INDRO e.V.
Bremer Platz 18-20
48155 Münster
Telefon 0251/60123

Ralf Gerlach
Stefan Engemann

ZUM GRUNDVERSTÄNDNIS AKZEPTANZORIENTIERTER DROGENARBEIT

Erläuterung kulturhistorischer, drogenpolitischer und drogenhilfepraktischer Zusammenhänge

INDRO

(Dritte, erweiterte und aktualisierte Auflage)

Ralf Gerlach
Stefan Engemann

ZUM GRUNDVERSTÄNDNIS AKZEPTANZORIENTIERTER DROGENARBEIT

Erläuterung kulturhistorischer, drogenpolitischer und drogenhilfepraktischer Zusammenhänge

(Dritte, erweiterte und aktualisierte Auflage)

Ralf Gerlach/ Stefan Engemann
Zum Grundverständnis akzeptanzorientierter Drogenarbeit

erstellt im Auftrag der

Koordinationsstelle für niedrigschwellige Drogenarbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen

herausgegeben vom

Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender
Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik e.V. (INDRO)

Dritte, erweiterte und aktualisierte Auflage
501 - 750
April 1995

Hg.:
INDRO e.V.
Bremer Platz 18-20
48155 Münster
Tel.: 02 51 - 6 01 23
Fax.: 02 51 - 66 65 80

VORWORT

Lange Zeit war die drogenpolitische Diskussion in der Bundesrepublik durch die Begriffe niedrigschwellige Drogenarbeit und akzeptierende Drogenarbeit bestimmt. Diese Diskussion scheint mittlerweile abgeschlossen: Es gibt heute wohl kaum noch PraktikerInnen, die nicht für sich in Anspruch nehmen, "akzeptierend" zu arbeiten oder Drogenhilfeeinrichtungen, die sich nicht damit 'schmücken', "niedrigschwellige" Angebote etabliert zu haben. Diese in das professionelle Alltagsvokabular integrierten Begriffe unterliegen jedoch weiterhin einer großen Anwendungs- und Auslegungsvielfalt - ein einheitlicher, bedeutungsidentischer Sprachgebrauch ist leider allgemein nicht feststellbar. Angesichts dieser Tatsache hat **INDRO e.V.** in Zusammenarbeit mit der **Koordinationsstelle für niedrigschwellige Drogenarbeit in NRW** schon im Jahre 1994 die Broschüre "**Zum Grundverständnis akzeptanzorientierter Drogenarbeit**" herausgegeben, die sich inhaltlich ausführlich mit der Thematik akzeptanzorientierter Drogenarbeit auseinandersetzt und den Versuch unternimmt, für grundlegende Begriffsbestimmungen zu sorgen. Bereits im Oktober des gleichen Jahres wurde eine zweite Auflage, in wesentlichen Teilen überarbeitete und aktualisierte Ausgabe vorgelegt, die ebenfalls rasch vergriffen war. Das Werk findet also weiterhin ein so großes Interesse, daß wir uns zur Herausgabe einer dritten, wiederum erweiterten und aktualisierten Auflage entschlossen haben.

In der vorliegenden Fassung präsentieren die Autoren, die INDRO-Mitarbeiter **Ralf Gerlach** und **Stefan Engemann**, zunächst einen historischen Abriß der Drogenthematik in Deutschland und skizzieren das Ausmaß der aktuellen Drogenproblematik. Der Problemanalyse und der Beschreibung des Ist-Zustandes folgt die Konzeptionierung eines alternativen Drogenpolitik- und Drogenhilfemodells, das geeignet wäre, gegenwärtiges Drogenelend entscheidend zu reduzieren. Ausführlich werden die Prämissen und Zielsetzungen sowie die drogenhilfepraktischen und drogenpolitischen Ansätze dieser von den Autoren bewußt als "**akzeptanzorientierten Drogenarbeit**" bezeichneten Hilfeform dargelegt.

Auch in dieser Neuauflage wurde in großem Umfang ältere und neuere themenspezifische Fachliteratur aufgearbeitet. Denjenigen LeserInnen, die sich weiter in das Themenfeld akzeptanzorientierter Drogenarbeit einarbeiten möchten, stehen somit eine Vielzahl interessanter Quellen- und Literaturangaben zur Verfügung.

Als Leiter der Drogenhilfeeinrichtung INDRO e.V. danke ich den Autoren noch einmal ausdrücklich für ihre geleistete Arbeit.

Dr. Wolfgang Schneider

INHALTSVERZEICHNIS

1 EINLEITUNG 5

2 HISTORISCHE REKONSTRUKTION DER DROGENPROBLEMATIK, DROGENPOLITIK UND DROGENHILFEPRAXIS IN DEUTSCHLAND 6

2.1 Entwicklungstendenzen bis Ende der 60er Jahre dieses Jahrhunderts 6

2.2 Zur Entwicklung der gegenwärtigen Situation im Drogenbereich 20

2.2.1 Einsetzen der 'Drogenwelle' 1968 (20)

2.2.2 Einführung des Betäubungsmittelgesetzes von 1971 (21)

2.2.3 Erste Ansätze akzeptierender Drogenarbeit in Deutschland: Die Release-Bewegung (22)

2.2.4 Professionalisierung, Bürokratisierung und Institutionalisierung der Drogenarbeit (25)

2.2.5 Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes 1981 und dessen Auswirkungen auf die Drogenarbeit und die Drogenszene (30)

2.2.6 Wiederbelebung niedrigschwelliger Ansätze ab Mitte der 80er Jahre (34)

2.3 Zum Stellenwert niedrigschwelliger Angebote in der gegenwärtigen Drogenarbeit 40

3 AKZEPTANZORIENTIERTE DROGENARBEIT 42

3.1 Begriffsklärung 42

3.2 Prämissen 44

3.3 Zielsetzungen 51

3.4 Erforderliche drgenhilfepraktische Konsequenzen 54

3.5 Exkurs: Drogengebrauch im Justizvollzug 65

3.6 Notwendige drogenpolitische Konsequenzen 69

4 ABSCHLIESSENDE BEMERKUNGEN DER AUTOREN 75

5 ANGEFÜHRTE LITERATUR 77

1 EINLEITUNG

Begriffe wie 'akzeptierende Drogenarbeit', 'niedrigschwellige Drogenarbeit' oder 'schadensbegrenzende Drogenpolitik' gehören heute zum Alltagsvokabular professioneller DrogenhelferInnen. Mangels allgemeingültiger Definitionen liegt die Definitions'gewalt', je nach politischem, ideologischem, ethisch-moralischem oder professionsspezifischem Standpunkt sowie persönlichem Erfahrungswissen, jedoch bei jedem/r einzelnen DrogenarbeiterIn oder Institution/Organisation. Hieraus ergibt sich quasi von selbst, daß bis heute kein einheitlicher, inhaltlich-bedeutungsidentischer Sprachgebrauch existiert. Die sprachliche Anwendung dieser Begriffe impliziert folglich nicht automatisch einen Wandel der inhaltlichen, konkreten Ausgestaltung der Drogenhilfepraxis, geschweige denn die aus unserer Sicht dringend notwendige Ablösung des Abstinenz- durch ein Akzeptanzparadigma - wie ursprünglich auch von den Protagonisten einer akzeptierenden Drogenarbeit eingefordert.

Im Zentrum der vorliegenden Arbeit steht daher der Versuch einer grundlegenden Konzeptualisierung eines von uns bewußt als **akzeptanzorientiert** bezeichneten Handlungsmodells für den Drogenarbeitsbereich. Wir plädieren hier ausdrücklich für eine Abkehr von einer auch heute noch die Drogenarbeitspraxis und Drogenpolitik dominierenden primären Abstinenzorientierung. Bevor wir jedoch auf die Prämissen und Zielsetzungen sowie die drogenhilfepraktische und drogenpolitische Ausrichtung einer akzeptanzorientierten Drogenarbeit detailliert zu sprechen kommen und diese systematisch strukturiert darstellen, erscheint es uns geboten, zunächst einen historischen Überblick über die Genese der Problematik illegalisierter Drogen in **Deutschland** zu vermitteln. Denn vor dem **Betrachtungshorizont historischer Entwicklungen** im Drogensektor ergeben sich bereits konkrete Anhaltspunkte hinsichtlich einer heute dringlicher denn je erforderlichen Umgestaltung von Drogenhilfepraxis und Drogenpolitik.

2 HISTORISCHE REKONSTRUKTION DER DROGENPROBLEMATIK, DROGENPOLITIK UND DROGENHILFEPRAXIS IN DEUTSCHLAND

2.1 Entwicklungstendenzen bis Ende der 60er Jahre dieses Jahrhunderts

Die Anwendung von Opium als Heil-, Genuß- und Rauschmittel ist bereits aus dem vorchristlichen Altertum belegt (vgl. etwa: HAYTER 1968; SCOTT 1969; SEEFELDER 1987; NADLER 1991). So zeigen etwa "Funde aus der Schweiz, Südfrankreich und Italien (...), daß der Anbau von Mohn schon um 4000 v. Chr. bekannt war" (RENGGLI/TANNER 1994, 77). Medizinhistorisch betrachtet zählen Opiate - ebenso wie Hanfprodukte - zu den ältesten pharmakologisch genutzten Substanzen (vgl. SEIDEL 1989; RÄTSCH 1992; GRINSPOON/BAKALAR 1993; HERER 1993).

In **Deutschland** gewannen opiumhaltige Tinkturen zwar erst zu Beginn des **Mittelalters** an medizinischer Bedeutung; spätestens ab dem 16. Jahrhundert kamen sie jedoch auch hier als wichtigste Analgetika und Sedativa zum Einsatz (vgl. SCHMERL 1984; SCHIVELBUSCH 1990). Ab der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts wurde vereinzelt auch schon die intravenöse Injektion von Opium und anderen Substanzen mit allerdings noch recht komplizierten Injektionsgeräten und zeitaufwendigen Techniken praktiziert (vgl. etwa: BERRIDGE/EDWARDS 1987; U.W. 1993). Die zeitparallele Erfindung zweckmäßiger **Injektionsspritzen** durch den Franzosen **PRAVAZ** und dem Briten **FERGUSON** 1853 sowie die Entwicklung der subkutanen Injektionstechnik durch den Briten A. **WOOD** im gleichen Jahr führten dazu, daß vor allem das schon 1803/04 von dem Paderborner Apotheker F.W. **SERTÜRNER** isolierte und bereits in den 1820er Jahren von der Firma Merck & Co. kommerziell hergestellte Opiumalkaloid **Morphium** eine größere medizinische Verbreitung fand, da es mittels Injektion direkt in den Blutkreislauf gelangen und so schneller als oral angewendete Opiate die angestrebte pharmakologische Wirkung entfalten konnte (vgl. MEYERS Konversations-Lexikon 1876). Gerade der Umstand, daß sich Morphium - im Gegensatz zu Opium - nicht oral, sondern nur intravenös und subkutan verabreichen ließ, wurde zunächst als Vorteil angesehen, da so eine kontrolliertere Applikation

gewährleistet schien (vgl. ELBERT/ ROCKSTROH 1990).

Doch bereits während des **Preußisch-Österreichischen Krieges** von 1866 und kurz darauf im **Deutsch-Französischen Krieg** von 1870/71 kam es erstmals in Deutschland zu einer massenhaften und unkontrollierten Anwendung des Morphiums als Universalschmerzmittel, mit der Konsequenz, "daß zahllose Soldaten morphiumabhängig wurden und zeitlebens von dieser Droge nicht mehr loskamen" (SEEFELDER 1987, 222) - die damals von vielen Militärärzten beobachtete und als 'Soldatenkrankheit' bezeichnete Entzugssymptomatik beim Absetzen der Morphiuminjektionen wurde jedoch noch nicht als Merkmal einer Abhängigkeitserkrankung erkannt (vgl. ELBERT/ROCKSTROH 1990; SCHRÖDER 1993). Nach Kriegsende wanderte das Morphium "aus dem militärischen ins zivile Leben weiter" (SCHIVELBUSCH 1990, 225). Die subkutane Applikationsweise wurde bei Ärzten und PatientInnen derart beliebt, "daß man sehr bald den Kreis der Indikationen kritiklos erweiterte und die Morphiumeinspritzung zu einer förmlichen Modebehandlung wurde" (JACOB 1925, 88).

In den **70er Jahren** wurde dann die Krankheit "Morphiumsucht" erkannt und zunehmend in der medizinischen Fachliteratur beschrieben (vgl. etwa: FIEDLER 1874; LEVINSTEIN 1877. Vgl. auch: ERLENMAYER 1883). Daraus resultierend setzte bei einer Reihe von Ärzten (vorwiegend Psychiatern) eine später als "Morphinophobie" bezeichnete "übertriebene Ängstlichkeit bezüglich der Verwendung von Morphium (und Opium) [Einfügung d. d. Verf.] ein" (MERCKLIN 1925, 99). Der bis heute in Literatur und Praxis anhaltende 'Glaubensstreit' über angemessene Behandlungsstrategien und -ziele hat hier seinen Ausgangspunkt: drogenfreie Behandlung versus Vergabe von Substituten oder Originalsubstanzen / absolute Abstinenz versus Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung gesundheitlicher Stabilität und gesellschaftlicher Integration unter zeitlich befristeter oder unbefristeter Opiatmedikation. Innerhalb der Ärzteschaft bildeten die Abstinenzbefürworter zunächst nur eine unbedeutende Minderheit, so daß sich das Verabreichungsverhalten der Mehrzahl praktizierender Ärzte in der Folgezeit - u.a. wohl auch aus Profitgründen - jedoch kaum änderte.

1878 glaubte der US-amerikanische Arzt W.H. **BENTLEY**, ein Mittel zur Behandlung der Morphiumsucht gefunden zu haben: das 18 Jahre zuvor von dem Göttinger Forscher A. **NIEMANN** isolierte Hauptalkaloid der Cocapflanze, **Kokain**. In Europa propagierte S. **FREUD** 1884 als erster diese Behandlungsmethode. Jedoch wurde einem Teil der MorphinistInnen "hiermit ein schlimmer Dienst erwiesen: anstatt von ihrer Krankheit befreit zu werden, verfielen sie außer dem Morphium auch noch dem Cocain" (JACOB 1925, 88). Der anfängliche Enthusiasmus der deutschen Ärzteschaft währte allerdings nur kurze Zeit. Die neue Suchtform des "**Morphino-Cocainismus**" (JACOB 1925, 88) war sehr bald erkannt, und Kokain wurde nicht mehr als Heilmittel gegen Morphinismus eingesetzt, so daß die ohnehin geringe Zahl der MorphiokokainistInnen in den 90er Jahren wieder abnahm (vgl. GUNKELMANN 1989). Opiate und Kokain blieben allerdings bis 1896 rezeptfrei in Apotheken erhältlich; erst ab da mußten sie "gekennzeichnet sein und durften bei wiederholten Käufen nur gegen Rezept abgegeben werden" (EISENBACH-STANGL 1980, 413).

1897 gelang dem BAYER-Chemiker **HOFFMAN** die Re-Synthese des erstmals von dem Briten C.R. **Wright** im Jahre 1874 synthetisierten, aber nicht zur Vermarktung gebrachten Diacetylmorphins (vgl. RIDDER 1991). Nach nur kurzer klinischer Erprobungsphase durch die BAYER-Mitarbeiter **DRESER** und **FLORET** kam die als **Heroin** benannte Substanz 1898 als Atmungssedativum und Hustenmittel - und nicht, wie vielfach fälschlich behauptet, als Präparat zur Heilung von MorphinistInnen (etwa: BENOS et al. 1987; GEMEINSAME STELLUNGNAHME 1988) - auf den Arzneimittelmarkt. Es sorgte - zusammen mit dem ebenfalls von der Firma BAYER seit 1896 produzierten Aspirin - rasch "für Rekordumsätze in aller Welt" (SONTHEIMER 1990, 64. Vgl. auch TREBACH 1982). Als Injektionspräparat sollte Heroin jedoch unter deutschen DrogengebraucherInnen bis zu Beginn der 70er Jahre unseres Jahrhunderts keine nennenswerte Bedeutung erlangen.

Bis zur **Jahrhundertwende** hatten Opiate als Genuß- oder Rauschmittel in Deutschland kaum Verbreitung gefunden: "Fälle von Opium- oder Morphiumgenuß waren (...) so vereinzelt und auf einen so exklusiven Teil der Bevölkerung beschränkt, daß sie kaum medizinisches oder hygienisches Interesse boten" (JACOB 1925, 87). Auch der Kreis von KokainkonsumentInnen

blieb zahlenmäßig unbedeutend und war im wesentlichen auf Künstler und Intellektuelle begrenzt, die sich bis dato - im Gegensatz zu den 20er Jahren unseres Jahrhunderts - noch durch eine "eher unpolitische Haltung" (SELLING 1989, 285) auszeichneten. Im Gegensatz zu Alkohol waren Morphium und Kokain als Genuß- oder Rauschmittel - schon allein aufgrund wesentlich höherer Anschaffungskosten (vgl. BONHOEFFER 1910/11) -überwiegend **Drogen der gesellschaftlichen Oberschichten**, die sich durch "eine bestimmte Form des Gebrauchs, die Injektion" (SCHRÖDER 1993, 46), von anderen DrogenkonsumentInnen sozial abgrenzten - die bevorzugte Applikationsform der KokainistInnen wurde zunehmend das Schnupfen (vgl. SCHWEER/STRASSER 1994).

Auf seiten des **Gesetzgebers** bestand vorerst kein Handlungsbedarf: Der überwiegend "durch ärztliche Behandlung erzeugte (iatrogene) Morphiumhunger wurde (noch) [Ergänzung d. Verf.] nicht als feindseliger Angriff auf die normative Verfassung der Gesellschaft, sondern als bemitleidenswerte Krankheit definiert" (SCHEERER 1980. Zit. n. SCHRÖDER 1993, 96). MorphinistInnen, MorphiokokainistInnen und KokainistInnen wurden - im Gegensatz zu AlkoholikerInnen [die ersten Temperenzvereine waren bereits 1837 gegründet worden (vgl. FOERSTER 1903)] - nicht als gesellschaftliche Problemfälle definiert, da sie sich vornehmlich aus einem sozial-integrierten, gesellschaftliche Normen und Werte akzeptierenden Personenkreis rekrutierten und Konformität bewahrten. So waren etwa die Hälfte der MorphiumkonsumentInnen zur Zeit der Jahrhundertwende Beschäftigte im Medizinaldienst (vgl. BONHOEFFER/ILBERG 1926).

War in Deutschland bis zu Beginn des **Ersten Weltkrieges** eine Abnahme an Morphium- und KokainkonsumentInnen zu beobachten, so ist nach Kriegsende eine rapide Zunahme der KonsumentInnenzahlen, eine Verjüngung der ErstkonsumentInnen und eine **Verbreitung in alle Gesellschaftsschichten** mit Bildung schichtspezifischer Subkulturen zu verzeichnen (vgl. JACOB 1925; WOLFF 1927). Diese Entwicklung wurde durch mehrere Faktoren begünstigt, die in Anlehnung an JACOB (1925) und GUNKELMANN (1989) folgendermaßen zusammengefaßt werden können:

- Großzügige, teils fahrlässige Verwendung während des Krieges durch (Lazarett-/Feld-) Ärzte und Sanitätspersonal;
- Auflösung der Armeedepots und Verbreitung in die Zivilbevölkerung;
- Alkoholknappheit in und kurz nach dem Krieg (vgl. a. LINDENMEYER 1993);
- Vergessenwollen grausamer Kriegsereignisse und -erlebnisse;
- Bedürfnis nach Abwechselung und Genuß nach Jahren wirtschaftlicher Not und
- politische Instabilität und dadurch bedingte ungewisse Zukunftsperspektiven.

Ein wesentlich größeres Ausmaß als der Morphinismus nahm der **Kokaingebrauch** an. Allein für die Hauptstadt Berlin existieren Schätzungen, die zwischen 10.000 und 20.000 KonsumentInnen schwanken (vgl. THAMM 1988) - für Gesamtdeutschland liegt bis jetzt kein verläßliches Datenmaterial vor. Erstmals in Deutschland entstanden zu Beginn der 20er Jahre offene Drogenszenen.

Das **erste deutsche Opiumgesetz** vom 30. Dezember 1920 wurde allerdings nicht aufgrund dieser Entwicklungen eingeführt - der Drogengebrauch wäre vermutlich "auch ohne Staatsintervention durchaus unter Kontrolle geblieben" (SELLING 1989, 284) - sondern aufgrund internationalen Drucks: Deutschland war im Friedensvertrag von Versailles (Art. 295) zur Ratifizierung des Den Haager Opiumabkommens von 1912 und zu dessen Umsetzung in nationales Recht verpflichtet worden. Ausgangspunkt dieses internationalen Abkommens waren keineswegs wissenschaftliche Erkenntnisse, sondern ökonomische Konkurrenzen und politische Konflikte (vgl. BAUER 1992):

> "Das Thema war vor allem der schwungvolle englische Opiumhandel mit China (...). Vor allem die US-amerikanische Regierung versuchte die Rauchopium-Exporte der Engländer zu verhindern. Diese jedoch hatten in Den Haag geschickt den Schwarzen Peter den deutschen Firmen zugeschoben - den größten industriellen Drogen-Produzenten der Welt (...). Wenn der englische Opiumhandel strengen Kontrollen unterworfen werden sollte, dann auch der der Deutschen. Die aber weigerten sich (...)" (SCHRÖDER 1993, 97. Vgl. a. SCHEERER 1994b).

Es ist schlichtweg als Geschichtsfälschung zu bewerten, wenn etwa von ROLOFF (1995, 19) postuliert wird, "daß das Verbot aller heute illegaler Drogen auf Antrag von Ländern erfolgte, in

denen die **Volksgesundheit (!)** (Hervorhebung und Ausrufungszeichen d. d. Verf.) aufgrund des Konsums eben dieser Drogen in gefährlichster Weise untergraben und gestört war". Diese Behauptung trifft in derartiger Pauschalität weder auf die ersten Opiumabkommen noch auf nachfolgende internationale drogenpolitische Vereinbarungen zu.

Das Deutschland bei Kriegsende aufgezwungene Gesetz zur Ausführung des internationalen Opiumabkommens diente als Instrument staatlicher Kontrolle über Produktion, Handel, Abgabe und Erwerb von Opiaten und Kokain. Gesetzesverstöße konnten mit Höchststrafen von sechs Monaten Gefängnis und/oder 10.000 Mark Geldbuße geahndet werden. ÄrztInnen durften jedoch - wie eh und je - weiterhin unbegrenzt Opiate und Kokain verschreiben und verabreichen, und die KonsumentInnen/PatientInnen unterlagen noch keiner staatlichen Kontrolle: Als soziale Kontrollinstanzen fungierten im wesentlichen HausärztInnen und Familienangehörige, da der gesetzliche Geltungsbereich nur auf eine geringe Anzahl an Substanzen sowie "auf einen begrenzten Personenkreis unter Ausnahme der Konsumenten" (SCHEERER 1982, 53) beschränkt blieb. Zudem war u.a. aufgrund der Straffreiheit der KonsumentInnen, deren Einbettung in öffentlich gebrauchende Subkulturen und aufgrund des damals selbst auf dem Schwarzmarkt hohen Reinheitsgehaltes der Drogen die Aneignung kontrollierter Gebrauchsmuster noch weitgehend möglich.

Vermochten die heute im Zentrum der Drogendiskussion stehenden Substanzen bis in das frühe 20. Jahrhundert noch kaum nennenswerte Aufmerksamkeit zu erregen, gab es folglich vor Inkrafttreten des Opiumgesetzes noch kein Rauschgiftproblem, so wurde es ab da durch die einsetzende staatliche Kontrollpolitik erst künstlich geschaffen, kontinuierlich verstärkt und von der Öffentlichkeit dann auch erst als solches wahrgenommen:

Durch **Sensationsberichte** in der Presse "über den Rauschmittelkonsum in der Halb- und Unterwelt" wurde "das Interesse der allgemeinen wie der wissenschaftlichen Öffentlichkeit zusehends von Produktion, Großhandel und ärztlichen Verschreibungspraktiken auf den Kleinkonsum" (ibid., 55) verlagert.

Begünstigt wurde diese Entwicklung dadurch, daß sich - zumindest in den Großstädten - allmählich eine **sichtbare Kokainszene** herausbildete, die "sich provozierend in der Öffentlichkeit bewegte und als moralische Bedrohung angesehen wurde" (GUNKELMANN 1989, 363). Diese 'moralische Bedrohung' wurde auch über medizinische Fachpublikationen in das öffentliche Bewußtsein transportiert: Keine moralischen Verfehlungen, "die das Herabgesunkensein des Individuums auf ein Niveau, das noch unter dem eines Tieres liegt (...), stellen, erreichen an Abstossendem (...) die Höhe des Eindrucks, den eine solche Vereinigung von Verkommenheit in den aktiven Stadien des Kokainismus darbietet" (LEWIN. Zit. n. SCHWEER/STRASSER 1994, 97). Zudem rekrutierte sich ein großer Teil der Opiat- und KokaingebraucherInnen aus mittlerweile politisch engagierten, gesellschaftskritischen KünstlerInnen-und Intellektuellenkreisen.

O.g. Gründe trugen dazu bei, daß DrogenbenutzerInnen zunehmend in den Verdacht gerieten, in amoralische (Sexorgien) und kriminelle Aktivitäten sowie gesellschaftlichen Extremismus verwickelt zu sein.

> "Die neue gesetzliche Regelung sollte (...) das Suchtproblem von einer Sache der (ärztlichen) [Einfügung d. Verf.] Fürsorge zu einer der Polizei machen. Damit einher ging ein langsamer Wandel der moralischen Bewertung, die Herausbildung des heutigen Stereotyps vom 'Fixer' und eine allgemeine Dramatisierung des Betäubungsmittelkonsums" (SCHEERER 1982, 53).

Auch die Ärzteschaft selbst leistete hierzu einen entscheidenden Beitrag. Auf eine nach dem Krieg bestehende **ÄrztInnenschwemme** wurde "mit zunehmender Organisierung und Expansion in neue Aufgabengebiete, z.B. den Drogenbereich, sowie dem Versuch, den Ärztestand als solchen aufzuwerten" (GUNKELMANN 1989, 365) reagiert. Zur Rechtfertigung dieser einsetzenden Spezialisierung wurde die bereits im vorigen Jahrhundert 'erfundene' **Suchtpersönlichkeit** wiederentdeckt und umfassend 'verwertet' [z.B. "Mentalität der narkomanischen Persönlichkeit" (SEIF 1927, 75)]: Bis dahin als 'normale' Kranke definierte DrogengebraucherInnen wurden nun in Psycho- und SoziopathInnen umdefiniert. Zur Verdeutlichung seien nachfolgend - stellvertretend für eine Vielzahl medizinischer, v.a. psychiatrischer Fachpublikationen (vgl. etwa auch: JOEL/FRÄNKEL 1924; MAIER 1926) - die Ausführungen des Münchener Nervenarztes

Leonhard **SEIF** von 1927 etwas ausführlicher zitiert:

> "Narkotomanie" ist "der Ausdruck der Weltanschauung und Lebensmethode eines sozial Erkrankten, eines mit der Welt, dem Leben, den Menschen und seinem Berufe mehr minder zerfallenen, nervösen, pessimistisch eingestellten Menschen. Irrtümliche, schon aus der Kindheit stammende übergroße Befürchtungen und Erwartungen des Menschen gegenüber seiner Umwelt fordern, vertiefen und verstärken sich gegenseitig. (...) Immer ist es ein bohrendes Minderwertigkeitsgefühl, das nach Beseitigung verlangt, und ein überempfindliches, auf [75] Gottähnlichkeit abzielendes Selbstgefühl, das rastlos und unersättlich nach Erhöhung lechzt (...) Es handelt sich hier immer um Menschen, die das Vertrauen zu sich selbst und zur Umwelt mehr-minder verloren haben, ein geradliniges mutiges Angreifen ihrer Lebensaufgaben nicht mehr wagen , und (...) immer revoltiert ein altes, aus der Kindheit stammendes Minderwertigkeitsgefühl - und drängt zu seiner Aufhebung (richtiger: Betäubung und zur Erhöhung des Selbstwertbewußtseins, zur Verwandlung aller Konflikte in Konfliktlosigkeit, des vermeintlichen Schweren und Unangenehmen in ein Leichtes und Angenehmes (Hedonismus) [76]. (...) nicht selten greift das durch den Mißbrauch der Mittel immer quälendere und drohendere Minderwertigkeitsgefühl zu immer stärkerer Betäubung und Aufpeitschung der ständig geringer werdenden Tatkraft (...) statt des erhofften Paradieses des Friedens und der Konfliktlosigkeit grinsen endlose Konflikte von allen Seiten den nun völlig entmutigten an: körperlicher und seelischer Zusammenbruch und die Erschütterung aller sozialen Beziehungen, der geselligen, beruflichen und ehelichen, die im äußersten Falle nicht selten die radikale Weltflucht in den Selbstmord als die noch einzig möglich erscheinende und wörtliche Verwirklichung der Tendenz zur absoluten Konfliktlosigkeit abschließt. (...) An die Stelle der eine wahre Gemeinschaft voraussetzenden Freude ist der Pessimismus, Fatalismus und Zynismus der Selbstberauschung und -betäubung getreten, zu der die Verführung andere Entwurzelte und schwachmütig Gewordene in Scharen lockt. Da die Narkotomanie immer ein Symptom und als solches eine der Ausdrucksformen des 'nervösen Charakters' ist, so werden somit alle Ursachen, die zur Neurose, Psychose, Perversion, Verwahrlosung usw. führen, im einzelnen Neurosenfalle auch zur Ursache und Gefahr der Verleitung zur Narkotomanie. Immer handelt es sich um dem Leben entfremdete und für ihre Aufgaben mehrminder schlecht vorbereitete Menschen, die, infolge ihrer mangelhaften Bemühungen vom Diesseits [77] enttäuscht, sich flüchten in die romantische Welt eines überwuchernden Fantasie- und Traumlebens, in die 'negative Optik' der Selbstbetäubung, die ihnen das Unangenehme vom Leibe halten und mühelos geben soll, was die Erde nur kärglich dem Schweiße der Arbeit zollt" (SEIF 1927,75-78).

Gegen Ende der zwanziger Jahre war der Prototyp des Fixers mit nahezu allen ihm auch heute noch entgegengebrachten Vorurteilen geschaffen: amoralisch, psychopathisch, faul, minderwertig und kriminell.

Uneingedenk internationaler Verpflichtungen (etwa "Zweite Genfer Konvention" von 1925) liegt gerade in der oben angedeuteten, dramatischen Sichtweise des Drogengebrauchs die Forderung von ÄrztInnen, JuristInnen und PolitikerInnen nach einer rigideren Fassung des Opiumgesetzes und einer sachlichen und personellen Ausweitung des gesetzlichen Geltungsbereiches begründet. Hierzu kam es durch die Verabschiedung des **"Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Opiumgesetz) vom 10.12.1929"**, das 1930 in Kraft trat. Von dato an ging es nicht mehr nur um die Kontrolle bestimmter Substanzen, sondern auch "um die Kontrolle des Konsums von Einzelnen, um die Kontrolle der Abhängigkeit" (EISENBACH-STANGL 1980, 416). Erstmals wurde nun auch Cannabis gesetzlich erfaßt.

Gab es bis zum Inkrafttreten des neuen Opiumgesetzes keine spezifischen rechtlichen Regelungen hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn - Opiat- und KokaingebraucherInnen wurden wie andere 'normale' Kranke behandelt -, so vollzog sich nun ein entscheidender Einschnitt in das Arzt-Patienten-Verhältnis, denn jetzt konnten ÄrztInnen, die gegen die das Opiumgesetz ergänzende Reichsverordnung über das Verschreiben betäubungsmittelenthaltender Arzneimittel und ihrer Abgabe in Apotheken verstießen, bestraft werden. So gab es von nun an Verschreibungshöchstgrenzen, und Opiate und Kokain durften nur noch "in Fällen einer medizinischen Indiziertheit" (BIENIEK 1993, 181) - etwa zur Schmerzlinderung - verordnet werden. Das ärztliche Klientel in Opiat- oder Kokainbehandlung unterschied sich von diesem Zeitpunkt an von

> "anderen, 'vollwertigen' Gruppen behandlungsbedürftiger Personen durch eine moralisch zugeschriebene und rechtlich zementierte Beschneidung des Selbstbestimmungsrechtes. Die Behandlungsmodalitäten konnten nicht mehr (...) frei, d.h. in kontrollierter Vertraulichkeit und unter strafrechtlicher Folgenlosigkeit, abgestimmt werden" (SCHEERER 1980, 24).

Bereits ein Jahr zuvor (1928) hatte der **47. Deutsche Ärztetag** in Danzig eine einheitliche Grundlinie für die Behandlung kompulsiver DrogengebraucherInnen beschlossen. Die von **GAUPP**, **ROST** und **WOLFF** erarbeiteten "Leitsätze über Suchtgifte und Giftsuchten" (WOLFF 1956, 57) waren einstimmig angenommen worden. Danach sollte es u.a. Pflicht eines(r) jeden Arztes/Ärztin sein, Opiat- und KokainkonsumentInnen in geschlossene Einrichtungen

(Entziehungsanstalten) einzuweisen. Bis Antritt einer Entziehungskur sollte allerdings eine Versorgung der PatientInnen mit einer zu ermittelnden Mindestdosis möglich sein (vgl. SPRINGER 1980). Eine langfristige Weiterbehandlung mit Originalsubstanzen wurde jedoch strikt abgelehnt. Behandlungsziel und -modalität wurden damit eindeutig zugunsten der Abstinenz bzw. stationären **Abstinenztherapie** manifestiert.

Als geschlossene Einrichtungen galten Strafanstalten, Psychiatrische Anstalten oder Privatkliniken. Langfristige opiat- oder kokaingestützte Behandlungen konnten aufgrund der Bestimmungen des Opiumgesetzes und der Entschließungen des Danziger Ärztetages nur noch unter dem 'Deckmantel der Verschwiegenheit' erfolgen; die jahrzehntelange vertrauensvolle Therapiebeziehung zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn gehörte der Vergangenheit an (vgl. SCHEERER 1980). Sie war von nun an durch gegenseitiges Mißtrauen gekennzeichnet, denn eine Vielzahl von ÄrztInnen war aus Angst vor möglicher Entziehung ihrer Approbation nicht länger bereit, Opiate oder Kokain an therapie- oder entzugsunwillige PatientInnen abzugeben. Ein Großteil der GebraucherInnen mußte sich nun auf illegale Weise mit Drogen versorgen, z.B. über Rezeptdiebstähle und -fälschungen, Apothekeneinbrüche oder über den entstandenen Schwarzmarkt [Vgl. zu o.g. Thematik etwa die anschauliche (autobiographische) Darstellung von FROM/ HEINRICH 1983]. Obwohl von Teilen der Ärzteschaft gefordert, sah das Opiumgesetz von 1929 jedoch noch keine Handhabe vor, kompulsive DrogengebaucherInnen zwangsweise einer stationären Therapie zuzuführen. **Allerdings hatte sich binnen nur weniger Jahre eine ursprünglich akzeptierende Grundeinstellung gegenüber Opiat- und KokainkonsumentInnen in ihr Gegenteil verkehrt.**

Führen wir uns an dieser Stelle kurz einmal vor Augen, wie groß das Ausmaß des Opiatgebrauchs zur Zeit des Danziger Ärztetages und des Gesetzgebungsverfahrens tatsächlich war, dann stellen wir fest, daß ein Opiat-"Problem" praktisch nicht existierte: So waren im Jahre 1927 gerade 3.500 OpiatkonsumentInnen im damaligen Deutschen Reich registriert; davon wurden 99 als HeroinistInnen eingestuft (Persönliche Mitteilung: Dr. Thomas Poehlke, 31.3.1995).

In revidierten Fassungen aus den Jahren 1933 und 1934 blieb das Opiumgesetz bis 1971 in Kraft.

Von der repressiven Drogenpolitik unberührt blieb einzig die wirtschaftlich eine Weltmacht darstellende deutsche Pharma-Industrie.

> " (...) die Branche erlebt einen ungeahnten Aufschwung. Nicht nur der Export boomt. Im Wettlauf mit der ersten deutschen 'Drogenszene' der zwanziger Jahre, die auf immer neue Ersatzstoffe ausweicht, bringt sie eine Unzahl von pharmazeutischen Präparaten auf den Markt, die in der Mehrheit genauso wie Opiate abhängig machen" (SCHRÖDER 1993a, 98).

Die Arzneimittelhersteller standen mit der sich kontinuierlich verschärfenden Prohibition in einem regelrechten Wettlauf. Auf diese Weise wurde der im Opiumgesetz eingeführten Gleichstellungsklausel, nach der vom Reichsgesundheitsamt als gefährlich eingestufte neue Substanzen sofort dem Gesetz unterstellt werden konnten, immer wieder begegnet. Noch bis nach Ende des Zweiten Weltkrieges unterhielten die deutschen Pharmafirmen inländische Schlafmohnplantagen zur Opiumgewinnung und Arzneimittelproduktion (vgl. RENGGLI/TANNER 1994).

Die Abnahme des Kokaingebrauchs zu Beginn der 30er Jahre ist vor allem auf eine größere "Verfügbarkeit von Amphetaminen ab 1932 zurückzuführen, die preiswerter, länger wirksam und legal waren" (ZURHOLD 1995a).

Über die konkrete Anwendung des Opiumgesetzes während **der Zeit des Nationalsozialismus** liegen bis heute kaum fundierte Erkenntnisse vor. Offizielle Stellen und Statistiken verzeichnen zwar einen Rückgang der Verurteilungen in den 30er Jahren; sie sagen allerdings nichts über das tatsächliche Ausmaß der Abhängigkeitserkrankungen aus (vgl. etwa: FEDERN 1935). Zudem führten

> "die Gesetze zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, mit denen die Sterilisationspflicht bzw. Zwangssterilisation bei Diagnosen wie Alkoholismus und Rauschgiftsucht eingeführt wurden (...) Alkoholiker und Opiatabhängige in gefährliche Nähe zur Kategorie des 'lebensunwerten Lebens' und der physischen Vernichtung. Und in der Tat gibt es heute Schätzungen, denen zufolge rund 50000 Alkoholiker und 'Rauschgiftsüchtige' während des Nationalsozialismus ermordet wurden" (VOGT/SCHEERER 1989, 13).

Wie nach allen vorangegangenen Kriegen existierte auch **nach dem Zweiten Weltkrieg** eine große Anzahl von ehemaligen KriegsteilnehmerInnen (etwa Soldaten und Medizinalpersonal) mit

iatrogener Opiatabhängigkeit. Einem Polizeibericht aus dem Jahre 1948 zufolge waren rund "80 % der Süchtigen der letzten Jahre durch Krankheit und Verwundung dem Rauschgift verfallen" (zit. n. THAMM 1988, 138-139).

Viele erhielten als Krankenkassen- oder PrivatpatientInnen Morphin-Rezepte (legal) über ihre HausärztInnen. 1953 waren 14% der Gesamtzahl bekannter opiatabhängiger Personen Ärzte und Ärztinnen (540 Ärzte und 78 Ärztinnen); insgesamt lag der Anteil aller Heilberufe bei 21,8% (vgl. WOLFF 1956). Mitte der fünfziger Jahre waren ca. 5.500 OpiatgebraucherInnen in Deutschland bekannt (vgl. THAMM 1988), **von denen die Mehrzahl jedoch nicht sozial auffällig wurde**.

Allerdings hatte die seit Mitte der 20er Jahre einsetzende Dramatisierung des Opiatgebrauches "Eingang in die wissenschaftliche und praktische Diskussion gefunden und ließ nach 1945 keine Entdramatisierung mehr zu" (SCHEERER 1982, 68). So bestätigte die deutsche Ärzteschaft auf dem **Ärztetag von 1955** die 1928 in Danzig getroffene Grundsatzentscheidung für die stationäre Abstinenztherapie. Opiatabhängigkeit wurde als schwere physische und psychische, durch Persönlichkeitsstörungen verursachte Krankheit definiert. Eine Aufrechterhaltung der Abhängigkeit durch ÄrztInnen stehe dem medizinisch-ethischen Grundsatz der Heilung konträr gegenüber. Daher wurde der Beschluß gefaßt, Erhaltungsbehandlungen mit Morphin oder Substitutionsbehandlungen mit Polamidon als Verstoß gegen die ärztliche Berufspflicht zu bewerten und Opiatabhängige nach ärztlicher Begutachtung zwecks einer psychiatrischen Abstinenzbehandlung in 'Nervenkliniken' einzuweisen (vgl. GERLACH/SCHNEIDER 1994).

Auf einer ebenfalls 1955 stattfindenden Tagung des **Bundeskriminalamtes** wurde das 'Problem Rauschgift' trotz - oder gerade wegen - der polizeilichen Unauffälligkeit der wenigen (s.o.) OpiatgebraucherInnen dramatisch überhöht, da der polizeiliche Aufgabenbereich mit seinen bereits in den 20er Jahren gegründeten Sonderdezernaten zu schwinden drohte (vgl. EISENBACH-STANGL 1980). Aus organisations-egoistischen Gründen wurde - im Sinne medizinisch-psychiatrischer Definition - ausgeführt, daß exzessiver Drogengebrauch

"das Niveau der Persönlichkeit senkt, eine Reihe normaler Hemmungen des Menschen herabsetzt oder vollständig aufhebt, den Charakter nachteilig verändert, das Gemütsleben der Süchtigen abstumpft und sie als gleichgültig gegenüber allem werden läßt" (ESCHENBACH 1956. Zit. n. SCHEERER 1982, 70).

Dermaßen gestörte Persönlichkeiten seien für kriminelle Aktivitäten prädestiniert. Deshalb legitimiere sich das Opiumgesetz als geeignetes Mittel sozialer Kontrolle, die Polizei als geeignete Kontrollinstanz. Auch in Fachpublikationen der 60er Jahre wurde diese Grundhaltung immer wieder bekräftigt - beispielhaft etwa die folgenden 'Horrorbilder':

"Aber das Heroin macht psychisch aus einem Schwächling auch einen zu jedem Verbrechen bereiten Gewalttäter. (...) Bei Frauen ruft Heroin bei gleichzeitigem Abbau aller Schamgefühle eine nymphomanische Übersteigerung der Libido hervor" (ARNAU 1967, 178).

Bis Anfang der 60er Jahre waren die kriegsbedingten OpiatgebraucherInnen allerdings

"entweder verstorben oder endgültig institutionalisiert; die sozial auffälligen Süchtigen waren damit verschwunden; der 'soziale Puffer' der übrigen, der Ärzte, Apotheker und wohlhabenden Abhängigen bewahrte diese vor dem Kontakt mit den formellen Instanzen der Sozialkontrolle" (SCHEERER 1980, 72).

Die Mehrzahl der (wenigen) verbliebenen OpiatkonsumentInnen entsprach dem Bild der sozial-integrierten 'klassischen MorphinistInnen' des ausgehenden 19. und frühen 20. Jahrhunderts. Jugendliche OpiatkonsumentInnen gab es kaum.

Zusammenfassend halten wir fest:

Im Gegensatz zu AlkoholikerInnen waren Kokain- und OpiatgebraucherInnen bis zu Beginn der 20er Jahre unseres Jahrhunderts gesellschaftlich nicht ausgegrenzt; in der ärztlichen Praxis wurde ihnen keine Sonderstellung gegenüber anderen Kranken aufgebürdet. Die KonsumentInnen führten in der Regel ein sozial-integriertes Leben. Auf seiten der Gesetzgebung gab es keinen Handlungsbedarf. Es war gerade die mit der Unterzeichnung des Versailler Friedensvertrages aufgezwungene Einleitung einer staatlichen Drogenkontrollpolitik, die Deutschland erst ein 'Rauschgiftproblem' und dessen Wahrnehmung bescherte. Parallel dazu sorgte ein aufgrund eines Überschusses an approbierten ÄrztInnen einsetzender allgemeiner Spezialisierungsdruck auch für

eine Spezialisierung auf dem Gebiet der Suchtbehandlung. Zur Rechtfertigung wurde die Suchtpersönlichkeit erfunden und Drogengebrauch als psycho- und soziopathische, deviante Verhaltensweise definiert. Die öffentliche Einstellung wurde zudem durch Sensationsberichte in Presse und Fachpublikationen negativ beeinflußt, welche DrogengebraucherInnen pauschal zu Kriminellen abstempelten und in den Ruf des politischen und gesellschaftlichen Extremismus brachten. Drogengebrauch wurde zunehmend moralischen Bewertungen unterzogen und galt bald als verwerflich. Auf dem Danziger Ärztetag von 1928 setzten sich erstmals die VertreterInnen des Abstinenzparadigmas durch: Erhaltungsbehandlungen mit Opiaten oder Kokain wurden abgelehnt und die stationäre Abstinenztherapie als Königsweg in der Behandlung drogenabhängiger PatientInnen proklamiert. Interessanterweise fiel diese Grundsatzentscheidung fast gleichzeitig mit der Entscheidung der britischen Ärzteschaft für Erhaltungsbehandlungen (vgl. MINISTRY OF HEALTH 1926; VOGT 1975; BSCHOR 1981a; STRANG/GOSSOP 1994).

Die im Opiumgesetz von 1929 vollzogene Umorientierung vom Handel zum/zur Konsumenten/in hatte u.a. zur Folge, daß

- das bis dahin vertrauliche Arzt/Ärztin-PatientIn-Verhältnis in gegenseitiges Mißtrauen umschlug,
- Drogengebrauch, zuvor als ein rein medizinisches Problem definiert, wegen eines entstehenden Schwarzmarktes nun auch zunehmend in den Zuständigkeitsbereich polizeilicher Kontrolle geriet und
- einhergehend mit dieser Entwicklung der allmähliche Aufbau einer umfangreichen Drogenbürokratie einsetzte.

So "wurden bereits in den zwanziger Jahren sowohl auf legislativer Ebene etwa durch die Schaffung des Opiumgesetzes von 1929 als auch auf ärztlicher standespolitischer Ebene durch den Erlaß der 'Danziger Leitsätze' von 1928 die Weichen für die spätere Haltung des Staates und der Ärzteschaft gegenüber der Methadontherapie gestellt" (BIENIEK 1993, 221).

Die Beschlüsse der deutschen Ärzteschaft von 1955 bedeuteten dann das absolute 'Aus' für Erhaltungsbehandlungen, und die VerfechterInnen des Abstinenzparadigmas hatten sich endgültig durchgesetzt: DrogenkonsumentInnen wurden als PsychopathInnen definiert, als

Kriminelle stigmatisiert, und die Behandlung verlagerte sich aus der ärztlichen Praxis in psychiatrische Anstalten, um die anvisierte und verordnete Abstinenz zu sichern. Die Kontrollinstanz Polizei ging zunehmend restriktiver gegen Drogenabhängige vor und baute ihre Verfolgungsapparate (z.B. Sonderdezernate) kontinuierlich aus, obwohl illegaler Drogengebrauch bis Ende der 60er Jahre nur marginal in Erscheinung trat.

2.2 Zur Entwicklung der gegenwärtigen Situation im Drogenbereich

2.2.1 Einsetzen der 'Drogenwelle' 1968

Gegen **Ende der 60er Jahre** breitete sich im Zuge der Hippie- und StudentInnenbewegung, einer Zeit der Umorientierung und der Suche nach neuen Identitäten (vgl. etwa: BAACKE 1972; SCHWENDTER 1992; RENGGLI/TANNER 1994)), der Gebrauch von Cannabis, LSD und Opiaten rasch unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus. Als **Begünstigungsfaktoren** für die einsetzende 'Drogenwelle' gelten

> "steigende Auseinandersetzungen mit vorgegebenen gesellschaftlichen Normen, mit hierarchischen Strukturen, Suche nach alternativen Lebensformen, Ausweitung des (Jugend) Tourismus ins Ausland, Auswirkungen des Vietnamkrieges und damit verbunden die Zunahme des Drogenkonsums bei den in der Bundesrepublik stationierten amerikanischen Streitkräften" (BÄUERLE/KÖNIG/PEDINA 1979, 22).

In diesem Kontext darf auch die (bewußte) Schrittmacherfunktion der konservativen **Massenmedien** (z.B. die Springer-Presse) nicht unterschätzt werden, haben sie doch DrogengebraucherInnen "völlig undifferenziert (...) als Süchtige und Kriminelle dargestellt" (ibid., 23), linksextremistischen Kreisen zugerechnet oder als amoralisch (das Familienideal negierend, in Kommunen lebend und Sexorgien feiernd) diffamiert. Parallelen zu den 20er Jahren sind unverkennbar: Eine unsachgemäße, sensationslüsterne und Drogengebrauch dramatisch überhöhende und verteufelnde Berichterstattung setzte alle Drogen im Hinblick auf ihre Gefährlichkeit gleich - wie übrigens auch in Aufklärungsbroschüren der damaligen Bundesregierung üblich (vgl. etwa: BUNDESMINISTER FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT 1971):

> "Bilder von Drogentoten in Toiletten, ausgemergelten und arbeitsunfähigen Haschisch-Orientalen, Opiumhöhlen, unheimliche Drogenszenarien, Heroin-Laboratorien-Bilder, die durch entsprechend farbige Stories von minderwertigen Prostituierten, LSD-Selbstmorden und allmächtigen Dealer-Organisationen plastisch ergänzt werden" (QUENSEL 1980, 2).

Für CannabisgebraucherInnen erschien diese Art der Berichterstattung und Aufklärung als völlig unglaubwürdig, entpuppten sich doch die beschriebenen und heraufbeschworenen negativen Konsequenzen des Haschischrauchens, etwa Abhängigkeit und Verelendung, als jenseits aller eigenen Erfahrungswerte angesiedelt und somit als nicht zutreffend. Diese Entwicklung hatte zur Folge, daß selbst sachgerechte Informationen über die mit Opiatgebrauch verbundenen Risiken oftmals keinen Glauben mehr fanden und viele Jugendliche auf den Gebrauch von Heroin umstiegen.

Ferner dürfen auch **ökonomische Aspekte** hinsichtlich des rapiden Anstiegs des Drogenkonsums nicht außer acht gelassen werden. Extrem hohe Gewinnspannen des Drogenhandels führten zunehmend zu einer Professionalisierung des Drogengeschäftes, ohne die der Massenkonsum illegalisierter Drogen nicht möglich gewesen wäre (vgl. etwa: LAMBERTI/LAMOUR 1973; BEHR 1984; AMENDT 1986).

2.2.2 Einführung des Betäubungsmittelgesetzes von 1971

Infolge der ersten 'Drogenwelle' kam es 1971 zu einer Verschärfung des alten Opiumgesetzes. In einem Kommentar zum neuen Betäubungsmittelgesetz (BtMG) wurde das rasche politische Handeln damit begründet, daß "die Dringlichkeit des Gesetzes durch einzelne Nachrichten und Pressemeldungen immer deutlicher in das allgemeine Bewußtsein traten" (Zit. n. BEHR/JUHNKE et al. 1985, 71). Die Drogenpolitik reagierte - ähnlich wie in den 20er Jahren - vornehmlich auf Presse und (wissenschaftlich wenig fundierte) Fachveröffentlichungen. Hierbei ging es weniger um den Drogengebrauch an sich, sondern es sollte den "illegalen Drogen (...) als die das gesellschaftliche Wert- und Normgefüge der 'Normalkultur' in Frage stellenden Symbole einer subkulturellen Ideologie und Werthaltung der Kampf angesagt" (GER-

LACH/KEMMESIES 1990, 29) werden. Es muß konstatiert werden, "daß das Gesetz (...) im wesentlichen ein Produkt der Angst" war, das "humanitäre Gesichtspunkte" (HECKMANN 1982, 15) ausblendete. Der Öffentlichkeit gegenüber wurde zwar beteuert, daß die Gesetzesbestimmungen primär gegen die DrogenhändlerInnen gerichtet seien. Realiter zielte es jedoch in erster Linie auf die Bestrafung der KonsumentInnen ab. Die wesentlichsten Änderungen und Zusatzverordnungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Gleichstellung des Gefährlichkeitspotentials aller illegaler Drogen und Erhebung des Besitzes zur Straftat. DrogengebraucherInnen wurden somit "ohne Unterscheidung der jeweiligen Substanz pauschal zu Kriminellen gestempelt" (BÄUERLE/KÖNIG/PEDINA 1979, 27).
- Anhebung der Höchststrafe bei Vergehen gegen das BtMG von drei auf zehn Jahre.
- Einschränkung des Postgeheimnisses und des Grundrechts auf Unverletzlichkeit der Wohnung bei Verdacht auf Drogendelikte.

2.2.3 Erste Ansätze akzeptierender Drogenarbeit in Deutschland: Die Release-Bewegung

Nicht nur allein die Gesetzgebung reagierte auf die einsetzende 'Drogenwelle' im Zuge der StudentInnenbewegung. Es entstand nun auch eine organisierte Drogenhilfe für KonsumentInnen illegalisierter Drogen, die in ihrer Anfangszeit von Selbsthilfegruppen getragen wurde. Klassische Suchtberatungsdienste - etwa Blaues Kreuz, Kreuzbund, Guttemplerorden, Gesundheitsamt, Jugendamt - waren vornehmlich auf Alkoholprobleme spezialisiert. Ihre am strikten Abstinenzpostulat orientierten Beratungsstrategien erwiesen sich als inadäquate Hilfsangebote und wurden praktisch nicht in Anspruch genommen. Sie waren zudem "Teil der bürgerlichen Institutionen, mit denen man nichts zu tun haben wollte" (SICKINGER 1982, 24-25. Vgl. auch: SCHULZ 1974). Landeskrankenhäuser und psychiatrische Anstalten, die "mit der Behandlung von psychischen Krankheiten und traditionellem Drogengebrauch (Alkohol, Tabletten) bereits überfordert" (SCHULLER 1990, 32) waren, standen bei Einsetzen der sog. Drogenwelle dem bis dato unbekannten Phänomen jugendlichen Drogengebrauchs sowohl fachlich als auch personell hilflos gegenüber. Der Versuch, DrogengebraucherInnen "kurieren zu wollen, schlug weitgehend

fehl" (HECKMANN, 1982, 17), denn problemadäquate und erfolgversprechende Behandlungsmethoden standen ihnen nicht zur Verfügung:

> "Neben vereinzelten Gesprächen erschöpften sich ihre Methoden in der Verteilung von Beruhigungsmitteln, in Disziplinierungsversuchen und stupiden Beschäftigungsangeboten. Die Aufenthaltsdauer lag in der Regel zwischen einer und sechs Wochen. In den meisten Fällen konnte nicht einmal der körperliche Entzug erfolgreich durchgeführt werden" (SCHULLER 1990, 32. Vgl. auch: SCHULZ 1974).

Als Alternative zur repressiven "bürgerlichen Psychiatrie, die trotz ihrer unglaublich größeren finanziellen Mittel Drogenabhängige überwiegend als unheilbare Fälle erklärte" (BÄUERLE/KÖNIG/PEDINA 1979, 24), entstanden in der Bundesrepublik ab 1970 zahlreiche Selbsthilfe- und Basisinitiativen, "die sich als freie und sogenannte 'gemeinnützige Vereine' zumeist unter dem Namen 'Release' konstituierten" (SCHULLER 1990, 32) und denen teilweise bis 1973 im Zuge des Aktionsprogramms der Bundesregierung vom 12. November 1970 als Modelleinrichtungen finanzielle Unterstützung gewährt wurde (vgl. PRZYBILLA 1982). Das allen gemeinsame Sekundärziel 'Drogenabstinenz' wurde über die Installierung bedürfnis- und betroffenenadäquater Behandlungsangebote als emanzipatorische und solidarische Hilfe zur Selbsthilfe definiert, wobei auf jegliche Form von Zwangsausübung verzichtet wurde. Ihre Konzeptionen waren so angelegt, daß im Anschluß an den Heroinentzug und einer Phase der physischen und psychischen Stabilisierung "alternative Verhaltens- und Lebensformen (...) gemeinsam entwickelt und praktiziert" und "bestehende Abhängigkeiten, nicht nur von der Droge, aufgedeckt wurden" (BÄUERLE/KÖNIG/PEDINA 1979, 24).

Die Release-Bewegung war im Kern politisch-ideologisch ausgerichtet, und die Genese von Drogenabhängigkeit wurde ausschließlich vor der Betrachtungsfolie gesellschaftlich-politischer Defizite gesehen (vgl. SCHNEIDER, Lothar 1982; SCHWENDTER 1992). Im Rahmen der Drogenarbeitspraxis nahm verbale Motivationsarbeit einen zentralen Stellenwert ein, und die Haltung der nicht-professionellen HelferInnen (z.B. StudentInnen oder Ex-UserInnen) gegenüber den HeroingebraucherInnen war durch einen antiautoritären Stil geprägt.

> "'Release' verstand sich (...) als alternative Lebensform und identifizierte sich mit den Gedanken und Zielvorstellungen des Jugendprotestes. Dies war auch der entscheidende Grund, warum dieses Hilfsangebot von Jugendlichen angenommen wurde. 'Release'

leistete da unbürokratische Hilfe, wo Berührungsängste vor staatlichen Institutionen den betroffenen Jugendlichen keine Hilfe möglich erscheinen ließen" (SICKINGER 1982, 25).

Die etablierte Verhaltensweise der Entmündigung der DrogengebraucherInnen sollte aufgelöst und die Eigenkompetenz im Umgang mit Lebenssituationen gefördert werden. Zur Angebotspalette zählten u.a. Kontaktläden mit Teestubencharakter, Übernachtungsmöglichkeiten für obdachlose DrogenkonsumentInnen, (therpeutische) Wohngemeinschaften, Rechtsberatung, Informationsarbeit innerhalb der Drogenszene, Essenangebote, Arbeitsprojekte (ohne Cleananspruch) sowie Möglichkeiten ambulanter medizinischer Betreuung (wie etwa Überbrückungs-Substitutionsbehandlungen mit Polamidon oder Dilaudid) (vgl. HECKMANN 1982; PRZYBILLA 1982; SCHULLER 1990).

Drogenabhängigkeit wurde zunächst einmal toleriert. Als wesentliche Arbeitsprinzipien von 'Release' galten:

- Freiwilligkeit der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten
- Ablehnung jeglicher Form von Zwangsausübung
- Sachliche Information und Beratung innerhalb und außerhalb der Drogenszene
- Differenzierung zwischen sog. 'weichen' und 'harten' Drogen
- Akzeptanz des Gebrauchs weicher Drogen und Tolerierung des Gebrauchs harter Drogen (kein primärer Abstinenzanspruch)
- Ablehnung der Einbeziehung professioneller MitarbeiterInnen wegen deren Unkenntnis der Drogenszene
- Keine Kooperation mit formellen Instanzen der Sozialkontrolle (wie Jugend- und Sozialamt, Polizei).

Es dürfte deutlich geworden sein: Vieles von dem, was heute in der Fachwelt unter den Begriffen niedrigschwellige und akzeptierende Drogenarbeit oftmals als neue Wege in der Drogenhilfepraxis subsumiert wird und zunehmend handlungspraktische Relevanz erlangt,

erweist sich als gar nicht so neu. Die Arbeitsprinzipien und Unterstützungsmaßnahmen der Releasegruppen zu Beginn der 70er Jahre markieren die erste Phase niedrigschwelliger, akzeptanzorientierter und selbsthilfegestützter Drogenarbeit in der Bundesrepublik Deutschland. Diese Phase gilt allgemein bis Mitte der 70er Jahre als abgeschlossen. Das Scheitern der Release-Bewegung ist dabei weniger auf konzeptionelle Defizite als auf mangelnde finanzielle Unterstützung zurückzuführen, denn sie konnte im Vergleich zur traditionellen Psychiatrie recht gute Erfolge aufweisen (vgl. BÄUERLE/KÖNIG/PEDINA 1979; SCHULLER 1990). **Die originäre Release-Philosophie wurde ein Opfer von Professionalisierung, Bürokratisierung und Institutionalisierung der Drogenarbeit.**

2.2.4 Professionalisierung, Bürokratisierung und Institutionalisierung der Drogenarbeit

Im Rahmen des von der damaligen Bundesregierung initiierten Förderprogramms **'Großmodell zur Beratung und Behandlung drogengefährdeter und -abhängiger Jugendlicher'** (1971-1977) wurden - im Sinne des Abstinenzparadigms - schon bald "nur noch Vereine mit dem Ziel absoluter Abstinenz" (BEHR 1988, 41) finanziell unterstützt. Zu groß war der Einfluß und der "Widerstand der medizinischen Lobby" (HECKMANN, 1980, 17) und der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, als daß weiterhin Drogengebrauch akzeptierende Beratungs- und Therapieformen gefördert worden wären:

> **"Für die Folgezeit kann man von einer Art großangelegter Flurbereinigung sprechen: Oppositionelle Akteure, alternative Behandlungsformen, antiprohibitive und suchtakzeptierende Diskurse wurden systematisch ausgegrenzt - sei es über Geld, Macht oder Recht"** (BOSSONG 1991. Zit. n. BRUDERECK 1992, 9. Hervorh. d. d. Verf.).

Eine verhängnisvolle Fehlentwicklung setzte ein: Mangels Erfahrung ihrer Mitgliedsorganisationen in der Behandlung Abhängiger illegalisierter Drogen und fehlender Rezeption internationaler Forschungsergebnisse übertrug die DHS die bei Alkoholismus angewandten Behandlungsziele und -schemata einfach auf den illegalisierten Drogensektor. Noch 1987 gesteht der damalige DHS-Geschäftsführer, Herbert **ZIEGLER**, ein: "Von meinem Verband aus kann ich sagen, daß

wir bisher - vor allem, weil wir überwiegend Alkoholiker betreuen -immer von Abstinenztherapien ausgegangen sind" (ZIEGLER 1987. Zit. n. PLEIN 1987, 19).

Die seit 1973 mit der wissenschaftlichen Begleitbetreuung des Modellversuchs beauftragte 'Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie' war u.a. für die Entwicklung standardisierter Therapieprogramme verantwortlich. So wurden 1976 sog. Mindestkriterien als Bewilligungsgrundlage für die finanzielle Bezuschussung von Beratungs- und Therapieeinrichtungen von der Bundesregierung und den Landesregierungen erlassen:

> "1. Schriftliche Unterlagen: Konzepte der Einrichtung; Beschreibung der verschiedenen Tätigkeitsbereiche; Halbjahres- und Jahresberichte.
> 2. Dokumentation der Maßnahmen: Karteibogen über Klienten; Anamnesebogen; Behandlungsplan, Therapieverlaufsbogen; Katamnesebogen; Führung eines Tagebuches.
> 3. Ausstattungsanforderungen: Tägliche Öffnung an festen Zeiten; mindestens zwei ständige Mitarbeiter, davon einer hauptamtlich; mindestens ein Therapieraum; mindestens eine Fallbesprechung die Woche; mindestens eine kollegiale Therapieüberwachung für jede Therapeuten monatlich" (JUGEND- UND DROGENBERATUNGSSTELLE GIESSEN 1988. Zit. n. SCHULLER 1990, 45).

Die Einhaltung der Therapiestandards - so unsinnig sie auch in Teilen waren - war zudem auch deshalb von existentieller Relevanz für die entsprechenden Einrichtungen, da sich die gesetzlichen Krankenkassen und Rentenversicherungsträger nur unter Wahrung dieser Auflagen zur Zahlung der in ihren jeweiligen Leistungsbereichen angesiedelten Behandlungspflegesätze bereit erklärten. Es kam so zu einem **Bürokratisierungsprozeß** in der Drogenarbeit. Die Erfüllung der Mindestkriterien veränderte die Arbeitssituation von BeraterInnen und TherapeutInnen drastisch, wie folgende Zitate dokumentieren:

> "So bewirkt diese Form der Dokumentation, daß die Therapie und Beratung - die ja eigentlich dokumentiert werden soll - nicht mehr stattfinden kann" (SCHMIDT 1978. Zit. n. SICKINGER 1982, 29).

> "Wurde vor 4-5 Jahren ca. 3/4 der Zeit direkt mit dem Klienten und 1/4 der Zeit für den formalen Kram verwandt, so bleibt heute maximal 1/4 der Zeit für den direkten Kontakt!" (ARBEITSGEMEINSCHAFT RAUSCHMITTELPROBLEME e.V. 1980. Zit. n. SICKINGER 1982, 29).

Parallel zu der Bürokratisierungstendenz fand auch ein **Professionalisierungsschub** statt: Die Rückbesinnung auf die Suchtpersönlichkeit, das Abstinenzpostulat und hochschwellige Angebote hatte zur Folge, daß

> "die Frage nach der Entstehung von Sucht von gesellschaftsbezogenen Fragestellungen abgekoppelt und als individuelles Versagen interpretiert" wurde, "das entweder schon genetisch angelegt oder das auf Sozialisationsdefizite zurückzuführen sei. Zur Durchsetzung einer Therapie, die auf individuelle Erziehung, um nicht zu sagen Anpassung ausgerichtet war, brauchte man entsprechende Therapeuten" (VOGT/SCHEERER 1989, 48).

Diese neu geschaffene Expertokratie definierte -aus pathologisierendem Blickwinkel - DrogengebrauchrInnen in KlientInnen um (**Klientelisierung**), ohne allerdings jemals explizit einen 'Klientenauftrag' erhalten zu haben.

Gesundheit und Drogenabstinenz, die eigentlich als Primärziel der Therapien angestrebt werden sollten , wurden - und werden größtenteils auch heute noch (vgl. etwa: TÄSCHNER 1994a) - zum Therapieantritt vorausgesetzt:

> "Gesundheit wird zur unabdingbaren Vorleistung für Therapie. Man klammert den wichtigsten und schwersten Teil der Therapie ungeniert aus. Es muß erst ohne Zutun der Therapeuten ein Wunder geschehen: nämlich das Wunder der 'absoluten Drogenfreiheit'. Erst danach läßt man sich mit den Exusern ein" (THEYSOHN/SPAZIER 1981, 190).

Das eigentliche Ziel der Behandlung war und bleibt folglich nicht nur die Abstinenz, sondern auch eine **völlige Persönlichkeitsveränderung** der KlientInnen (vgl. KEUP 1983). Die sogenannte FixerInnen- oder Suchtpersönlichkeit sollte zerstört und anschließend nachgereift und dadurch geheilt rekonstruiert werden (vgl. SCHEERER 1980). Zur Erreichung dieses Zieles wurden viele bürgerliche Grundrechte in den Therapieinstitutionen drastisch beschnitten (vgl. ausführlich: SCHEERER 1982 u. 1983; BEHR/JUHNKE et al. 1985). Dort erwartete die HeroingebraucherInnen "eine Entrechtung, die noch über das aus dem Strafvollzug bekannte und dort immerhin gesetzlich geregelte Maß hinausgeht" (DAMMANN/SCHEERER 1986, 23). In diesem Zusammenhang sei auf die oft monatelange Abschirmung der 'KlientInnen' von der Außenwelt hingewiesen: absolutes Telefon-, Besuchs-, Post-, Medien-, Ausgangs- und Sexualitätsverbot. Zudem waren die Betroffenen erniedrigenden Aufnahmeritualen ausgesetzt,

und es erfolgten "inquisitorische Verhöre und konfrontative verbale Angriffe bei Gruppensitzungen" (GRIMM 1985, 26).

> "Und wenn einer seine Fixer-Karriere offengelegt hat, wenn er dann ganz allein ist, schubst ihn die Gruppe ins Nichts. Peter A. muß sich ausziehen, nun vor allen, steht da in der Unterhose. Er soll, so wird ihm aufgegeben, durchs Haus gehen, brav an jede Tür klopfen und vor jedermann bekennen: 'Ich bin ein mieses Arschloch'. Er tut es" (Der Spiegel 23/1977. Zit. n. BRUDERECK 1992, 15).

Intendiert war mit diesen Methoden die "Introversion auf die institutionelle Innenwelt mit ihren spezifischen Wertvorstellungen und Verhaltenskodizes" (GRIMM 1985, 27) oder anders formuliert die "Normierung und Subsumption unter die starren Ordnungsprinzipien der Einrichtungen" (MÜLLER/SCHULLER/TSCHESCHE 1983, 69). Möglichkeiten der freien Selbstbestimmung waren somit ausgeschlossen. Die KonsumentInnen galten als in ihrer Persönlichkeit geschädigte Personen und wurden durch therapeutisch-psychologische Eingriffe zum Objekt von Veränderungen gemacht, ohne ihre Entwicklung selbst bestimmen zu können (**Desubjektivierung**). Aus all dem wird verständlich, warum die Mehrzahl der Drogengebrauchenden drogenfreie Therapieprogramme ablehnte.

> "Gerade der Umstand, daß der Betreffende die rigide Regie in der in Anspruch genommenen Langzeittherapie innerlich abgelehnt hat und entwichen ist", ist ein Indiz "für die Substanz, die er hat, für sein Wertgefühl und seine Empfindung, daß er nicht die Würde als Mensch verlieren darf" (BSCHOR 1981b, 25).

Über die eigene geistige und psychische Verfassung der 'StaatstherapeutInnen' (vgl. SCHEERER 1980) kann mehr als nur spekuliert werden (vgl. ausführlich: BUTZKO 1986). Angesichts ihrer inhumanen, an Sadismus grenzenden Machenschaften hätten sie unseres Erachtens wohl dringender eine Therapie benötigt als ihr sog. 'Klientel'.

Die vermehrte Übernahme von Verwaltungsaufgaben sowie die "völlige Kehrtwendung von einem liberalen Therapiestil (Release) zu einem autoritären, konfrontativen Therapiestil" (SICKINGER 1982, 27) mit hierarchisch strukturierten, gestaltpsychologisch und verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Phasen- und Stufenmodellen innerhalb von Therapieeinrichtungen - durch Anpassung an die Regeln erfolgt eine abgestufte Zunahme an Privilegien und Kontroll-und Befehlsbefugnis über andere TherapieteilnehmerInnen ('Kaposystem') - verlangte

nach spezifischen beruflichen Qualifikationen der MitarbeiterInnen (vgl. MÜLLER/SCHULLER/TSCHESCHE 1983; KOWALSKY 1991). Mit der Professionalisierung einher ging auch eine **Institutionalisierung** der Drogenhilfe. So etablierten sich regelrechte Therapiekonzerne mit "marktbeherrschender" regionaler Monopolstellung wie "die Daytop GmbH, die Therapiekette Niedersachsen' (...) und (...) die 'Drogenhilfe Tübingen e.V.' mit ihren Filialen Drogenhilfe Bremen, Drogenhilfe Berlin u.a." (MÜLLER/SCHULLER/TSCHESCHE 1983, 59).

Durch die Verschärfung der Gesetzeslage und die Professionalisierung der Drogenarbeit versuchte der Staat zu Beginn der 70er Jahre, die illegalisierten Drogen aus der Gesellschaft zurückzudrängen. Erreicht wurde de facto das Gegenteil. Man hatte nichts aus der Geschichte gelernt: Die Kriminalisierung des Besitzes bewirkte u.a. eine Verlagerung der ursprünglich öffentlichen Drogenszenen in private Sphären. Aufgrund der hohen Gewinnspannen entstand ein gut florierender und organisierter Schwarzmarkt. Der enorme Anstieg der Drogenpreise zwang Betroffene immer häufiger zur Beschaffungskriminalität, um den Heroinbedarf finanzieren zu können (vgl. THAMM 1988). Bis 1979 stieg die Zahl der Heroinabhängigen auf ca. 40.000 an, die Zahl der Drogentoten hatte sich seit 1970 verzwanzigfacht (!), die "Drogenszene hatte sich einerseits im kriminellen Milieu und den Haftanstalten, andererseits in Jugendfreizeitbereichen und Schulen ausgebreitet" (THAMM 1988, 215), und nur wenige KonsumentInnen akzeptierten die Angebote des drogenfreien Behandlungssystems. Man mußte sich etwas einfallen lassen. Aber anstatt über mögliche Schwächen des Behandlungs- und Hilfesystems nachzudenken, wurde den DrogengebraucherInnen die alleinige Schuld zugewiesen. Es sollte folglich nach alter Tradition weitergehen: Um die angeblich durch die Krankheit Drogensucht bedingte 'Therapieresistenz' und - das muß einmal so offen ausgesprochen werden - die damit verbundenen Mindereinnahmen der Therapiekonzerne zu bekämpfen, wurde wieder einmal das Betäubungsmittelgesetz verschärft.

2.2.5 Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes 1981 und dessen Auswirkungen auf die Drogenarbeit und die Drogenszene

Die oben beschriebene Eskalation der Heroinproblematik führte zu einer erneuten Änderung der Gesetzesgrundlage. Die Bestimmungen des 1981 novellierten Betäubungsmittelgesetzes, die 1982 in Kraft traten, verbesserten jedoch auch nicht die Lebensbedingungen der KonsumentInnen. Die wesentlichsten Veränderungen seien hier kurz benannt:

- Die Höchststrafen für Vergehen gegen das Gesetz wurden von 10 auf 15 Jahre heraufgesetzt,
- unter dem Motto 'Therapie statt Strafe' wurden die sogenannten 'Therapieparagraphen' (Paragr. 35-38 BtMG) eingeführt, und
- es wurde mit Paragraph 31 die sogenannte 'Kronzeugenregelung' gültig.

Die auch heute noch geltenden, nur unwesentlich veränderten Therapieparagraphen erwiesen sich jedoch als "Mogelpackung" (KOWALSKY 1991, 115), da den betroffenen DrogengebraucherInnen nur die Wahl zwischen Strafe oder stationärer Therapie zugestanden wurde. "Der erzwungene Therapieantritt" wurde dadurch "zur Regel" (DAMMANN/SCHEERER 1986, 23). Freiwilligkeit und Vertrauen als Grundlage einer Behandlung wurden somit weitgehend ausgehöhlt:

> "Von einer echten Bereitschaft mitzuwirken, also von tatsächlicher Freiwilligkeit, kann unter ständiger Strafandrohung für mangelnde Freiwilligkeit überhaupt nicht die Rede sein. Dieser Widerspruch ist unauflösbar" (GRIMM 1985, 88).

Charakterisieren wir nun zusammenfassend die wichtigsten Elemente dieser von uns als traditionell bezeichneten, abstinenzorientierten Drogenhilfe. Ihre Schwerpunkte sind - neben diversen Verrichtungen im Prophylaxebereich - fast ausschließlich die Orientierung an der stationären Langzeit-Abstinenz-Therapie sowie am Leidensdrucktheorem. Das vorherrschende Modell des Drogenhilfeverbundsystems als Therapiekette trägt dem Rechnung: Am Beginn steht der Kontakt mit einer Drogenberatungsstelle. Der Kontakt- und Beratungsphase folgt die Vermittlung in eine Entgiftungsstation (Entzugsphase) und stationäre Langzeittherapie, in welcher die therapeutische Behandlung stattfindet (Entwöhnungsphase). Die Rehabilitation wird durch Nachsorgemaßnahmen - etwa Clean-Gruppen, ambulante Beratung, betreute Wohn-

gemeinschaften - abgeschlossen (vgl. etwa: SICKINGER 1982; BÖLLINGER 1987; TÄSCHNER 1994a). Wer in diesem linear konzipierten Modell keine Hilfe sucht oder annimmt, leidet nicht genug oder ist schlicht nicht genügend motiviert. Lebenspraktische Hilfe wird - im Sinne der Leidensdrucktheorie - aus diesem Grund für nicht-therapiemotivierte Drogenabhängige abgelehnt.

Verelendungsprozesse und Haftzeiten von Drogenkonsumenten werden bewußt in Kauf genommen und quasi zu 'therapeutischen Hilfsmitteln' stilisiert. Viele Sachverständige und FunktionärInnen befürworteten - vornehmlich in den 70er und 80er Jahren - Leidensdruck und 'helfenden Zwang' als legitime Mittel in der Drogenarbeit:

> "Helfender Zwang [zur Freiwilligkeit (d. Verf.)] kommt initial als einzige Möglichkeit der Rettung für diejenigen in Betracht, die eine Freiheit der Selbstbestimmung im Sinne des Grundgesetzes nicht mehr besitzen" (WANKE 1980, 56. Vgl. auch: WANKE 1993!).

Diese und ähnliche, pseudo-wissenschaftlich begründeten chirurgischen Eingriffe in die Semantik lassen sich letztlich nur dadurch rechtfertigen, indem den Abhängigen nach alter teutonischer Tradition nachträglich biologische Defekte angedichtet werden (vgl. etwa: BLASIUS 1980), wobei der staatlichen Willkür noch ein Schein von Barmherzigkeit verliehen wird (vgl. SCHEERER 1980). MitarbeiterInnen in Drogenberatungsstellen hatten zur Aufgabe, im Rahmen ihrer Tätigkeit in der Therapeutischen Kette diesen Druck zur Förderung der Behandlungsbereitschaft zu nutzen und gegebenenfalls zu verstärken (vgl. BEHR 1988; SCHULLER 1990). Auch heute noch gilt - häufig nur noch hinter 'vorgehaltener Hand' - "die systematisch forcierte Verschlechterung der Lebensbedingungen von Fixern (...) unter vielen Praktikern als eine adäquate Methode der Steigerung der Therapiemotivation" (GERLACH 1992, 6).

Teile des geänderten BtMG von 1981 stellen faktisch ein Mittel des soeben angesprochenen 'helfenden Zwangs' dar. Die Therapiewilligkeit soll durch die in Aussicht gestellte Aufhebung oder Aufschiebung von Strafe unterstützt werden. Das Prinzip 'Therapie statt Strafe' führte und führt jedoch (überwiegend) dazu, daß Betroffene sich einer Therapie nur unterziehen, um drohender Haftstrafe zu entgehen. Da ein möglicher Behandlungsabbruch den Widerruf der Strafrückstellung zur Folge hat (Rückmeldeverpflichtung), wird das Prinzip der Freiwilligkeit

faktisch zunehmend ad absurdum geführt. Die Folge ist, daß stationäre Therapieeinrichtungen inzwischen überwiegend AuflagenklientInnen betreuen, und zwar in manchen Einrichtungen bis zu 80% (vgl. BOSSONG 1992; GERLACH 1992a). Dies wirft grundlegende therapeutische Probleme auf, da Selbst- und Sozialverantwortung, Behandlungsmotivation und Mitmachbereitschaft während der Therapie unverzichtbar Freiwilligkeit voraussetzen.

Aktuell gibt es etwa 3.000 Therapieplätze. Wer weiterhin primär auf eine Erhöhung drogenfreier Behandlungsplätze setzt [etwa: LINTNER 1994; SAUER 1994; Ärztekammer Nordrhein (vgl. BARFUSS 1995)], darf allerdings nicht verkennen, daß die stationären Therapieeinrichtungen - trotz der AuflagenklientInnen - häufig nicht voll ausgelastet sind. Beispielsweise hatte 1994 in Westfalen-Lippe "der Grad der Unterbelegung ... bei einigen Häusern ein besorgniserregendes Ausmaß erreicht" (WESTFÄLISCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION 1994).

Es läßt sich konstatieren: Die Lebensbedingungen von DrogenkonsumentInnen sowie die Effizienz drogenfreier Angebote konnten auch durch den 'helfenden Zwang' des Gesetzes nicht verbessert bzw. gesteigert werden. So werden durch die "Kombination Beratung/Abstinenzbehandlung maximal 20% der Klientel erreicht", von denen "weniger als 6% die stationäre Therapie überhaupt" (SCHULLER/STÖVER 1990, 78) antreten. Überdies zeichnen sich die stationären Therapieeinrichtungen durch geringe Haltequoten aus. So brechen im Durchschnitt 65% der TherapieteilnehmerInnen bereits während der ersten 4 Monate die Behandlung wieder ab (vgl. STÖVER 1994); ca. 30% beenden die Behandlung regulär. Dies entspricht in etwa 1.000 Personen pro Jahr (vgl. GÖLZ 1992), wovon allerdings wiederum nur 25% dauerhaft abstinent bleiben (=250). Optimistischere Schätzungen belaufen sich auf 3.000 dauerhaft abstinent bleibende Personen pro Jahr (vgl. HECKMANN et al. 1993). Wir betonen in diesem Kontext ausdrücklich, daß post-therapeutiche Längsschnittuntersuchungen nach wie vor - wahrscheinlich in Erahnung der negativen Langzeitergebnisse - Mangelware sind. Je nach Schätzgröße der Gesamtpopulation von Drogengebrauchenden, die aktuell zwischen 80.000 und 200.000 schwankt, und je nach geschätzter "Erfolgspopulation" stellt die rein abstinenzorientierte Behandlung gerade einmal für 0,1 bis 3,75% **aller** DrogenkonsumentInnen in Deutschland

einen erfolgreichen Ausstiegsweg dar, d.h. die 'Heilungschance' liegt erheblich unter der bei Krebserkrankungen!

> "Es wird (...) gesagt, daß man den Behandlungserfolg nicht zur Gesamtzahl Drogensüchtiger in Beziehung setzen dürfe, sondern bezüglich zur Anzahl derer, die sich dieser Behandlung unterzögen bzw. an denen die Behandlung ausgeführt werde. Daß dies nicht der Fall sein kann, geht aus dem folgenden Beispiel hervor: Bietet man als Therapie der Drogensucht das Guillotinieren an, dann hat man eine Behandlung, die sogar zu 100% erfolgreich ist (...), denn keiner der Geköpften würde jemals wieder Drogen zu sich nehmen. Trotzdem wäre die Behandlung erfolglos, denn niemand würde sich ihr unterziehen. Die Akzeptanz eines Behandlungsangebotes, seine Reichweite, muß also in die Beurteilung seines Erfolges mit eingehen" (ELIAS 1990a, 225).

Ein nicht unbedeutender Teil von DrogengebraucherInnen tritt zudem lieber den Weg ins Gefängnis an als in eine stationäre Therapieeinrichtung: Nur jede fünfte betreffende Person macht von der Möglichkeit des Paragraphen 35 BtMG Gebrauch (vgl. STÖVER 1994), obwohl bekanntermaßen auch in Haftanstalten die Menschenwürde häufig mißachtet wird (vgl. etwa: HOHAUS 1994). Angesichts der Situation, daß die meisten Therapieeinrichtungen zwar ihre Außendarstellung verbessert, ihre Konzeptionen und Therapieregeln gegenüber früheren Jahren allerdings nur geringfügig verändert zu haben scheinen, d.h. das 'Innenleben' ist weitgehend das alte geblieben, verwundert diese Entwicklung jedoch kaum (vgl. etwa: BUSSMANN 1995). Zur Zeit befinden sich jährlich (an einem beliebigen Stichtag des Jahres) ca. 10.000-20.000 Drogenabhängige in deutschen Justizvollzugsanstalten (vgl. STÖVER 1995). In Hamburg sind etwa 60% aller männlichen und annähernd 90% aller weiblichen Häftlinge wegen Drogendelikten in Haft (vgl. HOHAUS 1994). Allein in Nordrhein-Westfalen waren es an einem bestimmten Stichtag im Dezember 1993 4.075 (vgl. Ärzte-Zeitung vom 11./12.3.1994).

Resümierend läßt sich festhalten:

> "Die Maxime der Drogenfreiheit als Voraussetzung und Ziel der therapeutischen Intervention gleichermaßen, das Kalkül mit dem Leidensdruck als Motivation für Therapie erwies sich in der Vergangenheit als äußerst selektiv und drückte sich in einer geringen Reichweite und Effizienz aus" (SCHULLER/STÖVER 1986, 13).

Die geringe Reichweite und Akzeptanz der lange Zeit dominierenden hochschwelligen, rein abstinenzorientierten Angebote war aber nur **einer** der Gründe für einen allmählich stattfindenden Wandel in der Drogenarbeit.

2.2.6 Wiederbelebung niedrigschwelliger Ansätze ab Mitte der 80er Jahre

Erst die dramatische Anhäufung negativer Entwicklungen im Drogenbereich, wie die rapide Zunahme der HIV-Infektionrate und AIDS-Erkrankungen bei intravenös applizierenden DrogengebraucherInnen, extrem steigende Mortalitätsquoten, progredierende Verelendungstendenzen, eskalierende Drogenbeschaffungskriminalität, mangelnde Erreichbarkeit und sinkende Effizienz des ausschließlich hochschwelligen und abstinenzverhafteten Drogenhilfeverbundsystems führte in der Bundesepublik Deutschland seit Mitte der 80er Jahre zu einer allmählichen Umorientierung (vgl. ENGEMANN/GERLACH 1992). Auch ermutigt durch internationale Erfolge mit niedrigschwelliger Drogenarbeit gaben einige DrogenpolitikerInnen und FunktionärInnen von Drogenhilfeeinrichtungen ihr starres Festhalten am Abstinenzparadigma auf.

Im Rahmen von Bundes- und Landesmodellen zur Förderung niedrigschwelliger Drogenarbeit erfuhren gegen Ende der 80er und zu Beginn der 90er Jahre viele Drogenberatungsstellen eine enorme Funktionserweiterung [auf Bundesebene etwa: "Modellprogramm Verstärkung in der Drogenarbeit - 'Booster-Programm'" (vgl. HARTMANN et al. 1994); auf Länderebene etwa: "Modellvorhaben Niedrigschwellige Angebote in der Drogenhilfe in Nordrhein-Westfalen" (vgl. INDRO e.V. 1994)]. Neben den klassischen Tätigkeitsfeldern der Prävention, Therapiemotivierung und -vermittlung sowie Cleangruppenbetreuung übernahm Drogenhilfe weitere Funktionen in den Bereichen aufsuchende Arbeit/Streetwork, und es erfolgte vielerorts die Einrichtung niedrigschwellig konzipierter Kontaktläden bzw. offener Bereiche und Angebote innerhalb der Beratungsstellen. Ambulante Drogenhilfe widmete sich in Abwendung von der Leidensdruckthese verstärkt auch lebenspraktischen und drogenunspezifischen Aufgaben zu und etablierte punktuell u.a. Angebote in den Bereichen Kontakt und Kommunikation, Hygiene, Ernährung, Krisenübernachtung, Wohnen, Freizeit, Ausbildung und Arbeit, ärztliche Versorgung, juristische Beratung sowie Schuldnerberatung (vgl. etwa: SCHULLER/STÖVER 1990).

Zusätzlich zu den klassischen Drogenberatungsstellen nahmen ab Mitte der 80er Jahre auch AIDS-Hilfen die Arbeit im Drogenbereich auf, da intravenös applizierende KonsumentInnen eine

Hauptbetroffenengruppe HIV-infizierter und AIDS-erkrankter Menschen darstellen. Aktuell liegt die HIV-Prävalenzrate unter i.v. Drogengebrauchenden je nach Region bei 10 bis 20% (vgl. MICHELS 1993); bei einem Gesamtdurchschnittswert von 14,1% (vgl. BARSCH/HERMANN 1995). Die Einrichtungen der AIDS-Hilfen forcierten den oben erwähnten Umorientierungsprozeß in der Drogenarbeit hin zu akzeptanzorientierten und bedürfnisgerechten Angeboten (vgl. etwa: BERLINER AIDS-HILFE e.V. 1988; DEUTSCHE AIDS-HILFE e.V./AKZEPT e.V. 1990).

Seit Beginn der 80er Jahre gewann die bereits 1975 durch den Kieler Arzt Dr. Gorm GRIMM in Deutschland eingeführte Substitutionsbehandlung mit Dihydrocodein (DHC) zunehmend an Bedeutung, vor allem deshalb, "weil Methadon bis in die späten achtziger Jahre zur Behandlung der Drogenabhängigkeit praktisch verboten war" (ULMER 1994, 1106). Mit einer PatientInnenzahl von insgesamt 20.000 bis 30.000 (vgl. BARSCH 1994) stellt die Substitution mit DHC auch heute noch das am häufigsten angewandte medizinische Therapieverfahren bei Drogenabhängigkeit dar. DHC-Präparate unterliegen zur Zeit (April 1995) noch nicht den Bestimmungen der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung, wenn sie nicht mehr als 100 mg der freien Base enthalten und dürfen daher mit Normalrezept verordnet werden. Allerdings ist diesbezüglich eine Änderung geplant (vgl. 3.4).

Aber auch die Substitution mit Levomethadon (L-Polamidon) findet seit Ende der 80er Jahre eine größere Anerkennung und Verbreitung (vgl. NEWMAN 1995b). Seit dem 1. Februar 1994, was sich wohl noch nicht zu Prof. PÜSCHEL durchgesprochen hat (vgl. PÜSCHEL 1995), ist auch das bisher nur im Ausland gebräuchliche Methadon-Razemat verschreibungsfähig, da es kostengünstiger eingesetzt werden kann (vgl. etwa: KÖNIG 1994).

Die Rahmenbedingungen, unter denen in der Bundesrepublik Methadonbehandlungen durchgeführt werden, sind aktuell durch das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) in Verbindung mit der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMGVV) und den bundesweit geltenden NUB-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen gesetzt (siehe etwa: Deutsches Ärzteblatt 1994;91:985-987). Die rechtliche Zulässigkeit von Substitutionsbehandlungen wurde

allerdings erst im Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vom 9. September 1992, das am 15. September 1992 in Kraft trat, ausdrücklich vom Gesetzgeber anerkannt. Seit Herbst 1991 ist die Methadonsubstitution im Rahmen der NUB-Richtlinien als kassenärztliche Leistung abrechnungsfähig. Doch die Krankenkassen erkennen bis heute Drogenabhängigkeit allein nicht als Indikation zur Behandlungsaufnahme an - obwohl mittlerweile auch aus der Sicht der sog. Schulmedizin gefordert (vgl. GASTPAR/RÖSINGER 1993) -; die Richtlinien sind äußerst rigide gefaßt und beschränken sich zudem nur auf Methadon/ Polamidon, obwohl auch für DHC vergleichbar positive Behandlungsverläufe belegt sind (vgl. etwa: GRÜNER 1994; SIEVERT 1995). In der Regel sind die Patienten nur sog. Schwerstabhängige mit manifesten Sekundärerkrankungen, obwohl Methadon oder L-Polamidon auf diese Erkrankungen erwiesenermaßen keinerlei pharmakologischen Einfluß ausüben (vgl. NEWMAN 1995a). Zwar hat sich die PatientInnenzahl bei kassenfinanzierten Methadon-/ Polamidonbehandlungen im Zeitraum vom 1.3.1993 bis 1.4.1994 von 4.518 auf 9.736 etwas mehr als verdoppelt (vgl. WEBER 1993 u. 1995), doch ist die dringend erforderliche flächendeckende und niedrigschwellige, d.h. jeder/m Drogengebrauchenden zugängliche Methadonbehandlung bei weitem noch nicht erreicht.

Die NUB-Richtlinien sind realitätsfern konzipiert, und es sollte nicht mehr länger hingenommen werden, "daß viele hunderte junge Menschen Jahr für Jahr in unserem Land weiterhin nur deshalb sterben müssen, weil Krankenkassen auf der Grundlage der NUB-Richtlinien die Kostenübernahme einer notwendigen Substitution verweigern" (SCHLÜTER 1994, 20). In bezug auf die Substitutionsbehandlung drogengebrauchender Menschen hat das im Ausland so hoch gelobte deutsche Gesundheitssystem (vgl. etwa: WHITNEY 1993) bisher kläglich versagt.

Unter Wahrung der gesetzlichen und sozialversicherungsrechtlichen Vorgaben obliegt die konkrete Ausgestaltung der Substitutionspraxis der Zuständigkeit der Länderregierungen. Substitutionsprogrammatik und -praxis differieren daher - je nach politischer und standesrechtlicher Position - in den einzelnen Bundesländern erheblich (vgl. etwa: RASCHKE/KALKE 1993). Trotz unterschiedlicher Gewichtung und Handhabung: Der Weg der Methadonsubstitution wird nun zumindest in allen 'alten' Bundesländern beschritten. Den unterschiedlichen Entwicklungsstand der Substitutionspraxis verdeutlicht auch die Analyse der Länderanteile an

der Gesamtpopulation der MethadonpatientInnen im Vergleich mit den jeweiligen Anteilen der Länder an der Gesamtbevölkerung. Sie ergibt ein starkes Nord-Süd-Gefälle. So entfallen allein auf die Bundesländer Hamburg, Bremen, Niedersachsen, Hessen, Berlin und Nordrhein-Westfalen "ca. 85% aller Methadonpatienten" (WEBER 1994, 659).

Die Heterogenität der Substitutionspraxis spiegelt sich auch in der Substitutionsforschung wider. Doch trotz der Selektivität der Stichproben, unterschiedlich großer PatientInnensample, uneinheitlicher Erfolgsparameter und Substitutionsdauer sowie einer Progammvielfalt länderspezifischer Substitutionskonzepte läßt sich eine weitgehende Übereinstimmung hinsichtlich der Behandlungsverläufe konstatieren. Die bundesdeutschen Ergebnisse bestätigen eindrucksvoll die Effektivität von Substitutionsbehandlungen mit Methadon und spiegeln den internationalen Erkenntnisstand wider (vgl. ausführlich: GERRLACH/SCHNEIDER 1994. Vgl. auch: NEWMAN 1995b). Wir fassen die wichtigsten positiven Effekte zusammen:

- drastische Senkung der Mortalitätsraten;
- deutliche AIDS-präventive Wirkung;
- gesundheitliche und psychische Stabilisierung;
- Distanzierung von der Drogenszene;
- soziale Integration;
- Ausstieg aus der Beschaffungskriminalität und -prostitution;
- verbesserter Zugang zu psychosozialer Betreuung und Psychotherapie;
- Ausstieg aus parallelem Drogengebrauch mit zunehmender Behandlungsdauer bei der überwiegenden Mehrzahl der ProgrammteilnehmerInnen;
- Es werden Zielgruppen erreicht, für die Abstinenztherapien keine Ausstiegsalternative bieten.

Trotz dieser Erfolge bestreitet etwa **TÄSCHNER** (1994b), immerhin ein Mitglied des Nationalen Drogenrates der Bundesregierung, weiterhin die HIV-präventive, mortalitäts- und kriminalitätsreduzierende Wirkung von Methadonprogrammen. Abgesehen vom internationalen

Forschungsstand: Alle bisherigen bundesdeutschen Forschungsprojekte widerlegen ihn in seiner Auffassung.

Des weiteren hat sich die **Vergabe von sterilen Spritzbestecken** an intravenös applizierende DrogenkonsumentInnen als wirksamer Beitrag zur Gesundheitsvorsorge bewährt. Auch kompulsive DrogenkonsumentInnen sind durchaus in der Lage, risikobewußte Gebrauchsformen zu praktizieren und auf die Benutzung gebrauchter Spritzbestecke zu verzichten, wenn man ihnen geeignete Möglichkeiten zur Verfügung stellt (vgl. etwa: KLEIBER 1990; KOCH/EHRENBERG 1992).

Auch in der Bundesrepublik wurden erste Erfahrungen mit dem Betrieb von **Gesundheitsräumen** (Druckräumen) und dem Einsatz von Druckmobilen gesammelt (vgl. SCHULLER/STÖVER 1990; SCHMIDT 1991; STÖVER 1991; MURKEN 1994; DWORSKY 1995). Trotz eines 1993 erstellten Gutachtens (vgl. ausführlich: KÖRNER 1993), das Gesundheitsräume für rechtlich zulässig beurteilt, bewegen sich die Betreiber weiterhin in einer rechtlichen Grauzone (vgl. auch DWORSKY 1995). Gegen heftigste Kritik des Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Eduard Lintner (vgl. Hannoversche Neue Presse vom 22.11.1994), hat die Stadt Frankfurt mittlerweile zwei Druckräume eingerichtet (vgl. Frankfurter Rundschau vom 12.12.1994 und Junkfurter Ballergazette Nr. 1/1995).

Teile der Elternverbände, wie z.B. der 1993 in Hamburg gegründete **Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit e.V.** oder der ein Jahr später gegründete **Landesverband der Eltern und Angehörigen für humane und akzeptierende Drogenarbeit NRW**, greifen zunehmend die neuen konzeptionellen Überlegungen im Hinblick auf eine akzeptierende Drogenarbeit auf und sind zum guten Teil Motor dieser Entwicklung.

Die 1989 erfolgte Gründung von **AKZEPT e.V.**, des Bundesverbandes für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, stellt einen weiteren hoffnungsvollen Eckpfeiler der Umorientierung der Drogenhilfe dar. Bisher fanden bereits drei Bundeskongresse statt (in Berlin, Hamburg und Münster), die auch über die Grenzen der Bundesrepublik hinaus Beachtung fanden

(vgl. AKZEPT e.V. 1991, 1993 u. 1995). Der 3. Bundeskongreß von Akzept e.V. fand vom 6. bis 9. Oktober 1994 in Münster unter dem Titel "Drogen ohne Grenzen" statt. Er widmete sich inhaltlich den Entwicklungen und Problemen akzeptierender Drogenpolitik und Drogenhilfe in Europa.

Auch das von der Stadt Frankfurt 1990 initiierte Städtenetzwerk **European Cities on Drug Policy (ECDP)** gewinnt zunehmend an drogenpolitischer Gewichtung. Gefordert wird von diesem Gremium vor allem eine pragmatische und schadensbegrenzende Ausrichtung der Drogenpolitik (vgl. SCHARDT/POPP 1993). Allerdings fand im April 1994 in Stockholm eine Drogenkonferenz statt, auf der eine Reihe europäischer Großstädte (u.a. Berlin) eine Deklaration unterzeichneten ("Cities against Drugs"), in der sie sich für eine verstärkte Umsetzung traditioneller drogenpolitischer Strategien aussprechen (vgl. DROGEN-REPORT 1994). Es bleibt zu hoffen, daß sich auch diese Städte gegenüber alternativen Konzepten letztendlich nicht verschließen werden (vgl. auch ECDP NEWSLETTER Nr. 1/1994). Zumal das zum Vorbild für eine (angeblich) erfolgreiche prohibitionistische und repressive Drogenpolitik erkorene Land Schweden diesen Ruf bei eingehender Analyse der Sachlage keineswegs gerecht wird (vgl. TSCHOLL 1995).

Last but not least veränderte und verändert sich die drogenpolitische Diskussion in der Bundesrepublik durch das Aufkommen und Erstarken von Selbsthilfegruppen (**Junkiebünde**) und Selbsthilfe-Netzwerken (**JES - Junkies, Ex-User und Substituierte**) (vgl. etwa: HERMANN 1991; BÖHM 1995). Mittlerweile besteht JES seit über 5 Jahren. In mehr als 40 Städten existieren JES-Gruppen mit insgesamt ca. 300 aktiven Mitgliedern (vgl. MICHELS 1993) - die Existenz dieser Selbsthilfeorganisationen wird leider allzuoft in der Beratungs- und Aufklärungsliteratur unterschlagen (so etwa: BÜHRINGER 1992; KINDERMANN 1993; THAMM 1994). In vier nordrhein-westfälischen Städten existieren von Betroffenen in Eigenregie geführte Kontaktläden (Bonn, Dortmund, Düsseldorf, Köln) (vgl. ROSWITHA 1994), in Bremen gibt es ein von JES betriebenes Substituiertencafé (vgl. BÖHM 1995). Ferner werden von Betroffenen auch verschiedene (Szene-)Zeitschriften und Rundbriefe erstellt (etwa: Junkfurter Ballergazette, Berliner Tinke Magazin, Dortmunder Plattenpost, JES-Rundbrief).

2.3 Zum Stellenwert niedrigschwelliger Angebote in der gegenwärtigen Drogenarbeit

Über die Notwendigkeit der Implementation niedrigschwelliger Angebote in das Drogenhilfesystem besteht mittlerweile in der Fachwelt ein breiter Konsens. Dieser relativiert sich jedoch, wenn es um die Festlegung der Zielperspektiven niedrigschwelliger Angebote geht (vgl. GERLACH/SCHNEIDER 1991a). Über die inhaltliche Ausgestaltung und Funktionsbestimmung dieser Maßnahmen bestehen große Differenzen. Einerseits okkupieren Vertreter der traditionellen Drogenhilfe und somit Verfechter des Abstinenzpostulats in der Drogenarbeit diesen Ansatz. Akzeptierend erscheinende, niedrigschwellige Ansätze sollen dort in erster Linie Zulieferdienste für die klassische Drogenhilfe erfüllen und so die Reichweite und Attraktivität des klassischen Behandlungssystems erhöhen (vgl. etwa: FRANKE 1989; BÜHRINGER 1989; HECKMANN 1989; SCHACKE 1991; HÜPPE 1993; WANKE 1993; SAUER 1994). Die so angestrebte Instrumentalisierung und Funktionalisierung von Niedrigschwelligkeit in den Dienst traditioneller Drogenhilfe wird - andererseits - mittlerweile von vielen Experten heftig kritisiert. Niedrigschwelligkeit wird dadurch zum "'Zulieferbetrieb' für die 'Clean-Industrie'" (HEIDIG 1989, 40) und ist insofern nicht mehr als ein "kaschierter Ausdruck des 'Clean-Prinzips'" (KEMMESIES 1989, 203), "Etikettenschwindel" (SCHNEIDER, Wolfgang 1990, 38), "Trick" (SCHMID 1993, 2) oder "Lockvogelstrategie" (GERLACH/KEMMESIES 1990, 31) mit "Schlepperfunktionen" (STRASS-MITARBEITER/INNEN 1991, 1) oder schlicht die "Abstinenzforderung durch die Hintertür" (SCHNEIDER, Wolfgang 1994d, 12). Stefan **QUENSEL**, ein Nestor akzeptanzorientierter Drogenarbeit in Deutschland, warnt denn auch zu Recht davor, daß der Einsatz akzeptierender Hilfsangebote ohne eine veränderte innerliche Drogenmoral von vornherein ein falscher Ansatz 'neuer' Drogenpolitik sei (vgl. QUENSEL 1986).

Die 'Neuorientierung' in der Drogenarbeit offenbart sich also in Theorie und Praxis häufig als 'alter Wein in neuen Schläuchen'. So weist beispielsweise **HENTSCHEL** ausdrücklich darauf hin:

> "Niedrigschwellige Drogenarbeit (...) intendiert (...) nicht die Ablösung oder Ersetzung des 'Abstinenzparadigmas'" (HENTSCHEL 1990, 196).

Doch gerade die Aufhebung des Abstinenzpostulats in Drogenarbeit und Drogenpolitik ist notwendig. Das deutsche Abstinenzparadigma ist in seiner Praxisumsetzung gescheitert; ein Paradigmenwechsel in Richtung eines **AKZEPTANZPARADIGMAS** ist dringend geboten (vgl. GERLACH/KEMMESIES 1990; QUENSEL 1990a). Wie eine daran orientierte Drogenhilfe und Drogenpolitik gestaltet sein müßte, soll im folgenden aufgezeigt werden.

3 AKZEPTANZORIENTIERTE DROGENARBEIT

Die Drogenhilfe in Deutschland befindet sich, wie wir aufgezeigt haben, derzeit in einer Umbruchphase. Die traditionellen Angebote verfehlen vielfach die soziale Situiertheit von Problemlagen und den Zusammenhang aktueller Lebensbedingungen und drogenpolitischer Konsequenzen. Seit Mitte der 80er Jahre werden nun verstärkt neue Wege beschritten. Durch problemadäquate und adressatenorientierte Konzeptualisierungen der Drogenarbeit wurde der Angebotskatalog professioneller Drogenhilfe - bis dahin vor allem bestehend aus Prophylaxeaufgaben und hochschwellig angelegten abstinenzorientierten Maßnahmen - um eine Vielzahl bis dato nicht mehr verfolgter niedrigschwelliger Angebote erweitert (vgl. GERLACH/SCHNEIDER, Wolfg. 1992). Zwar haben in Teilbereichen der Drogenarbeitspraxis inzwischen alternative Konzepte zur traditionellen Drogenhilfe an Bedeutung gewonnen, doch muß insgesamt konstatiert werden, daß die neuen Ansätze bisher erst recht zögerlich implementiert werden. Eine konsequentere Umsetzung scheitert nicht nur daran, daß bis heute keine ausreichenden rechtspolitischen Konsequenzen aus dem sich abzeichnenden Paradigmenwechsel in der Drogenhilfe gezogen worden sind, sondern auch an einer weiterhin in den Köpfen vieler Drogen"helferInnen" existierenden Pädagogisierungs-, Therapeutisierungs- und Klientelisierungsorientierung im Sinne einer Reparaturmentalität (vgl. 3.4).

3.1 Begriffsklärung

Im Zuge der Forderungen, Konzipierungen und Etablierungen alternativer Praxiskonzepte in der Drogenarbeit setzte eine inflationäre Begriffsvielfalt ein, mittels derer diese 'neue' Richtung charakterisiert wurde. Stichworte sind hier etwa:

- akzeptierende bzw. akzeptanzorientierte Drogenarbeit
- schwellenlose Drogenarbeit
- schwellenarme bzw. niedrigschwellige Drogenarbeit
- subjekt- oder bedürfnisorientierte bzw. entwicklungsangemessene Drogenarbeit
- offene Drogensozialarbeit

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

Durchgesetzt haben sich die Begriffe niedrigschwellige und akzeptierende Drogenarbeit und schadensbegrenzende Drogenpolitik. Diese in das professionelle Alltagsvokabular integrierten Begriffe unterliegen jedoch einer breiten Anwendungs- und Auslegungsvielfalt - **ein einheitlicher, bedeutungsidentischer Sprachgebrauch ist allgemein nicht feststellbar**. Deutlich wird, daß eine Definition eine Funktion dessen ist, wer der/die Definierende ist und welchen Zweck die Definition verfolgt. So kann selbst die gegenwärtige Bundesregierung für sich in Anspruch nehmen, mit ihrer repressiven und auf Generalprävention fußenden Drogenpolitik Schadensbegrenzung zu betreiben. Wie wir allerdings noch aufzeigen werden, ist aber gerade diese Politik **schadensverursachend** (vgl. 3.2). Niedrigschwelligkeit ist nur ein methodischer Ansatz unter vielen in der Drogenarbeit. Er impliziert nicht notwendigerweise eine akzeptierende Grundhaltung der "Helfenden" gegenüber den Drogengebrauchenden, vor allem aber auch keine Abkehr vom Abstinenzparadigma (vgl. 2.3. Vgl. auch: EIFERT 1994). Schwellendifferenzierungen (schwellenlos, niedrig-, mittel- oder hochschwellig) geben nur Auskunft über den Grad der Zugangsvoraussetzungen zu Hilfeeinrichtungen und der dort bestehenden Anforderungsniveaus. So kann ein bestimmtes Therapieangebot zwar 'niedrigschwellige' Aufnahmekriterien setzen, dennoch aber ein 'hochschwelliges' Anforderungsprofil aufweisen. Aber auch hochschwellige Angebote können, unter Wahrung von uns noch vorzustellender Prämissen (vgl. 3.2), durchaus akzeptierenden Charakter haben. Eine **synonyme** Verwendung der Begriffe 'Niedrigschwelligkeit' und 'Akzeptanz', wie sie heutzutage üblich ist, ist unzulässig. Dem von uns eingeklagten Paradigmenwechsel entspricht einzig der Begriff "akzeptierende Drogenarbeit" (vgl. STÖVER/HERWIG-LEMPP 1988; SCHULLER/STÖVER 1990a).

Es fehlt daher keine Theorie niedrigschwelliger Drogenarbeit, wie etwa von **BRAITMAIER** (1991) eingefordert, sondern eine Theorie akzeptierender Drogenarbeit. Sowohl Effektivität als auch Stellenwert und Selbstverständnis akzeptierender Drogenarbeit leiden aktuell unter der

paradoxen Situation, gegen die offizielle Drogenpolitik anarbeiten zu müssen, denn aufgrund (noch) bestehender repressiver Gesetzeslage ist eine **konsequent** praktizierte akzeptierende Drogenarbeit (noch) nicht möglich (vgl. auch: KEMMESIES 1993). Um unsere Zielrichtung und den noch nicht vollzogenen Paradigmenwechsel deutlich zu machen, verwenden wir für das von uns hier vorgestellte Drogenhilfe- und Drogenpolitikmodell bewußt den Terminus "**akzeptanzorientierte Drogenarbeit**". In ihrem konkreten Angebotsspektrum - so viel sei voranschauend bereits festgestellt - können sowohl Maßnahmen mit niedrigschwelligem als auch mit mittel- und hochschwelligem Anforderungsniveau durchgeführt werden.

Nachfolgend erläutern wir - zum Teil in kontrastiver Abgrenzung zu den Prinzipien traditioneller Drogenhilfe - zunächst die Prämissen unseres akzeptanzorientierten Ansatzes, d.h. wir geben Auskunft über die theoretisch-normativen Grundlagen, auf denen sie basiert. Dann benennen wir ihe Zielsetzungen und weisen auf notwendige Konsequenzen für die Drogenhilfepraxis und Drogenpolitik hin.

3.2 Prämissen

Im Gegensatz zur monodimensionalen Betrachtungsweise der Ursachen, Verlaufsformen und Auswirkungen des Drogengebrauchs, den die Drogendeszendenztheorie, "d.h. von der Abhängigkeit entweder ins Gefängnis, in die Langzeittherapie oder in den Tod" (SCHNEIDER, Wolfgang 1994a, 1), der traditionellen, abstinenzverhafteten Drogenhilfe nahelegt, geht eine akzeptanzorientierte Drogenarbeit von einem differenzierteren Bild von DrogengebraucherInnen und Drogenverlaufsentwicklungen aus.

Protagonisten des akzeptanzorientierten Arbeitsansatzes weisen darauf hin, daß die Ursache des derzeit existierenden "Drogenelend(s)" (QUENSEL 1982) nicht primär in den Drogen und deren Wirkungsweisen begründet liegt, wie etwa weiterhin von TÄSCHNER (1994c) behauptet wird, sondern vor allem in deren Illegalität. So stellt beispielsweise **BARATTA** fest:

> "Ein großer Teil der negativen Effekte des Konsums verbotener Drogen, die fälschlicherweise als primäre Effekte der Drogen untersucht werden, erweisen sich in Wirklichkeit als Sekundäreffekte" (BARATTA 1990, 9).

In reiner Form und unter hygienisch sauberen Bedingungen applizierte Opiate sind weniger gesundheitsgefährdend als etwa Alkohol oder Nikotin, da sie keinerlei organische Schädigungen hervorrufen (vgl. etwa: HELLENBRECHT 1993; LEGGE et al. 1993).

> "Die dem Heroin zugeschriebenen Eigenschaften des körperlichen Verfalls wie etwa Leberschäden, Infektionen etc. gehen eindeutig auf unsterile Injektionsmethoden, unreine oder unbekannte Stoffkonzentrationen, Überdosen, ungesunden Lebensstil in der kriminalisierten Subkultur und deren Folgen zurück. Diese Informationen über Heroin werden in fast allen Drogenhandbüchern unterschlagen, obwohl sie unter Fachleuten sehr wohl bekannt sind" (SCHMERL 1984, 16).

An dieser von **SCHMERL** in den frühen 80er Jahren beschriebenen Praxis hat sich bis heute kaum etwas geändert (beispielhaft hierfür etwa: SCHNEYDER 1993; FLORMANN 1995. Lobenswerte Ausnahmen: WEIL/ROSEN 1993; HARM 1994; ZURHOLD 1995a). Zu Recht weist auch **STOLZE** (1990) darauf hin, daß das wissenschaftlich abgesicherte Erfahrungswissen von der geringen gesundheitlichen Schädlichkeit sauberer Opiate breiten Kreisen der Öffentlichkeit bewußt vorenthalten wird.

Auch um Cannabis ranken sich heute noch viele Mythen. So behauptet etwa PÜSCHEL (1995), daß Cannabisgebrauch die Samenbildung (Spermatogenese) beim Mann störe. Ferner pflegt er weiterhin den Mythos der sog. "flash-backs", aufgrund derer "der Übergang in eine manifeste Psychose des schizophrenen Formenkreises (...) möglich" sei (PÜSCHEL 1995, 20) - **Täschner (1981) läßt grüßen !** Es ist äußerst umstritten, ob es "je eine durch Cannabisgebrauch ausgelöste Psychose gegeben hat" [HAI/RIPPCHEN 1994, 203f. (Vgl. zum aktuellen Forschungsstand zu Cannabis ausführlich: SCHNEIDER, Wolfgang 1995c)].

Ein lebenslanger, regelorientierter und gesundheitsschonender Opiatgebrauch unter den o.g. Bedingungen reduziert jedoch in keinster Weise die Lebenserwartung. Als Beispiel mögen in diesem Zusammenhang die klassischen MorphinistInnen des ausgehenden 19. und frühen 20.

Jahrhunderts stehen, die sich - wie beschrieben - zu einem Großteil aus Angehörigen der Medizinalberufe rekrutierten und ein 'normales' sozialintegriertes Leben unter Ausübung ihrer Profession führten. Eine neuere Studie zur Thematik 'Drogennot- und -todesfälle', gefördert vom Bundesgesundheitsministerium, verdeutlicht, daß die prohibitive Drogenpolitik und das dominierende Abstinenzgebot mitverantwortlich für den Drogentod sind, da Drogentodesfälle im wesentlichen auf unbeabsichtigte Überdosierungen aufgrund unbekannter Stoffqualität der Straßendrogen und Mischintoxikationen zurückzuführen sind (vgl. HECKMANN et al. 1993). Diese Daten konterkarieren die gegenwärtige repressive Ausrichtung bundesdeutscher Drogenpolitik, wie sie etwa im 'Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan' (siehe: BUNDESMINISTER FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT/BUNDESMINISTER DES INNEREN 1990) dokumentiert ist. Vor diesem Hintergrund und angesichts der sich kontinuierlich verschlechternden Lebensbedingungen von DrogengebraucherInnen muß die bundesdeutsche Drogenpolitik als probleminadäquat und daher als verfehlt bewertet werden. Aufgrund dieser Erkenntnisse ist eine Liberalisierung der Drogenprohibitionspolitik zwingend geboten. Auf die praktischen Konsequenzen, die sich hieraus für die Ausgestaltung von Drogenhilfe und Drogenpolitik plausibel ableiten lassen, werden wir weiter unten noch ausführlich eingehen.

Halten wir vorläufig fest: Die Ursache des gegenwärtigen Drogenproblems ist primär nicht in den Drogen und angeblich psycho- und soziopathologischen Persönlichkeiten der KonsumentInnen angesiedelt, sondern sie ist in erster Linie Folge der repressiven staatlichen Drogenverbotspolitik. Nationale und internationale (Praxis-) Forschungsergebnisse unterstreichen, daß weder die Droge selbst noch eine prädisponierte Suchtpersönlichkeit, sondern "die Kriminalisierung des Drogenkonsums den Kern des heutigen Drogenproblems" (TRAUTMANN 1989, 126) darstellt. **Persönlichkeitsstörungen sind eher die Folge eines jahrelangen Drogengebauchs unter kriminalisierten Lebensbedingungen, als daß sie ursächlich zur Drogenabhängigkeit führen** (vgl. etwa: STEPHENS 1992).

Wie unsere historische Betrachtung zeigt, ist im Hinblick auf nunmehr 25 Jahre punitive Drogenpolitik eine ernüchternde Bilanz zu ziehen. Der illegalisierte Drogengebrauch hat sich seit

der

> "Verabschiedung und schrittweisen Verschärfung der entsprechenden Gesetze zu einer epidemischen Konsumform ausgeweitet, offensichtlich nicht trotz, sondern wegen dieser Gesetze und der durch sie aufgebauten Kontrollapparate" (SCHMERL 1984, 38).

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit erkennt und berücksichtigt diese Tatsachen und Zusammenhänge. Sie versucht, der Diabolisierung des Drogenthemas durch VertreterInnen der traditionellen Drogenhilfe und Drogenpolitik entgegenzuarbeiten. Wie unsere weiteren Ausführungen zeigen werden, ist es zwingend geboten, auch auf übergeordneter Ebene - u.a. durch eine **sachgerechte Öffentlichkeitsarbeit** und das **Hinwirken auf Gesetzesänderungen** - an einer Normalisierung und somit Verbesserung der Lebensbedingungen von KonsumentInnen illegalisierter, nicht endemischer Drogen zu arbeiten.

Neben einer rationalen, sachgerechten, nicht-diabolisierenden und nicht-moralisierenden Betrachtungsweise der Drogenthematik, ist die **Anerkennung des Prinzips der Eigenverantwortlichkeit und Handlungsautonomie** von DrogengebraucherInnen eine zweite grundlegende Prämisse akzeptanzorientierter Drogenarbeit. Die vor allem in therapeutischen Settings greifende Aberkennung des Selbstbestimmungsrechtes (Desubjektivierung) aufgrund eines generell vermuteten Persönlichkeitsdefizites und eines pauschal angenommenen Mangels an Realitätssinn (vgl. etwa: STEPPUTIS 1992; BILITZA 1993; KÖNNECKE 1993) entbehrt einer begründeten Legitimation. Der prozentuale Anteil psychisch kranker Personen innerhalb der Gruppe der OpiatkonsumentInnen ist nicht höher anzusiedeln als innerhalb der 'Normalbevölkerung'. DrogengebraucherInnen benötigen daher keinen Vormund, sondern können für sich selbst verantwortlich handeln (vgl. STÖVER/HERWIG-LEMPP 1988; SCHNEIDER, Wolfgang 1993b).

Eine "Apartheid-Politik gegenüber DrogengebaucherInnen" (MICHELS 1991, 22), die in entmündigender Drogenarbeit und im BtMG ihren Ausdruck findet, hat sich als weitgehend ineffizient erwiesen und ist weder hilfreich noch notwendig.

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit basiert auf **absoluter Freiwilligkeit** und ist somit nicht bevormundend und nicht direktiv ausgerichtet. Sie steht damit der Entmündigung von DrogenkonsumentInnen und der Auffassung vom 'helfenden Zwang' der traditionellen Drogenhilfe diametral entgegen. Zugestehen von Selbstverantwortlichkeit und Handlungsautonomie setzt bei den MitarbeiterInnen der Drogenhilfe jedoch eine akzeptierende Grundeinstellung voraus (vgl. QUENSEL 1990b). In ihrer Konsequenz bedeutet Akzeptanz, DrogengebraucherInnen auch dann zu unterstützen, wenn diese eine Entscheidung für den Drogengebrauch und für bestimmte Lebensstile treffen, die man selbst nicht versteht und niemals übernehmen wollte (vgl. STÖVER/ HERWIG-LEMPP 1988). Akzeptanzorientierte Drogenarbeit beinhaltet somit den Verzicht auf (ultimative) Forderungen nach Verhaltensänderungen. Es ist äußerst zynisch, wenn KritikerInnen akzeptierender bzw. akzeptanzorientierter Drogenarbeit suggerieren wollen, die MitarbeiterInnen der Drogenhilfe hätten schon immer akzeptierend gearbeitet und etwa behaupten, "daß die Erfolge der Suchtkrankenhilfe (welche Erfolge? Anmerkung d. Verf.) nur deshalb möglich wurden, weil sie den Suchtkranken als Mensch akzeptierte" (WANKE 1993, 9) oder:

> "Der Grundgedanke aller sozialen Arbeit: 'Da anfangen, wo der Klient steht', heißt nicht mehr und nicht weniger, als den Klienten in seinem Sein und Gewordensein zu akzeptieren" (PENKERT 1992, 51),

was doch schon immer der Fall gewesen sei. Nein, Herr Wanke und Herr Penkert, DrogengebraucherInnen sind eben nicht als Mensch akzeptiert worden! Auf die fatalen Auswirkungen der Anwendung der Leidensdruckverstärkung als sozialpädagogische Methode und die entwürdigenden Behandlungsmethoden in stationären Therapieeinrichtungen haben wir ja bereits hingewiesen (vgl. 2.2.4 und 2.2.5). Drogengebrauchende wurden folglich weder in ihrem Sein und Gewordensein noch in ihrem Werden akzeptiert: Die traditioneller Drogenhilfe verhaftete therapeutische **Bevormundungs- und Zeigefingermentalität** ("Wir wissen, was gut für euch ist") und **Scheinakzeptanz** ["Ich akzeptiere dich zwar als Mensch, aber wenn du deinen Lebensstil und dein Verhalten nicht so änderst, wie ich es dir vorschlage (in Richtung Abstinenz), kann ich dir nicht helfen bzw. willst du dir ja gar nicht helfen lassen" (Desubjektivierung)] ist im Gegenteil **menschenverachtend**.

Die auf weitgehender Stigmatisierung und Psychosoziopathologisierung der KonsumentInnen fußende traditionelle Drogenarbeit der 70er und 80er Jahre verhinderte einen differenzierten Einblick in die Drogenproblematik und die Notwendigkeit subjektorientierter Hilfestellungen. Die Vorstellung von einer einzig drogenbezogenen Strukturierung von Lebenspraxis erweist sich aufgrund neuerer Forschungsergebnisse (vgl. etwa: WEBER/SCHNEIDER Wolfgang 1992; HAPPEL/FISCHER/WITTFELD 1993;) und Erfahrungen bei der Erprobung niedrigschwellig-akzeptierend ausgerichteter Drogenarbeit (vgl. ENGEMANN 1991; INDRO e.V. 1994) als nicht länger haltbar. Viele DrogengebraucherInnen sind durchaus in der Lage, ihre Geschicke aktiv anzugehen und ihren Lebensweg autonom zu steuern (vgl. SCHNEIDER, Wolfgang 1994c).

Bezüglich drogaler Entwicklungsverläufe hat sich gezeigt, daß es weder **die** typischen DrogenkonsumentInnen, noch **das** automatische Durchschreiten von Gebrauchsphasen und damit auch nicht **den** Königsweg in der Drogenabeit gibt. DrogengebaucherInnen unterscheiden sich u.a. nicht nur hinsichtlich biographischer Merkmale wie Alter, Geschlecht, soziale Herkunft, familiale, schulische und berufliche Sozialisation, Sozialstatus, Einbettung in soziale Stützsysteme sowie unterschiedliche personale Handlungskompetenzen (z.B. Erfahrbarkeit von belastenden Lebensereignissen und deren subjektive Bewertung und Bewältigung), sondern auch durch multiple drogenspezifische Charakteristika wie Einstiegszeitpunkt, Motivlagen, Gebrauchsregeln und -riten, Applikationsformen, Intensität von Szenebezügen, zeitliche Erstreckung unterschiedlicher Gebrauchsphasen und Art und Intensität drogenfreier Bezüge (vgl. WEBER/SCHNEIDER, Wolfgang 1992; SCHNEIDER, Wolfgang 1994f u. 1995a). Alle diese Merkmale sind bedeutsam für die Bereitstellung adäquater, subjektbezogener Unterstützungsmaßnahmen.

Forschungsergebnisse zeigen ferner, daß kontrollierte Gebrauchsmuster auch illegalisierter 'harter' Drogen (Opiate, Kokain) - u.a. als Ergebnis von selbstinitiierten, autonom gesteuerten und umweltgestützten Ausstiegsversuchen oder als Vorstufe im Prozeß des gänzlichen 'Herauswachsens' aus der Drogenbindung - als mögliche Gebrauchsvarianten unter DrogenkonsumentInnen existent sind (vgl. etwa: BÜLOW 1989; WALDORF/REINARMAN/MURPHY 1991; HAVES/SCHNEIDER, Wolfgang 1992; WEBER/SCHNEIDER, Wolfgang 1993; ZURHOLD

1993). Dabei ist selbst ein sozialintegrierter täglicher Drogengebrauch möglich und kann mit der Erfüllung von 'normalen'" Alltagsanforderungen vereinbar sein. Darüber hinaus ist mittlerweile hinlänglich bekannt, daß sich Ausstiegsprozesse häufig ohne Inanspruchnahme professioneller Hilfe erfolgreich vollziehen (vgl. BIERNACKI 1990; WEBER/SCHNEIDER, Wolfgang 1992; HAPPEL/FISCHER/WITTFELD 1993). Die gängigen, in der Literatur vorfindbaren generalisierenden Definitionen von Drogenabhängigkeit erweisen sich letztlich als rein theoretische und strategische Konstrukte (vgl. a. DAVIES 1992; Mc MURRAN 1994; HERWIG-LEMPP 1994).

Die Tatsache, daß keine identischen drogal-biographischen Entwicklungsverläufe existent sind (vgl. GERLACH 1992), legt nahe, Drogenhilfsangebote subjektbezogen zu gestalten (Resubjektivierung von Drogengebrauchenden und Anerkennung der Betroffenenkompetenz). Ein überwiegend am Abstinenzparadigma orientiertes und somit monodimensional konzipiertes Drogenhilfesystem verkennt jedenfalls die Heterogenität von Drogengebrauch bezüglich seiner Verlaufsformen und Bedingtheiten und wirkt somit den Interessen und Bedürfnissen der Mehrzahl der Betroffenen entgegen.

Ziehen wir nun ein Zwischenfazit, indem wir die wesentlichsten Prämissen akzeptanzorientierter Drogenarbeit zusammenfassen:

1. Nicht die Drogen an sich und die angeblich prädisponierten 'Suchtpersönlichkeiten' bilden den Kern des gegenwärtigen Drogenelends, sondern die Kriminalisierung der KonsumentInnen.

2. Die in den Konzeptionen traditioneller Drogenarbeit favorisierte Vorstellung eines linearen Abhängigkeitsmodells sowie deren Orientierung am Leidensdrucktheorem und am Abstinenzparadigma erweisen sich als realitätsentrückt. Auch die damit einhergehende, nahezu ausschließliche Wahrnehmung von Drogengebrauchenden als 'Defizitwesen' oder behandlungsbedürftige 'Risikopersonen' ist unzulässig. Sie verschleiert nämlich den Blick auf das große Repertoire an Verhaltensalternativen auch bei GebraucherInnen nicht endemischer Drogen. DrogenkonsumentInnen sind in der Regel durchaus in der Lage, ihr Leben eigenverantwortlich und selbstbestimmt zu führen - **man muß ihnen nur die Chance dazu geben!** Wer wie **DÖRNER** (1994) für eine "therapeutische 'Orientierung' der akzeptierenden Drogenarbeit" (ibid., 28) plädiert "und das Agieren" der "Klienten mit einem therapeutischen orientierten Beobachten und Verstehen begleitet" und "professionelle Drogenarbeiter" in die Lage versetzen will, "das Agieren der Klienten

als spezifische nonverbale Botschaft vor dem Hintergrund persönlichen Leidens zu verstehen", hat die mit akzeptanzorientierter Drogenarbeit erforderliche Aufgabe des Defizitblickwinkels und der Betroffenen aufgebürdeten Opferrolle noch nicht vollzogen und befindet sich auf einem Rekonstituierungspfad zu klassischer Drogenarbeit hin zur 'Rekonservierung' der 'pädagogischen Reparaturmentalität'. Verstehen wir **DÖRNER** recht, so plädiert er für eine **generelle** "therapeutische Orientierung" und verkehrt damit akzeptanzorientierte Drogenarbeit in ihr Gegenteil.

3. Eine Offenheit für neue Wege ist notwendig, denn es gibt eben nicht 'den' Königsweg in der Behandlung Drogenabhängiger. Einseitige Interpretationsansätze und Lösungsversuche mögen zwar

   "im Einzelfall für einen Teil der Betroffenen zutreffen", sie sind "jedoch in ihrer Verallgemeinerung und deren praktischen Umsetzung wenig hilfreich" (ZIMMER-HÖFLER/UCHTENHAGEN/FUCHS 1987, 6).

   Erforderlich ist ein auf Freiwilligkeit basierendes Angebotsspektrum von unterschiedlichsten bedürfnisorientierten Hilfestellungen - auch und gerade für DrogengebaucherInnen, die keine Ausstiegs- und/oder Abstinenzmotivation äußern. DrogenkonsumentInnen sollten dabei stets Subjekt der Hilfemaßnahmen bleiben.

3.3 Zielsetzungen

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit ist nicht am abstrakten und unrealistischen Heilungsideal der Totalabstinenz ausgerichtet, den das Abstinenzparadigma der traditionellen Drogenhilfe nahelegt, sondern an **konkret geäußerten Bedürfnissen** von DrogenkonsumentInnen:

> "Das vordringlichste Ziel akzeptierender Drogenarbeit ist ausdrücklich nicht die Abstinenz. Drogenkonsumenten haben ein Recht auf Menschenwürde, selbt wenn sie nicht ihren Drogenkonsum aufgeben wollen oder können. Dies heißt nicht, daß wir nicht diejenigen - so gut es geht - unterstützen wollen, die ihren Heroinkonsum aufgeben wollen" (STÖVER/HERWIG-LEMPP 1988, 43).

Die Zielsetzung akzeptanzorientierter Drogenarbeit liegt daher **nicht**, wie von **JUNGBLUT** (1993) vorgetragen, in einer 'abstinenztreuen' sozialpädagogischen Methodisierung: Akzeptanzorientierte Drogenarbeit ist gerade **nicht** eine "Methodik drogenhelferischen Handelns, das als Ziel sozialen Lernens Freiwilligkeit und Einsicht in die Notwendigkeit eines drogenfreien Lebens anstrebt" (ibid., 108) und **kein** "Modell der freiwilligen Selbstbindung qua Einsicht" (ibid., 109).

Eine solche Methodisierung würde - in Verbindung mit einer therapeutischen Orientierung akzeptierender Drogenarbeit "als fruchtbare Synthese aus den bisherigen Tendenzen der hochschwelligen therapeutischen Arbeit und der niedrigschwelligen Angebote ohne therapeutische Orientierung" (DÖRNER 1994, 30) und einer Forderung nach einer "Professionalisierung akzeptierender Drogenhilfe" (KRAUSS 1993, 4) - dazu führen, daß "ein belebendes Praxiskonzept den Offenbarungseid leisten muß und seiner Flexibilität beraubt wird" (SCHNEIDER, Wolfgang 1994g, 3). Wir erinnern diesbezüglich nur an den Niedergang der Release-Bewegung in den 70er Jahren (vgl. 2.2.3 und 2.2.4).

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit strebt - allgemein formuliert -eine Normalisierung und damit Verbesserung der Lebensbedingungen von DrogenkonsumentInnen an. Sie zielt auf die Aufhebung der abstinenzverhafteten pädagogischen Reparaturmentalität und den Abbau der Opfer- und KlientInnenrolle von DrogengebraucherInnen. Sie toleriert das Recht auf Anders-Sein von DrogengebraucherInnen (Selbstbestimmungsrecht) und macht sie nicht zum Objekt staatlich-administrativer und sozialpädagogisch-therapeutischer Maßnahmen (Desubjektivierung) zum Zwecke der Integration durch Abstinenz. Sie ist **nicht** permanent auf der Suche nach neuen 'KlientInnen' und erschöpft sich **nicht in der Produktion von Legitimationstheorien zu ihrer eigenen Erhaltung.** Sie wehrt sich entschieden gegen eine wieder zunehmende Psychotherapeutisierung von DrogengebraucherInnen und damit verknüpft gegen eine 'Methodisierung der Köpfe' der 'Helfenden'. Sie respektiert die 'Eigensinnigkeit' von Deutungsmöglichkeiten. Zwar stellt sich das (unter den gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen noch notwendige) Doppelmandat von Kontrolle und Hilfe mit prägnanter Drastik, es kann jedoch unter Beachtung der o.g. Prämissen durch ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Nähe und Distanz (zumindest) ansatzweise aufgehoben werden.

Um die genannten Ziele effektiv realisieren zu können, setzt akzeptanzorientierte Drogenarbeit auf drei Ebenen an:

1. **Selbsthilfeebene:** Selbsthilfebestrebungen von DrogengebraucherInnen sollen unterstützt werden und eine Zusammenarbeit mit diesen Gruppen (falls von diesen erwünscht) stattfinden.

2. **Unmittelbare Unterstützungsebene:** Diese beinhaltet konkrete subjektbezogene Hilfestellungen für DrogengebraucherInnen.

3. **Mittelbare Unterstützungsebene:** Hierunter verstehen wir die Mitarbeit an der Normalisierung, Entdiabolisierung, Entdramatisierung sowie Verbesserung der Lebensbedingungen von DrogengebraucherInnen auf 'übergeordneter gesellschaftspolitischer Ebene', z.B. durch gezielte Gremien- und Öffentlichkeitsarbeit und das Hinwirken auf Gesetzesänderungen.

Dem/der aufmerksamen LeserIn mag nicht verborgen bleiben, daß wir uns hier und im folgenden Abschnitt (Methoden) auf die Ziele, Aufgaben und Angebote beschränken, die sich mit der aktuellen und perspektivischen Lebenssituation von DrogengebraucherInnen befassen. Dem Komplex der Primärprävention und Generalprävention, der bis heute einen hohen Stellenwert in der Drogenarbeit und Drogenpolitik besitzt, kommt im Sinne des hier propagierten Akzeptanzparadigmas keine wesentliche Bedeutung mehr zu. Denn:

> "Weder die Drogenprohibitionspolitik noch Strategien zur Primärprävention (als Maßnahmen, die eingesetzt werden, bevor Drogengebrauch vorliegt) konnten den Drogengebrauch einschränken, Neueinstiege verhindern, den illegalen Drogenmarkt bekämpfen oder gar den Betroffenen wirksam helfen" (SCHNEIDER, Wolfgang 1994b, 7).

Drogengebrauch und -mißbrauch, das lehrt uns die Geschichte, werden sich niemals verhindern lassen - wie aktuelle Beispiele zeigen (etwa Singapur, Malaysia, Volksrepublik China) nicht einmal unter Androhung der Todesstrafe. Es ist daher völlig utopisch, von einer drogenfreien Gesellschaft zu träumen (vgl. auch: GUNDLACH 1994) - ob eine solche überhaupt sinnvoll und erstrebenswert wäre, sei hier dahingestellt. Zudem ist seit Jahren bekannt, "daß die polizeiliche Verfolgungs- und Sicherstellungspraxis dem illegalen Drogenmarkt lediglich 5%-10% der angebotenen ... Drogen entzieht" (SCHNEIDER, Wolfgang 1995b, 3).

Eine wesentliche Aufgabe akzeptanzorientierter Drogenarbeit bildet deshalb eine **sachgerechte VerbraucherInneninformation**. Das Ziel der Abstinenz wird zwar nicht aufgegeben; es ist aber nur noch eines unter vielen. Im Zentrum steht die Unterstützung und Vermittlung risikoarmer, gesundheitsschonender und genußorientierter Gebrauchsvarianten im Sinne einer eigenverant-

wortlichen Schadensbegrenzung (vgl. SCHNEIDER, Wolfgang 1993a. Vgl. auch: QUENSEL 1991; SCHMIDT-SEMISCH 1992; SCHNEIDER, Wolfgang 1995b).

Fassen wir auch die allgemeinen Zielsetzungen akzeptanzorientierter Drogenarbeit kurz zusammen: Zielsetzung ist es, mittels Hilfe zur Selbsthilfe, Bereitstellung bedürfnisgerechter Unterstützungsangebote und dem Hinwirken auf notwendige drogenpolitische Konsequenzen DrogengebraucherInnen die selbstbestimmte und eigenverantwortliche Erarbeitung menschenwürdiger Lebensperspektiven mit oder ohne Drogen zu erleichtern und zu ermöglichen.

3.4 Erforderliche drogenhilfepraktische Konsequenzen

Bevor wir die Aufgaben und Angebote detailliert beschreiben, mittels derer akzeptanzorientierte Drogenhilfe die soeben definierte Zielsetzung realisieren sollte, müssen wir noch einige Erläuterungen zu ihrer notwendigen Arbeitsweise voranstellen. Oberste Handlungsmaximen sind:

- **Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts** und der **Betroffenenkompetenz** von DrogengebraucherInnen,
- **absolute Freiwilligkeit** und **Wahlfreiheit** bei der Inanspruchnahme professioneller Drogenhilfe sowie
- **betroffenenorientierte Ausgestaltung der Angebote.**

Diese Arbeitsprinzipien erscheinen uns als conditio sine qua non für die konzeptionelle Weiterentwicklung akzeptierend angelegter Drogenarbeit. Für die Drogenhilfepraxis bedeutet dies u.a., daß die Problemdefinitionsgewalt betroffenenorientiert ausgelegt wird. DrogengebraucherInnen selbst bestimmen über Anbahnung, Intensität, Richtungsverlauf und Verbindlichkeiten der Kontakte. Sie sollen also jederzeit Subjekte der Hilfemaßnahmen bleiben und nicht zu Objekten klinisch-kurativer Strategien der Persönlichkeitsumwandlung degradiert werden. Eine auf absoluter Freiwilligkeit und Wahlfreiheit basierende Drogenarbeit eröffnet ihnen Möglichkeiten, die bis dato dominierende Opfer- und KlientInnenrolle zu verlassen und Eigenverant-

wortung zu übernehmen. Der/die einzelne Drogengebrauchende muß - nach Möglichkeit im Dialog mit seinem/ihrem sozialen Umfeld und mit sachkompetenten Dritten - weitgehend die Autonomie darüber behalten bzw. wiedererlangen, wie er/sie seinen/ihren zukünftigen Lebensweg gestalten will. Um die Frage nach einer möglichen Behandlungsbedürftigkeit und die im Einzelfall einzuleitenden notwendigen Unterstützungen subjektbezogen und bedürfnisadäquat zu beantworten, muß ein kommunikativer Verständigungsprozeß zwischen professioneller Drogenhilfe - oder auch Drogenselbsthilfe - und den jeweiligen Hilfesuchenden auf **gleichberechtigter Basis** stattfinden.

Beziehen wir die in der Drogenforschung ermittelte Heterogenität von Drogenentwicklungsverläufen in die Betrachtung mit ein, wird unsere Forderung nach einer auf Freiwilligkeit beruhenden, subjektbezogenen und bedürfnisadäquaten Begleitung und Unterstützung durch die individuell unterschiedlichen Entwicklungsphasen evident und transparent. Notwendig ist hierfür der Aufbau und die Bereitstellung einer breitgefächerten, differenzierten Angebotspalette. Ohne einen ausgedehnten bürokratischen Hürdenlauf absolvieren zu müssen, sollte jede/r DrogengebraucherIn die Chance erhalten, eigenverantwortlich zu wählen, welche Maßnahme - falls überhaupt eine gewünscht wird - er/sie für sich als die richtige erachtet. Diese sollte er/sie dann auch offeriert bekommen. Das Prinzip der freien Wahl zwischen verschiedenen Behandlungsmaßnahmen (Anerkennung der Betroffenenkompetenz) - z.B. kalter oder warmer (polamidongestützter) Entzug, stationäre oder ambulante Therapie, Substitution mit Methadon HCl, L-Polamidon, (Dihydro-)Codein oder Originalsubstanzen (Heroin, Morphin, Kokain, Amphetamin) - würde dazu beitragen, daß sich die zukünftige Ausgestaltung von Drogenhilfeeinrichtungen stärker als bisher am tatsächlichen Bedarf drogengebrauchender Menschen orientiert. Diese hätten dann nämlich über die Abstimmung "mit den Füßen" (BOSSONG 1991, 3) zunehmend eine Möglichkeit, Einfluß auf deren Ausgestaltung zu nehmen.

Es dürfte deutlich geworden sein: Akzeptanzorientierte Drogenarbeit intendiert keine Verdrängung drogenfreier Angebote, sondern strebt eine Erweiterung und Diversifikation der Angebotspalette an, in der unterschiedlichste ambulante und stationäre Möglichkeiten enthalten sein müssen. Sie bietet, falls dies von den Betroffenen gewünscht wird, Hilfestellungen bei

Ausstiegsversuchen an und/oder leistet praktische, drogenspezifische und drogenunspezifische (Über-)Lebenshilfe bei gleichzeitiger Akzeptanz anhaltenden Drogengebrauchs; dies kann sich mittel- oder langfristig ebenfalls als Ausstiegshilfe erweisen, ist jedoch nicht primär intendiert. Voraussetzung ist, daß seitens der MitarbeiterInnen in der Drogenhilfe eine bis heute noch dominierende 'therapeutische Kopflastigkeit' und eine damit einhergehende Klientelisierungs-, Pädgogisierungs- und psychoanalytische Sezierungstendenz nach Schubladenmuster überwunden wird (vgl. auch: ENGEMANN/SCHNEIDER, Wolfgang 1994).

Im folgenden werden wir nun die Aufgaben und Maßnahmen benennen, die Bestandteile einer differenzierten Angebots- und Wirkungspalette akzeptanzorientierter Drogenarbeit sein müssen. Wir subsumieren dabei die einzelnen Aufgaben- und Angebotselemente unter sieben verschiedene Arbeitsbereiche:

a) Förderung und Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten

b) Einleitung und Begleitung von Substitutionsmaßnahmen

c) Unterstützung von Ausstiegsversuchen aus der Drogenbindung

d) Risikominimierung / Vermittlung von Safer-Use Kenntnissen

e) Zielgruppenspezifische Angebote

f) Öffentlichkeitsarbeit / drogenpolitisches Engagement

g) Gesellschaftspolitische Augabenstellungen

ad a:

Die Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten von DrogengebraucherInnen stellt für akzeptanzorientierte Drogenhilfe eine vorrangige Aufgabe dar. Anders als beispielsweise in den Niederlanden, wo 'Junkie-Bünde' bereits seit ca. 15 Jahren gut organisiert existieren, lösten sich in Deutschland Anfang der 80er-Jahre vergleichbare Zusammenschlüsse (etwa in Berlin, Bremen, Frankfurt und Kassel) nach kurzer Zeit wieder auf. Zum einen, da die repressive deutsche

Drogenpolitik ihnen die Teilnahme am Diskurs verweigerte und zum anderen, weil Substitutionsbehandlungen - die DrogenkonsumentInnen von der Beschaffungs- und Verfolgungsproblematik befreien und ihnen somit die Möglichkeit zur Selbstorganisation bieten - in Deutschland, im Gegensatz zu den Niederlanden, nicht praktiziert wurden (vgl. STÖVER 1994).

Für Drogenhilfe ist es jedoch unerläßlich, direkt mit Betroffenen zu kooperieren. Sie bedarf dringend pragmatischer und bedürfnisadäquater Ansätze, "die auf fundiertem Wissen über die Drogensubkultur und ihre Mechanismen" (GRUND/STERN 1991, 141) basieren sollten. Denn eine Weiterentwicklung der Drogenhilfe greift zu kurz, wenn sie der Forderung nach einem "unmittelbaren Einbezug der Betroffenen in den Umsetzungsprozeß" (GERLACH/KEMMESIES 1990, 38) nicht Rechnung trägt. Mit der kooperativen Einbeziehung von DrogengebraucherInnen würden sich Ansätze kollektiver Lernprozesse und Selbstorganisationsmöglichkeiten eröffnen, deren Wirksamkeit darin begründet scheint, daß sie aus gemeinsam geteilter drogaler Erfahrung mit einem gemeinsam organisierten Prozeß der Aneignung von Handlungschancen verbunden ist (vgl. SCHNEIDER, Wolfgang 1992a). Hier dominieren dann keine 'Experten', die sich durch die jeweiligen Vorstellungen von Drogengefährdung, Drogenabhängigkeit und Lösungsmöglichkeiten legitimieren müssen. Die Gründung von **Junkiebünden, JES-Gruppen** (Junkies, Ehemalige und Substitutierte) und anderen Selbsthilfeorganisationen sind positive Beispiele einer Gebrauchskultur illegalisierter Drogen, deren Entstehung sich auf der aktiven Auseinandersetzung der Betroffenen mit ihrer Alltagspraxis gründet (vgl. etwa: WAGNER 1992. Vgl. auch: 2.2.6).

ad b:

Ein wesentlicher und unverzichtbarer Bestandteil der differenzierten Angebotspalette muß die kostenlose, flächendeckende, für alle Betroffenen leicht zugängliche und ausreichende Vergabe von Substitutionsmitteln [Methadon, L-Polamidon **und** (Dihydro)-codein] sein. Wie mittlerweile auch bundesdeutsche Forschungsergebnisse eindrucksvoll belegen, läßt sich dadurch in relativ kurzer Zeit ein Großteil des Kriminalisierungsdrucks auf DrogengebraucherInnen und deren soziale und psychische Verelendung abschwächen (vgl. etwa: GERLACH 1993; GERLACH/SCHNEIDER 1993 und 1994; GRÜNER 1994; RASCHKE 1994; VERTHEIN/

RASCHKE/KALKE 1995). Darüber hinaus werden der besonders gesundheitsgefährdende Konsum verunreinigter Drogen, die Benutzung unsteriler Spritzbestecke sowie polyvalente und polytoxikomane Gebrauchsmuster stark verringert (vgl. z.B. zur Problematik des Benzodiazepingebrauchs: KÜPER 1993). Mit einer an Doktrinarismus grenzenden Selbstverständlichkeit wird in Deutschland von der überwiegenden Mehrzahl der 'Drogenfachleute' an der Forderung nach einer obligatorischen Teilnahme **aller** Substituierten an psychosozialen Betreuungs- oder Therapiemaßnahmen als integralem Bestandteil von Substitutionsbehandlungen festgehalten, obwohl deren Notwendigkeit empirisch nicht gestützt wird - weder auf nationaler noch internationaler Ebene (vgl. etwa: WARD/MATTICK/HALL 1992). In Übereinstimmung mit STÖVER (1994, 99) sehen wir die Gefahr, daß hier "ein Zwangsmechanismus reproduziert wird, der in der Drogenhilfe in den letzten zwanzig Jahren Schaden genug angerichtet hat" (vgl. auch: NEWMAN 1994).

Das Schaffen von Zwangsbedingungen wäre kontraproduktiv, weil so nur schwerlich ein offenes und ehrliches Vertrauensverhältnis zwischen BetreuerInnen/TherapeutInnen und Betroffenen aufzubauen ist. "Die psycho-soziale Betreuung sollte ihren Verpflichtungscharakter verlieren, um nicht zur widerwilligen und damit therapeutisch wertlosen Zwangsübung zu werden" (BÖVING 1994, 62). Überdies **muß** deutlich sein,

> "daß eine psychosoziale 'Überbetreuung' durchaus auch schädlich sein kann, weil sie nämlich den Entwicklungsprozeß hin zur Selbstverantwortung für die Lebensführung stören kann" (BSCHOR 1990, 7).

Einer Psycho- und Soziopathologisierung sowie Psychiatrisierung nach traditionellem Muster **muß** generell entschieden entgegengewirkt werden. Hiervon dürfen Substitutionsbehandlungen nicht ausgeklammert bleiben. Um es noch einmal zu betonen: Wir lehnen aus o.g. Gründen eine obligatorische psychosoziale Begleitbetreuung oder -therapie ausdrücklich ab. Psychosoziale Unterstützungsangebote müssen allerdings auf **freiwilliger Basis** zur Verfügung stehen - wie im übrigen auch von den Interessenvertretungen der Drogengebrauchenden und Substituierten gefordert (vgl. GÖGELEIN 1994). Wir plädieren für die Schaffung von Anlaufmöglichkeiten speziell für Substituierte (**Substituiertencafes**). Diesbezüglich hat INDRO e.V. - auf der

Grundlage eigener Erfahrungen mit der Betreuung von Substituierten im INDRO-Kontaktladen und den bisherigen Ergebnissen aus bundesdeutschen Forschungsberichten - auch bereits ein Konzept zur (psycho-) sozialen Substitutionsbegleitung vorgelegt (vgl. ausführlich: GERLACH/SCHNEIDER, Wolfgang 1994).

Aktuell plant das Bundesministerium für Gesundheit - aufgrund der Empfehlungen des Bundesgesundheitsamtes und des Sachverständigenausschusses für Betäubungsmittel - in einem Entwurf zur 6. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung, nur noch Methadon und Levo-Methadon zur Substitution zuzulassen (vgl. JANTZER 1994). **Hiergegen protestieren wir aufs schärfste!** Die Erfolge der (Dihydro-)Codein-Substitution sind unbestreitbar (vgl. etwa: GRÜNER 1994; LOOSEN 1994; SIEVERT 1995). Die gleichen 'Experten', die ehemals auf Kosten zunehmender Verelendung die Implementation der Methadonsubstitution in das Drogenhilfespektrum jahrelang erfolgreich blockiert hatten, zeigen nun wieder einmal ewig gestrige Reaktionen. Die Möglichkeit der (Dihydro-)Codein-Substitution muß u.a. deshalb erhalten bleiben, weil es eine Vielzahl an DrogengebraucherInnen gibt, "bei denen aufgrund anderer behandlungsbedürftiger körperlicher und seelischer Erkrankungen eine Therapiefähigkeit für eine Methadon-Substitutionstherapie überhaupt erst hergestellt werden muß" (EWIG 1993, 75), und weil es PatientInnen gibt, die aufgrund "substanzbezogener Nebenwirkungen" (ULMER 1994, 1107) mit Methadon nicht behandelbar sind (vgl. auch: ELIAS 1994).

Wir plädieren eindringlich für eine breite Vielfalt an Substitutionsmöglichkeiten (inkl. Originalstoffvergabe) - auch innerhalb von Justizvollzugsanstalten.

ad c:

Äußern Drogengebrauchende den Wunsch nach Ausstieg aus dem Drogenmilieu und/oder dem Drogengebrauch, sollte ihnen eine breite Palette von Angeboten wahlweise bereitstehen. Maßnahmen für Ausstiegswillige sollten sowohl ambulante und stationäre Langzeit- als auch Kurzzeittherapien mit **unterschiedlichen Anforderungsprofilen** umfassen: etwa Kompakttherapien (Kurzzeittherapie mit integrierter Entgiftung), Mutter- bzw. Eltern-Kind-Therapien, ambulante Betreuungen, Substitutionsmöglichkeiten, Originalstoffvergabe, frauenspezifische

Angebote sowie Möglichkeiten des kostenlosen stationären, 'kalten' und 'warmen' Entzugs (vgl. zur qualifizierten stationären Akutbehandlung: KUHLMANN/HASSE/SAWALIES 1994).

ad d:

Nicht jede/r DrogenkonsumentIn kann oder will seinen/ihren Konsum einstellen. Aufgabe akzeptanzorientierter Drogenarbeit sollte es daher sein, Drogengebrauch als eigenständigen Lebensstil zu akzeptieren und verbraucherInnenorientierte Informationen über risikoarme und gesundheitsschonende Gebrauchsvarianten zu vermitteln (Safer-Use-Regeln) (vgl. etwa: HEUDTLASS/STÖVER/WINKLER 1995; ZURHOLD 1995a). Neben den Hinweisen auf risikobewußte Gebrauchsformen könnten hierzu auch Informationen über Verunreinigungen und Stoffkonzentrationen von illegalisierten Drogen (Heroin, Kokain) dienen, üm Überdosierungen zu vermeiden und die gesundheitlichen Risiken allgemein zu reduzieren. Dies könnte z.B. über die Einrichtung von **Clearingstellen zum Testen von Straßendrogen** erreicht werden (vgl. auch HUGHES 1994). Es gilt auch - sozusagen als "selbstgestaltete Sekundärprävention" (SCHNEIDER, Wolfgang 1991) -, lebensstilbezogene Gebrauchsregeln zu stützen oder gegebenenfalls zu vermitteln. Dies beträfe etwa Gebrauchsregeln wie:

- Einhaltung bestimmter Gebrauchsgelegenheiten
- Distanzhaltung zur Drogenszene
- Kalkulation des Finanzbudgets (bewußte finanzielle Mittelaufwendung
- Prioritätssetzung drogenunspezifischer Äquivalente im Arbeits- und Freizeitbereich
- Vermeidung von Konsum in Krisensituationen
- Beachtung risikobewußter Applikationsformen (etwa sniefen, rauchen, kein Needle-Sharing) (vgl. ausführlich: WEBER/SCHNEIDER, Wolfgang 1992).

Gerade bei der Vermittlung risikobewußter Gebrauchsformen ist es von Vorteil, eng mit in der Szene bewanderten Personen zu kooperieren, da diese aufgrund eigener drogaler Erfahrung Informationen über Szenenetzwerke und informelle Austauschbeziehungen besitzen und nutzen können. Viele Drogengebrauchende wären so eher erreichbar und ansprechbar. Die Vermittlung von risikobewußtem und gesundheitsschonendem Gebrauchsverhalten sollte daher auch vorrangig in Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und einzelnen Betroffenen erfolgen.

Eine Reduzierung gesundheitlicher Risiken ist ferner durch folgende Maßnahmen erreichbar:

- **Verteilung von sterilen Spritzbestecken** (vgl. etwa: SCHULLER/STÖVER 1989; KOCH/EHRENBERG 1992), vor allem auch in Justizvollzugsanstalten (vgl. STÖVER 1994b und 1995)
- Vermittlung und Verbreitung von **Reanimationskenntnissen** an DrogengebraucherInnen (vgl. Münstersche Zeitung vom 22.11.1994)
- Einrichtung von **Gesundheitsräumen** (vgl. STÖVER 1991). Der Betrieb solcher auch als 'Druckräume' bezeichneten Einrichtungen, deren rechtliche Zulässigkeit 1993 in einem Gutachten bekundet wurde (vgl. ausführlich: KÖRNER 1993), ist besonders für kompulsiv Drogengebrauchende eine effektive Überlebenshilfe, da sie dort unter hygienischen Bedingungen und fachgerechter Aufsicht - etwa Medizinalpersonal - konsumieren könnten.
- Gesundheitsräume sollten im Verbund mit **Clearingstellen** zur Analyse von Straßendrogen installiert werden (vgl. SCHNEIDER, Wolfgang 1995b).
- Kostenlose **Hepatitisschutzimpfungen** und flächendeckende, szenenahe **medizinische Akutversorgung**.

Hier wird deutlich: Akzeptanzorientierte Drogenarbeit orientiert sich primär nicht am klassischen Abstinenzgebot. Sie intendiert vor allem auch die Unterstützung von DrogengebraucherInnen, die ihren Konsum nicht einstellen wollen oder können, bei der Realisierung eines eigenverantwortlichen risikoarmen Umgangs mit illegalisierten Drogen. Dazu muß sie auch "Drogen-Beratung" im wahrsten Sinne des Wortes durchführen und Angebote unterbreiten, die einen gesundheitsschonenden Gebrauch ermöglichen und gewährleisten (VebraucherInnenberatung).

ad e:

Für einige GebraucherInnengruppen innerhalb der Drogenszene werden seit geraumer Zeit spezielle adressatInnengruppenbezogene Hilfsangebote unterbreitet, die weiter ausgebaut werden sollten. So gibt es etwa Hilfsangebote für

- HIV-positive DrogengebraucherInnen, z.B. Substitutionsmaßnahmen, Wohnprojekte, Positivengruppen, Stiftungen (vgl. SCHULLER/STÖVER 1990),
- den "harten Kern" der Streetjunkies in den Metropolen des Drogenkonsums (aufsuchen-

de Arbeit mit Spritzenvergabe auf der Szene; Einrichtung von Szenejunkieläden in unmittelbarer Nähe zur Drogenszene (etwa Dortmund).

- Punktuell bestehen auch - so etwa in Bremen (vgl. FRITSCH/STRAUBE 1993), Hessen (vgl. SUCHTREPORT 1994) und Vechta (vgl. KEPPLER 1995) - Substitutionsangebote für inhaftierte DrogengebraucherInnen und spezielle frauenspezifische Unterstützungsangebote, z.B. Therapieeinrichtungen nur für Frauen (vgl. etwa: KRYSSIG/KUTSCHER 1991; ZURHOLD 1993), Telefonberatung für drogenabhängige Frauen (etwa bei MUDRA in Nürnberg), Frauenübernachtungsplätze (vgl. etwa: WASNER 1993) und Prostituiertencafes und Wohnprojekte.
- Verstärkt werden auch betreute Wohnformen (etwa ZiK "Zuhause im Kiez" in Berlin),
- Arbeitsprojekte (etwa das Projekt "Arbeit, Technik und Kultur" in Frankfurt) für Substituierte geschaffen,
- zielgruppenspezifische, erlebnispädagogische Maßnahmen durchgeführt (vgl. etwa: WEINERT 1993)
- und Drogennotrufstellen (mit Tag- und Nachtdienst) aufgebaut (etwa in Frankfurt und Dortmund).
- Sofortvermittlung in Stationäre Therapie (vgl. GLEITZE 1994)

ad f:

Die Angebotspalette akzeptanzorientierter Drogenarbeit sollte neben den bisher genannten überwiegend drogenspezifischen Aufgaben und Maßnahmen auch **drogenunspezifische Hilfestellungen** umfassen. Hierzu zählen wir praktische Alltagshilfen, beispielsweise in den Bereichen Kontakt- und Aufenthaltsmöglichkeiten, Ernährung, Hygiene, Gesundheit, Übernachten, Wohnen, Arbeit, Ausbildung, Freizeit, Umgang mit Behörden, Vergabe von Kleinkrediten, Schuldenregulierung und Rechtsbeistand. Die Angebote sollten **zieloffen** und ohne Motivationsanforderungen zu stellen gewährt werden. Durch Gelassenheit bezüglich der dynamischen und auch diskontinuierlichen Entwicklungsmöglichkeiten beim Drogengebrauchsverhalten, Verzicht auf ultimative Appelle an Verhaltensänderungen und durch bedürfnisgerechte, alltagspraktische Unterstützungen wird es möglich, über eine **Minimierung des Leidensdrucks** selbstinitiierte Ausstiegsversuche zu fördern und auf Wunsch psychosozial stützend zu begleiten (vgl. etwa: INDRO e.V. 1994a und 1994b).

ad g:

Neben der Unterstützung von Selbsthilfepotentialen und dem Aufbau einer pluralen Angebotsstruktur besteht eine dritte Hauptaufgabe akzeptanzorientierter Drogenarbeit in **drogenpolitischen Engagements**. Dazu zählt zum einen eine **sachorientierte, entdiabolisierende Öffentlichkeitsarbeit**. Anzustreben sind dabei auch drogenpolitische Maßnahmen und **Gesetzesänderungen**, die auf übergeordneter Ebene eine Normalisierung und Verbesserung der Lebensbedingungen von DrogenkonsumentInnen ermöglichen. Öffentlichkeitsarbeit kann zum einen durch Kooperation mit Massenmedien geleistet werden. Zum anderen wäre auch durch gezielte Vorträge, Seminare, Fortbildungsveranstaltungen und Fachpublikationen an einer Normalisierung der Drogenthematik zu arbeiten.

Neben drogenpolitischen Verrichtungen stellt auch **praxisnahe Forschung** einen wichtigen Aufgabenkomplex dar (vgl. NIAD 1993). Drogenproblematik und Drogenszene ändern sich kontinuierlich. Drogenhilfe muß daher in enger Kooperation mit einer praxisnahen, sozialwissenschaftlich orientierten Drogenforschung die dynamischen Entwicklungen verfolgen und sich darauf einstellen, um nicht Gefahr zu laufen, erneut Drogenarbeit leisten, die die eigentlichen Problemzonen ausklammert (vgl. SCHNEIDER, Wolfgang 1993d). Hier eignen sich u.E. besonders qualitative Evaluatonsmethoden (vgl. auch: PATTON 1990). Die kontinuierliche Weiterentwicklung der Drogenarbeit sollte auch in **Kooperation mit Betroffenen** erfolgen. Mit den Ende der 80er Jahre entstandenen organisierten Selbsthilfegruppen (etwa: JES, Junkiebünde) stehen jedenfalls seit geraumer Zeit AnsprechpartnerInnen für die FunktionärInnen der Drogenhilfeinstitutionen und für Gesundheits- und DrogenpolitikerInnen zur Verfügung. **Auch akzeptanzorientierte Drogenarbeit muß auf die aktive Mitgestaltung der Drogenpolitik Einfluß nehmen und auf Gesetzesänderungen hinwirken.** Da das Drogenelend vorwiegend durch die Drogenpolitik erzeugt wird, liegt hier der eigentliche Hebel zur Verbesserung und Normalisierung der Lebensbedingungen von DrogengebraucherInnen. Weiter unten werden wir im einzelnen notwendige drogenpolitische Konsequenzen benennen. Drogenpolitische Mitgestaltungsmöglichkeiten bieten sich sowohl auf kommunaler als auch auf überregionaler Ebene (z.B. Bund, Länder) an.

Fassen wir zusammen: Grundlegendes Prinzip akzeptanzorientierter Drogenarbeit ist die Anerkennung des Selbstbestimmungsrechtes und der Menschenwürde von DrogengebraucherInnen. Es wird versucht, verlorengegangene Territorien gemeinsam mit den AdessatInnen zurückzuerobern. DrogengebraucherInnen werden dabei als kompetente AkteurInnen wahrgenommen und als KonstrukteurInnen eines gelingenden, auch drogenbezogenen Alltags angesehen. Akzeptanzorientierte Drogenhilfe erkennt insofern subkulturelle und drogenbezogene Lebenspraxis als existent an und akzeptiert drogenbezogene Lebensstile. Ihre Angebote basieren auf absolut freiwilliger Inanspruchnahme und sind bedürfnisorientiert ausgerichtet - unter Aufgabe des Defizitblickwinkels gegenüber Drogengebrauchenden. Die Angebotspalette muß so breit wie möglich gefächert sein. Es gilt, Selbsthilfeaktivitäten zu unterstützen, Selbstverfügungskräfte zu stärken und zu erweitern, multiple Ausstiegshilfen wahlweise anzubieten und auch niedrigschwellige, alltagspraktische Hilfestellungen zu leisten. Ferner sind für jede/n Konsumenten/in zugängliche Substitutionsmöglichkeiten (inkl. Originalstoffabgabe) und Spritzentausch- oder -abgabeprogramme sicherzustellen. Eine umfassende Informationsvermittlung über gesundheitsschonende Gebrauchsmuster ist anzustreben ("verbraucherInnenfreundliche Beratung"). Wesentlich ist auch die Einrichtung von warmen, d.h. polamidon- oder methadongestützten Entzugsmöglichkeiten, die Ausweitung ambulanter Betreuungs- und Therapieformen im sozialen Nahfeld und die Schaffung von Gesundheitsräumen. Stationäre Therapieangebote bleiben Bestandteil des Hilfesystems; grundlegende konzeptionelle Änderungen sind jedoch notwendige Voraussetzung (u.a. Achtung der Menschenwürde, Resubjektivierung der PatientInnen, Anerkennung von Handlungsautonomie und Betroffenenkompetenz).

Wir plädieren eindringlich für eine akzeptanzorientierte, pluralistisch strukturierte und bedürfnisadäquate Drogenhilfe und Drogenpolitik, die darauf abzielt, DrogenkonsumentInnen bei der selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Erarbeitung realisierbarer Lebensperspektiven **mit und ohne Drogen** zu unterstützen. Dies könnte in entscheidendem Maße zur Überlebenssicherung bei DrogengebraucherInnen beitragen. Auch eine Begleitung eventueller Ausstiegsprozesse aus kompulsiven Gebrauchsmustern wird so auf vertrauensvoller Basis möglich. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit darf allerdings nicht zu einer totalen Überversorgung per Institutionalisierung führen. Sie darf nicht zu einer Kolonialisierung der letzten 'freien' Lebensräume der Betroffenen degenerieren. Eine weitgehende Normalisierung der Lebensbedingungen von KonsumentInnen nicht endemischer Drogen kann aber nur dann gelingen, wenn sich weder die Drogenarbeitspraxis noch die Drogenpolitik nicht weiterhin gegenüber notwendigen Konsequenzen (Entkriminalisierung, Legalisierung) mehr oder weniger vehement verschließt (vgl. COLEMAN 1992; SCHNEIDER, Wolfgang 1993c).

3.5 Exkurs: Drogengebrauch im Justizvollzug

Die Drogensituation in deutschen Justizvollzugsanstalten ist ein Abbild gesellschaftlicher Wirklichkeit: Auch hinter Gefängnismauern gibt es keine drogenfreie "Gesellschaft" (vgl. KEPPLER 1995). Trotz strengster Kontrollen (etwa: Leibesvisitationen, Zellenrevisionen, Fahrzeug- und Warenüberprüfungen) floriert der Handel mit Drogen aller Art. Entgegen allen Beteuerungen der Justiz- und Gefängnisverwaltungen konnten Drogenhandel und -gebrauch weder abgeschafft noch spürbar eingedämmt werden. Dealer gibt es auf jeder Vollzugsstation: Erhältlich sind praktisch alle illegalisierten Drogen, die auch außerhalb von Gefängnissen konsumiert werden (können). Sie werden u.a. von Gefangenen nach Hafturlauben, BesucherInnen, AußenarbeiterInnen, LieferantInnen, aber auch von korrupten VollzugsbeamtInnen eingeschleust und in Umlauf gebracht.

Das Ausmaß illegalisierten Drogengebrauchs in Strafanstalten ist allerdings ebenso wenig erfaßbar wie allgemein die Gesamtzahl drogengebrauchender Menschen. Schätzungen zufolge sitzen aktuell zwischen 10.000 und 20.000 zu Haftstrafen verurteilte DrogengebraucherInnen in den Gefängnissen ein - bei einer Gesamtzahl von 60.000 Stafgefangenen ist das folglich jede(r) sechste bis dritte. Ca. 40 bis 50% davon setzen ihren Konsum während der Haftzeit fort, und zwar überwiegend mit Heroin (vgl. STÖVER 1994b u. 1995). Wir müssen allerdings von einer hohen Dunkelziffer ausgehen, zumal es eine nicht bestimmbare Anzahl an Strafgefangenen gibt, die erstmals während ihrer Inhaftierung mit illegalisierten Drogen in Berührung kommen und in den Drogengebrauch einsteigen.

Auch innerhalb von Haftanstalten dominiert der intravenöse Gebrauch von Heroin. Obwohl sich Spritzenvergabe- und/oder -tauschprogramme als geeignete Maßnahmen zur Verminderung des Übertragungsrisikos etwa von HIV und Hepatitiden (z.B. Hepatitis A, B, C) erwiesen haben, stehen intravenös drogengebrauchenden HaftinsassInnen diese infektionsvorbeugenden Möglichkeiten bis heute in keiner Haftanstalt zur Verfügung (vgl. a. STÖVER 1993). Sterile Spritzbestecke sind Schmuggel - und damit Mangelware - sie sind zudem weitaus schwieriger in Haftanstalten einzuschleusen als Drogen, die z.B. in Pulver- oder Tablettenform weniger leicht entdeckt werden können: Gemeinsamer Spritzentausch ("needle-sharing") ist daher die Regel.

Von den 600 bis 1.200 HIV-infizierten GefängnisinsassInnen sind bis zu 95% intravenös Drogengebrauchende (vgl. etwa: Selecta Nr. 5/1993; STÖVER 1994b). Bei diesen Zahlen handelt es sich um Schätzgrößen, da HIV-Antikörper-Tests nicht in jedem Bundesland bei Haftantritt vorgeschrieben sind. Eindeutig belegt ist aber, daß zwischen dem Aufenthalt in Justizvollzugsanstalten und der Verbreitung der HIV-Infektion unter drogengebrauchenden Strafgefangenen ein enger Zusammenhang besteht: Die Ansteckungsgefahr und -wahrscheinlichkeit steigt mit der Anzahl bzw. der Dauer der Haftstrafen erheblich.

Bezüglich der Infektion mit Hepatitis A, B und C gehen Schätzungen davon aus, daß die Infektionshäufigkeit von Drogengebrauchenden im Strafvollzug 100 bis 200mal höher ist als in der Normalbevölkerung (vgl. STÖVER 1995). So waren etwa bei einer in der Justizvollzugsanstalt Wolfenbüttel durchgeführten Untersuchung von 108 hepatitis-C-positiven Gefangenen 91 Drogengebraucher (vgl. GAUBE et al. 1993). Vergleichbar hohe Infektionsraten werden auch aus anderen Haftanstalten gemeldet (vgl. etwa: KEPPLER 1995).

Welche Möglichkeiten haben intravenös drogengebrauchende Strafgefangene, ihren Drogengebrauch unter den gegebenen Haftbedingungen weniger gesundheitsgefährdend zu praktizieren? Um es vorwegzunehmen: Die Chancen sind mehr als gering.

Der Mehrzahl der inhaftierten Drogengebrauchenden sind die mit der Praxis des needle-sharings verbundenen möglichen gesundheitlichen Folgeschäden zwar durchaus bekannt (vgl. Selecta Nr.

5/1993), aber sterile Spritzbestecke sind - abgesehen von den geringen Mengen, die in die Haftanstalten geschmuggelt oder aus den Krankenstationen entwendet werden-, praktisch nicht erhältlich. Die gebrauchten Spritzen werden in der Regel nur manuell mit Tüchern oder durch Ausspülen mit Leitungswaser "gereinigt", wobei der Reinigungsgrad in bezug auf HIV und Hepatitis gleich null ist. Auch das Abkochen in Wasser - falls diese Möglichkeit überhaupt besteht, denn nicht jede(r) Gefangene bzw. jede Zelle verfügt über einen Tauchsieder oder eine Kochplatte - bietet keinen verläßlichen Schutz vor Infektionen.

Ein Ausstieg aus dem intravenösen Heroingebrauch in risikoärmere, die Gesundheit weniger gefährdende Gebrauchsformen wie sniefen oder rauchen wird aber u.a. aufgrund eines durch o.g. strenge Anstaltskontrollen bedingten hohen Preisniveaus der Drogen - zwei- bis dreifacher Szenepreis - praktisch verunmöglicht (Um die Drogen überhaupt finanzieren zu können, müssen sich viele Betroffene zu entwürdigenden Dienstleistungen erniedrigen, indem sie etwa als Anstaltsprostituierte für Mitgefangene - manchmal sogar auch für einzelne VollzugsbeamtInnen - fungieren und ungeschütztem Geschlechtsverkehr und gesundheitsgefährdenden Sexualpraktiken ausgesetzt sind). Überdies besteht bis heute in den meisten Strafanstalten noch immer nicht die Möglichkeit der Substitution mit L-Polamidon oder Methadon, da bis jetzt erst wenige AnstaltsärztInnen zu Substitutionsbehandlungen bereit sind.

Unter den gegebenen Bedingungen können Safer-Use-Botschaften in Strafanstalten aktuell nur äußerst geringe Chancen eingeräumt werden. Den einzigen wirksamen Schutz für intravenös drogengebrauchende Menschen liefert die Verwendung steriler Spritzbestecke bei jeder Injektion - sämtliche bisher empfohlenen Desinfektionsmittel zur Reinigung gebrauchter Spritzen bieten **keinen** verläßlichen Gesundheitsschutz (vgl. ZURHOLD 1995a).

Trotz dieser Tatsache und obwohl durch eine Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) vom 16. September 1992 zweifelsfrei geklärt wurde, daß die Vergabe von sterilen Einwegspritzen nicht länger als Straftatbestand im Sinne des Paragr. 29, Absatz 1, Satz 2 BtMG (Verschaffung einer Gelegenheit) einzustufen ist und somit auch im Strafvollzug vom Gesetz her möglich wäre, lehnen die JustizministerInnen und Gefängnisverwaltungen weiterhin die

Einführung von Spritzenvergabe- und -austauschprogammen in Justizvollzugsanstalten mehrheitlich ab. Die Gegner solcher infektionsvorbeugenden Maßnahmen berufen sich vor allem auf das die Drogenarbeit noch immer dominierende Abstinenzparadigma: Auch im Strafvollzug gelte das Ideal einer abstinenten Lebensweise. Das Ausmaß des Drogengebrauchs in Gefängnissen und die Probleme und Gesundheitsrisiken für die drogengebrauchenden Gefangenen werden schlichtweg alle geleugnet oder heruntergespielt: Die hygienische Katastrophe nimmt somit ungehindert ihren Lauf. In letzter Zeit wird wieder das alte und wenig 'stichhaltige' Argument bemüht - etwa von der Berliner Justizsenatorin Peschel-Gutzeit -, daß Spritzen als tödliche Waffen gegen Vollzugsbedienstete eingesetzt werden könnten (vgl. WINDEN 1994). Hier wird so getan, als ob bis jetzt keine Spritzen in Gefängnissen existierten.

Angesichts der nachweisbaren massiven gesundheitlichen Gefährdung nicht nur drogengebrauchender Gefangener, sondern auch anderer Mitgefangener, drogengebrauchender Gefangener sind die verantwortlichen Justiz- und GesundheitsministerInnen sowie die GefängnisdirektorInnen aufgefordert, das Ausmaß des Drogengebrauchs in den Justizvollzugsanstalten und die Probleme der dort einsitzenden Drogengebrauchenden endlich wahrzunehmen und differenzierte Hilfen anzubieten.

Als wesentliche erforderliche Maßnahmen zur Verbesserung der Situation drogengebrauchender Strafgefangener seien u.a. folgende genannt:

- Vergabe steriler Spritzbestecke durch den Krankenstationsdienst oder anonym durch Aufstellen von Automaten, wie z.B. aktuell im Frauengefängnis Hindelbank in der Schweiz praktiziert (vgl. STÖVER/TASCHIES/MAUL-BACKER 1995)
- Angebot von kurz-, mittel- und langfristigen Substitutionsbehandlungen (L-Polamidon/ Methadon/ Dihydrocodein oder Naltrexon) für alle Strafgefangenen unter Berücksichtigung ihrer individuellen Wünsche und Perspektiven.
- Durchführung von Safer-Use-Kursen zur Vermittlung eines risikoarmen und gesundheitsschonenden Drogengebrauchs.

3.6 Notwendige drogenpolitische Konsequenzen

Im Zusammenhang mit dem Aufbau und der Durchführung akzeptanzorientierter Drogenarbeit muß - wie wir bereits mehrfach andeuteten - vor allem auch die bundesdeutsche Drogenpolitik problematisiert und neu strukturiert werden.

Letztendlich ist und bleibt das Drogenproblem ein Drogenpolitikproblem: Die repressive Drogenpolitik ruft das Drogenelend erst massiv hervor. Daher liegt der Schlüssel für eine deutliche Verbesserung und Normalisierung der Lebensbedingungen von DrogengebraucherInnen im drogenpolitischen Bereich. Ein Hinwirken auf Veränderungen drogenpolitischer Rahmenbedingungen - und hier insbesondere gesetzlicher Bestimmungen - ist notwendig, denn

> "unter den seit den 20er Jahren herrschenden Prohibitionsbedingungen kann selbst die beste Drogenhilfe nicht mehr sein als der notwendige Kitt, mit dem versucht wird, die vielfältigen politikinduzierten Brüche und deprimierenden Nebeneffekte zu kaschieren. Drogenhilfe kann sich erst dann voll entfalten und ihren eigentlichen Zwecken zuwenden, wenn sich diese Politik grundlegend gewandelt hat. Mehr als alles andere sind hierzu rechtliche Schritte zur Integration der Abhängigen und zur Normalisierung im Umgang mit dem Drogenproblem vonnöten" (BOSSONG 1992, 4. Vgl. auch: AKZEPT e.V. 1993; KEMMESIES 1993).

Das Ziel der Generalprävention, die absolute Drogenfreiheit herbeizuführen, ist gescheitert und wohl auch in Zukunft nicht realisierbar (vgl. SCHNEIDER, Wolfgang 1994b). Zudem hat "die mit (...) einer generalpräventiven Wirkung begründete Politik (...) mehr Drogenkonsumenten in die Gefängnisse als in Therapieeinrichtungen gebracht" (KALKE/GIEBEL 1994, 458). Staatliche Drogenpolitik sollte dies berücksichtigen und den **eigenverantwortlichen Umgang mit Drogen akzeptieren** (vgl. SCHNEIDER, Wolfgang 1992b). DrogengebraucherInnen, die ihren Konsum auch unter größter Repressionsandrohung nicht aufgeben konnten und können, erhielten so die Möglichkeit eines sozial-integrierten und menschenwürdigen Lebens, denn - erinnern wir uns - nicht die Drogen an sich sind gefährlich, sondern gefährlich werden sie durch einen unangemessenen Umgang und durch die gesellschaftliche Kriminalisierung des Gebrauchs.

Eine weitere Verschärfung des heute dominierenden **"legal approach"** (kriminalpolitischer, prohibitiver, repressiver Ansatz) durch eine noch intensivere Strafverfolgung und Pönalisierung des Umgangs mit angeblich sozialschädlichen Drogen verkennt die Komplexität des Drogengebrauchs. Sie setzt - und dies zudem wenig effektiv - sicherheitspolitische Erwägungen und sogenannte generalpräventive Strategien vor betroffenenorientierte und gesundheitsfördernde Maßnahmen.

Eine glaubwürdige staatliche Drogenpolitik müßte u.E. eine Trennung der Märkte von sogenannten weichen und harten Drogen anstreben (vgl. SCHNEIDER, Wolfgang 1993e). Cannabisprodukte sollten gänzlich aus der entsprechenden BtMG-Anlage herausgenommen werden und, wie beispielsweise in den Niederlanden praktiziert, im Handel für Erwachsene frei erhältlich sein. Weder medizinische, gesellschaftliche noch kulturhistorische Gründe legitimieren ein juristisches Verbot (vgl. etwa: HAVES/SCHNEIDER, Wolfgang 1992; SCHNEIDER, Wolfgang 1995c. Vgl. auch: KONEGEN 1992). Zumindest aber sollte die quasi-lizensierte, auf bestimmte Örtlichkeiten (coffee-shops) beschränkte niederländische Praxis des kontrollierten Einzelhandels mit Cannabisprodukten auf die Bundesrepublik übertragen werden. Über alternative Ditributionssysteme muß nachgedacht werden (etwa: Eigenanbau, Genossenschaftsmodell oder Staatsmonopol).

Eine undifferenzierte Gleichsetzung und Gleichbehandlung von Drogen wie Cannabis und Heroin verharmlost die Abhängigkeitspotentiale 'harter' Drogen. Staatliche Präventionsmaßnahmen verlieren bei Jugendlichen gerade dadurch massiv an Glaubwürdigkeit. Viele DrogengebraucherInnen steigen auf 'härtere' Drogen um, weil sie die staatliche Drogenpolitik und Drogenaufklärung am Beispiel von Cannabis als unglaubwürdig erfahren haben. In einigen lokalen Drogenszenen ist es offensichtlich auch zeitweise einfacher, harte Drogen zu erwerben als Cannabisprodukte. Einige DrogenkonsumentInnen beginnen sozusagen aus Gründen von 'Cannabisknappheit' mit dem Konsum härterer Drogen (vgl. WEBER/SCHNEIDER, Wolfgang 1992). Eine Entkriminalisierung der GebraucherInnen von Cannabis und eine Legalisierung der Droge würden dies unterbinden und hätten zudem das Ergebnis, eine Trennung der Märkte von weichen und harten Drogen herbeizuführen. Der Beschluß des Bundesverfassungsgerichtes vom

28. April 1994 (sog. "Haschisch-Urteil") hat lediglich die bereits bestehende Kann-Vorschrift in Paragraph 31a BtMG in eine Muß-Vorschrift umgewandelt. Bei geringen Mengen zum Eigengebrauch muß auf staatsanwaltlicher Ebene vom Strafverfahren abgesehen werden. Eine bundesweite einheitliche Richtlinie zur "geringen Menge" existiert jedoch bis heute (April 1995) nicht. CannabisgebraucherInnen sind zwar endlich (teil-)entkriminalisiert, die Strafbarkeit im Umgang mit Cannabis ist jedoch weiterhin nicht generell aufgehoben.

Weiterhin gilt es, "eine Legalisierung dieser harmlosen und nützlichen Pflanze einzufordern" (SCHNEIDER, Wolfgang 1994h, 25).

Neben der Legalisierung und Entdramatisierung des Cannabisgebrauchs sollte staatliche Drogenpolitik vor allem auch der Tatsache Rechnung tragen, daß einige DrogengebraucherInnen auch unter größter Repressionsandrohung ihren Konsum nicht beenden werden. Es ist ein systematischer Fehler, Drogenkonsum respektive DrogenkonsumentInnen (indirekt) zu pönalisieren, indem sämtliche konsumvorbereitenden Handlungen (Anbau, Erwerb, Besitz usw.) mit Strafe bedroht werden. Drogenpolitik sollte zukünftig die EndverbraucherInnen durch Entkriminalisierung schützen (vgl. SCHNEIDER, Wolfgang 1993c). Die längst überfällige Sicherstellung von flächendeckenden und unterschiedlichen Anforderungsniveaus gerecht werdenden Substitutionsmaßnahmen wäre ein erster Schritt. Eine medizinisch kontrollierte Abgabe von sauberen Opioiden (Methadon, DHC) an HeroingebraucherInnen könnte die KonsumentInnen aus der Illegalität herausholen und ihnen ein weitgehend sozial integriertes Leben ermöglichen. Zudem würden sich - wie wir bereits ausgeführt haben - die Lebensbedingungen der KonsumentInnen erheblich verbessern und die Mortalitätsrate unter Drogengebrauchenden drastisch sinken. Eine derartige politische Vorgabe hätte wahrscheinlich auch für die deutsche Ärzteschaft eine Signalwirkung, um die seit dem Danziger Ärztetag von 1928 favorisierte Orientierung am Abstinenzparadigma **endgültig** zu brechen. Ein weiterer Schritt wäre die Ermöglichung einer **ärztlich kontrollierten Heroinverschreibung** (vgl. etwa: LIEBERHERR 1991; BOSSY 1991; NIMSCH 1993; ARUD 1994; BAGS HAMBURG 1994; DUBEY 1995; HÄMMIG 1995). Hierfür müßte das 1958 erfolgte völlige Verbot rückgängig gemacht werden. Dadurch könnten, wie britische Erfahrungen bezüglich der Heroinkliniken zeigen, auch

jene DrogenkonsumentInnen aus der Illegalität herausgeholt und erfolgreich gesundheitlich stabilisiert und sozial integriert werden, die bisher weder mit abstinenzorientierten noch mit herkömmlichen Substitutionsmaßnahmen erreicht werden (Vgl.. MARKS 1991 und 1992).

Stellen wir abschließend notwendige drogen(rechts)politische Forderungen konkret zusammen.

Kurzfristige Veränderungsmaßnahmen sind:

- Revision des Cannabisverbots (diesbezügliche Änderung der entsprechenden BtMG-Anlage);
- Sicherstellung der rechtlichen Zulässigkeit von flächendeckenden, niedrigschwelligen Substitutionsangeboten mit Methadon, L-Polamidon und DHC sowie kontrollierter Vergabe von Originalsubstanzen (diesbezüglich u.a. Veränderung von Paragraph 13 BtMG / Abschaffung der Ultima-Ratio-Klausel);
- Entkriminalisierung des Anbaus, Erwerbs und Besitzes illegalisierter Drogen zum Eigenverbrauch und Ermöglichung der Überprüfung von Stoffkonzentrationen und Stoffverunreinigungen (diesbezügliche Änderung des Paragraph 29f. BtMG);
- Neufassung des Tatbestands der Verschaffung/Gewährung einer Gelegenheit (Paragraph 29 Abs. 1 Nr. 10 BtMG), um rechtlich abgesichert Gesundheitsräume betreiben zu können;
- Abschaffung der Kronzeugenregelung (Paragraph 31 BtMG), um einer weiteren Entsolidarisierung in der Drogenszene zu begegnen;
- stärkere Inanspruchnahme von Paragraph 29,5 BtMG (Strafmilderung bei geringer Menge zum Eigengebrauch) und Paragraph 37 BtMG (vorläufige Einstellung der Verfahren) - Paragraph 31a als Opportunitätsvorschrift für die Staatsanwaltschaft ist ein erster Schritt in die richtige Richtung;
- stärkere Inanspruchnahme des alten Bewährungsparagraphen (Paragraph 56 StGB);
- Verzicht auf Zwangstherapie (Paragraph 64 StGB);
- Aufgabe des justitiellen Legalitätsprinzips zugunsten des Opportunitätsprinzips.

Leider sind einige Maßnahmen zur Entkriminalisierung und vor allem zur Legalisierung illegalisierter Drogen in der Bundesrepublik nur im Rahmen internationaler Suchtstoffabkommen politisch zu realisieren (vgl. THAMM 1994). Deshalb sind hier verstärkt Anstrengungen auf

internationaler politischer Ebene zur Umsetzung anzustreben. Kurzfristig aber sollte - wie beispielsweise niederländische, britische, schweizerische und selbst US-amerikanische Beispiele zeigen - der durchaus auch aktuell vorhandene nationale Spielraum ausgeschöpft werden. Das in der Bundesepublik geltende und praktizierte justitielle Legalitätsprinzip sollte schnellstmöglich zugunsten des in den Niederlanden praktizierten Opportunitätsprinzips eingeschränkt werden (vgl. auch: SCHOLTEN 1991).

Diese rechtspolitischen Maßnahmen sollten selbstverständlich durch die öffentliche Förderung des Auf- und Ausbaus bedürfnisorientierter, stationärer und ambulanter Unterstützungsangebote in der Drogenhilfe ergänzt werden. Wichtige Eckpfeiler zukünftiger Drogenhilfe seien zusammengefaßt nochmals erwähnt:

- Flächendeckender Ausbau von kostenlosen und differenzierten Substitutionsmaßnahmen und ausreichende Vergabe von sterilen Injektionsbestecken; beide Forderungen gelten auch für inhaftierte DrogenkonsumentInnen;
- Finanzielle und organisatorische Unterstützung von Selbsthilfegruppen (vor allem durch Bereitstellung von Personal-, Miet- und Sachkosten) und Beteiligung dieser Gruppen an der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Drogenhilfepraxis und Drogenpolitik;
- Ausbau niedrigschwelliger, nicht abstinenzorientierter Angebote, in denen auch praktische Alltagshilfen gewährt werden (Kontaktläden, Krisenübernachtungen, Wohnraumversorgung, Essenausgabe etc);
- Differenzierung von Angeboten für Ausstiegsbereite u.a. durch den Ausbau warmer Entzugsmöglichkeiten, einen Rechtsanspruch auf (medizinische) Substitutionsbehandlung, der Erweiterung ambulanter Betreuungs- und Therapiekonzepte und der Möglichkeit für Therapiewillige, unmittelbar und unbürokratisch die Therapie antreten zu können.

Drogenpolitik sollte endlich die Entwicklung einer Perspektive verfolgen, die das Selbstbestimmungsrecht von DrogenkonsumentInnen akzeptiert und die Verringerung gesundheitlicher und sozialer Schäden für die Betroffenen sowie die Minderung der Sekundärrisiken für die Allgemeinheit anstrebt (vgl. auch: SCHEERER 1994a). Da der am wenigsten schädliche Umgang mit Drogen aller Art dann zu erwarten ist,

> "wenn weder durch Prohibitionspolitik die Etablierung eines Schwarzmarktes begünstigt wird, noch bei einer völligen Drogenfreigabe die Imperative des 'weißen' Marktes

> unkontrolliert sich entfalten und mit aggressiver Nachfrageerzeugung Schäden hervorrufen" können (BOSSONG 1992, 5),

stellt u.E. eine staatlich kontrollierte oder ärztlich verordnete Abgabe von (dann nicht mehr) illegalisierten Drogen an Betroffene einen verantwortungsvollen Mittelweg dar (vgl. auch: SCHMIDT-SEMISCH 1990; BOSSONG 1994). Vorteilhaft hierbei wäre, daß die angebotenen Waren

> "einer gewissen Kontrolle hinsichtlich des Reinheitsgehaltes und der Preisgestaltung" unterlägen, "und die Kunden ihrerseits (...) zum eigenen Gesundheitsschutz Produktinformationen, Gebrauchsaufklärung und andere wichtige Ratschläge (z.B. hinsichtlich vernünftiger Applikationsformen und -kontexte) zuverlässig abrufen" könnten (BOSSONG 1992, 5).

Es sollte über die abgestufte, kontrollierte Freigabe von illegalisierten Drogen also nicht nur nachgedacht werden (vgl. etwa: THAMM 1989; SCHMIDT-SEMISCH 1990; HESS 1991; LIEBERHERR 1991; NIMSCH 1993; THE COMMITTEE ON DRUGS AND THE LAW 1994). Die Notwendigkeit wird deutlich, wenn man die Augen nicht davor verschließt, daß sich Drogenprohibitionspolitik und repressive Verfolgungspraxis als kontraproduktiv erwiesen haben. Ohne jetzt auf konkrete Umsetzungsstrategien - die von Heroinabgabezentren (z.B. nach britischem Vorbild; vgl. etwa: NEWCOMBE et al. 1990; STRANG/GOSSOP 1994) bis hin zu ausgeklügelten Rezeptsystemen und Genossenschaftsmodellen (etwa: HARTWIG/PIES 1989) reichen - näher einzugehen, muß eine staatlich kontrollierte, abgestufte Freigabe auch bisher illegalisierter Drogen letztendlich die Konsequenz sein (vgl. FRANKE 1991; BAUER 1992; BAUER/BOSSONG 1992; WICHMANN 1992; SCHMIDT-SEMISCH 1993; GATZEMEIER 1993; SCHMIDT-SEMISCH 1994; STÖVER 1994a).

Die Drogen würden so jenen unter kontrollierten Bedingungen verfügbar gemacht,

> "die sie haben wollen und die sie heute in der illegalen Drogenszene sich beschaffen - koste es was es wolle, nämlich die Gesundheit und oft genug das Leben" (BOSSONG 1991, 7).

4 ABSCHLIESSENDE BEMERKUNGEN DER AUTOREN

Statt eines Schlußwortes sei uns abschließend noch eine persönliche Stellungnahme gestattet: Wie aus dem von uns dargestellten historischen Kontext nachvollziehbar wird, sind die heutzutage mit illegalisiertem Drogengebrauch verbundenen 'Probleme' in erster Linie nicht auf die Drogen selbst oder auf DrogengebraucherInnen zugeschriebene psycho- und/oder soziopathologische Grundstörungen zurückzuführen, sondern sie sind eindeutig Folge einer verfehlten, auf Prohibition und Repression setzenden Drogenpolitik. Wollen DrogenhelferInnen wirklich helfen, d. h. eine Anwaltsfunktion für die Betroffenen übernehmen, dürfen sie sich nicht widerstandslos in ein Korsett rechtlicher Rahmenbedingungen pressen lassen - auf Möglichkeiten drogenpolitischer Einflußnahme haben wir ausführlich hingewiesen.

Nach unserem Verständnis steht im Zielfokus einer akzeptanzorientierten Drogenarbeit die Minimierung der gesundheitlichen, sozialen und psychischen Risiken für Drogengebrauchende. So lange das Betäubungsmittelgesetz in der jetzigen Form existiert bzw. es überhaupt (noch) existiert, und so lange es keinen legalen Zugang zu pharmakologisch reinen Drogen gibt, kann es nur darum gehen, nicht länger das abstrakte Heilungsideal Abstinenz zu predigen, sondern risikoarme und möglichst gesundheitsschonende Gebrauchspraktiken im Sinne von Safer-Use zur Überlebenssicherung unterstützend zu vermitteln und eine verbraucherInnenfreundliche Drogenberatung, im wahrsten Sinne des Wortes, durchzuführen. Eine wirkliche Aufhebung des sozialen wie gesundheitlichen Drogenelends kann letztendlich allerdings nur über die Aufhebung des Drogenverbotes erreicht werden.

Kritische LeserInnen mögen uns u.a. vorwerfen, das hier vorgestellte, akzeptanzorientierte Handlungsmodell sei geschlechtsunspezifisch angelegt. Dieser möglichen Kritik sei mit **ZURHOLD** (1995b, 7) von vornherein entgegengetreten:

> Es "muß reflektiert werden, ob ein geschlechtsspezifischer Ansatz innerhalb des Akzeptanzgedankens überhaupt erforderlich ist. Schließlich beruhen die Konzepte auf einem Menschenbild, daß von einem übergreifenden Verständnis von Selbstbestimmung und Autonomie des Individuums ausgeht und sich explizit an den subjektiven Problemla-

gen orientiert. Akzeptanz beinhaltet somit eine Haltung im Umgang mit Drogengebrauchenden, die sie primär als Menschen mit dem Recht auf eine menschenwürdige Behandlung wahrnimmt. Geschlechtsspezifische Sichtweisen sind eher notwendig, um die jeweiligen von den Frauen definierten Bedürfnisse zu erkennen."

Drogengebrauch begleitet von Beginn an die Menschheitsgeschichte. Eine drogenfreie Gesellschaft hat es nie gegeben, trotz repressivster Strafandrohungen. Nichts spricht dafür, daß es sie jemals geben wird. Vor allem spricht aber nichts dafür, bestimmte Drogen aus unserem Kulturkreis verbannen zu wollen und die GebraucherInnen dieser Drogen zu kriminalisieren und zu marginalisieren. Und schon gar nicht zu rechtfertigen ist ein von vielen konservativen PolitikerInnen geforderter "Krieg" gegen die illegalisierten Drogen nach US-amerikanischem Vorbild der Reagan- und Bush-Ära: Denn Kriege fordern Menschenopfer.

Wir meinen, daß die bereits in 'Friedenszeiten' verstorbenen 16.151 Opfer, die zwischen 1973 und 1994 offiziell als sogenannte Drogentote registriert worden sind, zu einem (weiteren) und mutigen Umkehren bisheriger Drogenpolitik mahnen.

Im Interesse der Überarbeitung und Aktualisierung der vorliegenden Textfassung bitten wir auch weiterhin alle LeserInnen um Übermittlung kritischer Anmerkungen, Anregungen, Korrekturen und Ergänzungen sowie um Zusendung von Erfahrungsberichten, Dokumenten und "grauer" Literatur. Den leider nur wenigen, die bisher dieser Bitte nachgekommen sind, gilt unser besonderer und aufrichtiger Dank.

Ralf Gerlach Stefan Engemann

5 ANGEFÜHRTE LITERATUR

AKZEPT e.V. (Hg.): Leben mit Drogen. Berlin 1991

AKZEPT e.V. (Hg.): Menschenwürde in der Drogenpolitik. Hamburg 1993

AKZEPT e.V. (Hg.): Drogen ohne Grenzen. (Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, Band 4. Hg.: INDRO e.V.). Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin 1995

AMENDT, G.: Sucht - Profit - Sucht. Frankfurt a.M. 1986

ARNAU, F.: Rauschgift. Träume auf dem Regenbogen. C. J. Bucher. Luzern und Frankfurt/M. 1967

ARUD: Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich in der ARUD-Poliklinik ZokL 2. 1. Bericht über die Zeit vom 29. November 1993 bis 31. Mai 1994. Zürich 1994

BAACKE, D.: Jugend und Subkultur. Juventa. München 1972

BAGS HAMBURG: Suchtbericht. Bericht des Drogenbeauftragten ... Hamburg 1994

BARATTA, A.: Rationale Drogenpolitik? Die soziologischen Dimensionen eines strafrechtlichen Verbots. In: Kriminologisches Journal 1990;(1):2-26

BARFUSS, A.: Ist Substitutionstherapie aus ärztlicher Sicht geeignet? - Mediziner noch uneinig. In: Ärzte Zeitung vom 14.3.1995

BARSCH, G.: Stellungnahme der Deutschen AIDS-Hilfe zum Entwurf der 6. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften. Berlin o.J. (1994)

BARSCH, G./HERMANN, W.: Drogen und AIDS in Europa. In: Akzept e.V. (Hg.): Drogen ohne Grenzen. (Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, Band 4. Hg.: INDRO e.V.). Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin 1995, 223-233

BAUER, C.: Heroinfreigabe. Reinbek 1992

BAUER, C./BOSSONG, H.: Konzepte einer kontrollierten Heroinabgabe am Beispiel der Schweiz und Deutschlands. In: Akzept e.V. (Hg.): Menschenwürde in der Drogenpolitik. Hamburg 1993, 133-141

BÄUERLE, D./KÖNIG, H./PEDINA, H.: Praxis der Drogenberatung. Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz 1979

BEHR, H.-G.: Weltmacht Droge. Wien/Düsseldorf 1984

BEHR, H.-G.: Leichen auf dem Königsweg. In: Psychologie Heute 1988;(5):38-43

BEHR, H.-G./JUHNKE, A. et al.: Drogenpolitik in der Bundesrepublik. Reinbek 1985

BENOS, J. et al.: Berliner Methadon-Colloquium: Empfehlungen an die Politik. In: Bewährungshilfe 1987;34(3):320-322

BERLINER AIDS-HILFE e.V.: Konzeption der Arbeit mit i.v. Drogengebraucher/innen. Berlin 1988

BERRIDGE, V./EDWARDS, G.: Opium and the People. Yale University Press. New Haven and London 1987

BIERNACKI, P.: Recovery from opiate addiction without treatment. In: NIDA Research Monograph Series 1990;98:113-119

BILITZA, K.W. (Hg.): Suchttherapie und Sozialtherapie. Göttingen/Zürich 1993

BLASIUS, D.: Der verwaltete Wahnsinn. Frankfurt/M. 1980

BÖHM, R.: Strukturen der bundesweiten Selbsthilfeorganisation JES (Junkies - Ehemalige - Substituierte). In: Akzept e.V. (Hg.): Drogen ohne Grenzen. (Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, Band 4. Hg.: INDRO e.V.). Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin 1995, 197-203

BÖLLINGER, L.: Drogenrecht, Drogentherapie. Frankfurt/M. 1987

BONHOEFFER, K.: I. Alkohol-, Alkaloid- und andere Vergiftungs- psychosen. Aus dem Zyklus von Vorträgen über die "Grundzüge der modernen Psychologie und Psychiatrie", veranstaltet vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen (Wintersemester 1910/11). Reprint in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1977;1(1):37-43

BONHOEFFER, K./ILBERG, G.: Über die Verbreitung und Bekämpfung des Morphinismus und Kokainismus. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 1926;83(3/4):228-249

BOSSONG, H.: Kritische Bestandsaufnahme zur aktuellen Drogenpolitik. In: Werkstattgespräch Drogenpolitik. Juso-Bundesvorstand. Bonn 1991

BOSSONG, H.: Paradigmenwechsel in der Drogenpolitik: Vom Kriminalitäts- zum Krankheitsparadigma? In: Materialien zur Heimerziehung 1992;(3):2-5

BOSSONG, H.: Das Hamburger Heroinmodell. Drogenpolitischer Kontext und praxisbezogene Rahmenbedingungen. In: Sucht 1994;40(4):271-274

BOSSY, C.: Wissenschaftliche Literaturanalyse der kontrollierten Heroin- oder Morphin-Abgabe. Bern 1991

BÖVING, S.: Zur Problematik sozialer Arbeit mit Drogenabhängigen. Ein Beitrag aus Sicht der Sozialpädagogik. Unveröffentl. Dipl.-Arb., Fachhochschule Münster, Fachbereich Sozialwesen. Münster 1994

BRAITMAIER, H.: Niedrigschwellige Drogenarbeit am Beispiel der Hängematte - Notschlafstelle für Suchtmittelabhängige in Nürnberg. In: Streetcorner 1991;(4/2):3-63

BRUDERECK, K.: Konzepte, Erfolge und Hindernisse 'Akzeptierender Drogenarbeit' - Konkretisiert an exemplarischen Projekten. Unveröffentl. Dipl.-Arb. Fachbereich Erziehungswissenschaft. Universität Münster. Münster 1992

BSCHOR, F.: Strategien der Behandlung Drogenbhängiger in Großbritannien. In: Soziale Arbeit 1981a;(1):1-8

BSCHOR, F. (Hg.): Modelle und Methoden gemeindeverbundener Suchtkrankenbehandlung. Teil II: FU-Workshop vom 31.10. - 1.11.80, Berlin (Diskussionsberichte Drogen 1981;5). Berlin 1981b

BSCHOR, F.: Gutachten. Zu Fragen der Substitutionsbehandlung Drogenabhängiger erstellt in der Verwaltungsstreitsache Dr. Fritz Güllich, Dr. Bleck und Dr. Vucelic / Bundesrepublik Deutschland wegen Substitutionsbehandlung (Levomethadon) vor dem Verwaltungsgericht Berlin am 28.06.1990 durch Prof. Dr. med. Friedrich Bschor, Berlin. Berlin 1990

BÜHRINGER, G.: Die juristischen Maßnahmen sollen so gestaltet werden, daß Drogenabhängige möglichst früh therapeutisch erreicht werden und der Strafvollzug weitgehend vermeidbar wird. In: Adams, M. et al. (Hg.): Drogenpolitik. Freiburg 1989, 19-28

BÜHRINGER, G.: Drogenabhängig. Herder. Freiburg 1992

BÜLOW, A. von: Kontrollierter Heroingenuß - eine bisher kaum bekannte Konsumvariante. In: Kriminologisches Journal 1989;21(2):118-125

BUNDESMINISTER FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT (Hg.): Informationen zum Drogen-Problem. Eine Schrift für Eltern und Erzieher. O.O., o.J. (Bonn 1971)

BUNDESMINISTER FÜR JUGEND, FAMILIE, FRAUEN UND GESUNDHEIT/BUNDESMINISTER DES INNEREN (Hg.): Nationaler Rauschgiftbekämpfungsplan. Maßnahmen der Rauschgiftbekämpfung und der Hilfe für Gefährdete und Abhängige. Bonn 1990

BUSSMANN, K.: Bericht über eine Hospitation im Klienten-Status bei der Drogenfachklinik "Im Deerth" ... Dortmund, den 28. Januar 1995

BUTZKO, H.: Das Mystische am Drogenverbot. In: Sozial Extra 1986;(1):28-33

CHORZELSKI, G. et al.: Substitutionsbehandlung in der BRD - eine Bestandsaufnahme. In: Hamburger Ärzteblatt 1993;47(9):272-275

COLEMAN, V.: The Drugs Myth. Why the Drug Wars Must Stop. Green Print. London 1992

DAMMANN, B./SCHEERER, S.: Von der freien Therapie zum Therapie-Vollzugsgesetz? In: Sozial Extra 1986;(1):22-27

DAVIES, J.B.: The Myht of Addiction. Harwood Academic Publishes. Chur 1992

DEUTSCHE AIDS-HILFE e.V./AKZEPT e.V.: Zur aktuellen drogenpolitischen Debatte in der Bundesrepubblik Deutschland. Memorandum. Berlin 1990

DROGEN-REPORT 1994;(4):33-35: Internationale Drogenkonferenz Cities against Drugs.

DUBEY, A.: Canberra considers heroin trial. In: The Journal (Toronto) 1995;24(2)

DWORSKY, N.: freiraum hamburg e.V. - Verein für akzeptierende Drogenarbeit. In: Akzept e.V. (Hg.): Drogen ohne Grenzen. (Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, Band 4. Hg.: INDRO e.V.). Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin 1995, 205-211

EIFERT, B.: Kontaktladen "Krisencafe" - Ein Versuch niedrigschwelliger, akzeptierender Drogenarbeit in Essen. In: INDRO e.V. (Hg.): Reader zur niedrigschwelligen Drogenarbeit in NRW. Berlin 1994, 145-184

EISENBACH-STANGL, I.: Drogenpolitik und ihre Folgen: ein inter nationaler Vergleich. In: Mader, R./Strotzka, H. (Hg.): Drogenpolitik zwwischen Therapie und Strafe. Wien 1980, 355-441

ELBERT, T./ROCKSTROH, B.: Psychopharmakologie. Berlin/Heidelberg 1990

ELIAS, H.: "Der sicherste Weg zur Drogenfreiheit führt über ein Ersatzmittel". In: Deutsche Apotheker Zeitung 1990;130(5):224-225

ELIAS, H.: Polamidon- bzw. Methadonintoleranz. Anlage 2 zum Rundbrief der Deutschen Gesellschaft für Drogen- und Suchtmedizin e.V. vom 25.08.1994

ENGEMANN, S.: Zwei Jahre Erprobung akzeptanzorientierter, niedrigschwelliger Drogenarbeit im Kontaktcafe Münster. Münster 1991

ENGEMANN, S./GERLACH, R.: Neue Wege in der Drogenarbeit - Drogenarbeit im Umbruch?! In: INDRO e.V. (Hg.): Konzeption. Berufsbezogene Fortbildung von Erziehern, Lehrern und Sozialarbeitern zur Problematik illegaler Drogen. Münster 1992, 26-28

ENGEMANN, S./SCHNEIDER, Wolfgang: Niedrigschwellige Drogenarbeit im INDRO-Kontaktladen zu Münster. In: INDRO e.V. (Hg.): Reader zur niedrigschwelligen Drogenabeit in NRW. Berlin 1994

ERLENMAYER, A.: Die Morphiumsucht. Neuwied. 1883

EWIG, H.: Praxismodell Substitutionstherapie. In: Ewig, H. (Hg.): Einstieg zum Ausstieg. Lemke, Peters & Partner. Ratingen 1993, 53-90

FEDERN, P.: Zunahme der Süchtigkeit. Reprint aus: Almanach der Psychoanalyse 1935. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1977;1(2):43-44

FIEDLER, A.: Über den Mißbrauch subcutaner Morphiuminjectionen. In: Deutsche Zeitschrift für praktische Medizin 1874:231

FLORMANN, W.: Deutschland - Im Fadenkreuz der Kartelle. Hanseatischer Fachverlag für Wirtschaft. Rostock 1993

FOERSTER, R.: Der Antheil der deutschen Irrenärzte an der Antialkoholbewegung in Deutschland. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 1903;(2):17-22

FRANKE, M.: Ansätze, Inhalt und Ziele einer neuorientierten Drogenpolitik. Kassel 1989

FRANKE, S.F.: Grundlagen und Umrisse eines Konzeptes zur Freigabe illegaler Drogen. In: Grözinger, G. (Hg.): echt auf Sucht? Berlin 1991, 97-124

FRITSCH, K.J./STRAUBE, I.: Substitution des Heroins durch Methadon in den Bremer Justizvollzugsanstalten. In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit 1993;(6):224-228

FROM, M./HEINRICH, J.-M. (Hg.): Täglich 5 Gramm Morphium. 2. Auflage. A-verbal. Berlin 1983

GASTPAR, M./RÖSINGER, C.: Substitutionsgestützte Behandlung der Opiatabhängigkeit. In: Deutsches Ärzteblatt 1993;90(23):1742-1743

GATZEMEIER, H.: Heroin vom Staat. Für eine kontrollierte Freigabe harter Drogen. München 1993

GEMEINSAME STELLUNGNAHME des Wissenschaftlichen Kuratoriums der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren und der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. zur Substitution Drogenabhängiger. In: Suchtgefahren 1988;34(4):351-352

GERLACH, R.: Kontrollierter Gebrauch illegaler Drogen u. Selbstheilung. In: Materialien zur Heimerziehung 1992;(3):5-8

GERLACH, R.: Substitutionsbehandlungen durch niedergelassene Ärzte - Forschungsergebnisse, praktische Erfahrungen, notwendige Konsequenzen. Vortragsmanuskript zum IFT-Workshop "Methadonsubstitution in Deutschland" am 13. und 14. Mai 1993 in Bonn. Münster 1993

GERLACH, R./KEMMESIES, U.E.: Resubjektivierung und Normalisierung für ein "AKZEPTANZPARADIGMA" als Handlungsmaxime der Drogenarbeit. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1990;13(3/4):29-34

GERLACH, R./SCHNEIDER, Wolfgang: Abstinence and acceptance? The problematic relationship between the German abstinence paradigm, low-threshold oriented drug work, and methadone. In: Drug and Alcohol Review 1991a;10:417-421

GERLACH, R./SCHNEIDER, Wolfgang: Akzeptanz und Abstinenz? Das deutsche Abstinenzparadigma, niedrigschwellige Drogenarbeit und Methadon - Problematisierung eines Zusammenhanges. In: ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 1991b;22(3):203-215

GERLACH, R./SCHNEIDER, Wolfgang: Acceptance & Abstinence? In: International Journal on Drug Policy 1992;3(2):83-86

GERLACH, R./SCHNEIDER, Wolfgang: Substitutionsbehandlungen in Bonn. Eine regionale Erhebung. Münster 1993

GERLACH, R./SCHNEIDER, Wolfgang: Methadon- und Codeinbehandlung. Erfahrungen, Forschungsergebnisse, Konsequenzen. (Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit. Band 3. Hg.: INDRO e.V.). Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin 1994

GLEITZE, W.: Ohne Wartezeit in die Drogentherapie. In: faktum 1994;(2):16-18

GÖGELEIN, P.: Drogengebrauch und Selbstbestimmung. Junkiefachtag der AIDS-Hilfe NRW e.V. AIDS-Hilfe NRW e.V. Köln 1994

GÖLZ, J.: Praxis der Polamidon-Substitution durch den niedergelassenen Arzt. In: Der Kassenarzt 1992;(15):38-48

GRIMM, G.: Die Lösung des Drogenproblems. Flintbek 1985

GRINSPOON, L./BAKALAR, J.B.: Marihuana, the Forbidden Medicine. Yale University Press. New Haven and London 1993

GRUND, J.-P./STERN, L.S.: Die Drogensubkultur und betroffenennahe Ansätze zur HIV-Prävention. In: Stöver, H. (Hg.): Der tolerierte intravenöse Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen- und Aids-Hilfe. Berlin 1991, 129-143

GRÜNER, J.F.: Risiken und Nutzen der Dihydrocodein- und der Methadonsubstitution sind vergleichbar. In: Sucht 1994;40(1):40-43

GUNDLACH, T.: Die Kontrolle der Drogendelinquenz aus der Sicht einer Großstadtpolizei unter besonderer Berücksichtigung der offenen Drogenszene. In: DVJJ-Journal 1994;5(2):150-157

GUNKELMANN, M.: Zur Geschichte des Kokains. In: Scheerer, S./Vogt, I. (Hg.): Drogen und Drogenpolitik. Frankfurt/New York 1989, 359-367

HAI, H./RIPPCHEN,R.: Das Hanf-Handbuch. Werner Pieper's Medienexperimente und Nachtschatten Verlag. Löhrbach/Solothurn o.J. (1994)

HÄMMIG, R.: DDD (diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe) -Programme in der Schweiz unter besonderer Berücksichtigung des KODA-1 Projektes in Bern. In: Akzept e.V. (Hg.): Drogen ohne Grenzen. (Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, Band 4. Hg.: INDRO e.V.). Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin 1995, 255-260

HAPPEL, H.-V./FISCHER, R./WITTFELD, I.: Selbstorganisierter Ausstieg. Überwindung der Drogenabhängigkeit ohne professionelle Hilfe. Endbericht. Frankfurt o.J. (1993)

HARM, W. (Hg.): Mein Kind nimmt Drogen. Rowohlt. Reinbek 1994

HARTMANN, R. et al.: Modellprogramm Verstärkung in der Drogenarbeit - "Booster-Programm" - Abschlußbericht. Nomos. Baden-Baden 1994

HARTWIG, K.-H./PIES, I.: Drogen vom Staat. Plädoyer für eine ökonomisch fundierte Politik. In: Die Zeit 1989;(10):95

HAVES, W./SCHNEIDER, Wolfgang: Kontrollierter Gebrauch illegaler Drogen: Forschungsstand und Konsequenzen. In: Drogalkohol 1992;16(2):75-89

HAVES, W./SCHNEIDER, Wolfgang: Risiko Cannabis? Zum Stand sozialwissenschaftlicher Cannabisforschung. In: ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 1993;24(4):319-332

HAYTER, A.: Opium and the Romantic Imagination. Faber and Faber. London 1968

HECKMANN, W.: Therapeutische Gemeinschaften für Drogenabhängige: Geschichte - gegenwärtige Praxis - Zukunftsprobleme. In: Heckmann, W. (Hg.): Vielleicht kommt es auf uns selber an. Frankfurt 1980, 10-26

HECKMANN, W.: Zur Einführung in ein mystifiziertes Gebiet sozialer Arbeit: Drogentherapie - Erfahrungen, Hoffnungen, Enttäuschungen. In: Heckmann, W. (Hg.): Praxis der Drogentherapie. Weinheim/Basel 1982, 7-31

HECKMANN, W.: Verbesserung und Ausbau des Hilfesystems. Die Angebote können nicht vielfältig genug sein. Defizite bestehen insbesondere bei schwellenlosen und niedrigschwelligen Einrichtungen. In: Adams, M. et al. (Hg.): Drogenpolitik. Freiburg 1989, 42-52

HECKMANN, W. et al.: Drogennot- und -todesfälle. Nomos. Baden-Baden 1993

HEIDIG, M.: Niedrigschwellige Angebote - Chance für die professionelle Drogenarbeit. Unter Berücksichtigung der HIV-Problematik. Unveröffentl. Dipl.-Arb. an der Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin. Berlin 1989

HELLENBRECHT, D.: Kontroversen zur Drogentherapie. In: Nimsch, M. (Hg.): Heroin auf Krankenschein? Basel/Frankfurt 1993, 160-188

HENTSCHEL, U.: "Niedrigschwellige Drogenarbeit". Ein Projekt in Nordrhein-Westfalen. In: Gestaltung und Integration 1990;(1):196

HERER, J.: Die Wiederentdeckung der Nutzpflanze Hanf. Zweitausendeins. Frankfurt/M. 1993

HERMANN, W.: JES - Europäische Arbeitsgruppe für die Rechte von Drogengebrauchern. In: Ludwig, R./Neumeyer, J. (Hg.): Die narkotisierte Gesellschaft? Marburg 1991

HERWIG-LEMPP, J.: Von der Sucht zur Selbstbestimmung. Borgmann. Dortmund 1994

HESS, H.: Drogenmarkt und Drogenpolitik. Zur Kritik der Prohibition. In: Ludwig, R./Neumeyer, J. (Hg.): Die narkotisierte Gesellschaft? Marburg 1991, 32-49

HEUDTLASS, J.-H./STÖVER, H./WINKLER, P.: Risiko mindern beim Drogengebrauch. Fachhochschulverlag. Frankfurt/M. 1995

HOHAUS, G.-P.: "Der Frauen-Knast ist die wahre Hölle". In: Morgenpost (Hamburg) vom 18.3.1994

HUGHES, C.: A street drug analysis service. In: Druglink Nov./Dec. 1994, 19

HÜPPE, H.: Stichwort DROGEN. (Materialienmappe). Bonn 1993

INDRO e.V. (Hg.): Reader zur niedrigschwelligen Drogenarbeit in NRW. Erfahrungen, Konzepte, Forschungen. (Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, Bd. 2). Münster 1994a

INDRO e.V. (Hg.): Akzeptanzorientierte niedrigschwellige Drogenarbeit. INDRO-Jahresbericht 1993/94. Münster 1994b

JACOB, W.: Zur Statistik des Morphinismus in der Vor- und Nachkriegszeit. Reprint aus: Archiv für Psychiatrie, Bd. 76, 1925. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1984;7(1/2):87-96

JANTZER, M.: BGA hält Substitution mit Codein und DHC für "nicht geeignet". In: Ärzte Zeitung 1994;102:3

JOEL, E./FRÄNKEL, F.: Der Cocainismus. Berlin 1924

JUNGBLUT, H.-J.: Niedrigschwelligkeit. Kontextgebundene Verfahren methodischen Handelns am Beispiel akzeptierender Drogenarbeit. In: Rauschenbach, T. et al. (Hg.): Der sozialpädagogische Blick. Juventa. Weinheim 1993

KALKE, J./GIEBEL, K.: Neue Wege in der Drogenpolitik: Das Hamburger Methadon-Programm. In: Gegenwartskunde 1994;4:457-466

KEMMESIES, U.E.: Polytoxikomanie - eine idiographische Fallanalyse. Unveröffentl. Dipl.-Arb. Universität Münster, Fachbereich Erziehungswissenschaft. Münster 1989

KEMMESIES, U.E.: Zur (V)Er(un)möglichung akzeptierender Drogenarbeit. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1993;16(2/3):55-62

KEPPLER, K.: Drogensituation im Vollzug. In: Akzept e.V. (Hg.): Drogen ohne Grenzen. (Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, Band 4. Hg.: INDRO e.V.). Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin 1995, 103-108

KEUP, W.: Clonidin - seine Möglichkeiten in der Pharmakatherapie der Heroinabhängigkeit. In: Deutsches Ärzteblatt 1983;(3):3-8

KINDERMANN, W.: Drogen. Knaur. München 1993

KLEIBER, D.: "HIV-positiv und drogenabhängig". In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1990;13(1):19-26

KOCH, S.: Wege aus der Grauzone. In: Taz vom 17.2.1994

KOCH, U./EHRENBERG, S.: Akzeptanz AIDS-präventiver Botschaften: Evaluation der Aufklärungs- und Beratungsarbeit bei i.v. Drogenabhängigen in der Bundesrepublik. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.: AIDS und Drogen II. Evaluation AIDS-präventiver Botschaften. AIDS-Forum D.A.H., Band IX. Berlin 1992, 27-99

KONEGEN, N.: Stand der Cannabis-Forschung. Gutachten im Auftrag der Landesregierung NW. Herne 1992

KÖNIG, V.: Der Weg aus der Sucht kostet pro Patient und Tag höchstens fünf Mark. In: Neue Presse vom 5.4.1994

KÖNNECKE, B.: Schrittweise aus der Sucht. In: Suchtreport 1993; (4):38-43

KÖRNER, H.H.: Strafrechtliches Gutachten zur Zulässigkeit von Gesundheitsräumen für den hygienischen und streßfreien Konsum von Opiatabhängigen. Frankfurt am Main, den 17. Mai 1993

KOWALSKY, K.: Die "real existierenden" Langzeittherapien. In: Ludwig, R./Neumeyer, J. (Hg.): Die narkotisierte Gesellschaft? Marburg 1991, 113-126

KRAUSS, G.: Für eine Professionalisierung akzeptierender Drogenhilfe. In: Streetcorner 1993;6(2):4-5

KUHLMANN, T./HASSE, H.E./SAWALIES, D.: Die qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger in NRW. In: Psychiatrische Praxis 1994;21:13-18

KÜPER, A.: Die Veränderung der Drogenszene in Deutschland durch das Benzodiazepinderivat Rohypnol. Unveröffentl. Dipl.-Arb. Fachhochschule Münster, Fachbereich Sozialwesen. Münster 1993

LAMBERTI, M./LAMOUR, C.: Die Opium-Mafia. Suhrkamp. Frankfurt a.M. 1973

LEGGE, I. et al.: Sozialer und medizinischer Hintergrund des Drogentodes. Hamburg 1993

LEVINSTEIN, L.: Die Morphiumsucht. Berlin 1877

LINDENMEYER, J.: Lieber schlau als blau. Psychologie Verlags Union. Zweite, überarbeitete Aufl. Weinheim 1993

LINTNER, E.: Drogenpolitik im Wandel. In: Sauer, R./Singer, J. (Hg.): Keine Macht den Drogen. mvg-Verlag. München 1994, 20-26

LOOSEN, W.: Kodeinsubstitution. Drogenkranken zu einem menschenwürdigen Leben verhelfen. In: Der Kassenarzt 1994;(26):21-23

MAIER, H.W.: Der Kokainismus. Leipzig 1924

MARKS, J.: The North Wind and the Sun. In: Proceedings of the Royal College of Physicians of Edinburgh 1991;21(3):319-327

MARKS, J.: Heroinvergabe. Das englische System in Widness, Merseyside. In: Neumeyer, J./Schaich-Walch, G. (Hg.): Zwischen Legalisierung und Normalisierung. Marburg 1992, 57-64

McMURRAN, M.: The Psychology of Addiction. Tayler & Francis. London 1994

MERCKLIN, A.: Über Opiumanwendung bei zyklothymen Depressionen und Schlafstörungen. Reprint aus: Zeitschrift für Psychiatrie, 84. Bd., 1925. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1986;9(1-2):99-101

MEYERS Konversations=Lexikon. Dritte gänzlich umgearbeitete Auflage, 9. Bd. Leipzig 1876, 290

MICHELS, I.I.: Perestroika im Drogenkrieg. In: D.A.H. Aktuell 1991;(2):20-22

MICHELS, I.I.: Critical analysis of the drug treatment policy in Germany. In: Reisinger, M. (ed.): AIDS and drug addiction in the European Community. Brussels 1993, 90-102

MINISTRY OF HEALTH: Departmental Committee on Morphine and Heroin Addiction. Report. HMSO. London 1926

MÜLLER, R./SCHULLER, K./TSCHESCHE, A.: "Freie Therapie" als totale Institution. In: Bossong, H./Marzahn, C./Scheerer, S. (Hg.): Sucht und Ordnung. Frankfurt/M. 1983, 59-70

MURKEN, H.-M.: Druckräume und Druckplätze in Bremen. In: Akzept e.V. (Hg.): Menschenwürde in der Drogenpolitik. Berlin 1994, 66-67

NADLER, K.H.: Drogen - Rauschgift und Medizin. München 1991

NEWCOMBE, C. et al.: (O.T.). In: Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main: 1. Konferenz: Europäische Städte im Zentrum des illegalen Drogenhandels. Dokumentation. Stadt Frankfurt am Main. Frankfurt 1991

NEWMAN, R.G.: Prescribing methadone, pursuing abstinence. In: Mannaioni, P.F./Masini, E. (eds.): Addictive Drugs and Addictive States - The State of the Art. Addiction Research Foundation of Italy. Padova 1994, 25-32

NEWMAN, R.G.: Methadon-Behandlung: Beobachtungen und Empfehlungen. In: Akzept e.V. (Hg.): Drogen ohne Grenzen. (Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, Band 4. Hg.: INDRO e.V.). Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin 1995a, 327-335

NEWMAN, R.G.: Another Wall That Crumbled - Methadone Maintenance Treatment in Germany. In: American Journal of Drug and Alcohol Abuse 1995b;21(1):27-35

NIMSCH, M. (Hg.): Heroin auf Krankenschein? Basel/Frankfurt 1993

PATTON, M.Q.: Qualitative Evaluation and Research Methods. Sage Publications. London 1990.

PENKERT, W.: Akzeptieren - was heisst denn das? In: Suchtreport 1992;(5):51

PIES, I.: Bedeutet die Liberalisierung eine Kapitulation vor dem organisierten Verbrechen? In: Staatlich kontrollierte Abgabe von Heroin? Chancen und Risiken der praktischen Umsetzung. ExpertInnenanhörung der Fraktion DIE GRÜNEN im Hessischen Landtag am 19. März 1992, 58-62

PLEIN, P.: Steicheleinheiten statt Keule! Hilft Methadon? In: Der Kassenarzt 1987;(3):14-19

PRZYBILLA, K.: Drogen in der Stadt. Münster 1982

PÜSCHEL, K.: Drogen - Ihre Wirkungen, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen. In: Heudtlass, J.-H./Stöver, H./Winkler,P. (Hg.): Risiko mindern beim Drogengebrauch. Fachhochschulverlag. Frankfurt/M. 1995, 14-67.

QUENSEL, S.: Unsere Einstellung zur Droge. In: Kriminologisches Journal 1980;12(1):1-16

QUENSEL, S.: Drogenelend. Frankfurt/New York 1982

QUENSEL, S.: Zu den Auswirkungen von AIDS auf die Drogenarbeit: Bieten sich Chancen? In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1986;9(4):27-33

QUENSEL, S.: Einige Fragen zur akzeptierenden Drogenarbeit. In: Schuller, K./Stöver, H. (Hg.): Akzeptierende Drogenarbeit. Freiburg 1990a, 61-69

QUENSEL, S.: Wann der Helfer wirklich hilft. In: Suchtreport 1990b;(6):49-55

QUENSEL, S.: Aufklären über Prävention. In: Ludwig, R./Neumeyer, J. (Hg.): Die narkotisierte Gesellschaft? Schüren. Marburg 1991, 59-68

RASCHKE, P.: Substitutionstherapie. Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen. Lambertus. Freiburg 1994

RASCHKE, P./KALKE, J.: Substitutionstherapie in der Bundesrepublik Deutschland. In: Neue Praxis 1993;(3):207-219

RÄTSCH, C.: Hanf als Heilmittel. Löhrbach 1992

RENGGLI, R./TANNER, J.: Das Drogenproblem. Springer. Berlin/Heidelberg 1994

RIDDER, M. de: Heroin. Geschichte - Legende - Fakten. In: Grözinger, G. (Hg.): Recht auf Sucht? Berlin 1991, 16-37

ROLOFF, I.: Sucht ist kein selbstgewählter Lebensstil. In: Suchtreport 1995;(2):12-19

ROSWITHA: Die Alternative: Fixer-Cafes in Eigenregie. In: Junkfurter Ballergazette 1994;5(4):9-11

SAUER, R.: Anstatt neuer Konzepte bisherige Drogenpolitik verbessern. In: Sauer, R./Singer, J. (Hg.): Keine Macht den Drogen. mvg-Verlag. München 1994, 117-129

SCHACKE, J.: Suchtkrankenhilfe. Aufbruch zu neuen Ufern. In: Bock, T./Weigand, H. (Hg.): Hand-werks-buch Psychiatrie. Bonn 1991, 348-369

SCHARDT, S./POPP, S.: Expanding the European Cities Network Will Create an Effective Force for Change. In: The Drug Policy Letter 1993;(21):4-5

SCHEERER, S.: Therapie als Strafe. Therapie als Kontrolle. In: Sozialmagazin 1980;5(7/8):22-32

SCHEERER, S.: Die Genese der Betäubungsmittelgesetze in der Bundesrepublik Deutschland und in den Niederlanden. Göttingen 1982

SCHEERER, S.: Drogentherapie und Grundgesetz. In: Bossong, H./Marzahn, C./Scheerer, S. (Hg.): Sucht und Ordnung. Frankfurt/M. 1983, 84-96

SCHEERER, S.: Drogenpolitik und Drogenstrafrecht - Prämissen und Perspektiven. In: Reindl, R./Nickolai, W. (Hg.): Drogen und Strafjustiz. Lambertus. Freiburg 1994a, 11-26

SCHEERER, S.: Cocaine Use and Cocaine Policy in Europe. In: 4th Conference: European Cities on Drug Policy (ECDP). Conference Reader. ECDP Coordination Bureau. Frankfurt o.J. (1994b), 8-11

SCHIVELBUSCH, W.: Das Paradies, der Geschmack und die Vernunft. Frankfurt a.M. 1990

SCHLÜTER, H.-J.: Kritik an den geänderten NUB-Richtlinien. In: Westfälisches Ärzteblatt 1994;48:18-20

SCHMERL, C.: Drogenabhängigkeit. Opladen 1984

SCHMID, M.: Thesen zur akzeptierenden Drogenhilfe. Manuskript. O.O., o.J. (Offenbach 1993)

SCHMIDT, R.: Druckmobile/Druckräume: Überlebenshilfe für Drogenabhängige. Hamburg 1991

SCHMIDT-SEMISCH, H.: Drogenpolitik. Zur Entkriminalisierung und Legalisierung. AG Spak. München 1990

SCHMIDT-SEMISCH, H.: Drogen als Genußmittel. AG Spak. München 1992

SCHMIDT-SEMISCH, H.: Ohne Legalisierung geht es nicht. In: Akzept e.V. (Hg.): Menschenwürde in der Drogenpolitik. Hamburg 1993, 125-132

SCHMIDT-SEMISCH, H.: Die prekäre Grenze der Legalität. AG Spak. München 1994

SCHNEIDER, Lothar: Drogenarbeit zwischen Profession und Selbsthilfe. In: Heckmann, W. (Hg.): Praxis der Drogentherapie. Weinheim/Basel 1982, 141-162

SCHNEIDER, Wolfgang: Die Aufhebung des deutschen Abstinenzparadigmas. Zur Funktionsbestimmung niedrigschwelliger Angebote in der Drogenarbeit. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1990; 13(3/4):35-43

SCHNEIDER, Wolfgang: Gebt das Abstinenz-Dogma auf! In: Sozial Extra 1991;(10):9-11

SCHNEIDER, Wolfgang: Akzeptierende Drogenarbeit als Empowerment. In: Psychologie und Gesellschaftskritik 1992a;17(2):73-89

SCHNEIDER, Wolfgang: Perspektiven einer pragmatisch und pluralistisch orientierten Drogenarbeit und schadensbegrenzenden Drogenpolitik. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1992b;15(4):27-33

SCHNEIDER, Wolfgang: Illegaler Drogengebrauch und selbstregulierende Schadensbegrenzung. In: Psychologie und Gesellschaftskritik 1993a;(2):73-89

SCHNEIDER, Wolfgang: Selbstgestaltete Sekundärprävention. Akzeptierende Drogenarbeit als Vermittlung und Stützung risikobewußter Gebrauchsregeln. In: Böllert, K./Otto, H.-U. (Hg.): Umgang mit Drogen. Bielefeld 1993b, 27-43

SCHNEIDER, Wolfgang: Warten auf Godot? Zur Notwendigkeit der Entkriminalisierung des Drogengebrauchs als Politik der Schadensbegrenzung. In: Päd. Extra 1993c;(4):62-67

SCHNEIDER, Wolfgang: Methodische Defizite der Evaluationsforschung im Drogenbereich. In: Neue Praxis 1993d;23(3):219-227

SCHNEIDER, Wolfgang: Statement zur Anhörung der SPD-Landtagsfraktion Rheinland-Pfalz "Neue Wege in der Drogenpolitik" am 26.1.1993 in Mainz. Anlage in: SPD-Landtagsfraktion Rheinland-Pfalz (Hg.): Neue Wege in der Drogenpolitik. Dokumentation der Anhörung. Mainz 1993e

SCHNEIDER, Wolfgang: Zehn kleine Negerlein oder wen beißen zuletzt die Hunde. Entkriminalisierung des Drogengebrauchs als Politik der Schadensbegrenzung. (Manuskript). Münster 1994a (Submitted)

SCHNEIDER, Wolfgang: Sinn und Unsinn der Drogenprävention. Einige ketzerische Bemerkungen. In: Sozialmagazin 1994b;19(5):28-37

SCHNEIDER, Wolfgang: Selbstausstieg als Transition. Bedingungen und Chancen eines selbstinitiierten, privatorganisierten und umweltgestützten Ausstiegsprozesses. In: Sucht 1994c;40(3):195-200

SCHNEIDER, Wolfgang: Akzeptierende Drogenarbeit. Ein neues Paradigma? In: INDRO e.V. (Hg.): Akzeptanzorientierte niedrigschwellige Drogenarbeit. INDRO-Jahresbericht 1993/94. INDRO e.V. Münster 1994d, 8-15

SCHNEIDER, Wolfgang: Kontrollierter Gebrauch illegaler Drogen als selbstregulierende Schadensbegrenzung. In: Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 1994e;77(3):178-187

SCHNEIDER, Wolfgang: Kontrollierter Umgang mit Drogen. In: Drogenmagazin 1994f;20(4):15-22

SCHNEIDER, Wolfgang: Akzeptierende Drogenarbeit: Ein neues Paradigma? In: Sozial Extra 1994g;18(5):2-3

SCHNEIDER, Wolfgang: Coffee-Shop in Münster? In: Stadtblatt 1994h;(6):25

SCHNEIDER, Wolfgang: Ausstiegswege aus der Sucht illegaler Drogen. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament) 1995a;B 9:13-21

SCHNEIDER, Wolfgang: Leitlinien einer akzeptanzorientierten Drogenhilfe und menschenwürdigen Drogenpolitik. (Manuskript). Münster 1995b (Erscheint in: Psychologie und Gesellschaftskritik 1995)

SCHNEIDER, Wolfgang: Risiko Cannabis? (Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, Band 5. Hg.: INDRO e.V.). Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin 1995c

SCHNEYDER, W.: Das Drogenlexikon. Greifenverlag. Rudolstadt/Gipf-Oberfrick 1993

SCHOLTEN, B.: Integrated drug policy. In: Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main: 1. Konferenz: Europäische Städte im Zentrum des illegalen Drogenhandels. Dokumentation. Frankfurt 1991

SCHRÖDER, B.: Heroin. Reinbek 1993

SCHULLER, K.: Von Release zur Therapeutischen Kette - und zurück? In: Schuller, K./Stöver, H. (Hg.): Akzeptierende Drogenarbeit. Freiburg 1990, 31-51

SCHULLER, K./STÖVER, H.: Bericht über die Bremer Drogenarbeit. In: Suchtreport 1986;(4):11-15

SCHULLER, K./STÖVER, H.: Die Zugänglichkeit zu sterilem Spritzbesteck. Berlin 1989

SCHULLER, K./STÖVER, H. (Hg.): Akzeptierende Drogenarbeit. Lambertus. Freiburg 1990a

SCHULLER, K./STÖVER, H.: Kontaktläden und "Druckräume". In: Schuller, K./Stöver, H. (Hg.): Akzeptierende Drogenarbeit. Freiburg 1990b, 78-91

SCHULZ, P.: Drogenscene - Ursachen und Folgen. Herder & Herder. Frankfurt/New York 1974

SCHWEER, T./STRASSER, H.: Cocas Fluch. Westdeutscher Verlag. Opladen 1994

SCHWENDTER, R.: Drogenabhängigkeit und Drogenkultur. Österreichische Staatsdruckerei. Wien 1992

SCOTT, J.M.: The White Poppy. London 1969

SEEFELDER, M.: Opium. Frankfurt a.M. 1987

SEIDEL, J.: Die klinische Bedeutung endogener Opioide. In: Pharmazie in unserer Zeit 1989;18(5):146-152

SEIF, L.: Wesen und Ursachen der Narkotomanie. Reprint aus: Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie 1927;5(1). In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1984;7(3):74-85

SELLING, P.: Zur Geschichte des Umgangs mit Opiaten. In: Scheerer, S./Vogt, I. (Hg.): Drogen und Drogenpolitik. Frankfurt/New York 1989, 275-285

SICKINGER, R.: Drogenhilfe. München 1982

SIEVERT, B.: Substitution mit Codein und DHC: Forschungsstand. In: Pharmazeutische Zeitung 1995;140(14):44-46

SONTHEIMER, M.: Ein Hustenmittel aus Elberfeld. In: Die Zeit 1990;45(15):64

SPRINGER, A.: Der Suchtkranke als doppelt stigmatisierte Existenz zwischen medizinischer und juridischer Kontrolle. In: Mader, R./Strotzka, H. (Hg.): Drogenpolitik zwischen Therapie und Strafe. Wien 1980, 3-36

STEPHENS, R.C.: Psychoactive Drug Use in the United States Today: A Critical Overview. In: Mieczkowski, T. (ed.): Drugs, Crime, and Social Policy: Research, Issues, and Concerns. Allyn and Bacon. Needham Heights 1992, 1-31

STEPPUTIS, H.: Das Hilfeangebot muß ständig modernisiert werden. In: Blätter der Wohlfahrtspflege - Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit 1992;(10):274-276

STOLZE, S.: AIDS-Prävention in der Drogenszene. Möglichkeiten und Grenzen einer Substitutionsbehandlung von intravenös Drogenabhängigen. Unveröffentl. Dipl.-Arb. Fachhochschule Münster, Fachbereich Sozialwesen. Münster 1990

STÖVER, H. (Hg.): Der tolerierte intravenöse Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen- und AIDS-Hilfe. (AIDS-FORUM D.A.H., Band VI). Deutsche AIDS-Hilfe e.V. Berlin 1991

STÖVER, H.: HIV/AIDS-Prävention für DrogengebraucherInnen im Strafvollzug? In: Kriminologisches Journal 1993;(3):184-201

STÖVER, H.: Drogenfreigabe. Plädoyer für eine integrative Drogenpolitik. Lambertus. Freiburg 1994a

STÖVER, H. (Hg.): Infektionsprophylaxe im Strafvollzug. AIDS-Forum D.A.H., Band XIV. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. Berlin 1994b

STÖVER, H.: Infektionsprophylaxe im Strafvollzug: Wie kann was bewirkt werden und warum wird bisher so wenig getan? In: Akzept e.V. (Hg.): Drogen ohne Grenzen. (Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, Band 4. Hg.: INDRO e.V.). Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin 1995, 109-119

STÖVER, H./HERWIG-LEMPP, A.: Die Notwendigkeit akzeptierender Drogenarbeit. In: Sozialmagazin 1988;(6):25-37

STÖVER, H./SCHULLER, K.: Wohnprojekte für i.v. Drogengebraucher/innen mit HIV/AIDS. Berlin 1990

STÖVER, H./TASCHIES, M./MAUL-BACKER, H.: Unternehmen Hindelbank. In: Aktuell 1995;(9):70-71

STRANG, J./GOSSOP,M. (eds.): Heroin Addiction and Drug Policy - The British System. Oxford University Press. Oxford 1994

STRASS-MITARBEITER/INNEN: Stellungnahme zur Kündigung des Strass-Teams. Offener Brief. Berlin 1991

SUCHTREPORT 1994;(5):58-59: Justizvollzug und Methadon

TÄSCHNER, K.-L.: Haschisch - Traum und Wirklichkeit. Akademische Verlagsgesellschaft. Wiesbaden 1981

TÄSCHNER, K.-L.: Wege in der Therapie der Drogenabhängigkeit. In: Sauer, R./Singer, J. (Hg.): Keine Macht den Drogen. mvg-Verlag. München 1994a, 51-64

TÄSCHNER, K.L.: Drogen, Rausch und Sucht. Trias. Stuttgart 1994b

TÄSCHNER, K.-L.: Ein bißchen Freigabe gefällig? In: Suchtreport 1994c;(5):29-36

THAMM, B.G.: Drogenreport. Bergisch-Gladbach 1988

THAMM, B.G.: Drogenfreigabe - Kapitulation oder Ausweg? Hilden 1989

THAMM, B.G.: Stichwort Drogen. Heyne. München 1994

THE COMMITEE ON DRUGS AND THE LAW: A Wiser Course: Ending Drug Prohibition. In: The Record (of the Association of the Bar of the City of New York) 1994;49(5):521-577

THEYSOHN, F./SPAZIER, D.: Nowhere. Therapeutische Expedition in die Unwegsamkeit der Drogenszene. Frankfurt/M. 1981

TRAUTMANN, F.: Akzeptierende Drogenarbeit in Amsterdam - Wie fortschrittlich ist die niederländische Drogenpolitik heute? In: Kriminologisches Journal 1989;(1):126-135

TREBACH, A.S.: The Heroin Solution. Yale University Press. New Haven and London 1982

TSCHOLL, R.: Das Musterkind in einem anderen Licht. In: Drogenmagazin 1995;21(1):7-11

U., W.: Die Geschichte der Injektionsspritze (1. Teil). In: Junkfurter Ballergazette 1993;4(6):16-19

ULMER, A.: Ärztliche Behandlung von Drogenabhängigen. In: Deutsches Ärzteblatt 1994;91(16):1104-1107

VERTHEIN, U./RASCHKE, P./KALKE, J.: Methadone Therapy in Hamburg. In: European Addiction Research 1995;1(3):99-105

VOGT, I.: Drogenpolitik. Zum Konsum von Alkohol, Beruhigungsmitteln und Haschisch. Frankfurt/New York 1975

VOGT, I./SCHEERER, S.: Drogen und Drogenpolitik. In: Scheerer, S./Vogt, I. (Hg.): Drogen und Drogenpolitik. Frankfurt/New York 1989,2-50

WAGNER, R.: J.E.S. (Junkies, Ehemalige, Substituierte) Initiative für bundesweite Selbsthilfe. In: Projekt "Arbeit, Technik und Kultur" der integrativen Drogenhilfe a.d. FH Ffm e.V. (Hg.): Über-Leben mit Methadon. Hamburg 1992, 94-100

WALDORF, D./REINARMAN, C./MURPHY, S.: Cocaine Changes. Philadelphia 1991

WANKE, K.: Stellungnahme. In: Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit des Deutschen Bundestages. Ausschußdrucksache 8/155. Bonn 1980, 56

WANKE, K.: Entwicklung der Elternkreise. In: EK-Informationen 1993;(4):6-10

WARD, J./MATTICK, R./HALL, W.: Key Issues in Methadone Maintenance Treatment. New South Wales University Press. Kensington 1992

WASNER, S.: Frauenübernachtung Hera - Berlin West. In: Streetcorner 1993;6(2):32-37

WEBER, G./SCHNEIDER, Wolfgang: Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Düsseldorf 1992

WEBER, G./SCHNEIDER, Wolfgang: Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen. Eklektische Ergebnisse aus einer qualitativen Längsschnittstudie. In: Kriminologisches Journal 1993;24(4):279-285

WEBER, I.: Methadon-Substitution in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland. Patienten, Indikationen, Ärzte. Köln 1993

WEBER, I.: Methadonsubstitution in der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland - Patienten, Indikationen, Ärzte. In: Das Gesundheitswesen 1994;56(12):657-661

WEBER, I.: Methadon-Substitution: Zahl der Patienten verdoppelt. In: Deutsches Ärzteblatt 1995;92(5):174-175

WEIL, A./ROSEN, W.: From Chocolate to Morphine. Revised and updated edition. Houghton Mifflin Company. Boston/New York 1993

WEINERT, A.: Möglichkeiten und Grenzen erlebnispädagogischer Interventionen mit illegal Drogenabhängigen im niedrigschwelligen Bereich. Unveröffentl. Dipl.-Arb. Katholische Universität Eichstätt, Fakultät für Sozialwesen. Eichstätt 1993

WESTFÄLISCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION: Brief. An alle Beratungs- und Behandlungsstellen für Abhängigkeitskranke in Westf.-Lippe, nachrichtlich Abkommenspartner der Westf. Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Münster, den 15.06.1994

WHITNEY, C.R.: Medical Care in Germany: With Choices and for All. In: The New York Times, 24th January 1993

WICHMANN, S.: Wirtschaftsmacht Rauschgift. Fankfurt/M. 1992

WOLFF, P.: Der Rauschgiftmißbrauch vom ärztlichen Standpunkt. In: Fraeb, M.: Die straf- und zivilrechtliche Stellungnahme gegen den Rauschgiftmißbrauch mit Abänderungsvorschlägen zur Strafrechtsreform, zum BGB und zum Opiumgesetz. Leipzig 1927, 21-60

WOLFF, P.O.: Aktuelles über Suchtgifte. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 1956;81(2):57-61

ZIMMER-HÖFLER, D./UCHTENHAGEN, A./FUCHS, W.: Methadon im Prüfstand. Forschungsinformation aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst Zürich. Wissenschaftliche Informationen, Serie A, Nr. 8. Zürich 1987

ZURHOLD, H.: Drogenkarrieren von Frauen im Spiegel ihrer Lebensgeschichten. (Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, Bd. 1. Hg.: INDRO e.V.). Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin 1993

ZURHOLD, H.: Drogen konkret. Substanzen - Wirkungen - Konsumformen - Safer-Use-Hinweise. INDRO e.V. Münster 1995a

ZURHOLD, H.: Frauenspezifische akzeptanzorientierte Drogenarbeit. Vortragsmanuskript zur Tagung "Frauen und Sucht" am 20.2.1995 in Bremen. Münster 1995b

INDRO - Veröffentlichungen

Folgende Fachliteratur zur Drogenthematik wurde von INDRO e.V. herausgegeben und kann mit diesem Bestellformular direkt über den Verein bezogen werden. In den Preisen sind geringfügige Versandspesen noch nicht enthalten. Bestellungen können gerichtet werden an:

INDRO, Bremer Platz 18-20, 48155 Münster, Tel.: 0251/60123, Fax.: 0251/666580

Anzahl: Betrag:

Zurhold, Heike:
Drogenkarrieren von Frauen im Spiegel ihrer Lebensgeschichten. Bd. 1 der INDRO-Buchreihe "Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit". Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin 1993.
.... 230 S. Preis: DM 29,80.....

INDRO e.V. (Hg.):
Reader zur niedrigschwelligen Drogenarbeit in Nordrhein-Westfalen. Bd. 2 der INDRO-Buchreihe "Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit". Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin 1994.
.... 226 S. Preis: DM 26,00.....

Gerlach, R./ Schneider, W.:
Methadon- und Codeinsubstitution. Erfahrungen. Forschungsergebnisse. Praktische Konsequenzen. Bd.3 der INDRO-Buchreihe "Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit". Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin 1994.
.... 163 S. Preis: DM 26,80.....

akzept e.V. (Hg.):
Drogen ohne Grenzen. Dokumentationsband zum 3. akzept Bundeskongreß. 6.-9. Oktober 1994 in Münster. Bd.4 der INDRO-Buchreihe "Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit". Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin 1995.
.... 360 S. Preis: DM 32,00.....

Schneider, Wolfgang:
Risiko Cannabis? Bedingungen und Auswirkungen eines kontrollierten, sozial-integrierten Gebrauchs von Haschisch und Marihuana. Bd.5 der INDRO-Buchreihe "Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit". Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin 1995.
.... Ca.180 S. Preis: DM 29,80.....

bitte wenden