifikations-Programmen (alle referiert in: Critical Concerns in the Field of Drug Abuse 1978, S. 185 - 309) berichten immerhin Erfolgsquoten (Drogenfreiheit) von 15 bis 25 %, wobei die „erfolglosen“ Patienten aber nicht wieder zum Straßenheroin, sondern in die Methadon-Erhaltungsprogramme zurückkehrten. Auf die positive Beziehung zwischen ehemaligen Methadon-Patienten, die von Methadon abkommen wollen, und den nachgeschalteten therapeutischen Wohngemeinschaften weist insbesondere Kaufmann (1978) hin.

Fortbestehen des illegalen Drogenmarktes: Wenn man berücksichtigt, daß für die meisten Methadon-Patienten Heroin weitaus attraktiver ist als Methadon (Baridon 1976, S. 81), ist die Effektivität von Methadon-Programmen im Hinblick auf das angestrebte Ziel der Aufhebung des Drogen-Schwarzmarktes u.a. davon abhängig, daß ein illegaler Heroin-Markt größeren Ausmaßes nicht mehr existiert. Wie das amerikanische Beispiel (und gleichermaßen das englische) zeigt, ist dies nicht der Fall; trotz des nahezu ungehinderten Zugangs zu Methadon-Programmen hat sich in den USA die Heroinabhängigkeit und die Ausweitung des illegalen Heroinmarktes rapide verstärkt. Hunt und Zinberg (1976) schätzen, daß nur etwa ein Drittel der aktiven Drogenabhängigen bereit ist, irgendwann einmal die Teilnahme an einem Methadon-Programm auszuprobieren und daß von etwa 3 bis 4 Millionen Drogenabhängigen sich zwischen 1968 und 1975 nur etwa 200.000 in Behandlung befanden (S. 77). Damit verbunden ist auch nicht zu erhoffen, daß durch die Einführung von Methadon-Programmen die repressive Drogenkontrolle deutlich vermindert werden kann.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß Methadon-Programme die Möglichkeit beinhalten, als „Köder“ mehr Abhängige als bisher in therapeutische Langzeitprogramme

zu integrieren und ihnen damit zumindest tendenziell die Möglichkeit einer legalen und sozialintegrativen Lebensführung zu ermöglichen. Das Ziel der Drogenfreiheit (möglicherweise erst nach Jahren) kann in Methadon-Programmen durchaus angestrebt werden. Aber von diesen Programmen kann *nicht* erwartet werden, daß sie die Kriminalitätsrate und den Mißbrauch anderer Drogen völlig verschwinden lassen. Demzufolge dürfen auch die Hoffnungen auf eine deutliche Senkung der Todesfall-Zahlen nicht sehr hoch geschraubt werden. Da längst nicht alle Abhängigen bereit sein werden, sich einem Methadon-Programm anzuschließen (dies setzt voraus, daß sie sich als „Patienten“ empfinden müssen, wozu der größte Teil aller Junkies kaum bereit sein dürfte – vgl. Prehle/Miller 1977), wird ein illegaler Drogenmarkt weiterhin existieren. *Insofern scheint eine starke Euphorie bei der Einführung von Methadon-Programmen durchaus unangebracht; sie können lediglich deshalb befürwortet werden, weil mit ihnen die Rehabilitationschancen für Abhängige etwas größer werden als in bisher existierenden Therapieprogrammen.*

3.3. Entkriminalisierung des Heroinkonsums

Der radikalste Schritt in Richtung einer Verhinderung bzw. Verringerung des illegalen Drogenmarktes ist die völlige Entkriminalisierung des Heroingebruchs. Überlegungen dieser Art werden zur Zeit in verschiedenen Ländern (u.a. Italien) diskutiert; für die USA geben Bayer (1978) und Baridon (1976) einen Überblick über den dort erreichten Stand der Auseinandersetzung.

Grundgedanken dieser Entkriminalisierungsdebatte sind:

- daß trotz intensivster Polizeimaßnahmen die Ausbreitung von Drogenabhängigkeit nicht verhindert werden konnte;
- daß die sozialen Folgekosten sowohl in finanzieller als auch kriminalpolitischer Hinsicht (hohe Kriminalitätsraten, kriminelle Subkulturen, organisierter Drogenhandel, Schaffung eines teuren und hochdifferenzierten Verfolgungsapparates) nicht tragbar und unterstützenswert sind (Baridon 1976);
- daß die individuellen Folgen für Abhängige (Übernahme einer kriminellen Identität, Krankheiten und Todesfälle) verheerend sind;
- daß das soziale Problem Drogenabhängigkeit erst durch die Kriminalisierung des Heroingebruchs geschaffen wird (Israel/Mogill 1975; Szasz 1974; Bayer 1978a, S. 312 ff., m.w.N.);
- daß der Wunsch nach Drogen nicht durch gesetzliche Maßnahmen unterbunden werden kann (Cooper 1975);
- daß langjähriger Heroinkonsum unter der Voraussetzung der sterilen medizinisch kontrollierten Verabreichung ab-

gesehen von der körperlichen Abhängigkeit kaum physische Schädigungen zur Folge hat.

Als *Modelle einer Entkriminalisierung* des Heroinkonsums nennt Bayer (1978a, S. 302):

1. *Die Nichtbestrafung von Konsumenten bei gleichzeitiger Verhinderung des legalen Zugangs zu Heroin.* Dieses Modell scheint keine wesentliche Alternative zur bereits jetzt vorhandenen Kontrollpraxis zu beinhalten. Es setzt voraus, daß alle Formen des illegalen Drogenhandels weiterhin verfolgt werden und lediglich der Konsument selber nicht bestraft wird, was anscheinend in vielen Ländern bereits jetzt praktiziert wird (Bayer 1978a, S. 302).

2. *Die Verschreibung von Heroin (Erhaltungsdosen) für bereits Abhängige durch Ärzte — klinisches Modell.* Heroinabhängigen wird damit der Status von Diabetikern verliehen; wie diese ihr tägliches Insulin, benötigen jene ihr tägliches Heroin. Eines der Hauptprobleme dieses Modells besteht darin, die Heroinabgabe lediglich auf schon Abhängige zu beschränken. Voraussetzung ist die Verhinderung aller Formen von Schwarzmarkt-Bildung — etwa für diejenigen, die Heroin probieren möchten, aber selber noch nicht abhängig sind. Die Aufgabe der Polizei bestünde darin, sich lediglich auf Formen des illegalen Drogenhandels zu konzentrieren und zu beschränken.

Die *Erfahrungen in Großbritannien* sprechen gegen die völlige Funktionsfähigkeit eines solchen Modells. Das britische System sah Opiatabhängige vorwiegend als medizinisch zu versorgende Personen an, die registriert wurden und die benötigten Drogen durch praktizierende Ärzte verschrieben bekamen. In den Jahren 1964 - 1969 stieg indessen auch in Großbritannien die Zahl der registrierten jugendlichen Abhängigen stark an (erreichte aber nie das Niveau anderer europäischer Länder). Der Anstieg wurde allgemein auf das allzu großzügige Verschreibungssystem englischer Ärzte zurückgeführt, durch das Heroin in großen Mengen auf den Schwarzmarkt gelangte. Ab 1966 wurde deshalb nur noch speziellen Kliniken die Erlaubnis erteilt, Heroin an Abhängige zu verschreiben. Hingegen durfte weiterhin jeder Arzt Methadon oder Morphinum verordnen (das aber ebenfalls auf den illegalen Markt gelangte). Waren vorher die meisten Abhängigen durch medizinischen und/oder therapeutischen Umgang mit Opiaten abhängig geworden, hatte sich 1972 bereits dieses Bild völlig verändert. Die Abhängigen waren jünger, vorwiegend männlich, von niedrigem sozioökonomischem Status, besonders häufig kriminell vorbelastet und auch während der Integration in Behandlungsprogramme häufig straffällig (Drucker 1978).

1975 gab es in Großbritannien 3.000 registrierte Abhängige (diese Zahl wurde aufgrund von Verhaftungen und Unterlagen von Gesundheitsbehörden zusammengestellt); veranschlagt man das Dunkelfeld noch einmal so hoch, kommt man auf eine Zahl von etwa 6.000 Heroinabhängigen.

Als generelle *Tendenz der heutigen britischen Drogenpolitik* beschreibt Drucker (1978):

— den Wechsel von Heroin zu Methadon; 1972 waren 65 % der

registrierten Abhängigen auf Methadon umgestellt und nur 15 % bekamen alleine Heroin;

- die Abgabe sehr niedriger Methadondosen;
- die orale Verabreichung anstelle von Injektionen.

Für viele Fixer aus der Gruppe der neuen und jüngeren Abhängigen ist diese therapeutische Lösung unattraktiv:

- sie gebrauchen in hohem Maße (zu 90 – 95 %) zusätzlich andere Drogen (Amphetamine/Barbiturate);
- die Krankheitsrate bei Abhängigen ist äußerst hoch;
- nur für etwa 10 % wird Entgiftung und Drogenfreiheit erreicht;
- die Todesraten unter Abhängigen sind sehr hoch (Drucker 1978, S. 1380).

Ein genereller Einwand gegen das Modell der Heroinverschreibung an Abhängige betrifft die Tatsache, daß es den Gedanken der Therapie völlig aufgibt, da die Entwicklung einer Behandlungsmotivation nicht zu erwarten ist.

3. Die Verschreibung (durch Ärzte) von *Heroin an alle, die es wünschen* und

4. der *freie Verkauf* von Heroin (liquor-store-model).

Diese beiden Modelle basieren auf der Einsicht, daß auch die klinische Verschreibung von Heroin an Abhängige den illegalen Drogenmarkt nicht aufzuheben vermag. In den USA werden sie vor allem von Vertretern der Anti-Psychiatrie und des labeling-Ansatzes vertreten (vgl. Bayer 1978 a, S. 309 ff., m.w.N.). So weist etwa Szasz (1974) die Betrachtung von Drogenabhängigkeit als Krankheit zurück und geht davon aus, es läge eine frei gewählte Entscheidung des Konsumenten vor. Erst die Art der Kontrolle produziere die „Krankheit“ und die „Abweichung“. Auch Baridon (1976) plädiert für diese Strategie aus dem Gedanken der verheerenden sozialen und individuellen Folgewirkungen der jetzigen Drogenkontrolle.

Dieses Modell setzt m.E. die *Diskussion dreier Fragen* voraus:

a) Ist unter der Bedingung der fast völligen Freigabe von Heroin mit einem *starken Anstieg der Zahl heroinabhängiger Personen zu rechnen*? Vorstellbar ist etwa, daß insbesondere Jugendliche oder problembeladene Personen verstärkt zu Heroin greifen, dessen Gebrauch ansonsten für sozial und persönlich stabile Personen weiterhin diskriminiert und uninteressant bliebe. Baridon (1976) hält diese Gefahr für insgesamt gering und von den sozialen und individuellen Folgen her für weniger schädlich als das gegenwärtige repressive System der Drogenkontrolle. Er verweist u.a. (S. 89) auf eine bundesweite Umfrage der National Commission on Marihuana and Drug Abuse, die ermittelte, daß weniger als 1 % der befragten US-Amerikaner Heroin probieren würde, wenn es „legal and available“ wäre.

Zu überlegen ist dann, wie der Verkauf und die Abgabe von Heroin an Jugendliche unterbunden werden kann, bei denen aufgrund der gegenwärtigen Entwicklung der Heroinszene die größte Nachfrage zu vermuten ist. Eine solche Form der Kontrolle scheint ohne repressives Vorgehen durch Polizei und Strafjustiz kaum vorstellbar, womit aber auch deren bereits genannte Folgeprobleme (Entstehung eines Schwarzmarktes) – wenn auch in abgemilderter Form – wieder vorhanden sind.

b) Sind die Nachteile der jetzigen prohibitionistischen Drogenkontrolle so stark/schlimm, daß die Möglichkeit eines *Anstiegs* der Zahl drogenabhängiger Personen dafür *in Kauf genommen* werden darf?

c) *Kann/darf/sollte man überhaupt Menschen verbieten, drogenabhängig zu werden* und sie in dieser Weise „bevormunden“? Diese letzte Frage ist m.E. unter gegenwärtigen gesellschaftlichen Bedingungen zu bejahen: Bayer (1978a) bezeichnet die Vorstellung von der völligen Entkriminalisierung von Heroin als „Ideologie der Toleranz“ und wendet den Marcuseschen Begriff der „*repressiven Toleranz*“ an: „Instead of assisting in the struggle against human misery those concepts provide the justification for choosing human misery“. Die Ideologie der Toleranz tendiere dazu, zu negieren, daß viele Formen von Abweichung Reaktionen auf Deprivationen und Unterprivilegierung sind. Sie versuche, Verhaltensweisen zu integrieren, die Anlaß zu einer Kritik der Gesellschaft sein sollten (S. 314). Die Freigabe von Heroin bedeutet inhaltlich und politisch auch, daß man sich mit der Unveränderbarkeit von sozialen Bedingungen abgefunden hat und den Gedanken an Therapie tendenziell aufgibt.

Diese Bedenken wiegen m.E. so stark, daß die völlige Entkriminalisierung des Heroinkonsums zur Zeit abzulehnen ist. Diese Ablehnung ist zu verbinden mit der größtmöglichen Einschränkung von repressiven Maßnahmen gegen die Konsumenten und der Forderung nach einer therapeutischen Kontrolle von Drogenabhängigkeit.

Anmerkung

* Eigene Berechnung im Rahmen des an der Universität Gießen durchgeführten Projekts über Phänomenologie und polizeiliche Kontrolle der Drogenabhängigkeit.

Literatur

- AYLETT, P., Barbiturate Misuse in Hard Drug Addicts, Brit. J. Addict., 73, 1978, S. 385 – 390
BARIDON, P.C., Addiction, Crime and Social Policy, Lexington Books, Lexington 1976

- BAYER, R., Heroin Decriminalization and the Ideology of Tolerance: a Critical View, *Law and Society Rev.*, 21, 1978a, S. 301 – 318
- BAYER, R., Heroin Addiction, Criminal Cupability and the Penal Sanction: The Liberal Response to Repressive Social Policy, *Crime and Delinquency*, 24, 1978b, S. 221 – 232
- BERGER, H., Differentielle Karrieremuster bei jugendlichen Drogenkonsumenten, Diss. rer. soz., Köln 1976
- BOWDEN, C.L./MADDUX, J.F. u.a., Arrests before and during Methadone Maintenance, *Int. J. Addict.*, 13, 1978, S. 921 – 931
- BRECHER, E.M. u.a., Licit and Illicit Drugs, Little Brown & Co., Boston 1972
- BRÖMER, H./EYFERTH K. u.a., Heroinabhängigkeit unbetreuter Jugendlicher, Forschungsplan, TUDrop, M1/3, 1979 – 3
- BSCHOR, F./HAINDL, H., Die Funktion therapeutischer Wohngemeinschaften, *Deutsches Ärzteblatt – Ärztl. Mitteilungen*, 72, 1975, S. 902 – 04
- COHEN, M./STIMMEL, B., Amitriptyline (Elavil) Abuse in Persons on Chronic Methadone Maintenance, in: *Critical Concerns* 1978, S. 403 – 404
- COHEN, M./HAMBURG, R. u.a., Relationship between Methadone Dose and Illicit Heroin Use, in: *Critical Concerns*, 1978, S. 364 – 368
- COOPER, C.G., Drug Abuse: A Review of Some Current Literature, *De Paul Law Rev.*, 24, 1975, S. 973
- CRITICAL CONCERNS IN THE FIELD OF DRUG ABUSE, Proceedings in the Third National Drug Abuse Conference, New York 1976. Marcel Dekker, New York 1978
- DRUCKER, E., Addiction in Great Britain: A Closer Look, In: *Critical Concerns*, 1978, S. 1375 – 1381
- GEARING, F.R./SCHWEITZER, M.D., An Epidemiologic Evaluation of Long-Term Methadone Maintenance Treatment for Heroin, *Amer. J. Epidemiol.*, 100, 1974
- GEARING, F.R./ D'AMICO, D.A. u.a. , Does Methadone Maintenance Lead to Increased Alcohol and Polydrug Use? In: *Critical Concerns . . .* 1978, S. 280 – 286
- HACHMANN, E., Statistische Auswertung der Jahresberichte der Modelleinrichtungen, Bericht an das BMJGF, München 1978
- HECKMANN, W., Wenn der Dealer einen weißen Kittel trägt, *Psychologie heute*, 6, 1979, S. 40 – 44
- HUNT, L.G./ZINBERG, N.E., Heroin Use: A New Look, Drug Abuse Council, Washington D.C., 1976
- ISRAEL, S./MOGILL, K.M., Decriminalizing Heroin, *Michigan State Bar Journal*, 54, 1975, S. 283
- JACOBS, P.E./DOFT, E. u.a., Methadone Maintenance: The Numbers Game, In: *Critical Concerns*, 1978, S. 390 – 394
- KAPUSTE, H., „Münchner Freiheit“, *Psychologie Heute*, 5, 1978, S. 60 – 66
- KAUFMANN, E., The Therapeutic Community and Methadone: A Way of Achieving Abstinence, In: *Critical Concerns*, 1978, S. 344 – 349
- KEMMELMEIER, E., Die Stellung des BKA in der kriminalpolizeilichen Bekämpfung der Rauschmittelkriminalität, *Kriminalistik*, 28, 1974, S. 68 – 73
- KINDERMANN, W., Behandlung Drogenabhängiger im Justizvollzug, *MschKrim*. 62, 1979, S. 218 – 227
- KREUZER, A., Beschluß des Bundesverfassungsgerichts über die Beschlagnahme von Klientenakten einer Suchtberatungsstelle mit Anmerkungen und einer Stellungnahme, *Suchtgefahren*, 1978, S. 84 – 87
- KREUZER, A., MAASSEN, M., Polizeiliche Konzepte und Strategien – dargestellt am Beispiel der Drogendelinquenz, in: Kube, E./Appl, R. (Hg.): *Planung der Verbrechensbekämpfung*, Kriminalistik Verlag, Wiesbaden 1980

- LINDESMITH, A.R., On Heroin Maintenance, Critical Concerns. . . , 1978, S. 47 – 51
- LEUKEFELD, C.G., A Comparison of Voluntary and Involuntary Admissions to Treatment for Narcotic Addiction, in: Critical Concerns. . . , 1978, S. 260 – 263
- METHADON UND DIE BEHANDLUNG DER DROGENABHÄNGIGKEIT, Aus: Der Arzneimittelbrief, 12, 1978, o.S.
- METHADON-KOMPENDIUM, Riksförbundet för hjälp at Lådemedelesmissbrukare -RFHL-, Stockholm 1973
- NATIONAL INSTITUTE OF LAW ENFORCEMENT AND CRIMINAL JUSTICE (Hrsg.), Staff Working Papers of the Drug Law Evaluation Project. United States Department of Justice, Washington D.C., 1978
- PERKINS, M.E./ROGERS, S.L. u.a., A Detailed Report of the Incidence of Narcotic Deaths in Westchester County over a Five Years Period, In: Critical Concerns. . . , 1978, S. 114 – 119
- PREBLE, E./MILLER, Th., Methadone, Wine and Welfare, In: Weppner, R.S. (Ed.): Street Ethnography. Sage Publ., Beverly Hills 1977
- SCHEERER, S., Rauschmittelmisbrauch, Juristisch-kriminologischer Beitrag. Handw.Kriminol., Berlin 1977, S. 480 – 494
- SCHEERER, S., Therapie als Strafe, Unveröffentl. Diplomarbeit, Fb Erziehungswiss. der Univ. Münster, 1979
- SCHMEJKAL, M., Selbsthilfe – Organisationen von Süchtigen, Pädagogisches Zentrum Berlin, 1978
- SOLLMANN, U., Therapie mit Drogenabhängigen, Achenbach, Gießen 1974
- STOECKERT, A./MIDDENDORF, W. u.a., Psychosoziale Entwicklung von Opiatabhängigen – eine katamnestiche Studie, Psychiatr. Praxis, 4, 1977, S. 160 – 170
- SZASZ, TH., Ceremonial Chemistry: The Ritual Persecution of Drugs, Addicts and Pushers, Anchor Books, New York 1974
- WILMARTH, ST.S./GOLDSTEIN, A., Therapeutic Effectiveness of Methadone Maintenance Programs in the USA, WHO Publications Nr. 3, Genf 1974

Summary

The essay deals with strategies of current German drug policies. A strict punitive drug control has failed in preventing the developement of heroin addiction and widening of a black heroin market. Current therapeutic drug control is nearly totally ineffective. Some possible alternatives are discussed: Improvement of alternative therapeutic approaches, introduction of methadone programs and decriminalization of heroin.

November 1979
Hollandtstr. 65, 44 Münster