

Peter Engert

**Drogen, Sucht und Hilfe. Neue
Erkenntnisse der Suchtforschung und
Perspektiven für Drogenpolitik und
Suchthilfe**

Diplomarbeit

BEI GRIN MACHT SICH IHR WISSEN BEZAHLT



- Wir veröffentlichen Ihre Hausarbeit, Bachelor- und Masterarbeit
- Ihr eigenes eBook und Buch - weltweit in allen wichtigen Shops
- Verdienen Sie an jedem Verkauf

Jetzt bei www.GRIN.com hochladen
und kostenlos publizieren



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de/> abrufbar.

Dieses Werk sowie alle darin enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsschutz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlanges. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen, Auswertungen durch Datenbanken und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen Wiedergabe (einschließlich Mikrokopie) sowie der Auswertung durch Datenbanken oder ähnliche Einrichtungen, vorbehalten.

Impressum:

Copyright © 1998 GRIN Verlag
ISBN: 9783638167338

Dieses Buch bei GRIN:

<https://www.grin.com/document/10250>

Peter Engert

Drogen, Sucht und Hilfe. Neue Erkenntnisse der Suchtforschung und Perspektiven für Drogenpolitik und Suchthilfe

GRIN - Your knowledge has value

Der GRIN Verlag publiziert seit 1998 wissenschaftliche Arbeiten von Studenten, Hochschullehrern und anderen Akademikern als eBook und gedrucktes Buch. Die Verlagswebsite www.grin.com ist die ideale Plattform zur Veröffentlichung von Hausarbeiten, Abschlussarbeiten, wissenschaftlichen Aufsätzen, Dissertationen und Fachbüchern.

Besuchen Sie uns im Internet:

<http://www.grin.com/>

<http://www.facebook.com/grincom>

http://www.twitter.com/grin_com

DROGEN, SUCHT

UND HILFE



**...über neue erkenntnisse der
suchtforschung und perspektiven
für drogenpolitik und suchthilfe**



*Diplomarbeit v. Peter Enger
Hochschule für Sozialwesen, Mannheim*

Stand: Juni 1998



INHALT:

Vorwort	2
Danksagung	4
<u>1. WAS SIND DROGEN?</u>	<u>5</u>
1.1. Drogenbetrachtungen: Verherrlichung und Verdammung	5
1.2. Drogen, Drogennutzen und Rauschzustände	25
1.3. Das Belohnungssystem	33
1.4. Zusammenfassung	39
<u>2. DER BEGRIFF DER SUCHT</u>	<u>42</u>
2.1. Nebel um den Suchtbegriff	42
2.2. Klassische Ansätze zur Erklärung von Sucht	46
2.3. Gängige Suchtformen im Vergleich	49
2.4. Was also ist Sucht?	59
2.5. Zusammenfassung	72
<u>3. GESELLSCHAFT UND SUCHT</u>	<u>74</u>
3.1. Gesellschaftliche Suchtförderung	74
3.2. Gesellschaftliche Funktion der Sucht	80
3.3. Zusammenfassung	86
<u>4. BAUSTEINE FÜR EINE NEUE DROGENPOLITIK</u>	<u>88</u>
4.1. Drogenrecht und Drogenunrecht	88
4.2. Fernziele und Nahziele	98
4.3. Suchthilfe: Abstinenz oder Akzeptanz	103
4.3.1 Drogenarbeit im klassisch-konservativen Stil	105
4.3.2 Progressive Formen der Drogenarbeit	111
4.4. Prävention: Dogma oder Ehrlichkeit?	117
4.5. Zusammenfassung und Ausblick	121
Schlußbemerkungen	124
<u>ANHANG:</u>	<u>127</u>
Abbildungsverzeichnis	127
Verwendete Abkürzungen	128
Sachwortverzeichnis	129
Literaturverzeichnis	138

Vorwort

Als ich im Spätsommer 97 begann, die vorliegende Diplomarbeit zu verfassen, arbeitete ich noch in einer Notschlafstelle, die als Teil der Basler Überlebenshilfe für junge Junkies einen renommierten Ruf genoß. Während meiner mehr als zweijährigen Tätigkeit dort, hörte ich hunderte von Lebens- und Leidensgeschichten, lernte die Basler Drogenszene und zahllose ihrer Protagonisten kennen und erfuhr viel von den Umständen, die zu ihrer Verelendung geführt hatten. In meinem Kopf entstand allmählich ein Bild von Sucht, das sich immer weniger mit dem gesellschaftlich vorherrschenden Bild deckte. Je mehr ich mich dann auch theoretisch mit dem Thema Sucht auseinandersetzte, desto deutlicher wurde die Diskrepanz zwischen Wissenschaftlichkeit und Realpolitik. In diesem Sinne könnte die vorliegende Arbeit als Versuch gewertet werden, die beiden Bereiche zusammenzuführen, wobei sich selbstverständlich die Politik der Wissenschaft unterordnen muß, da die Wissenschaft erkennt und der Politik die Pflicht der Umsetzung obliegt. So wurde denn aus der Arbeit zwangsläufig auch eine Streitschrift für eine pragmatische und auf Realitäten basierende Drogenpolitik.

Um einen geeigneten Zugang zu dem emotionslastigen Thema zu verschaffen, handelt das erste Kapitel von Drogen, legalen wie illegalisierten, von ihrer Geschichte, von ihren Wirkungen und Gefahren, von Rauschzuständen und damit zusammenhängenden Vorgängen im menschlichen Gehirn. Letztere sind denn auch zu einem zentralen Punkt im Verständnis von Sucht avanciert, womit sich eine plausible Überleitung zum zweiten Kapitel anbot, welches von Süchten, ihrer Entstehung und den verschiedenen Erscheinungsformen handeln sollte. Außer der Beschreibung des Bedeutungswandels des Suchtbegriffes werden hier die klassischen Erklärungsmuster für die Entstehung von Sucht aufgeführt und kritisch hinterfragt. Neben einer Beschreibung verschiedener Formen von Sucht finden hier gängige theoretische Modelle, Klassiker wie neuere Ansätze ihren Platz.

Nun ergeben sich zwar inzwischen plausible Erklärungszusammenhänge, ohne jedoch auch die gesellschaftlich-kulturellen Hintergründe mit einzubeziehen, muß ein Bild von Sucht zwangsläufig unvollständig bleiben. Um dieser Anforderung zu genügen, wird im dritten Kapitel der Bogen zu maßgeblichen Normen und Werten heutiger westlich-kapitalistisch geprägter Gesellschaftssysteme geschlagen. Hierbei erschien es mir auch wichtig, die Prozesse zu beschreiben, die zu Stigmatisierung und Ausgrenzung führen und – bezogen auf die Bildung von Drogenszenen als Legitimationsargument – die herrschende Strafverfolgungspolitik gegen DrogengebraucherInnen mitbestimmen.

Bezüglich juristischer Rahmenbedingungen und der damit zusammenhängenden Bindung der klassischen Drogen- und Suchthilfe an die wissenschaftlich längst überholten Mythen vom Abstinenzideal und der Utopie einer drogenfreien Gesellschaft war es im vierten Kapitel notwendig, noch deutlicher Stellung zu beziehen. So wird im ersten Abschnitt die herrschende Gesetzgebung analysiert und hinterfragt und danach die entsprechenden Wirkungen auf die Drogenhilfe beschrieben. Auch der sich allmählich, zumindest in Teilen des Drogenhilfesystems, abzeichnende Wechsel vom Abstinenz- zum Akzeptanzparadigma findet dort seine Beschreibung. Hierhin gehört auch die Diskussion darüber, warum die Maßnahmen klassischer Prävention nicht die erhofften Resultate erbringen (können), obwohl der Bedeutung präventiver Aspekte ein unumstritten hoher Rang zugestanden werden muß. Am Ende wird mit der Beschreibung einer realistischen Utopie der Blick in eine Zukunft gewagt, in der dem Konsum von Drogen jeder Art der notwendige Stellenwert zugewiesen wird; nämlich den Menschen zu Entspannung und Genuß zu dienen, eingefügt in eine aufgeklärte Gesellschaft und nicht schädlich sondern vielmehr der menschlichen Entwicklung förderlich...

Peter Engert, im Juni 1998

Danksagung:

Die Fertigstellung der vorliegenden Arbeit wäre so nicht möglich gewesen ohne tatkräftige Unterstützung durch viele FreundInnen und Bekannte, beruflich wie privat. Ihnen allen sei an dieser Stelle ganz herzlich gedankt. Folgenden Menschen möchte ich für ihre maßgebliche Unterstützung ein ganz besonders herzliches „Dankeschön“ übermitteln:

- ☺ **Thomas**, für stundenlange nächtliche Diskussionen mit und ohne Drogenkonsum,
- ☺ **Doro**, für die konstruktive und kritische Diskussion des Gesamtkonzepts und spezieller Textstellen, das Lektorat, ihre Fähigkeit meinen Streß in kreative Energie zu verwandeln, sowie ihre liebevolle Sorge um mein leibliches Wohl während intensiver Arbeitsphasen,
- ☺ **Prof. Franz Hein**, für die aktive Betreuung, viel Geduld und fachliches Vertrauen in meine Arbeit,
- ☺ der **„Hexenhaus“-WG**, für den umfassenden Erfahrungsaustausch über Drogenwirkungen und für viel Geduld mit einem zerstreuten, phasenweise unansprechbaren und hin und wieder völlig demoralisierten Mitbewohner,
- ☺ **Vourneen** von der *Drug Task Force Cork*, stellvertretend für alle irischen Freunde und Vortragsgäste wegen eines immensen Vertrauensvorschlusses und dem Einbringen europäischer und irischer Aspekte,
- ☺ dem ehemaligen **Team** und natürlich den **BenützerInnen der Notschlafstelle für Jugendliche** in Basel für 2 prägende Jahre mit theoretischen Diskussionen *über* und praktischen Konfrontationen *mit* Heroinsucht, ...
- ☺ und viele, viele, viele andere...

1. WAS SIND DROGEN?

1.1. *Drogenbetrachtungen: Verherrlichung und Verdammung*

(Kleine Kulturgeschichte des Drogengebrauchs und dessen Wirkungen)

Soweit sich die Geschichte der Menschheit zurückverfolgen läßt, waren Rauschzustände, Ekstase oder Trance Teil der menschlichen Kultur. Dennoch existieren nicht viele Begriffe, die geeignet sind, ähnlich ambivalente Assoziationen auszulösen, wie dies der Begriff **DROGEN** vermag. Die Palette der jeweils damit verbundenen Zusammenhänge reicht heute von den stark negativ besetzten Aspekten der *Drogenproblematik* (einhergehend mit Stichworten wie Rauschgiftmafia, Drogenhandel, Drogen- und Beschaffungskriminalität, Rauschgifttote usw. und all den damit verbundenen Ängsten) über die - rein wissenschaftlich betrachtet - recht willkürliche Einteilung in *legale* und *illegale Drogen* mit den entsprechenden Gesetzgebungs- und Strafverfolgungstendenzen von HändlerInnen und KonsumentInnen bis hin zu den in der *Drogenkultur* eher positiv besetzten Aspekten, wie Euphorie, Bewußtseinsenerweiterung, Erschließung intensiver Gefühlswelten und des Unbewußten, spirituelle Erkenntnis, Schaffung geistiger Traumwelten, Entspannung, Überwindung von Ängsten und Hemmungen etc.

Mystifizierung und Faszination auf der einen Seite, Dämonisierung und irrationale Ängste auf der anderen Seite begleiten die Verwendung von Drogen durch die Jahrtausende menschlichen Daseins. Selten jedoch waren die Menschen im Lauf der Zeiten in der Lage, das Thema sachlich zu behandeln und darzustellen; - und dies gilt, je nach Zeitalter und kulturellem Hintergrund, für alle Drogen. Ziel dieses ersten Kapitels ist es deshalb, anhand der Kulturgeschichte der gebräuchlichsten Drogen aufzuzeigen, wie sich die Art und Weise der Betrachtung und Verwendung von Drogen und Rauschmitteln aller Art je nach zeitlichem Kontext und entsprechendem Kulturzusammenhang bis zum heutigen Tag verändert hat. Außerdem sollen auch deren Wirkungen und Gefahren dargestellt werden.

Vielleicht haben Sie, werter Leser, es sich gerade mit einer Tasse frisch aufgebrühten **Kaffees** in Ihrem Sessel bequem gemacht, während Sie diese Zeilen lesen. Deshalb will ich zunächst beschreiben, was ein Angehöriger der medizinischen Fakultät der Universität in Marseille im Jahre 1679 von diesem Getränk hielt:

„Die verbrannten Partikelchen, die er im Überfluß mit sich führt, besitzen eine so stürmische Kraft, daß sie, wenn sie ins Blut dringen, die ganze Lymphe mit sich reißen und die Nieren austrocknen. Ferner bedrohen sie das Gehirn: nachdem sie seine Flüssigkeit, seine Windungen ausgedörret haben, halten sie sämtliche Körperporen offen und verhindern so, daß die schlafbringenden, tierischen Kräfte zum Gehirn emporsteigen. Die im Kaffee enthaltene Asche verursacht durch diese Eigenschaften so hartnäckige Wachzustände, daß der Nervensaft eintrocknet, wo es unmöglich ist, ihn zu ersetzen, tritt allgemeine Erschlaffung ein, Paralyse und Impotenz. Und durch das Sauerwerden des Blutes, das bereits so schwach wurde wie ein Flußbett im Hochsommer, werden sämtliche Körperteile saft-entblößt und der ganze Körper verfüllt der schrecklichsten Magerkeit.

Darob besorgte Regenten ließen, beispielsweise in Istanbul, die Kaffeetrinker verprügeln, ihnen die Zunge herausreißen oder sie gar in Kaffeesäcke einnähen und ins Meer werfen.“

(SCHMIDBAUER/VOM SCHEIDT 1995, 149)

Schon anhand dieses Zitats wird deutlich, daß Drogen, - und das im Kaffee enthaltene **Koffein** ist unbestritten eine Droge -, nur so wahrgenommen werden, wie man sie vor dem Hintergrund der jeweiligen kulturellen Gegebenheiten definiert; - und solche Definitionen sind variabel! Doch nun zur Kulturgeschichte des Koffeingebrauchs...

Ursprünglich stammt der Kaffee aller Vermutung nach aus dem abessinischen Hochland, von wo er ab dem 15. Jahrhundert zunächst in den arabischen Ländern seine Verbreitung fand. Über moslemische Pilger wurde er in der ganzen islamischen Welt bekannt und beliebt als ein Getränk, welches nicht alkoholisch ist, nicht berauscht, sondern gar ernüchtert und den Intellekt stimuliert (wer jedoch einmal größere Mengen dieses Getränkes innerhalb kurzer Zeit genossen hat, wird an dieser Aussage seine berechtigten Zweifel anbringen). So spricht man in der Literatur auch vom „Wein des Islam“ (SCHIVELBUSCH 1980, 26). Während die Koffeindroge noch um 1650 in Europa relativ unbekannt war (sie wurde allenfalls als Medikament eingesetzt) war sie hundert Jahre später in Form des Kaffees schon fest etabliert. Mit dem Zeitalter des Rationalismus begann auch der Siegeszug des Koffeins, das gerade im Bürgertum den bis dahin als Rauschdroge vorherrschenden Alkohol verdrängte. Als die medizinische Fachwelt noch eindringlich vor der Koffeindroge warnte (siehe oben zitiertes Statement aus der medizinischen Fakultät der Marseiller Universität), setzte sich der Höhenflug des Kaffees in Europa fort und gipfelte in der Eröffnung der ersten Kaffeehäuser (das erste seiner Art wurde um 1685 in Wien eröffnet) und der damit verbundenen Entstehung der „Kaffeehauskultur“. Der Grund für die Legalisierung der Kaffeedroge liegt - wie bei den meisten anderen Drogen auch - einerseits an der Anpassung bestehender Gesetzesbestimmungen an die gesellschaftliche Realität und andererseits auch an der Entdeckung von Drogen als zusätzliche Steuereinnahmequelle für die Staatshaushalte (so betrugen beispielsweise die Steuereinnahmen der Bundesregierung für Kaffee im Jahr 1987 stolze 1,6 Milliarden DM!!!).

Die (Neben-)Wirkungen des Koffeins sind in etwa mit denen von Weckaminen (Amphetamine, siehe unten) vergleichbar: Die psychischen Wirkungen reichen von der milden Anregung mit einer Steigerung der Konzentrationsfähigkeit bis hin zum regelrechten Aufputschen, wobei „das Denken fahrig und zusammenhanglos wird“ (SCHMIDBAUER / VOM SCHEIDT 1995, 150). Physisch wirkt Kaffee auf das Zentralnervensystem, reizt das vasomotorische Zentrum, steigert den Blutdruck und wirkt in Mengen über einem Gramm als Krampfgift; in Mengen über zehn Gramm

soll es sogar tödlich sein (Kaffee enthält zwischen 1% und 2,4 % Koffein, Tee ca. 3% bis 5%, Cola bis 3% - nach HESSE 1971, 165 zitiert nach SCHMIDBAUER / VOM SCHEIDT 1995, 156).

Wie das Koffein, so ist auch der **Alkohol** in unseren Breiten zur Volksdroge avanciert. Seine geschichtlichen Wurzeln führen zurück bis in prähistorische Zeiten. Aus Mesopotamien stammen die ältesten geschichtlichen Hinweise auf alkoholhaltige Getränke. Durch die Sumerer, welche nach der Überlieferung schon vor ca. 4000 Jahren Bier gebraut haben, lernten die Ägypter die Wirkungen dieses durch Gärung entstandenen Getreidesaftes kennen. Dasselbe gilt für den Wein, dessen Verwendung gleichwohl schon in der hebräischen und in der griechischen Mythologie erscheint. Schilderungen von Zechgelagen finden sich bei Homer gleich mehrfach (in der „Ilias“ sowie in der „Odyssee“ tauchen derlei Beschreibungen auf). Die Araber entdeckten mit der Destillation ein Verfahren zur Konzentration von Alkohol - die ersten Spirituosen waren somit verfügbar. Hierher stammt auch der Name *Alkohol* (was soviel bedeutet wie „das Feinste von etwas“).

Doch auch im frühen Christentum war man nicht zimperlich im Umgang mit der Droge Alkohol, - zumeist in Form von Wein (in dieser Religionsgemeinschaft hat man ihn sogar in den Rang eines Sakramentes erhoben!). Angefangen bei den schon fast sprichwörtlichen Trinkorgien der Römer über die exzessiven Zechgelage der Germanen (bei SCHIVELBUSCH 1980, 38 f., findet sich die Beschreibung eines germanischen Gelages durch den spätrömischen Autor VENANTIUS FORTUNATUS, welcher sich den Hinweis nicht verkneifen konnte, daß sich die trinkenden Germanen so sehr um die Wette Gesundheit zutranken, daß sie sich glücklich preisen mußten, wenn sie mit dem Leben davon kamen...) bis hin zum aufkommenden Rationalismus im 17. und 18. Jahrhundert. Während der Alkoholrausch im Mittelalter noch ein selbstverständlicher Bewußtseinszustand war, wurde der Alkohol fortan vermehrt durch Koffein ersetzt, - allerdings nur im Bürgertum-, während er innerhalb der unteren Schichten der Bevölkerung weiterhin einen großen Raum einnahm. Mit der be-

ginnenden Industrialisierung und der damit verbundenen Verschärfung von Klassenkonflikten im 19. Jahrhundert nahm die Alkoholproblematik allerdings bis anhin ungekannte Dimensionen an. Einerseits wurde in vielen Fabriken kostenlos Branntwein an die Arbeiter ausgeschenkt, damit sie täglich zwölf bis fünfzehn Stunden härtester körperlicher Arbeit bei minimaler Entlohnung durchhalten konnten, andererseits wurden allmählich auch Stimmen laut, die diese Entwicklung wegen des physischen Suchtpotentials des Alkohols äußerst kritisch beurteilten. In den USA führte dieser Umstand zum Aufkommen sogenannter „Mäßigkeitsbewegungen“ und gipfelte schließlich in der Alkoholprohibition im Jahre 1917 (LADEWIG 1996, 16). Allerdings kehrte sich der Effekt des Totalverbots alsbald in sein Gegenteil um: massenhaft entstanden Schwarzbrennereien, wohlorganisierte Schmuggler- und Dealerbanden etablierten sich und damit die sogenannte „organisierte Kriminalität“ in Amerika. So mußte das Verbot von Alkohol im Jahr 1933 wieder aufgehoben werden. Auch in Finnland, wo die Prohibition der Droge 1919 eingeführt wurde, mußte man das entsprechende Gesetz 1931 wieder streichen, nachdem es sich als totaler Fehlschlag erwiesen hatte (SCHMIDBAUER/VOM SCHEIDT 1995, 49). Seitdem setzt man mit mehr oder weniger mäßigem Erfolg wie beim Koffein auf die Besteuerung des Alkohols...

Zu den Wirkungen und Nebenwirkungen des Alkohols wäre vieles zu sagen; ich will es jedoch bei einer kurzen Aufzählung der körperlichen und psychischen Hauptfolgen (in dieser Reihenfolge) belassen. Erwiesenermaßen schädigt anhaltender Mißbrauch von Alkohol das gesamte *Nervensystem* (wozu auch das Gehirn zu rechnen ist), den *Magen-Darm-Trakt*, die *Leber*, das *Herz*, die *Bauchspeicheldrüse*, die *Speiseröhre*, das *ungeborene Kind im Mutterleib* (Alkoholembryopathie) und führt zu *Impotenz*. Die schlimmsten psychischen Erkrankungen sind das *Delirium tremens* (Desorientierung, Stimmenhören, Halluzinationen und daraus entstehende Ängste, u. U. tödlicher Verlauf), die *Korsakowsche Krankheit* (Verlust des Kurzzeitgedächtnisses, völlige Desorientierung, Vergessenes wird durch Erfundenes ersetzt, schwierige und langwierige Therapie), der *Alkoholwahn* (Paranoia, krankhaftes Mißtrauen

und grundlos übertriebene Eifersucht i. Verb. m. Wutausbrüchen etc.) und die *Alkoholhalluzinose* (durch Wahnvorstellungen gekennzeichnete Geisteskrankheit) (SCHMIDBAUER/VOM SCHEIDT 1995, 45-48). Eine Überdosis Alkohol kann tödlich sein!

Cannabis sativa ist der lateinische Name der Hanfpflanze. Die getrockneten und geschnittenen Blüten und Blätter werden „Marihuana“ oder „Gras“ genannt, das Harz der Pflanze wird in gepreßter Form als „Haschisch“ bezeichnet. Cannabis kann entweder mit Zigaretten tabak vermischt und geraucht werden („Joint“) oder in vielfältigster Form gegessen (z. B. als „SpaceCakes“) oder als Tee aufgebüht und getrunken werden. Als hauptsächlich wirksame Substanz der Pflanze gilt das THC (genauer: Delta-9-Tetrahydrocannabinol), das in unterschiedlichen Mengen in Marihuana und Haschisch vorkommt. Die Geschichte des Hanfes als Droge reicht ähnlich der des Alkohols schon in Urzeiten zurück. Cannabis ist somit nicht nur eine der gebräuchlichsten sondern auch eine der ältesten bekannten Drogen der Menschheit. Hinweise auf den Gebrauch der (zunächst gleichsam als Nebenprodukt der Hanfproduktion für die Herstellung von Seilen anfallenden) Pflanzenteile als Medizin finden sich schon vor knapp 5000 Jahren im Arzneimittelbuch des chinesischen Kaisers Shen-Nung (SCHMIDBAUER/VOM SCHEIDT 1995, 84). Erste Hinweise auf die Verwendung als Droge tauchen bei den Skythen (asiatisches Reitervolk) und Thra kern auf (ca. 800 bis 1000 Jahre vor unserer Zeitrechnung) und ziehen sich quer durch Geschichte und Erdteile (belegt bspw. in Nepal, Marokko, Afrika, Haiti, Iran z. Zt. der Assassinen, medizinisch und kultisch in Indien, bei den Rastafari in Jamaica, zu religiösen Zwecken in Süd- und Mittelamerika, als Genußdroge in West- und Mitteleuropa etc.). Bei dem noch als Redensart erhaltenen „starken Tobak“ handelte es sich offenbar ebenfalls um eine Mischung aus Tabak und Cannabis, was zeigt, daß die Droge im deutschsprachigen Kulturraum schon seit langem verwendet wird und somit ihre Etikettierung als „kulturfremde Droge“ - auch in Anbetracht der heutigen Verbreitung - nicht haltbar ist. Die Verfolgungsgeschichte der Cannabisdroge beginnt in unseren Breiten im Jahr 1912 in Den Haag (möglicherweise infolge eines Irrtums! -

siehe dazu BEHR 1982, 191). In den USA entstand während der dreißiger Jahre ebenfalls im Rahmen der „Mäßigkeitsbewegungen“ (siehe oben unter Alkohol) aufgrund herausgegriffener Einzelfälle eine Hetzkampagne gegen Cannabis, wobei die Droge als besonders aggressiv und mörderisch charakterisiert wurde („Reefer madness“). Inzwischen ist aber erwiesen, daß diese Behauptung einer statistischen Überprüfung in keinsten Weise standzuhalten vermag (SCHWENDTER 1992, 161). Ähnlicher Verfolgung waren Drogenbenutzende in den USA während der McCarthy-Ära ausgesetzt. Dieser Trend der Verteufelung des Hanfes wurde 1961 in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation im Rahmen des „Single Conventions Treaty“ festgeschrieben. Demnach sollten alle Hanfpflanzen der Welt ausgerottet werden. Die Aufbruchsstimmung der Jugendlichen der sechziger Jahre haben jedoch trotz der Illegalisierung und Kriminalisierung zu einem erneuten Boom der Droge geführt, der bis heute anhält. Die aktuelle Legalisierungsdiskussion in Europa trägt neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen über die vergleichsweise Harmlosigkeit der Droge und ihren vielfältigen medizinisch-therapeutischen und genußbringenden Einsatzmöglichkeiten Rechnung. Aus der gesellschaftlichen Realität West- und Mitteleuropas ist die Droge trotz Kriminalisierung und Verfolgung ohnehin nicht mehr wegzudenken...

Auch wenn die Folgen eines Dauerkonsums von Cannabis im Vergleich zu denen des Dauerkonsums von Alkohol als relativ harmlos eingestuft werden können, so möchte ich dennoch kurz auf die körperlichen und psychischen Wirkungen eingehen (berücksichtigt werden soll jedoch ausschließlich, was als erwiesen gilt, da gerade im Zusammenhang mit der Legalisierungsdebatte von deren Gegnern und Befürwortern mehr Dichtung als Wahrheit ins Feld geführt wurde und wird). An körperlichen Nebenwirkungen sind, - wie dies bei allen anderen Drogen auch der Fall ist - *Stoffwechselveränderungen* feststellbar (Neurotransmitter, Limbisches System). Weiterhin erhöhen sich beim Cannabisrausch *Pulsschlag* und *Herzfrequenz*, was für herz- und kreislaufkranke Menschen in Einzelfällen riskant werden könnte. Im übrigen gilt inzwischen als erwiesen, daß trotz des hohen Teergehalts der Hanfpflanze (deutlich

höher als Tabak!) bei durchschnittlichem Konsum (ca. 3 Joints pro Tag) die *Lunge* offenbar nicht geschädigt wird und sich auch das Krebsrisiko nicht meßbar erhöht, - wenn Cannabis pur, also nicht mit Tabak versetzt, geraucht wird (NEW SCIENTIST 2122/1998, 27 f.). Die psychischen Wirkungen beschränken sich auf die Dauer des Rausches an sich (ca. 2 - 4 Stunden), in denen Raum- und Zeitgefühl verloren geht, alle Sinneseindrücke intensiver und vielfältiger werden, die Gedanken unkoordiniert verlaufen und deren Richtung oft nicht mehr gesteuert werden kann. Oft kommt es während des Rausches zu Heißhungerattacken und zu einem gesteigerten Durstgefühl. Andere in der Literatur erwähnte Auswirkungen konnten bislang trotz intensiver Forschung wissenschaftlich **nicht** bestätigt werden. Hierzu gehören vor allem das sogenannte *amotivationale Syndrom (AMS)*, das immer wieder gern aus der Mottenkiste gezogen wird (die erwiesene Leistungsfähigkeit von allerlei beken- nenden CannabiskonsumentInnen belegt das Gegenteil; siehe BEHR 1995) und welches genauso ins Land der Dichtung verwiesen werden muß, wie das gerne und wiederholt von Legalisierungsgegnern ins Feld geführte Hirngespinnst des *Flashback*, das gerade im Zusammenhang mit dem Führerscheinentzug von CannabisgebraucherInnen in Deutschland wieder traurige Bedeutung zu gewinnen scheint

Hanf macht weder aggressiv noch körperlich abhängig. Todesfälle durch eine Überdosierung Cannabis sind ebenfalls nicht bekannt! (Eine eigens von der WHO angefertigte Studie belegt die relative Harmlosigkeit des Cannabiskonsums im Vergleich zu Alkohol oder Nikotin eindrucklich; deren Veröffentlichung wurde jedoch aus politischen Gründen auf Druck der Amerikaner zunächst blockiert; die Ergebnisse sickerten dennoch durch und wurden im englischen Wissenschaftsmagazin NEW SCIENTIST Nr. 2122 vom 21. 02. 98 veröffentlicht; siehe da 3 f., 24 – 31).

Das aus der südamerikanischen Coca-Pflanze gewonnene Alkaloid **Kokain** taucht in unseren Breiten in drei Formen auf dem illegalen Markt auf: als Kokainhydrochlorid (durchscheinendes, kristallines Pulver), als free-base und als Crack (von Hydrochlorid und Verschnittmitteln gereinigte, hochaktive Formen). Kokain wird zumeist ge-

schnupft oder intravenös injiziert, free-base und Crack dagegen vor allem geraucht. Während die Coca-Pflanze von den Indios in Südamerika schon seit Jahrtausenden wegen ihrer angenehm anregenden Wirkungen und ihrer äußerst nahrhaften Zusammensetzung verwendet wurde (bislang älteste Hinweise deuten auf ca. 3000 v. u. Z.), beginnt die Geschichte des Kokainkonsums in der westlichen Welt erst mit der Isolierung des Hauptalkaloids der Coca-Pflanze durch ALBERT NIEMANN im Jahr 1860 in Göttingen. Die Wirkungen des Kokain wurden zunächst von allerlei bekannten Persönlichkeiten, insbesondere aus der medizinischen Fachwelt als Heilmittel und Stimulans hochgelobt und gepriesen. In diesem Zusammenhang begann sich auch SIGMUND FREUD erstmals einen Namen zu machen, mit der Veröffentlichung seiner umfassenden Publikation „Über Coca“ (1884), in welcher er die vielfachen therapeutischen und psychiatrischen Anwendungsmöglichkeiten von Kokain lobt. Sein Freund und Kollege CARL KOLLER entdeckte die Nutzbarkeit des Kokain als örtliches Betäubungsmittel und ermöglichte so dessen „beispiellosen Siegeszug durch die gesamte Heilkunde“ – und zwar als Lokalanästhetikum allgemein, bei Wehenschmerzen, bei Keuchhusten, Syphilis, Schnupfen, Heiserkeit, Asthma, Zahnextraktionen, bei Kindern (!) zur Behebung von Magen- und Darmkrankheiten, Erschöpfungszuständen aller Art, bei nervösen Beschwerden, Menstruationsschmerzen, Seekrankheit, Schwangerschaftserbrechen und immer wieder zur Behandlung der Morphin- und Alkoholsucht (SCHEERER/VOGT 1989, 360).

Zu dieser Zeit begann auch die kommerzielle Nutzung von Kokain: Eine breite Palette kokainhaltiger Produkte, von Tonika und Softdrinks über Nasensprays, Zäpfchen und Pastillen bis hin zu Wein und Zigaretten eroberte nun den Markt. Der Import von Cocablättern in den Hamburger Hafen erhöhte sich zwischen 1883 und 1886 von 5 000 kg auf 86 600 kg. Diese erste Blütezeit dauerte jedoch nur kurz. Nachdem 1885/86 erstmals Warnungen vor Kokainismus (Kokainabhängigkeit) bekannt wurden, verschwand Kokain recht schnell wieder aus der Öffentlichkeit. Erst nach dem ersten Weltkrieg tauchte es als Modedroge der zwanziger Jahre vor allem in den Kreisen der Bohème, aber auch in der Halb- und Unterwelt, sowie in den höheren

Gesellschaftsschichten wieder auf. Die Umbewertung des Kokains zu einer besonders gefährlichen Droge begann mit der Einführung der Opiumgesetzgebung und damit, daß sich vor allem Ärzte als „Moralunternehmer“ hervortaten und den Kokainkonsum und somit die KonsumentInnen öffentlich attackierten und entsprechende polizeiliche und juristische Maßnahmen erwirkten. Interessant dabei erscheint, daß sich auch im Fall von Kokain in den zwanziger und dreißiger Jahren die „...Drogenbekämpfung als der Kampf der dominanten Kultur gegen eine Subkultur verstehen (läßt), die althergebrachte Wertvorstellungen in Frage stellt und deshalb als Bedrohung empfunden wird.“ (SCHEERER / VOGT 1989, 362 – 366). Kokain tauchte erst in den siebziger Jahren wieder in Deutschland auf und wurde in den achtziger und neunziger Jahren zunächst zu einer (geschnupften) Modedroge in der sogenannten Yuppie-Szene und später – bedingt durch fallende Preise auf dem Schwarzmarkt - dann auch und bis heute mit steigender Tendenz in der Heroinszene, wo es vor allem intravenös oder mit Ammoniak zu free-base aufgekocht und geraucht wird.

Kokain wird vor allem wegen seiner euphorisierenden, leistungssteigernden und geselligkeitsfördernden, aber auch wegen aphrodisierender Effekte verwendet. In der Medizin wird es auch heute noch als Lokalanästhetikum eingesetzt; es ist das älteste und einzige natürlich vorkommende örtliche Betäubungsmittel der Medizingeschichte und diente als Vorbild für die inzwischen zahlreich entwickelten synthetischen örtlichen Betäubungsmittel. An unerwünschten Nebenwirkungen können bei Überdosierung Erbrechen und Übelkeit, Kopfschmerzen, Fieber, Koordinationsstörungen, Tremor und schwere Krämpfe bis hin zu epileptischen Anfällen und Ohnmacht auftreten. Auch von Atemstillstand, Herzstillstand, zerebralen Krämpfen oder gar Hirnblutungen als Folge eines übermäßig hohen Blutdrucks wird berichtet. Die Wirkungen einer Kokaindosis halten nur kurz an (zwischen wenigen Minuten beim Rauchen und Spritzen bis zu 20 – 40 Minuten beim Schnupfen). Die körperlichen Folgen chronischen Gebrauchs variieren je nach Implikationsform von Lungenschädigungen beim Rauchen bis zu chronischen Entzündungen der Nasenschleimhäute und sogar

Geschwülbildungen und Perforationen der Nasenscheidewand beim Schnupfen. Unabhängig von der Aufnahmeform wurden Appetitverlust, Abmagerung, allgemeine Erschöpfungszustände, Schlaflosigkeit und Impotenz beobachtet. Psychische Folgen eines hochdosierten Dauergebrauchs von Kokain reichen von leichten depressiven Verstimmungen über akute Angstzustände zu paranoiden und halluzinatorischen Zuständen bis hin zu sogenannten „Kokainpsychosen“. Hinweise auf Entzugsserscheinungen, die auf eine physische Abhängigkeit hindeuten könnten, tauchen in der Literatur nur ganz vereinzelt und ungenau auf, so daß man beim heutigen Erkenntnisstand nicht von einer kokaininduzierten körperlichen Abhängigkeit sprechen kann. Überdosierungen können allerdings tödlich sein! (SCHEERER / VOGT 1989, 354 –359)

Nikotin ist wie Alkohol und Koffein eine weitere Massendroge der modernen westlichen Welt. Einst wurde der Tabak von Christoph Kolumbus und seinen Mitstreitern nach Europa gebracht. Allerdings war er zu dieser Zeit im Karibischen Raum schon gebräuchlich. Noch früher wurde er von den Azteken, den Tolteken und den Mayas verwendet, - dort allerdings zu rituellen Zwecken. Tabak gehört zu den Nachtschattengewächsen und gedeiht vorrangig in den subtropischen Gebieten Ostasiens und des westlichen Amerika. Das Nikotin entsteht während des Wachstums der Pflanzen. Nachdem die Blätter getrocknet und fermentiert sind, verarbeitet man sie zu Zigaretten-, Zigarren- oder Pfeifentabak oder aber zu Schnupf- oder Kautabak, - was die heute gebräuchlichen Verwendungsarten beschreibt. Interessant ist der Aspekt, daß Nikotin in anderen kulturellen Kontexten ihre KonsumentInnen in Trance zu versetzen vermag und sogar Halluzinationen auslöst; so bspw. bei Angehörigen der brasilianischen Sekten Macumba und Candomblé (SCHMIDBAUER/VOM SCHEIDT 1995, 159).

Doch selbst wenn Tabak heute nicht mehr benutzt wird, um Trancezustände und Halluzinationen auszulösen, so lassen sich doch auch bei heutigen Tabakkonsumenten leichte Rauschzustände bei der Inhalation von Tabakrauch feststellen (SCHMIDBAUER/VOM SCHEIDT sprechen in diesem Zusammenhang von „Mini-

Räuschen“; siehe da). Insofern ist Tabak mit Fug’ und Recht als Droge einzustufen, die nicht nur Rauschzustände bewirkt, sondern auch in hohem Grade körperliche Abhängigkeit verursacht (Nikotin hat ein mit Opiaten vergleichbares Abhängigkeitspotential!). Außerdem finden sich im Tabakrauch neben Nikotin und Kondensat (=Teer) auch Kohlenmonoxide in nicht unerheblichen Mengen. Nikotin ist der eigentliche Suchtfaktor und bewirkt die Bildung von Fettsäuren im Blut, Gefäßverengungen, Trombenbildung, Koronar- und Arteriosklerose, Raucherbeine, Embolien und Herzinfarkte. Teer wirkt vor allem in den Atemwegen und der Lunge und ist verantwortlich für die allmähliche Zerstörung des Flimmerepithels, der Lungenbläschen und verklebt und verschleimt die Atemwege. Das Kondensat bewirkt also letztendlich Raucherhusten und Krebs. Kohlenmonoxide besetzen das Hämoglobin und führen so zu Sauerstoffmangel, einer erhöhten Krankheitsanfälligkeit und Leistungsabfall (SCHEERER/VOGT 1989, 132 f.). Berücksichtigt man nun, daß Zigarettenrauch noch einige Tausend (ca. 4700!) andere chemische Substanzen enthält, so wird deutlich, daß es sich beim Tabak nicht nur um eine der verbreitetsten, sondern auch um eine der gefährlichsten Drogen handelt, die die Menschheit kennt. Insofern ist es nicht verwunderlich, daß -neben den schwerwiegenden Langzeitfolgen mit oft tödlichem Ausgang- auch akute Überdosierungen des Nervengifts Nikotin tödlich sein können! Tabak ist eine legale Droge, die dem Deutschen Staat im Jahr 1996 bspw. Steuereinnahmen in Höhe von über 20 Milliarden DM einbrachte...

Im Zusammenhang mit dem, was landläufig unter *Drogenabhängigkeit* verstanden wird, spielen die **Opiate** und unter Ihnen das **Heroin** die größte Rolle. Opium wird aus dem Milchsaft des Schlafmohn gewonnen. In oxidierte Form dunkelbraun bis schwarz gefärbt stellt der Saft schon das Rohopium dar, das ohne weitergehende Verarbeitung konsumiert werden kann. Morphin (Morphium) ist eines der vielen im Opium enthaltenen Alkaloide und wurde erstmals zu Beginn des 19. Jh. von FRIEDRICH WILHELM SERTÜNER extrahiert. Heroin (Diacetylmorphin) wurde von HEINRICH DRESER 1898 entwickelt und wird ebenfalls den Opiaten zugeordnet. Alle anderen narkotischen Analgetika, wie bspw. Morphin, Polamidon

oder Methadon sind den Opiaten zwar nahe verwandt, werden aber wegen ihrer vollsynthetischen Herstellung als Opioide bezeichnet (SCHEERER/VOGT 1989, 276).

Opium war für Jahrtausende das stärkste und gleichzeitig vielseitigste Arzneimittel der Menschen. Von den Sumerern wurde es schon im vierten Jahrtausend vor unserer Zeitrechnung als schmerzstillendes und stimmungshobendes Arzneimittel geschätzt. Von Mesopotamien aus verbreitete sich das Opium in nördlicher Richtung über Ägypten in das antike Griechenland, von dort durch die Römer weiter nach Westen und war gegen Ende des Mittelalters bis zu den Alpen vorgedrungen. Über Persien kam es in östlicher Richtung nach China und Indien, wo es unter dem Einfluß des Islam (Alkoholverbot!) schnell Verbreitung erlangte (SCHEERER/VOGT 1989, 278 f.).

Um 1000 v. u. Z. genoß das Opium im ganzen islamischen Raum allgemeine Wertschätzung, - nicht nur als Heilmittel, sondern auch als Rauschmittel, welches bei allen archaischen Mysterienkulturen, Religionen und Ritualen, von den Sumerern, über die Perser, Inder und Chinesen bis zu den alten Griechen und Römern Anklang fand. Gegen Ende des Mittelalters fand das Opium auch im süd- und westeuropäischen Raum Anhänger. Der englische Pionierwissenschaftler THOMAS SYDENHAM stellte 1665 eine Tinktur gegen Durchfall, Erbrechen und Schmerzen her, die hauptsächlich aus Opium und Portwein bestand, genannt „*Laudanum*“ (SCHEERER/VOGT 1989, 277; von SCHMIDBAUER/VOM SCHEIDT wird die Erfindung der „Wunderarznei Laudanum“ allerdings Paracelsus zugeschrieben; SCHMIDBAUER/VOM SCHEIDT 1995, 299). Der Laudanum-Saft spielte im englischen Industrieproletariat zur Zeit des Frühkapitalismus, seiner gegenüber Alkohol preisgünstigen Erhältlichkeit wegen, eine bedeutende Rolle. SCHEERER/VOGT führen die starke Verbreitung gerade in England auf dessen überseeische Besitzungen zurück (SCHEERER/VOGT 1989, 280). In diesem Zusammenhang sind auch die „*Opium-Kriege*“ (1. Opiumkrieg: 1840-1842; 2. Opiumkrieg: 1856-1858) zu nen-

nen, die England gegen China führte, um Opium gegen den Willen der chinesischen Regierung weiterhin ins Reich der Mitte einführen zu können und damit die Kosten der britischen Verwaltung in Indien zu bestreiten (SCHEERER/VOGT 1989, 278 f.).

Bemerkenswerterweise ist das erste Drogenstrafgesetz „westlicher Prägung“ mehr auf einen klassischen Kulturkonflikt als auf die etwaige Sorge um die „Volksgesundheit“ zurückzuführen. 1878 wurde in Kalifornien mit einer Reihe von Gesetzesvorschriften, die sich ausschließlich gegen chinesische Einwanderer richteten, auch das Betreiben und der Besuch von „Rauchhäusern“ (Orte in denen die chinesischen Immigranten ihre Opiumpfeife genossen) unter Strafandrohung verboten (SCHEERER/VOGT 1989, 282). Die ersten internationalen Konferenzen zur „Erörterung der Drogenfrage“ auf Betreiben des amerikanischen Präsidenten Roosevelt 1909 in Schanghai und 1912 in Den Haag sollten die „alten Opiumstaaten“ Europas von der Notwendigkeit des Erlasses von Gesetzen gegen Opium überzeugen, insbesondere weil sich die Amerikaner dadurch erhofften, im fernöstlichen Markt Fuß zu fassen und die Vormachtstellung der Europäer zu brechen. Damit wollten die Amerikaner ihre Solidarität mit dem chinesischen Kampf gegen das Opium beweisen, um Zugang zum profitträchtigen Markt des „Reiches der Mitte“ zu finden. Der Beginn der Drogenprohibition war also weniger auf die Idee des Schutzes der Bürger, denn vielmehr auf handfeste globalökonomische Beweggründe zurückzuführen. 1914 erließen die Amerikaner im direkten Zusammenhang mit den in Schanghai und Den Haag getroffenen Abkommen den Harrison-Act, ein Steuergesetz, das „von interessierter Seite innerhalb von knapp 10 Jahren zum repressiven Kampfinstrument gegen Opiatkonsumenten umgeschmiedet und zur Entstehungsbedingung der *‘Drogenszene’* mit all ihren negativen Begleiterscheinungen wurde“ (SCHEERER/VOGT 1989, 284).

Eine erste „*Heroinsszene*“ bildete sich in Deutschland recht spät. Noch 1968 wurde in der kritischen Jugendbewegung (Studentenbewegung, Hippies etc.) eher mit Rohopium und -morphium experimentiert als mit Heroin. Die Polizei stellte im Jahr 1968

gerade mal 1 Gramm der Substanz sicher! Allerdings bildete sich in den Folgejahren allmählich eine „weiche Szene“, bestehend vor allem aus Jugendlichen der mittleren sozialen Schichten, deren bevorzugte Drogen noch Cannabis und LSD waren. Diese Szene spaltete sich in den Jahren 1970-73 auf Grund zweier Entwicklungen auf: Einerseits vollzog sich innerhalb der Protestbewegung ein Einstellungswandel, in dessen Verlauf die Dogmatiker vermehrt „die untheoretische Suche der Cannabis- und LSD-Konsumenten nach ‘erfüllter Gegenwart’“ als *entpolitisiert* kritisierte; andererseits wurde die Verfolgung und Stigmatisierung von KonsumentInnen illegaler Drogen von seiten der Medien und des politischen „Establishments“ drastisch verschärft, was letztendlich dazu führte, daß diejenigen, welche sich entschlossen hatten, weiterhin illegale Drogen zu konsumieren, sich zum eigenen Schutz vor der Polizei enger zusammenschließen mußten. Diese Entwicklung führte zwangsläufig zu einer „Professionalisierung des Handels“, in dem Heroin wegen der hohen Gewinnspanne allmählich zur zentralen Ware avancierte (SCHEERER/VOGT 1989, 288). Der weitere Verlauf der Entwicklung gipfelte in der extremen Ausgrenzung und Stigmatisierung, mit all’ ihren Folgen, wie wir sie am Hamburger Hauptbahnhof genauso vorfinden können, wie um den Kölner Dom oder auf der Zeil in Frankfurt und analog dazu in allen Großstädten Europas; die Jagd wurde damals eröffnet und sie hat bis heute kein Ende gefunden...

Entgegen der landläufigen Meinung sind die physischen und psychischen Auswirkungen des Opiatkonsums bei weitem nicht so fatal, wie die Folgen der Prohibition und des Schwarzmarktes: Die beiden wichtigsten erwünschten Effekte auf den Körper sind die analgetische (schmerzlindernde) und die euphorisierende Wirkung von Opiaten, insbesondere des **Heroin**. Zwar werden Schmerzen weiterhin wahrgenommen, jedoch in stark verminderter Intensität und außerdem subjektiv als wesentlich weniger unangenehm. Somit gehören sie zu den stärksten Schmerzmitteln der Menschheit. Die durch Opiate ausgelöste Euphorie, unter HeroingebraucherInnen oft als „Kick“ oder „Flash“ bezeichnet, scheint in ihrer Intensität von keiner anderen Droge erreicht zu werden. In der Szene wird der Kick auch als „full-body-orgasm“ beschrieben.

Die genannten Akut-Effekte führen gleichzeitig zur starken körperlichen (→Analgetik) und seelischen Abhängigkeit (→Euphorie). Weitere Bedeutung haben die Opiate durch ihre deutliche antidepressive Wirkung. Setzt man diese Wirkung in Zusammenhang mit der Wirkung von **Endorphinen** (=endogene, also körpereigene Morphine, die Lust- und Unlustgefühle erzeugen und auf die gleichen Rezeptoren im Belohnungssystem wirken, wie Opiate; siehe hierzu insb. „*Das Belohnungssystem*“, in Kap. 1.3) so könnte darin ein Hinweis auf einen sog. *prädisponierenden Faktor* für die Opiatsucht liegen (der Heroinkonsum wäre dann „Selbstmedikation“ unter dem Aspekt möglicher Störungen der Endorphin-Produktion). Als unerwünschte Nebeneffekte können vor allem im Zusammenhang mit akuten Überdosierungen und bei erstmaligem Konsum die folgenden Störungen auftreten: Übelkeit, Erbrechen, Schwindelgefühl, Trägheit, Obstipation und als schwerste, lebensbedrohliche Folge die Atemdepression, die infolge von Überdosierungen zu einer völligen Lähmung des Atemsystems und damit zum Tod führen kann. Unter diesem Aspekt betrachtet, führt gerade die Illegalisierung der Substanz, die Schwarzmarkt und Handel mit gestrecktem Heroin in unberechenbaren Konzentrationen erst ermöglicht, zu den Tausenden von Drogenopfern, die wir Jahr für Jahr zu beklagen haben (SCHEERER/VOGT 1989, 299-309).

Der chronische hochdosierte Gebrauch von Opiaten führt selbst nach Jahrzehnten nicht zu irreversiblen Schädigungen des Organismus und ist somit weit weniger gefährlich als bspw. chronischer Alkohol- oder Nikotinkonsum (SCHEERER/VOGT 1989, 305). Dies gilt allerdings nur unter der Voraussetzung, daß es sich um *reine* Dosierungen handelt. Da jedoch auf der Straße erhältliches Heroin aus den obengenannten Gründen der Prohibition und des Schwarzmarktes lediglich einen Reinheitsgrad von ca. 5 – 10 % aufweist und sich die meisten KonsumentInnen daher mit jedem Schuß ca. 90 – 95 % Dreck in Form von für sich genommen teilweise schon hochgiftigen Streckmitteln in die Venen jagen, sind sie für allerlei Infektionen höchst gefährdet. Andere Bedingungen, welche auch nicht direkte Folge des Opiatkonsums sondern der justitiellen Verfolgung sind, belasten den *sozialen* und *gesundheitlichen* Zustand der KonsumentInnen ebenfalls schwerwiegender als der Konsum an sich:

Da ist zunächst der Umstand, daß Heroin auf der Straße, unbeachtet des ohnehin geringen Reinheitsgrades, für das Vielfache seines eigentlichen Wertes gehandelt wird. Dies zwingt Abhängige dazu, ihren Lebensunterhalt und die Beschaffung der Droge durch Kleinkriminalität, Drogenhandel, Prostitution etc. zu decken. Durch Unterernährung, Anämie, Vitaminmangel etc. körperlich oft schon stark geschwächt, ist die Anfälligkeit gegenüber einer ganzen Reihe Erkrankungen deutlich erhöht. Viele von ihnen leiden deshalb unter Lungenentzündungen, TBC, venerischen Infektionen oder Endokarditis. Dazu treten noch die besonderen Komplikationen, die auf mangelhafte Hygienebedingungen während der Injektionen zurückzuführen sind. Dazu gehören neben Hepatitis und AIDS, allerlei Hautinfektionen und Abszesse mit zum Teil langwierigen Folgekrankheiten (SCHEERER/VOGT 1989, 305). In jedem Jahr sterben allein in Deutschland weit über tausend Menschen an den Folgen der Illegalisierung von Heroin und der Kriminalisierung und Verfolgung der KonsumentInnen, - ein tödliches Ergebnis repressiver Drogenpolitiken (Die traurige Bilanz in Deutschland: 1990: 1.491 Tote; - 1991: 2.125 Tote; - 1992: 2.099 Tote; - 1993: 1.738 Tote; - 1994: 1.624 Tote; - 1995: 1.565 Tote; - 1996: 1.712 Tote;...und in Europa: 1994: 4.858 Tote; - 1995: 4.566 Tote; Quellen: BKA in DHS 1996, 67; BKA 1996; BKA 1997). Hinzu kommt das alltägliche Leid von weiteren Zehntausenden von Menschen...

In den letzten Jahren sind im Zusammenhang mit dem Boom der „Techno- und Rave“-Szene vermehrt Drogen in Tablettenform, sogenannte „**Party-Drogen**“ ins Licht der Öffentlichkeit getreten. Ganz besonders häufig genannt wird dabei vor allem **MDMA** (Methylendioxyamphetamin), besser bekannt als „**Ecstasy**“. MDMA wurde schon im Jahre 1898 erstmals synthetisiert und kann so auf eine hundertjährige Geschichte zurückblicken. Kurz vor dem ersten Weltkrieg wurde die Substanz von der Chemiefirma Merck zum Patent angemeldet, - kommerziell verwertet wurde sie damals aber noch nicht. Nachdem die US-Army in den Fünfzigern MDMA auch nicht als „Wahrheitsdroge für Verhöre“ gebrauchen konnte, verschwand die Rezeptur abermals von der Bildfläche. Gegen Ende der sechziger Jahre wurde MDMA

dann durch den kalifornischen Chemiker Alexander Shulgin wiederentdeckt und hielt wegen seiner vergleichsweise sanften und kontrollierbaren Wirkungen in der kalifornischen Psychotherapeutenzene Einzug, wo bis dahin vor allem mit der therapeutischen Verwendung von Lysergsäurediethylamid (LSD) experimentiert worden war. Ab den siebziger Jahren verbreitete sich MDMA dann allmählich als Straßen- und Freizeitdroge, - zunächst in der experimentierfreudigen Hippie-Bewegung und unter New Age - AnhängerInnen, um dann etwa ab Mitte der achtziger Jahre in der entstehenden Rave- und Technoszene ihren Siegeszug als Tanzdroge anzutreten. Das 1985 zunächst in den USA und auf deren Druck ein Jahr später von der WHO international erlassene Verbot der Substanz konnte, - wie in anderen Fällen auch -, ihre massenhafte Verbreitung in keinster Weise bremsen (WALDER/AMENDT 1997, 37 - 42). Im Gegenteil, so läßt sich zumindest vermuten, stieg durch das Verbot das Interesse auf seiten von Medien und potentiellen KonsumentInnen. Seitdem wird „Ecstasy“ vor allem in illegalen Labors zumeist von Chemiestudenten und anderen Amateurchemikern, was dem Reinheitsgrad und der Qualität auf dem Schwarzmarkt angebotener Pillen nicht gerade förderlich ist und entsprechende Gefahren für die KonsumentInnen birgt. Vom Techno-Szene Verein „Eve&Rave“ wurden in einem guten Jahr 142 verschiedene „Ecstasy“-Pillen analysiert: Es enthielten nur 57% tatsächlich MDMA. Allerdings enthielten weitere 31% „Ecstasy“-ähnliche Wirkstoffe wie MDEA (Methylenedioxy-N-Ethylamphetamin), MBDB (Methylbenzodioxolbutanamine) und MDA (Methylenedioxyamphetamin), und zwar in Dosierungen von 50 bis 250 mg pro Pille (WALDER/AMENDT 1997, 53).

Bei derartigen Dosisunterschieden je Konsumeinheit kann es leicht zu akuten Überdosierungen kommen, einhergehend mit Zittern, Herzklopfen, Schweißausbrüchen, Muskelkrämpfen, Erbrechen und Übelkeit, Panik, Halluzinationen, erhöhtem Blutdruck und Körpertemperatur bis hin zum Ausfall von Nierenfunktionen und Herzproblemen, die in Einzelfällen (zumeist bei entsprechender Prädisposition) sogar tödlich enden können (WALDER/AMENDT 1997, 65 f.). Todesursache Nummer 1 im Zusammenhang mit „Ecstasy“ ist jedoch noch immer die Überhitzung infolge stunden-

langen Tanzens mit unzureichender Flüssigkeitszufuhr zusammen mit der Beeinträchtigung des entsprechenden körpereigenen Alarmsystems (Dehydration, Überhitzung, Hitzschlag). Permanenter und hochdosierter Langzeitgebrauch von „Ecstasy“ senkt den *Serotonin*-Spiegel im Gehirn und kann so zu psychischen Problemen wie Depressionen oder anderen psychischen Erkrankungen führen (*Serotonin* ist ein Transmitterstoff, der an der Übertragung von Nervenimpulsen beteiligt ist). Allerdings halten sich die Gefahren im Vergleich zu den meisten legal erhältlichen Psychopharmaka noch in Grenzen; ein physisches Abhängigkeitspotential wurde bislang nicht konstatiert (WALDER/AMENDT 1997, 61).

In diesem Zusammenhang sollten die u. a. als „**Speed**“ bekannten Amphetamine und Methamphetamine nicht unerwähnt bleiben, da sie gegenwärtig wieder vermehrt konsumiert werden. Es handelt sich dabei um eine Gruppe nicht halluzinogener, sondern lediglich aufputschender Drogen, die aufgrund gerade dieser Charakteristika besonders gut in die heutige Leistungsgesellschaft zu passen scheinen. Die bekanntesten unter ihnen wurden und werden unter den Handelsnamen „Benzedrin“, „Pervitin“ und „Captagon“ vermarktet. „Speed“, ein weisses Pulver, wird im allgemeinen geschnupft oder in Form von Kapseln oral eingenommen, kann aber auch geraucht, inhaliert oder gar „gefixt“ werden. Synthetisiert wurde Amphetamin erstmals 1887. Von seiner chemischen Struktur her ähnelt es dem Streß-Hormon Adrenalin und erzeugt auch ähnliche Wirkungen im menschlichen Körper. So galt es in den zwanziger Jahren dieses Jahrhunderts als eine Art Wundermittel, das Ärzte gegen allerlei Beschwerden verschrieben, als Stimmungsaufheller gegen Depressionen, bei Alkoholismus, Epilepsie, Fettleibigkeit und nicht zuletzt als Ersatzdroge für das Ende der Zwanziger verbotene Kokain. Aber auch im Krieg wurde es von Nazis und Alliierten gleichermaßen ihren Soldaten verabreicht, um sie mutig und aggressiv zu machen. Obwohl Gefährlichkeit und Suchtpotential der Substanz schon längst bekannt waren (sie wurde 1941 dem Opiumgesetz unterstellt), setzten es die Amerikaner noch in den sechziger Jahren bei ihren Truppen ein.

So wurde „Speed“ durch die Jahrzehnte unseres Jahrhunderts mal unfreiwillig, mal freiwillig jedoch permanent konsumiert, - während der Fünfziger zur Zeit des Rock'n'Roll als Tanzdroge, während der Sechziger und Siebziger von „schlankheitswilligen“ Damen als Appetithemmer, in den Siebzigern und Achtzigern als Dopingmittel von SportlerInnen und tanzwütigen DiscobesucherInnen und auch in den Neunzigern unter anderem wieder als Partydroge in der Rave-Szene. WALDER und AMENDT halten Speed deshalb für die „am meisten unterschätzte“ Droge schlechthin (WALDER/AMENDT 1997, 103 - 105). Leicht unterschätzt wird die Droge auch im Hinblick auf ihre gesundheitsbedrohenden Eigenschaften: Bei hohen Dosen kommt es neben Appetitlosigkeit und erhöhter Herzrhythmus- und Atemfrequenz, oft zu Kopfschmerzen und Übelkeit. Akute Überdosierung führt zu Kreislaufversagen und tiefer Bewußtlosigkeit, die möglicherweise sogar tödlich enden können. Dauergebrauch hingegen putscht zwar einerseits subjektiv auf, laugt aber den Körper allmählich völlig aus. Depressionen, permanente Unruhe, Schlaflosigkeit und der völlige Appetitverlust führen schnurstracks auf den Zusammenbruch der geistigen und körperlichen Funktionen zu. Hinzu kommt die Toleranzbildung, die die Betroffenen zu immer höheren Dosen greifen läßt, und die sich schnell entwickelnde psychische und aller Wahrscheinlichkeit auch physische Abhängigkeit. Der regelmäßige Gebrauch setzt Körper und Geist unter Dauerstreß und führt letztendlich zwangsläufig zum Kollaps (WALDER/AMENDT 1997, 106 - 108).

1.2. Drogen, Drogennutzen und Rauschzustände

Im vorangegangenen Abschnitt dürfte deutlich geworden sein, daß der Konsum einer Droge immer Risiken in sich birgt, - egal ob die Droge nun legal ist oder verboten wurde. Zwangsläufig schließt sich die Frage an, warum die Menschen seit jeher Drogen zu sich nehmen, um sich zu berauschen, obwohl das doch bekanntermaßen gefährlich sein kann. Zur Klärung dieser Frage gibt es verschiedenste Ansätze aus allerlei Wissenschaftsgebieten. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werde ich mich auf zwei wesentliche Punkte beschränken: Die Betrachtung angenehmer Effekte des **Rauschzustandes** und - im darauffolgenden Abschnitt - damit zusammenhängende **neurobiologische Aspekte**.

Doch zunächst sollte geklärt werden, was denn überhaupt unter dem Begriff „**DROGEN**“, wie er hier Verwendung findet, zu verstehen ist. Während die pharmazeutische Industrie unter Drogen „sowohl die (pflanzlichen, seltener: tierischen, mineralischen oder künstlichen) Grundstoffe für Arzneimittel als auch die bereits aus einem Rohstoff zubereiteten bzw. aus mehreren zusammengesetzten Medikamente, und zwar unabhängig von Fragen der psychoaktiven Wirkung und juristischen oder moralischen Bewertung“ auffaßt, werden in der Alltagssprache unter Drogen oft nur die verbotenen Rauschmittel (Cannabis, Heroin, Kokain etc.) verstanden. Für die legalisierten Substanzen Alkohol, Nikotin und Koffein führte man - nicht zuletzt auf eifriges Drängen der Alkoholindustrie - die irreführende Bezeichnung „Genußmittel“ ein. Auch die eher kläglichen Versuche der WHO in den sechziger Jahren, den Begriff immer allgemeiner zu fassen, können uns in diesem Zusammenhang nicht weiterhelfen, denn als Droge galt demnach „jede Substanz, deren Einverleibung zur Reizung biologischer Substrate führt“, - womit auch Trinkwasser oder die Atemluft gemeint sein könnten! Die WHO unternahm infolgedessen weitere Versuche, Drogen zu definieren und gelangte zu einer Einteilung des Begriffes auf drei verschiedenen Ebenen.

Für die vorliegende Arbeit wurde die dritte Ebene dieses Definitionsvorschlages als sinnvoll und brauchbar erachtet (analog zu u. zit. n. SCHEERER/VOGT 1989, 5 f.):

DROGEN

sind demnach

alle Stoffe, Mittel, Substanzen, die aufgrund ihrer chemischen Natur Strukturen oder Funktionen im lebenden Organismus verändern, wobei sich diese Veränderungen insbesondere in den Sinnesempfindungen, in der Stimmungslage, im Bewußtsein oder in anderen psychischen Bereichen oder im Verhalten bemerkbar machen.

Der - zumeist drogeninduzierte - **Rausch** hingegen ist ein universelles Grundbedürfnis menschlicher Existenz. Seine Beziehung zur Sucht ist allerdings nicht so eng wie vielfach angenommen (wie wir später noch sehen werden, enthält das Verhältnis *Rausch* - *Sucht* sogar viele Gegensätze). Oft werden dem Rausch sehr zu Unrecht negative Konnotationen verliehen. Er wird im allgemeinen mit *Mißbrauch* gleichgesetzt und vorhandene positive Wirkungen des Rausches werden entweder verdrängt und totgeschwiegen oder aber gänzlich negiert, - und zwar in völliger Ignoranz gegenüber dem Umstand, daß der Rausch in allen Gesellschaften permanent und untrennbar zum menschlichen Dasein gehörte und vermutlich sogar maßgeblich zu deren kultureller Entwicklung beitrug.

Der Rausch selbst ist ein Phänomen das sich nur schwer abgrenzen läßt gegenüber seinem Gegenpol, der *Nüchternheit* im Sinne völliger Bewußtseinsklarheit. Die Grenzen sind fließend und Verliebtsein oder eine bestandene Prüfung vermögen ebenso Rauschzustände auszulösen, wie der Konsum einer Droge. Insofern gebührt dem Rausch eigentlich eine würdigere Position, als es die simplifizierende Gleichsetzung mit dem *Mißbrauch einer Droge* zuläßt. Selbst ein sonst so nüchterner Kriminologe wie SCHEERER weist zu Recht darauf hin, daß der Rausch „...Teil existentieller psychischer Bedürfnisse nach Selbsterkenntnis durch Grenzerfahrungen...“ ist und im Rausch zudem „...ein Moment ekstatischer Glückseligkeit (liegt), das die Trennung zwischen Ich und Du, zwischen Subjekt und Objekt eine Zeit lang aufzuheben vermag. Sogar die Zeiterfahrung selbst löst sich, wie die Raumerfahrung, im Rausch letztlich auf“. SCHEERER spricht in diesem Zusammenhang von „Gipfel-Erlebnissen“, die „...eine Offenbarungs-Empfindung von der ‘Soheit’ und der ‘Einheit’ der Welt (vermitteln), die an das ‘tathata’ des Zen-Buddhismus ebenso erinnert wie an die ‘unio-mystica’ der christlichen Mystiker...“ (SCHEERER 1995, 36).

Abgesehen von derlei **Grenzerfahrungen** haben drogeninduzierte Rausche noch weitere, wenn auch nicht ganz so spektakuläre, so aber dennoch positive Aspekte. So nutzen viele Menschen den drogeninduzierten Rausch bspw. zur schnellen und

tiefen **Entspannung und Erholung** nach einem langen und ereignisreichen Arbeitstag. In unserer heutigen von permanenter Leistungsanforderung geprägten Arbeitswelt, wo ständige Präsenz und Aufmerksamkeit gefordert werden, wird zum schnelleren Abschalten oft auf die eine oder andere Droge zurückgegriffen. Was dem Fabrikarbeiter sein „Feierabend-Bier“ ist, ist für die Hausfrau ihre Tasse Kaffee am Nachmittag und für den Studierenden vielleicht ein „Entspannungs-Joint“ am Abend. Aus der Streßforschung ist bekannt, wie wichtig es ist, daß einer *Phase der Anspannung* eine ebenso lange *Phase der Entspannung* folgen sollte, um auf Dauer die Entwicklung pathologischer Streß-Symptome vermeiden zu können. Um nun möglichst schnell nach Feierabend Entspannung und Lockerung erreichen zu können und so die Entspannungsphase optimal auszudehnen, kann der Genuß einer Droge hilfreich sein...und die Antwort auf die Frage, welche Droge einem Menschen am besten zur Entspannung verhelfen kann, ist so unterschiedlich, wie die Menschen selbst.

Weit darüber hinaus reicht der Aspekt der **Bewußtseinserweiterung** und des **Erkenntnisgewinns**, so „abgedroschen“ das auch zunächst klingen mag. „Reisen bildet“ lautet eine gerne und häufig zitierte Binsenweisheit. Durch den Gebrauch bestimmter (halluzinogener) Drogen, wie Cannabis, LSD, Mescaline oder bestimmter Pilze („Magic Mushrooms“) läßt sich Vergleichbares erreichen: Die künstlich veränderte Wahrnehmung der Umgebung ist ähnlich einer Veränderung der räumlichen Umgebung durch Ortswechsel. Gerade psychedelische Drogen (Anm.: der Begriff *psychedelisch* bedeutet *bewußtseinserweiternd*) erlauben eine drastische Wandlung der Wahrnehmung. Akustische und visuelle Eindrücke verändern und intensivieren sich in kaum beschreibbaren Dimensionen.

Wenn es den KonsumentInnen gelingt, die Erlebniswelt des Rausches durch Erinnerung in die Realität hinüberzuretten und zu verarbeiten, dann können daraus Erfahrungen resultieren, die durchaus mit „Reisen“ vergleichbar sind; nicht umsonst sprechen LSD-GebraucherInnen vom „trip“, dem englischen Wort für „Reise“. Der-

jenige, der sich in einen veränderten Bewußtseinszustand begibt, ist in der Lage, Dinge zu entdecken, die er im nüchternen Zustand aufgrund unseres Reizfiltersystems nie bewußt hätte ausmachen können. KonsumentInnen können bestimmte Situationen unter völlig verändertem Blickwinkel wahrnehmen. So gewonnene Erfahrungen erweitern zweifellos das Bewußtsein der GebraucherInnen und vermitteln Erlebnisse, Gefühlsintensitäten und bisweilen auch Erkenntnisse, die ansonsten verborgen geblieben wären.

Wenn der eine oder andere solche Eindrücke mit künstlerischen Mitteln beschreibt, - sei dies nun durch Malerei, Musik, Bildhauerei, in Form von Skulpturen oder auch literarisch -, so resultiert aus einer Anregung der Inspiration durch Drogengebrauch eine **Förderung der Phantasie und Kreativität als deren Umsetzung:**

„Seit jeher lockt deshalb Maler oder Musiker die schöpferische Kraft der Droge“ schreibt hierzu Wolfgang Nagel (GEO – WISSEN 1990, 167). Wie viele der Kunstwerke und wissenschaftlichen Errungenschaften, die wir heute mit Recht bewundern, im Rausch oder unter Drogeneinfluß im unmittelbaren und mittelbaren Sinne (*unmittelbar* = direkt unter dem Einfluß einer Droge; *mittelbar* = als Verarbeitung der Eindrücke nach dem Abklingen des Rausches) geschaffen wurden, läßt sich heute nur schwer abschätzen. Ein paar Beispiele bekannter und berühmter DrogenkonsumentInnen der Menschheitsgeschichte seien auf der folgenden Seite – kurz und kommentarlos – genannt (wobei der Aufrichtigkeit halber bemerkt werden muß, daß einige der Nachgenannten ihren Drogenkonsum soweit übertrieben haben, daß sie selbst daran zu Grunde gingen).

Kokain konsumierten bspw. gerne SIGMUND FREUD, CARL KOLLER, QUEEN VICTORIA, ROBERT LOUIS STEVENSON, SIR ARTHUR CONAN DOYLE, PAPST LEO VIII, KONSTANTIN WECKER, etc.;

Freunde von **Opiaten** waren HOMER, WILKIE COLLINS, PARACELSUS, BAUDELAIRE, BERLIOZ, COLERIDGE, NOVALIS, THOMAS DE QUINCEY, EDGAR ALLEN POE, BILLY HOLIDAY, MILES DAVIS, CARL PERKINS, JEAN COCTEAU, JANIS JOPLIN, JIM MORRISON etc.;

Cannabis und andere **Halluzinogene** wurden mit Vergnügen verwendet von: GALEN, DEMOKRIT, ERNST JÜNGER, HENRY MICHAUX, ERNST BLOCH, WALTER BENJAMIN, HERRMANN HESSE, BAUDELAIRE, JACK KEROUAC, ALAN GINSBERG, ALDOUS HUXLEY, TIMOTHY LEARY, ALBERT HOFMANN, HANS-GEORG BEHR, DANIEL COHN-BENDIT, BOB MARLEY, JIMI HENDRIX, den BEATLES, den ROLLING STONES und unzähligen anderen...

(vergl. hierzu GEO – WISSEN 1990, 166 – 175; SCHEERER/VOGT 1989; CORDER/SMITH/SWISHER 1975; BEHR 1995; SCHMIDBAUER/VOM SCHEIDT 1995 u. v. a. m.).

Kurzum, Drogenerfahrungen haben wesentliche Teile unserer kulturellen Errungenschaften mitbestimmt und geprägt – und das gilt für Orient und Okzident gleichermaßen.

Eine Frage, die Menschen seit jeher bewegt, ist die Suche nach dem Sinn unseres Daseins. Alle Religionen sind gewissermaßen auch Versuche, darauf eine Antwort zu geben. **Religiosität** und damit untrennbar verbunden die **Spiritualität** wären jedoch ohne Rauschzustände undenkbar, wobei Trance, Ekstase und Rausch getrost in einem Atemzug genannt werden können. Nicht alle diese Zustände wurden oder werden durch von außen in den Körper eingeführte (*exogene*) Drogen erreicht, ein Teil davon ist auch auf die körpereigenen Endorphine (= *endogene Morphine*, wegen ihrer Ähnlichkeit zu Morphin) und andere Stoffwechselprodukte zurückzuführen, denen der jeweils notwendige Stimulus vorausging (näheres siehe Abschnitt 1.3).

Doch selbst wenn man diejenigen Rauschzustände unberücksichtigt läßt, denen nicht explizit die Aufnahme exogener Stoffe in den Körper vorausging, würde es zu weit führen, alle spirituellen Handlungen aufzuzählen, die in direktem Zusammenhang mit Drogenkonsum stehen. Als Beispiele sollen „Weihrauch“ und „Messwein“ aus der katholischen Kirche dienen und auch das „Abendmahl“ war durch gemeinschaftlichen Drogenkonsum (Wein!) gekennzeichnet. Der Konsum von Drogen sowie das Erlangen von Rauschzuständen prägen jede Form von Spiritualität und haben damit wesentlich zur Entstehung und Etablierung der „Weltreligionen“ und anderer Glaubensrichtungen beigetragen. Auch wenn das heute gerne verschwiegen wird fehlt es nicht an Beispielen aus der Geschichte für den Beleg dieser Aussage. Behr schreibt dazu: „...Religionswissenschaftler gehen sogar so weit, anzunehmen, mit solchen und ähnlichen Zuständen hingen die frühen Versuche zusammen, das Unerklärliche auf eine phantastische Weise zu systematisieren, also die Erschaffung der Götter“ und er meint damit ebenso wohl unseren Christengott, wie den jüdischen Jahwe oder den arabischen Allah (BEHR 1995, 21; Behr belegt diese These auch an vielen anderen Stellen seines Buches sehr eindrücklich, - allerdings ausschließlich auf den Konsum von Cannabis bezogen). Man kann also konstatieren, daß Drogenkonsum und Rauschzustände ganz erheblich zur Entwicklung menschlicher Religionen und Philosophien beigetragen haben.

Wer die kleine Drogenkulturgeschichte im ersten Abschnitt verfolgt hat, dem wird aufgefallen sein, daß nahezu jede Droge neben ihrer berauschenden Wirkung auch gesundheitsförderliche, medizinische Aspekte besitzt oder zu solchen Zwecken genutzt werden kann, - und dies nicht nur unter dem Blickwinkel der Entspannung. Die **Heilmittelfunktion** insbesondere der illegalisierten Drogen wird nur allzu gerne verschwiegen, obschon es inzwischen genügend Belege für diese These gibt. Der Reigen der Drogen mit Heilungseffekten reicht von „Magic Mushrooms“ (halluzinogene Pilze) und Mescaline (häufig in alten süd- und mittelamerikanischen Kulturen im Zusammenhang mit allerlei Leiden) über LSD und Ecstasy (zeitweise erfolgreiche Einsätze in der Psychotherapie) bis hin zu Cannabis und Opium. Während jedoch bspw. die schmerzstillenden (analgetischen) und schleimlösenden Effekte verschiedener Opiate, wie auch die lokalanaesthetischen Wirkungen des Kokain (insb. in der Zahn- und Augenmedizin) schon lange und mit Erfolg medizinisch genutzt werden, darf zum Beispiel Cannabis trotz bekannter und von verschiedenster Seite hochgelobter Heilwirkungen noch immer nicht oder nur in wenigen Ausnahmefällen (z. B. im US-Bundesstaat Californien) medizinisch eingesetzt werden. Welch eine immense Chance wird dabei versäumt, Tausenden von Menschen ihr Leben auf oft sanfte naturmedizinische Art mit geringfügigen Nebenwirkungen zu erleichtern oder gar ihre Beschwerden zu heilen! Hieran wird die Ignoranz brachialer Prohibitions politik im Zusammenhang mit aggressiver Lobby-Arbeit der pharmazeutischen Industrie (die ja weiterhin ihre teuren Medikamente an den Mann oder die Frau bringen will) ganz besonders deutlich (siehe hierzu insb. GRINSPOON/BAKALAR 1994, die überzeugend von Heilerfolgen mit Cannabis berichten, aber auch SCHEERER/VOGT 1989 oder BEER 1995 u. v. a.).

1.3. Das Belohnungssystem

Die geschilderten Annehmlichkeiten des Rauschzustandes treffen in mehr oder minder starkem Umfang auf den Konsum von Drogen generell zu. Egal ob legal oder illegalisiert, alle Drogen haben eines gemeinsam: Sie können uns angenehme Stimmungen und Gefühle und sogar eine andere Sicht der Welt verschaffen. Doch offen bleibt noch, auf welchem Weg Drogen unser Gefühlsleben beeinflussen. Zur Klärung dieser Frage bedarf es der Kenntnis einiger grundlegender **neurobiologischer Zusammenhänge**.

Aus der Gehirnforschung der letzten Jahre wissen wir, daß jeder menschliche Organismus innerhalb des Zentralen Nervensystems (ZNS) bestimmte Verknüpfungen hat, die insgesamt als „**Belohnungssystem**“ bezeichnet werden. Dieses Belohnungssystem besteht aus einer Vielzahl von Nervenbahnen, die bestimmte Teile des ZNS miteinander verbinden. Man geht heute davon aus, daß im Belohnungssystem primär *drei Zentren* oder *Ebenen* existieren (nach SCHEERER 1995, 39 – 45):

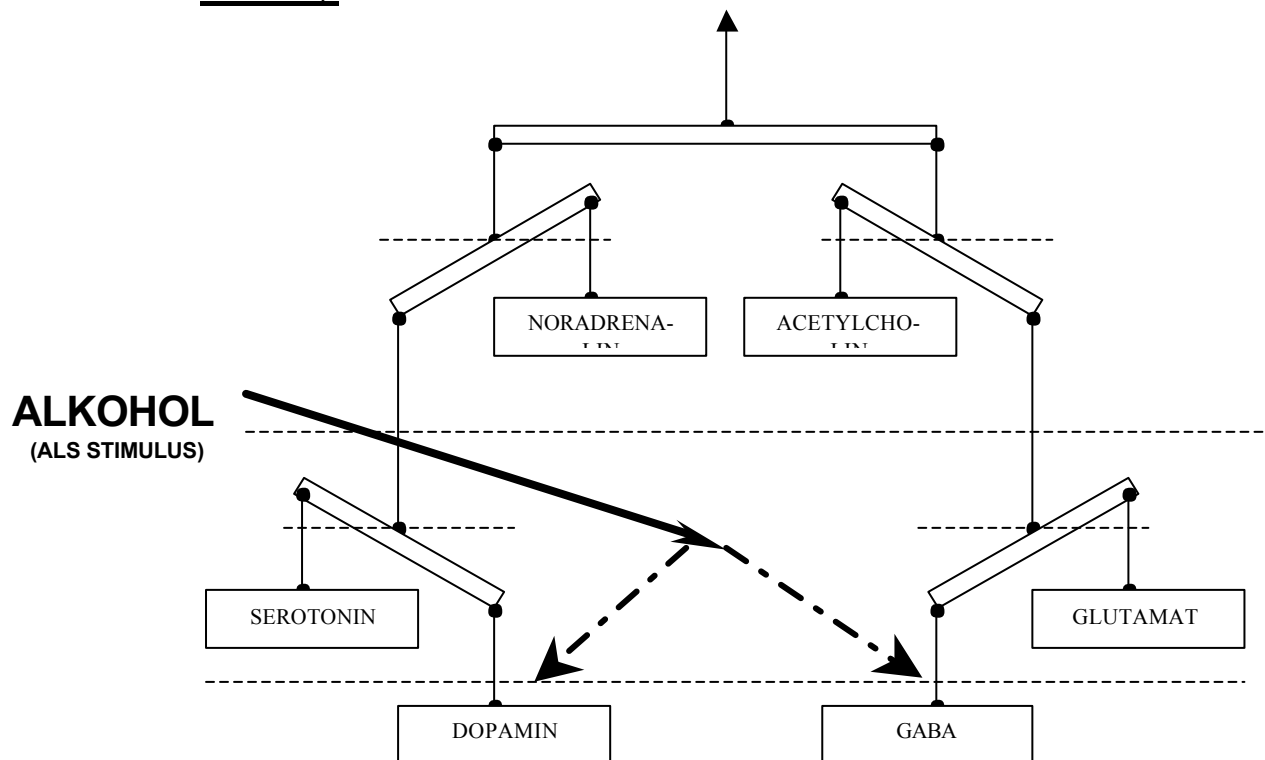
- (1) Im *Hypothalamus* werden die elementaren Lebensfunktionen (Essen, Trinken, Stoffwechsel, sexuelle Aktivität) mit angenehmen Gefühlen verknüpft, und zwar mit Hilfe des körpereigenen Opiats *Beta-Endorphin*
- (2) Eine Verknüpfung zwischen dem *Limbischen System* und Teilen des *Großhirns* sorgt durch die Ausschüttung einer anderen Gruppe körpereigener Opiate, der sogenannten *Enkephaline*, für die Bewertung von Sinneseindrücken (Licht, Farben, Klänge, Gerüche) durch die Verknüpfung mit mehr oder weniger angenehmen Lust- oder Unlustgefühlen
- (3) Eine weitere Verbindung zwischen der *Großhirnrinde* und dem *Mesolimbischen System* setzt bei Hochleistungen aller Art das Peptid *Cholecystokinin* und den Transmitterstoff *Dopamin* frei und löst damit einen Rauschzustand aus

Interessanterweise docken von außen zugeführte Opiate an genau die gleichen Rezeptoren im Belohnungssystem an wie körpereigene Opiate (*Endorphine*). Auch andere Drogen wirken sich direkt oder indirekt auf das körpereigene Belohnungssystem aus. Kokain bspw. beeinflusst unmittelbar die Menge des Neurotransmitters Dopamin, Alkohol führt zur Bildung großer Mengen körpereigener Opiatvorläuferprodukte und Nikotin setzt Beta-Endorphin und ACTH (Acetylcholin, ebenfalls ein Neurotransmitter) frei usw. usf. (TRETTER 155 – 189).

Eines der grundlegenden Merkmale von Systemen ist das Streben nach Gleichgewichtszuständen (Homöostase). Dies gilt uneingeschränkt auch für das körpereigene Belohnungssystem. Wenn nun ein Reiz (Stimulus) über längere Zeit auf dieses System Einfluß nimmt und somit ein Ungleichgewicht bewirkt, versucht der Körper durch Erregung oder Hemmung der Produktion bestimmter Neurotransmitterstoffe die ursprüngliche Balance wiederherzustellen. Am Beispiel von Alkohol zeigen die folgenden Grafiken die entsprechenden Effekte (nach TRETTER 1998, 184 f.):

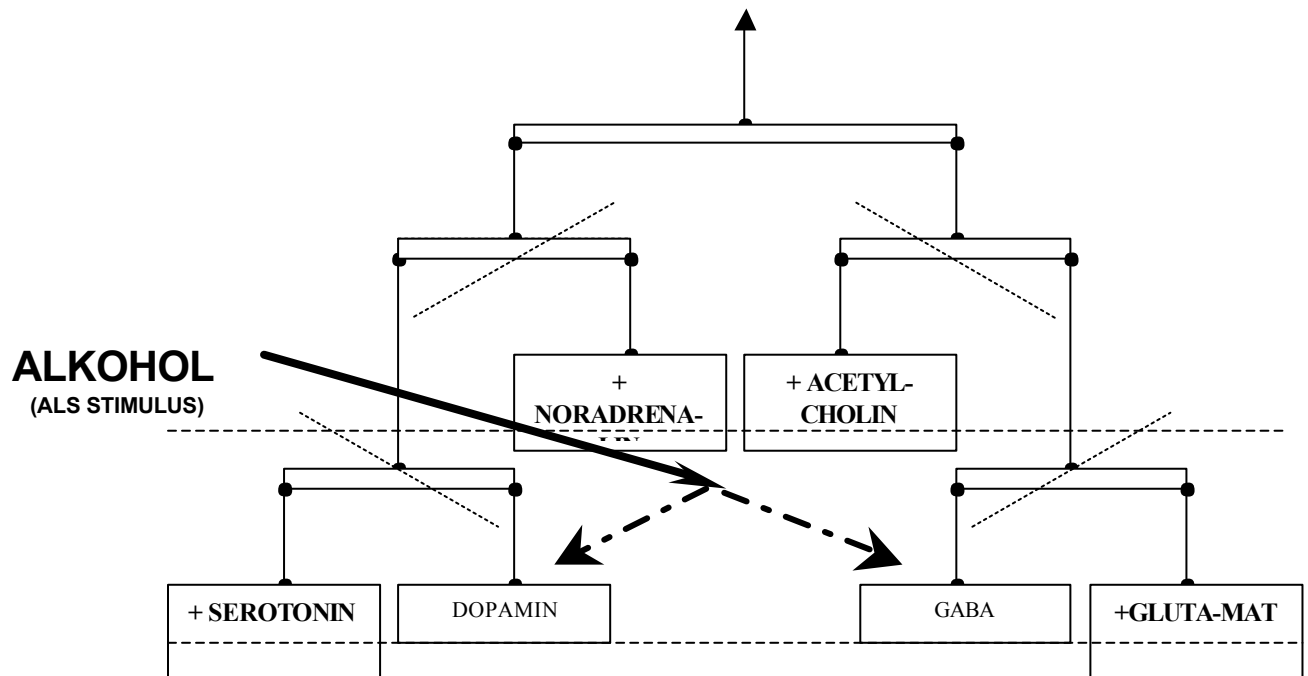
Das „neurochemische Mobile“ unter Einwirkung von Alkohol:

Im menschlichen Körper besteht ein exakt abgestimmtes Gleichgewicht zwischen verschiedenen neurochemischen Subsystemen, das ein ähnlich feines Zusammenspiel zeigt, wie ein System gekoppelter Waagschalen oder ein „Mobile“. Ein durch Reizeinwirkung ausgelöster Rauschzustand führt kurzfristig zum Ungleichgewicht (siehe Abb. 1. a)). Wirkt ein Stimulus über einen längeren Zeitraum auf dieses System ein, so versucht der Körper das relative Gleichgewicht wiederherzustellen (Abb. 1. b)):

Abb. 1. a):

Durch den akuten Einfluß von Alkohol (Abb. 1. a)) gerät das System kurzfristig aus dem Gleichgewicht und bewirkt beim Konsumierenden einen Rauschzustand (die gestrichelten Linien deuten den Normalzustand an).

Abb. 1. b):



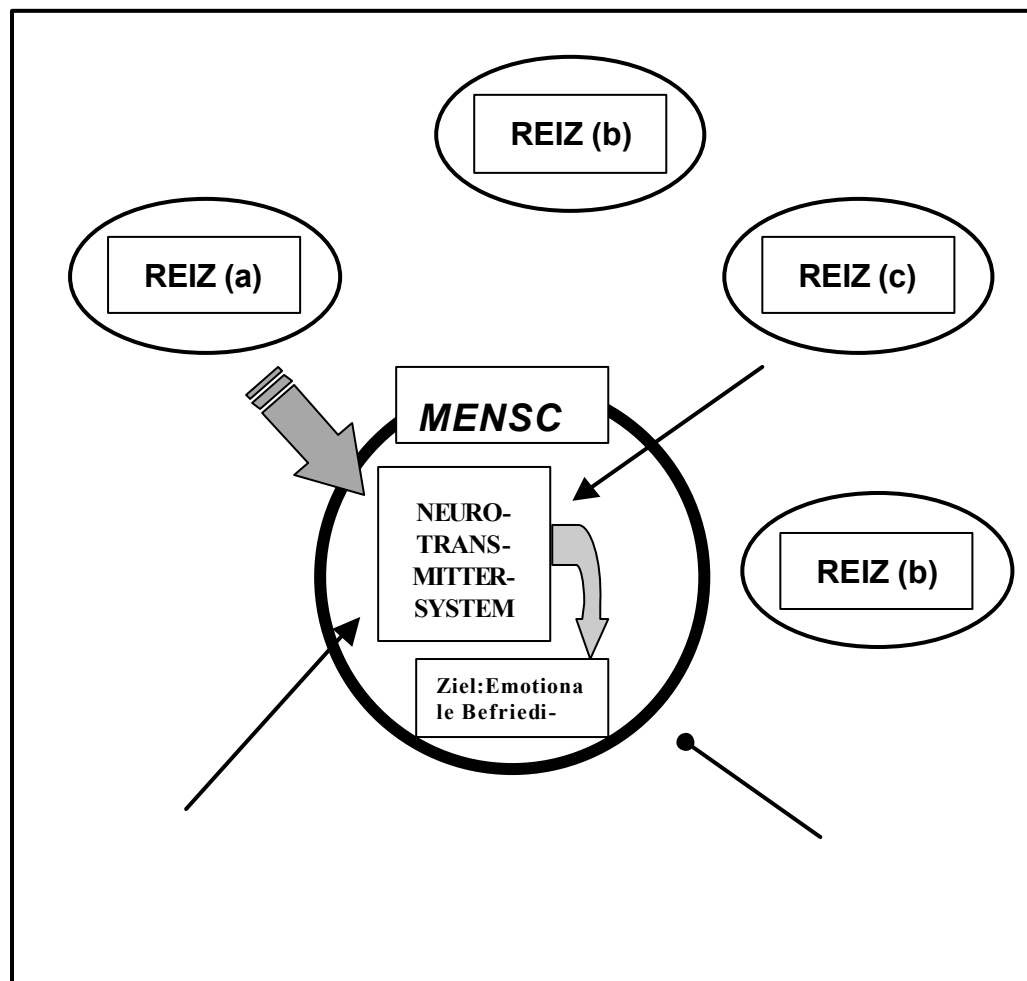
Wird über einen längeren Zeitraum permanent Alkohol konsumiert (Abb. 1. b)), so versucht der Körper das alte neurochemische Gleichgewicht durch die entsprechende Mehrproduktion oder Hemmung bestimmter Neurotransmittersubstanzen (im Falle von Alkohol sind dies Serotonin, Noradrenalin, Acetylcholin und Glutamat) wieder herzustellen: Eine Sucht etabliert sich (die gestrichelten Linien deuten den Normalzustand an, die gepunkteten Linien den Rauschzustand).

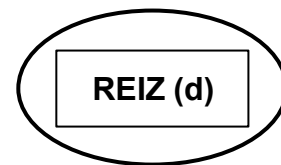
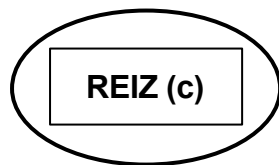
Hierzu ist nochmals anzumerken, daß ein Effekt auf das Belohnungssystem nicht nur durch von außen zugeführte Substanzen, sondern gleichermaßen auch durch andere Reize (z. B. Sex, Leistungssport, allerlei angenehme Gefühlserfahrungen u. v. a. mehr) stimuliert werden kann (siehe Abschnitt 2. 4).

Seit die Gehirnforscher im Jahr 1975 die Existenz von Endorphinen festgestellt haben, hat sich das wissenschaftliche Verständnis des Rauschzustandes radikal verändert: Während man vorher davon ausgegangen war, daß der Rausch eine Folge schädlichen Substanzgebrauchs war, so weiß man heute, daß dieser Zustand und die mit ihm einhergehenden angenehmen Gefühle für das Überleben der Menschheit von existentieller Bedeutung sind, „ohne die wir aller Wahrscheinlichkeit nach eher früher als später nicht nur das Essen und Trinken, sondern auch alle weiteren Bemühungen um Selbst- und Arterhaltung einstellen würden“ (SCHEERER 1995, 41).

Die folgende Graphik zeigt noch einmal vereinfacht auf, wie bestimmte Stimuli (Reize (a)-(d)) der Befriedigung menschlicher Gefühlsbedürfnisse dienen (können), indem sie das körpereigene Neurotransmittergleichgewicht (Belohnungssystem) beeinflussen.

Abb. 2: Der Mensch im Spannungsfeld verschiedener Stimuli





Wie wir gesehen haben, strebt jeder Mensch aus biologisch-evolutionären Gründen nach angenehmen und befriedigenden Erfahrungen und Erlebnissen. Wie er dieses Verlangen umsetzt, d. h. welche Reize er benutzt, um das Ziel der emotionalen Zufriedenheit zu erreichen, das ist abhängig von den „Glücksquellen“, die ihm durch seine Sozialisation und seinen sozialen Nahraum zur Verfügung stehen. Unter Reizen ist alles zu verstehen, was als Suchtmittel dienen kann. Dies können neben dem Konsum bestimmter Substanzen (Drogen) auch Verhaltensweisen sein, die - individuell verschieden – zur angestrebten Befriedigung führen können (z. B. Essen, Glücksspiele, Sex, Einkaufen, Fernsehen, Arbeit usw.). Der Mensch im obigen Schaubild betont eine einzige Glücksquelle (Reiz (a)) sehr stark, während andere Reize entweder nicht erreichbar sind (Reiz (b)), bzw. nur eine untergeordnete Rolle spielen (Reiz (c)) oder aber abgelehnt werden (Reiz (d)), weil von ihnen keine Befriedigung erwartet wird (die Überbetonung eines einzigen Reizes kann allerdings, wird sie über einen längeren Zeitraum fortgesetzt, schließlich zur Sucht führen).

Damit dürften die Hauptgründe für den Konsum von Drogen geklärt sein: Es handelt sich ganz einfach um das Bestreben eines jeden Menschen nach angenehmen Gefühlen und emotionell befriedigenden Erfahrungen. Das zeigt zwar, daß es sehr gute Gründe für den Drogenkonsum gibt, nicht aber für die Entwicklung einer Sucht. Denn so angenehm die mit dem Konsum einer Droge verbundenen Erfahrungen auch sein mögen, so hat doch – um es mit den Worten von SCHEERER zu sagen - jede Glücksquelle „...einen abnehmenden Grenznutzen. Um das zu verstehen, muß man nur vier Wochen lang jeden Tag sein Lieblingsgericht essen...“. Insofern beraubt man sich mit der Überbetonung einer einzigen Erlebnisform der Freude und der angenehmen Erfahrungen vieler anderer Quellen. Außerdem sprechen noch weitere handfeste Gründe gegen die permanente Beanspruchung einer einzigen Möglichkeit, das Glücksverlangen zu befriedigen: Die meisten Menschen haben Erwartungen, Träume

oder setzen sich Ziele, von deren Erreichen sie sich kurz -, mittel - oder langfristig ebenfalls entsprechende Befriedigung und Glück versprechen. Dem Erreichen dieser Ziele steht jedoch der intensive und tägliche Konsum einer einzigen Droge oder eines sonstwie zunächst scheinbar befriedigenden Verhaltens im Wege. Nicht nur, daß Staat und Gesellschaft individuelle Konsumententscheidungen durch juristische und soziale Sanktionierung (z. B. Kriminalisierung und gesellschaftliche Ächtung illegalisierter Drogen) drastisch zu beschränken versuchen, so sprechen auch die gesundheitlichen Gefahren und Nebenwirkungen gegen die übermäßige Beanspruchung eines einzigen „Glücksfaktors“ (SCHEERER 1995, 44 f). Insofern bedarf das Phänomen der „Sucht“ einer genaueren Untersuchung...

1.4. Zusammenfassung

Droge, Rausch und Menschheit sind, wie wir gesehen haben, Begriffe, die kaum voneinander zu trennen sind. Soweit wir das zurückverfolgen können, haben die Menschen jedes Zeitalters allerlei Drogen entdeckt, probiert und mehr oder minder intensiv und regelmäßig genutzt. Allerdings hing es stets auch vom historisch-kulturellen Kontext ab, wie die eine oder andere Substanz bewertet wurde, ob also ihr Gebrauch integriert war, ob er sich auf bestimmte Bevölkerungsgruppen beschränkte oder ob er verboten war und drastisch sanktioniert wurde. So wird gerade am Beispiel des Kaffee deutlich, daß wir jenen, die trotz exorbitanter Strafandrohungen und sonstiger Sanktionen nicht darauf verzichtet haben, dankbar sein sollten. Nicht nur, weil uns ihre anarchische Starrköpfigkeit den Genuß einer morgendlichen Tasse aromatischen Kaffees ermöglicht, nicht nur weil der Staat nun viel Geld durch Kaffee- und andere Steuern in sein löchriges Geldsäcklein bringen kann, sondern auch weil wir daran deutlich sehen können, daß die Einteilung in legale und illegale Drogen reine Definitionssache ist und weder etwas mit der Droge an sich noch mit deren Gefährlichkeit zu tun haben.

Aber auch dem **Rausch** wurde durch alle Zeiten hindurch zugesprochen, ohne daß die Menschheit daran zu Grunde gegangen wäre. Ganz im Gegenteil: Der Rausch war schon immer in irgendeiner Weise mit der Suche nach Grenzerfahrungen und Entdeckungen psychischer oder spiritueller Art verknüpft. Der Rausch hat die Künste, die Religionen, das Bewußtsein und unser heutiges Denken entscheidend mitbestimmt – also im Grunde genommen all das, worauf wir als Menschen so stolz sind, weil es uns von der Tier- und Pflanzenwelt abgrenzt.

Nichtsdestotrotz hat jeder Rausch seinen Preis. Je häufiger und je stärker wir uns berauschen desto umfangreicher sind auch die unangenehmen und ungewollten Begleiterscheinungen. Seine Wirkungen manifestieren sich primär auf neurobiologischem Wege - im körpereigenen **Belohnungssystem!** Jeder Rausch verschiebt kurzfristig dessen empfindliches Gleichgewicht. Die Entdeckung dieser existentiellen Zusammenhänge könnte nicht nur unsere Sicht des Rausches, sondern auch unsere Auffassung von Sucht revolutionieren.

Die **Sucht** ist in ihrer aktuellen Bedeutung gegenüber dem Rausch eine relativ junge Erscheinung. Im Gegensatz zum gelegentlichen Rausch ist Sucht ein zum Scheitern verurteilter Versuch, die angenehmen Erfahrungen des Rausches zu verewigen und die Periodik des Genusses, den zeitlichen Wechsel zwischen Rausch und Nüchternheit auf ein Minimum und damit letztlich auf ein Kontinuum zu bringen. Die Grenze zwischen den Gegenpolen Rausch und Nüchternheit verschwimmt so bis zur Unkenntlichkeit. So ist es auch nicht weiter überraschend, „...daß unsere Vorstellung von Sucht erst in dem Maße entstand, wie man den Rausch abwertete und die Fähigkeit zum festlichen Berauschtsein verlor“ (SCHEERER 1995, 37).

Damit Sucht entstehen kann, müssen bestimmte soziale Rahmenbedingungen vorherrschen: Während der Rausch einerseits als ein universales Grundbedürfnis eine gewissermaßen naturgegebene Existenzberechtigung besitzt, wurde er gesellschaftlich immer mehr geächtet. Dies wiederum hatte zur Folge, daß das Berauschtsein stärker sanktioniert wurde und inzwischen nur noch bedingt innerhalb eng gesteckter Grenzen toleriert wird. Daraus folgt, daß zumindest diejenigen, die dem Rausch außerhalb dieser Grenzen zusprechen, gegen gängige Muster verstoßen und entsprechenden Konsequenzen ausgesetzt sind. Berücksichtigt man nun, daß gesellschaftliche Vorstellungen im Zuge der Sozialisation eines Menschen verinnerlicht werden, während das Grundbedürfnis nach Rausch dennoch bestehen bleibt, so können daraus starke intrapersonelle Spannungen entstehen, die im ungünstigeren Fall mit Selbstvorwürfen, Schuldgefühlen und ähnlichen Gewissenskonflikten einher gehen. Gerade der Rausch kann jedoch auch die Funktion haben, solche Spannungen zu lösen und den Menschen für begrenzte Dauer von gesellschaftlichen Zwängen zu befreien. Die Sanktionsgewalt läßt aber meist nicht lange auf sich warten und führt zu einer Verschärfung des Konflikts. Um diesem Konflikt zu entgehen bleibt häufig nur ein erneutes Herbeiführen des Rauschzustandes. Damit mündet die Problematik in den Teufelskreis der Sucht – doch dazu mehr im nun folgenden Kapitel!

2. DER BEGRIFF DER SUCHT

2.1. *Nebel um den Suchtbegriff*

Das Wort „Sucht“ ist abgeleitet von dem germanischen Verb „siechen“ (=krank sein) und hatte generell die Bedeutung von „Krankheit“. Der Begriff wurde bis ins 16. Jh. hinein so verwendet. Aus dieser Zeit stammen auch die Bezeichnungen *Schwind-sucht*, *Tobsucht*, *Fallsucht* etc. Nach seiner Ablösung durch den Begriff „Krankheit“ erfuhr er ab dem 19. Jahrhundert einen drastischen Bedeutungswandel: stärkere moralische Unwerturteile wurden allmählich damit assoziiert. Die Ausdrücke *Geld-sucht*, *Gewinnsucht*, *Zanksucht*, *Rachsucht* etc. belegen beispielhaft, wie der Begriff immer mehr seine einstige Wertneutralität verlor. Zusammengefaßt war also *Sucht* früher jede Krankheit außer der Sucht selbst, welche damals lediglich als Laster oder verkorkste Leidenschaft bewertet wurde.

Aus dem Laster wurde ab dem 19. Jh. ausgehend von der Trunksucht zunehmend wiederum eine Krankheit, - von Ärzten erforscht, beschrieben und behandelt. Immer stärker gerieten so auch andere Substanzen ins Visier: Aus Opium war inzwischen Morphin entwickelt worden (v. WILHELM SERTÜRNER um 1804), die Injektionsspritze wurde 1864 durch PRAVAZ erfunden, und 1874 hat der Engländer C. R. A. WRIGHT das Diacetylmorphin synthetisiert, - Handelsname: Heroin! Auch das Kokain wurde im Zuge der Entwicklung der chemisch-pharmazeutischen Industrie erstmals im 19. Jh. aus der Cocapflanze extrahiert...und daß auch Wein zu Schnaps konzentriert wurde, kennzeichnet umso mehr den Drang damaligen Zeitgenossen zur pharmazeutisch-chemischen Konzentrierung vorhandener pflanzlicher Substanzen mit psychotroper Wirkung und hatte den Effekt, daß große Bevölkerungsgruppen in West- und Mitteleuropa verelendeten, weil sie diese Substanzen verwendeten, um Armut, Not, Hunger, die unmenschlichen Arbeitsbedingungen und die ausbeuteri-

schen ökonomischen Entwicklungen der ersten Hoch-Zeit eines ungebrems wuchernden Kapitalismus ertragen zu können.

Immer mehr engte sich nun die Bedeutung des Wortes „Sucht“ auf die Bezeichnung eines zwanghaften Verhaltens im Umgang mit bestimmten Substanzen (Drogen) ein. Dieser Begriffswandel wurde 1952 durch die WHO, vor allem unter der Besorgnis über den Opiatkonsum, festgeschrieben als ein „Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation, die für das Individuum und für die Gesellschaft schädlich ist und hervorgerufen wird durch den wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Droge“, wobei das **unbezwingbare Verlangen zum fortgesetzten Konsum, Dosissteigerung** und **physische** oder **psychische Abhängigkeit** als charakteristisch galten (SCHMIDT-SEMISCH 1997 in BOSSONG/GÖLZ/STÖVER 1997, 37). Allerdings paßte diese Definition zwar auf Opiatkonsum, weniger jedoch auf die Verwendung anderer Substanzen. Den daraus resultierenden Irritationen in der Fachdiskussion wollte die WHO 1964 entgegenwirken, indem sie im folgenden nur noch von „**Abhängigkeit**“ anstatt von „**Sucht**“ sprach. Abhängigkeit definierte sie als „...ein Zustand, der sich aus der wiederholten Einnahme einer Droge ergibt, wobei die Einnahme periodisch oder kontinuierlich erfolgen kann. Ihre Charakteristika variieren in Abhängigkeit von der benutzten Droge...“ (WHO 1964; zitiert nach BÖLLINGER/STÖVER/FIETZEK 1995, 26). Diese Beschreibung konzentriert sich auf den Begriff der *Droge* und verlangt förmlich nach einer Beschreibung derselben. Hierzu hat die WHO eine „Drogentypologie“ entworfen. Sie unterscheidet den Morphin-Typ, den Kokain-Typ, den Cannabis-Typ, Barbiturate und Alkohol, Amphetamine, Khat und Halluzinogene. Somit war für die beteiligten internationalen Gremien der Weg frei, mehr oder weniger willkürlich ständig neue Substanzen in die Suchtstoffabkommen aufzunehmen, die dann je nach Bedarf und völlig unabhängig davon, ob mit deren Gebrauch nun psychische oder physische Abhängigkeit einhergeht, entweder dem einen oder dem anderen Typus zugeordnet werden konnten. Interessanterweise wurden ebenso abhängigmachende, aber legale Drogen wie Nikotin oder Koffein gar nicht erst als potentielle Suchtstoffe typisiert! Zu Recht kann des-

halb angenommen werden, daß alle Definitionen der WHO in diesem Zusammenhang lediglich „...Versuche der Verbindung der vorherrschenden wissenschaftlichen Ansätze zur terminologischen Klärung mit den Anforderungen der [...] internationalen Suchtstoffabkommen...“ waren, also eher zweifelhafte Bemühungen, eine Brücke zu bauen zwischen wissenschaftlichen Erkenntnissen und oft gegensätzlichen Wunschvorstellungen konservativer „Law-and-Order“-Politiker (insb. aus den USA) (SCHEERER/VOGT 1989, 14 f).

So wurden die WHO-Definitionen denn auch schon vor über zwanzig Jahren dahingehend kritisiert, „...daß sie den Erkenntnissen moderner Forschung nicht gerecht würden, denn Drogen stellten doch schließlich nur einen Aspekt unter vielen dar, wenn man die Frage der Abhängigkeit behandle. Im Zentrum der Betrachtungen habe vielmehr das Individuum zu stehen, denn nicht eine Droge habe die Eigenschaft, psychisch abhängig zu machen, sondern dies sei eine mögliche Reaktion des Individuums auf die unmittelbare Wirkung der Droge hin, die spezifisch für dieses Individuum sei. Der Begriff der Drogenabhängigkeit leiste der falschen Vorstellung Vorschub, daß die Droge selbst die Abhängigkeit erzwingen“ (SCHMIDT-SEMISCH 1997 in BOSSONG/GÖLZ/STÖVER 1997, 37).

Während die WHO in den sechziger Jahren noch den Begriff des „**Mißbrauchs**“ strapazierte und ihn als „...die einmalige, mehrmalige oder ständige Verwendung jeder Art von Drogen ohne medizinische Indikation bzw. in übermäßiger Dosierung...“ definierte, geht die aktuelle Krankheitsklassifikation der WHO (ICD-10) etwas weiter und spricht nur noch von „**schädlichem Gebrauch** psychoaktiver Substanzen“. Darunter versteht sie „...ein Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Diese kann eine körperliche Störung, etwa eine Hepatitis durch Selbstinjektion von Substanzen sein oder eine psychische Störung, z. B. eine depressive Episode nach massivem Alkoholkonsum...“. Sie erklärt weiterhin: „Die Diagnose erfordert eine **tatsächliche Schädigung** der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten. Schädliches Konsumverhalten wird häufig von

anderen kritisiert und hat auch häufig unterschiedliche negative soziale Folgen. Die **Ablehnung** des Konsumverhaltens oder einer bestimmten Substanz von anderen Personen oder einer ganzen Gesellschaft ist **kein Beweis** für den *schädlichen Gebrauch*, ebenso wenig wie etwaige negative soziale Folgen, z. B. Inhaftierung oder Eheprobleme. Eine akute Intoxikation (...) oder ein Kater (*hangover*) beweisen allein noch nicht den ‚Gesundheitsschaden‘, der für die Diagnose ‚schädlicher Gebrauch‘ erforderlich ist“. (WHO, ICD-10, Kap. V (F) zit. n. SCHEERER 1995, 38; Hvh. d. d. Verf.). Eine solche Begriffsauffassung könnte ein großer Schritt in Richtung einer Versachlichung der Diskussion über Drogen und Sucht sein. Nichtsdestotrotz arbeiten sog. Anti-Drogen-PolitikerInnen weiterhin ganz bewußt mit dem Begriff „Mißbrauch“, - auch wenn es sich zweifelsfrei nicht um den oben definierten „schädlichen Gebrauch“ handelt - und verbinden damit die Konnotation der „*prinzipiellen Schädlichkeit*“ des Gebrauchs. Hier tat sich vor allem die politisch ebenfalls von den USA dominierte UNO unangenehm hervor, indem sie noch 1987 ganz offiziell empfahl, „...Begriffe wie ‚*responsible drug use*‘ (verantwortungsvoller Drogengebrauch) und ‚*recreational drug use*‘ (Freizeitkonsum von Drogen) aus dem Vokabular zu tilgen, um den Drogenmißbrauch nicht zu verharmlosen...“ (SCHEERER 1995, 39).

Abschließend bleibt zu konstatieren, daß es noch immer weitestgehend an einer allgemeingültigen und von Fachleuten anerkannten Definition des Begriffs **Sucht** mangelt, die neben Hilfsmöglichkeiten für die Menschen, die an ihr leiden, auch aktuelle und seriöse wissenschaftliche Erkenntnisse einbezieht. Vor allem muß eine solche Beschreibung wegkommen von der noch immer vorherrschenden **pharmakozentrischen** (d. h. drogen- oder substanzbezogenen) Sichtweise der Sucht und sollte außerdem ideologische und politische Fragen weitestgehend ausklammern. Nur so kann die Diskussion auf eine sachliche und für Betroffene hilfreiche Ebene zurückgeführt werden.

2.2. *Klassische Ansätze zur Erklärung von Sucht*

Wie der Suchtbegriff, so sind auch die Ansätze zur Erklärung von Sucht und deren Ursachen von Vermutungen, Hypothesen und jeweiliger Weltanschauung geprägt, meist aber nicht von Wissen und fundierten Erkenntnissen. Noch immer gibt es keine allgemeingültige Suchtheorie; allerdings besteht in jeder Disziplin, die sich mit diesem vielschichtigen Thema beschäftigt, eine oder gar mehrere Vorstellungen darüber, wie Sucht entstehen könnte, oft auch abhängig von den persönlichen Einstellungen der entsprechenden WissenschaftlerInnen. Um die Verwirrung zu verdeutlichen, werden im folgenden Abschnitt verschiedene Ansätze kurz erläutert:

Nach einer Erklärung für Suchtentstehung haben zunächst die **HumanbiologInnen** gesucht, indem sie nach einer organischen Ursache fahndeten, wie zum Beispiel einer Art Allergie, falscher Ernährung oder Hirnschädigungen. Neuere Ansätze dieser Richtung finden sich vor allem im Bereich der **Genforschung**. Es dürfte jedoch inzwischen als erwiesen gelten, daß die Wahrscheinlichkeit für die Entdeckung eines „Sucht-Gens“ in etwa so hoch sein dürfte, wie die Entdeckung eines „Hobbygärtner-Gens“ oder eines „Lottospieler-Gens“. Dennoch wurden gerade von den **NeurobiologInnen** mit der Entdeckung der Endorphine interessante Erkenntnisse zur Entwicklung einer allgemeinen Suchtheorie beigetragen (s. o.).

Die Forscher aus **medizinischen Wissenschaftsgebieten** gehen in eine ähnliche Richtung in dem sie dazu neigen, Sucht als eine Krankheit zu erklären. Diese Auffassung (und es ist lediglich eine Auffassung, denn die Frage nach den Ursachen wird ausgeklammert) hat einen ganz gewichtigen Haken: Denn will man die **Sucht als Krankheit** definieren, so muß zunächst eine eindeutige Definition für Krankheit vorliegen. Definiert man Krankheit nun als einen regelwidrigen körperlichen oder geistigen Zustand, „...welcher ärztliche Behandlung, Arznei oder Heilmittel notwendig macht. Ob ein solcher Zustand besteht, bestimmt sich nach objektiven, von Sachver-

ständigen festzustellenden Merkmalen, nicht nach der Ansicht oder Handlungsweisen des Kassenmitgliedes“ (PrOVGE 1889, 18 nach SCHEERER/VOGT 1989, 28 f.), so ergeben sich zwei gegensätzliche Konsequenzen daraus: Einerseits haben diejenigen Süchtigen, die ihre Abhängigkeit als Leiden und Krankheit erfahren, zwar die Möglichkeit nach entsprechender Indikation durch einen Arzt, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen; andererseits werden aber viele, die eine andere Wahrnehmung ihres Verhaltens haben (z. B. regelmäßiger Drogenkonsum als Lebensstil), durch diese Definition unter Umständen massiv stigmatisiert. Außerdem läuft diese Auffassung auf eine gefährliche Medizinalisierung der Suchthilfe hinaus und greift drastisch in die Selbstbestimmungsrechte der Betroffenen ein. Hinzu kommt noch, daß hierbei die Ursachen für die Sucht vernachlässigt werden und dafür – wie in der Schulmedizin oft üblich – nur die Symptome kuriert werden (siehe hierzu auch Kap. 4).

Psychoanalytische Ansätze versuchen Sucht oft als Ungleichgewicht im Dreieck von ES, ICH und ÜBER-ICH zu erklären und sie so auf psychosexuelle Entwicklungsstörungen zurückzuführen. Andere psychoanalytische Richtungen sehen in der Sucht eine Art hinausgezögerten Suizidversuchs als Spätfolge einer Problematik im Kleinkindalter. Die Tatsache jedoch, daß sich bei manchen Menschen Neurosen, bei anderen Psychosen und bei Süchtigen ein Abhängigkeitsverhalten etabliert, vermochten die Protagonisten dieser Denkrichtung bislang nicht befriedigend zu klären.

Auch **psychologische Ansätze**, die nach eindeutigen Charakteristiken zur Beschreibung einer *Suchtpersönlichkeit* suchen, wurden bislang noch nicht hinreichend fündig. Während die Methoden (bspw. standardisierte Tests) zur Erforschung entsprechender Persönlichkeitsmerkmale in den letzten Jahrzehnten ständig verfeinert wurden, konnten jedoch im Vergleich zu (hoffentlich) nichtsüchtigen Menschen bislang keine signifikanten und stichhaltigen Unterschiede gefunden werden. So fragwürdig und dürftig die gewonnenen Erkenntnisse (d. h. eigentlich muß man von Vermutungen sprechen) auch sind, so wird doch weiterhin emsig in dieser Richtung geforscht. Einzig erfolgversprechend sind derzeit prospektive und breitangelegte Lang-

zeitstudien, denen man eine begrenzte Aussagekraft zugestehen kann im Hinblick auf Persönlichkeitsmerkmale, die zu einer Sucht führen *können* (nicht müssen!). Es bleibt jedoch weiterhin die Frage offen, wie es denn zur Ausbildung dieser Persönlichkeitsmerkmale kommt...

Kognitive Theorien, mit lern- und verhaltenswissenschaftlichen Forschungshintergründen scheinen da schon etwas plausibler: VertreterInnen dieser Fachrichtung sehen im Drogenkonsum zunächst ein Mittel zur Bewältigung sozialer Situationen. Da dieser Effekt anfangs tatsächlich auch erreicht wird, festigt sich das entsprechende Verhalten und wird nunmehr paradoxerweise auch sukzessive verwendet, um die negativen Begleiterscheinungen des Drogenkonsums zu mildern. So entsteht ein Teufelskreis: Unter Drogeneinfluß reduzieren sich zunächst psychische Spannungen. Der Konsum von Drogen verursacht in seiner Folge allerdings wiederum Streß, der dann mit weiterem Drogenkonsum eliminiert werden soll, usw., usf.

Soziologische, soziodemographische und soziokulturelle Forschungsansätze sind in diesem Zusammenhang dann einleuchtend, wenn sie begründete Erkenntnisse aus entsprechenden Nachbardisziplinen in ihre Folgerungen mit einbeziehen und so zu einer **ganzheitlich-systemischen Sicht** führen. Neben der Beachtung von Sozialisation in Form einer Übernahme von gesellschaftlichen Normen und Wertvorstellungen (z. B. Konsum, siehe auch Kap. 3) und Familiensystem, sowie Studien zum Peer-group-Einfluß und den soziologischen Faktoren Geschlecht, Alter, Schichtzugehörigkeit, Ausbildung, Beruf, Wohnumfeld, ethnische und konfessionelle Zugehörigkeit etc. spielen ebenfalls neurobiologische, psychologische und kognitive Determinanten eine zumindest beträchtliche Rolle. Was insbesondere die **soziokulturellen** Forschungen betrifft, so liefern sie ernstzunehmende Hinweise darauf, daß „...vormoderne Kulturen mit einer rituellen Ordnung (des Drogenkonsums) praktisch keine Suchtprobleme (!) aufweisen“ (Anm. u. Hvh. d. d. Verf.), wobei drei Faktoren eine maßgebliche Rolle spielen: Erstens, „...das Ausmaß, in dem eine Kultur bei ihren Gesellschaftsmitgliedern psychische Spannungen hervorruft, zweitens die Einstellun-

gen, die eine Gesellschaft ihren Mitgliedern in bezug auf (exzessiven) Drogenkonsum vermittelt, und drittens das Ausmaß, in dem die Kultur Alternativen zur Streßbewältigung bereithält“ (SCHEERER 1995, 46-57).

2.3. Gängige Suchtformen im Vergleich

Im folgenden Abschnitt werden aus Gründen der Vergleichbarkeit zunächst einige gängige Erscheinungsformen von Sucht anhand verschiedener Kriterien wie bspw. Epidemiologie, Prävalenz, Mortalität und anderer Folgen, sowie spezifischer Besonderheiten angesprochen. Sinn und Zweck dieser Zusammenstellung ist es aufzuzeigen, daß die gesellschaftliche Bewertung von Süchten zumeist weder etwas mit deren Verbreitung noch mit tatsächlichen Folgen für die Betroffenen zu tun haben sondern vielmehr in erster Linie ein Produkt aus Kriminalisierung und unfundiertem Geschrei von Massenmedien und Stammtisch - PolitikerInnen darstellen. Das gesellschaftliche Bild von Sucht steht inzwischen fernab von wissenschaftlicher Realität und sachlicher Diskussion und bedarf einer dringenden und grundlegenden Überarbeitung durch Medien und politische VerantwortungsträgerInnen. Denn Forschung liefert Ergebnisse, deren Umsetzung obliegt jedoch den genannten gesellschaftlichen Kräften. Angesichts der Tatsache, daß unsere Gefängnisse von, wegen illegalen Drogenkonsums und damit zusammenhängender Vergehen verurteilten, Menschen überfüllt sind, und angesichts der für ein modernes Staatswesen unhaltbaren Zahl von jährlichen „Sucht-toten“ im weitesten Sinne (d. h. inklusive legalisierter Drogen) besteht hier ein dringender Nachholbedarf.

Die nun folgende Liste ist alphabetisch geordnet und beinhaltet gängige Suchtformen, soweit Zahlen dafür verfügbar waren. Leider fehlen Angaben zu vielen ebenfalls gängigen Suchtformen, wie *Beziehungssucht*, *Sexsucht*, *Arbeitssucht*, *Fernsehsucht*, krankhafte *Eifersucht* oder auch *Co-Abhängigkeit*, obwohl viele von ihnen aller

Vermutung nach mindestens ähnlich häufig auftreten mit potentiell ebenso verheerenden Folgen, wie die beschriebenen Formen.

Alkohol-Sucht: Circa 2 500 000 Menschen sind in Deutschland alkoholsüchtig. Das bedeutet, daß ca. 3 von 100 Deutschen alkoholabhängig und damit behandlungsbedürftig sind, weil ihr wöchentlicher Alkoholkonsum den von der „*Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS)*“ formulierten Grenzwert von 560 Gramm reinen Alkohols (entspricht bspw. etwa 8 Litern Bier und weiteren 3 Litern Wein!) übersteigt. Die „untere Gefährdungsgrenze“ wird mit 60 Gramm bei Männern und 40 Gramm bei Frauen pro Tag angegeben, was in etwa 3 bis 4 Gläsern Bier entspricht. Der jährliche Verbrauch schwankt zwischen 11 und 12 Litern reinen Alkohols und sichert den Deutschen schon seit den siebziger Jahren eine Spitzenstellung in der Weltrangliste. In Deutschland konsumieren rund 70% der Frauen und rund 80% der Männer gelegentlich oder regelmäßig alkoholische Getränke. Allerdings gibt es auch eine beachtliche Minderheit von fast 20%, die (nahezu) abstinent vom Alkohol lebt.

Die Todesrate infolge übermäßigen Alkoholkonsums liegt bei ca. 40 000 Opfern jährlich. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, daß einige tausend tödliche Verkehrsunfälle und eine bedenklich hohe Anzahl von Opfern tödlicher Gewaltdelikte unter Alkoholeinfluß der Vollständigkeit halber hinzu addiert werden müssen (DHS 1996, 9-18; DHS 1997, 9-18, 114f.; SCHEERER 1995, 61-67; SIMON / TAUSCHER / GESSLER 1997, 22-29, 92-103, 178-187).

Arzneimittel-Sucht: Knapp 600 DM werden in der Bundesrepublik pro Kopf und Jahr für Medikamente ausgegeben, wobei ca. 38% auf den Bereich der Selbstmedikation fallen (d. h. ohne ärztliche Verordnung direkt in der Apotheke gekauft). Die weitaus meistverkauften Medikamente sind 1996, wie auch schon in den Vorjahren, die Analgetika (Schmerzmittel) mit einem Umsatz von 184,1 Millionen Packungen.

Die DHS schätzt, daß rund 40% aller Medikamente mit Suchtpotential (z. B. Schlafmittel und Tranquilizer vom Benzodiazepin- und Barbiturat-Typ, zentral wirkende Schmerzmittel, codeinhaltige Medikamente und Psychostimulantien etc.; alle rezeptpflichtig!) nicht wegen akut medizinischer Probleme sondern langfristig zur Suchtunterhaltung verordnet werden. Schon ein Drittel aller Kinder bis zu 10 Jahren bekommen solche Mittel verordnet, für die Altersstufe zwischen 15 und 49 sind es knapp ein Viertel aller Männer und knapp ein Drittel aller Frauen und im höheren Lebensalter (über 70) sind bei den Männern mehr als 40%, bei den Frauen sogar mehr als 50% von solchen Verordnungen „betroffen“ (für 1989 nach SIMON / TAUSCHER / GESSLER 1997, 118). Zudem wird auch diversen nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ein Mißbrauchspotential zugesprochen: Leicht stimulierend wirkende coffeinhaltige Schmerzmittel (40 Mill. Packungen pro Jahr), darmstimulierend wirkende Laxantien („Abführmittel“, 23 Mill. Packungen pro Jahr, siehe auch „Eßstörungen“), alkoholhaltige Mittel (wie „Klosterfrau Melisengeist“ mit 79 Vol.-% Alkohol; insges. 2,3 Mill. Packungen pro Jahr) und sogar viele Nasentropfen und -sprays, die, wenn sie länger als 5-7 Tage verwendet werden einen normalen Schnupfen in einen medikamentös bedingten Schnupfen umwandeln mit der Folge, daß das Mittel weiter verwendet werden muß, um die eigenen Nebenwirkungen zu mildern...

Aus den verfügbaren Zahlen ergibt sich die geschätzte Anzahl von an Arzneimittel-Sucht leidenden Personen in Deutschland auf ca. 1 400 000 ; Zahlenangaben über die Mortalität fehlen leider gänzlich, es kann jedoch davon ausgegangen werden, daß sie vergleichsweise hoch liegen, - insbesondere dürften auch viele der „Rauschgifttoten“ aus dem Rauschgiftjahresbericht des BKA auf Arzneimittelmißbrauch oder Wechselwirkungen zwischen Arzneimitteln und anderen Drogen zurückzuführen sein (DHS 1996, 32-54; DHS 1997, 43-66; SCHEERER 1995, 67-69; SIMON/TAUSCHER/GESSLER 1997, 36-48, 116-120, 194-198).

Eßstörungen: Unter schweren Eßproblemen leiden ca. 3,5 bis 4 Millionen Deutsche. Die Krankheit beginnt zumeist mit Diäten und übertriebenen sportlichen Aktivitäten, geht einher mit einem stark gestörten Körpergefühl und mangelhaftem Selbstwertgefühl. Die gestörte Körperwahrnehmung („...sich viel zu dick fühlen...“) wird häufig zum zentralen Thema für die Betroffenen.

Die Problematik der Eßstörungen unterteilt sich grundsätzlich in drei verschiedene Krankheitsbilder:

- **Fettsucht** (*Adipositas*, mehr als 25%ige Überschreitung des „Idealgewichts“): Betroffen sind nach Schätzungen etwa 9-25% der Frauen und 10-16% der Männer in Deutschland. Die Fettsucht tritt im Gegensatz zu den beiden anderen Formen der Eßstörungen nur geringfügig häufiger bei Frauen auf. Das durchschnittliche Alter, in dem der Erkrankungsgipfel erreicht wird, liegt zwischen 40 und 65 Jahren.
- **Bulimie** (*Bulimia nervosa*, sich wiederholende und zwanghaft verlaufende Freß-Anfälle mit nachfolgendem selbstinduziertem Erbrechen oder Abführmittel-Mißbrauch): Die Bulimie tritt bei ca. 2-4% der Gesamtbevölkerung auf, wobei etwa 90% aller Betroffenen weiblich sind. Die Erkrankungsphase liegt zumeist im Altersbereich von 20 bis 30 Jahren. Die gesundheitlichen Folgen reichen von der Verlangsamung des Herzschlags, Unterzucker, Funktionsstörungen der Schilddrüse über Störungen im Elektrolythaushalt, Herz- und Nierenfunktionsstörungen bis hin zu massiven Schädigungen an Zähnen, Speiseröhre und im Magen-Darm-Trakt. Außerdem wurden häufig neuroendokrinologische Störungen und eine Erweiterung der inneren und äußeren Flüssigkeitsräume des Gehirns festgestellt.
- **Magersucht** (*Anorexia nervosa*, auch als Anorexie bezeichnet, krankhafte Nahrungsverweigerung bis hin zum körperlichen Zusammenbruch u. U. mit Todesfolge): Die Prävalenz - Quote für Anorexie liegt in Deutschland zwischen 0,2 – 2%, wobei hier der Frauenanteil mit 95% am höchsten liegt. Die Betroffenen sind zumeist zwischen 15 und 23 Jahren alt. Die gesundheitlichen Folgen sind größtenteils mit denen der Bulimie vergleichbar. Die Magersucht endet in ca. 4% der Fälle tödlich.

Allen Formen der Eßstörung gemein ist die Tatsache, daß den Betroffenen aus dem lebensnotwendigen Bedürfnis und der existenzsichernden Funktion ihrer Nahrungs-

aufnahme ein psychosomatisches Problem entsteht, mit erheblichen somatischen, psychischen und meist auch sozialen Konsequenzen. Nicht selten dominiert das gestörte Eßverhalten nicht nur den aktuellen Tagesablauf und die sozialen Beziehungen, sondern auch langfristig relevante berufliche und private Lebensentscheidungen. Die ungleiche Verteilung in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter und Schichtzugehörigkeit verweist auf eine deutliche Beteiligung psychischer und sozialer Faktoren (wie z. B. die Rolle des gesellschaftlichen Schlankheitsideals, geschlechtsbedingte Rollenkonflikte, Zustand der Strukturen in der Herkunftsfamilie etc.) am Krankheitsgeschehen. Eßstörungen werden häufig von anderen psychischen Störungen, wie Depressionen, dysthymen Störungen, Angsterkrankungen und von zusätzlichem exzessivem Drogenkonsum (oft Alkohol) begleitet (DHS 1996, 73-81; DHS 1997, 83-88; SCHEERER 1995, 69-71; LANGSDORFF 1995; GRÖNE 1997).

Glücksspiel-Sucht: Im Gegensatz zu den Eßstörungen sind von der Glücksspiel-Sucht in erster Linie Männer betroffen (ca. 95%). Über die Anzahl von Betroffenen (Prävalenz) in Deutschland gehen die Schätzungen in der Literatur weit auseinander; die Zahlen schwanken zwischen ca. 80 000 (SCHEERER 1995, 78) über 100 000 (DHS 1997, 98) bis hin zu 250 000 (LOVISCACH 1996, 34; siehe auch Abb. 3), - je nachdem, wo die Grenze zum pathologischen Glücksspiel gezogen wird. Allerdings ist auch hier eine steigende Tendenz zu beobachten. Weiterhin erwähnenswert ist, daß neuere Untersuchungen auch vergleichbare süchtige Verhaltensweisen bei Brokern an der Börse, im Zusammenhang mit Videospielen oder gar im Umgang mit Computern (hier insbesondere das Internet) konstatieren.

Die schädlichsten Wirkungen manifestieren sich bei dieser Suchtform verständlicherweise nicht physisch sondern vor allem in der finanziellen Lage der Betroffenen. So liegt das Ausmaß der Verschuldung bei denen, die sich in Behandlung begeben, deutlich höher als bei in Behandlung befindlichen Abhängigen anderer Suchtformen (siehe auch die entsprechende Tabelle am Ende dieses Abschnitts). Die durchschnitt-

liche Suchtdauer wird in der Literatur mit ca. 5 Jahren angegeben (SCHEERER 1995, 78).

Heroin- oder Opiatsucht: Vergleicht man nun oben genannte Suchtformen mit der Opiatabhängigkeit, so fällt auf, daß die Häufigkeit des Auftretens in keinem Verhältnis zu ihrer Präsenz in den Medien und der Öffentlichkeit steht; denn opiat süchtig (incl. Methadon) sind in Deutschland aktuellen Schätzungen zufolge „lediglich“ ca. 70 000– 120 000 Menschen (BMG 1995, 39). Das entspricht einem prozentualen Anteil von weniger als 1% der deutschen Bevölkerung. Außerdem beruhen diese Schätzungen zum Teil auf polizeilichen Fallstatistiken wie der Statistik über die „Erstauffälligen Konsumenten harter Drogen (EKHD)“. Unter harten Drogen versteht die Polizei jedoch auch Ecstasy, LSD, Kokain usw.; d. h. daß nur ein Teil dieser Fallzahlen auf Heroinkonsum zurückgehen und wiederum nur ein Teil der HeroinkonsumentInnen tatsächlich süchtig ist. Schätzungen zufolge dürfte der Anteil derjenigen, die Heroin über lange Zeiträume in ihrer Freizeit gelegentlich oder regelmäßig konsumieren ohne jemals körperlich abhängig und/oder süchtig zu werden (sog. *kontrollierter Konsum*) bei etwa 40 % liegen (SCHEERER 1995, 71 – 73). GEORG WEBER und WOLFGANG SCHNEIDER ermittelten in ihrer umfangreichen und äußerst interessanten Studie zum „Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen“ nach einem bestimmten Zeitraum einen – allerdings nicht repräsentativen – Wert von 27 % kontrollierter Heroin- und Kokain-GebraucherInnen (WEBER / SCHNEIDER 1997, 243).

Die Rate derjenigen, die infolge ihrer Heroinsucht gestorben sind, hat sich im Jahr 1996 auf 1 712 erhöht (BKA 1997 nach DHS 1997, 80 f.), wobei anzumerken bleibt, daß auch hierbei nur ein Teil derer, die im Rauschgiftjahresbericht des Bundeskriminalamtes als Rauschgifttote auftauchen, auch tatsächlich an einer Überdosierung von Heroin gestorben sind (46,8%). Laut BKA verstarben allerdings 11,6 % an den Folgen einer Heroinüberdosis im Zusammenhang mit sonstigen Drogen. Aufgrund mangelhafter Untersuchungen im konkreten Einzelfall dürfte diese Zahl deutlich

höher liegen, da die meisten KonsumentInnen – zumindest die Schwerstabhängigen – aufgrund der unverlässlichen Verfügbarkeit von Heroin polytoxikomane Konsummuster ausgebildet haben, um immer wieder auftretende Entzugserscheinungen zu mildern. Wer allerdings mit einer Spritze im Arm oder auch nur mit Restspuren von Heroin im Blut tot aufgefunden wird, wird oft ohne genauere Obduktion kurzerhand den „Herointoten“ zugerechnet.

Was den Suchtverlauf angeht, so läßt sich heute sagen, daß ca. 70 – 80 % der Süchtigen nach durchschnittlich 10 Jahren aus der Sucht „herauswachsen“, ob mit oder ohne Therapie (sog. „*maturing out*“ – Phänomen). Der Spruch „Einmal Junkie – immer Junkie!“ stimmt also mitnichten. Insofern ist es das Wichtigste, daß die Betroffenen diesen Lebensabschnitt überhaupt überleben, - möglichst ohne sich mit lebensbedrohlichen Erkrankungen wie Hepatitis oder HIV zu infizieren (DHS 1997, 67-82; SCHEERER 1995, 71-73, 84-98; SIMON / TAUSCHER / GESSLER 1997, 78-89, 148-171, 220-231, 245-265; WEBER / SCHNEIDER 1997).

Nikotinsucht: Betroffen von dieser Sucht sind knapp 30% der Deutschen, und zwar ca. 35,6 % der Männer und 21,4 % der Frauen. Eine Packung Zigaretten am Tag verkürzt das Leben eines Rauchers oder einer Raucherin im statistischen Durchschnitt um fünf Jahre. Der Zigarettenkonsum betrug im Jahre 1995 durchschnittlich 15,6 Zigaretten pro Tag und RaucherIn, wobei 6,2 % der deutschen Männer (entspricht ca. 21 % der Raucher) und 2,0 % der Frauen (etwa 12 % der Raucherinnen) mit einem durchschnittlichen Konsum von mehr als 20 Zigaretten pro Tag als starke NikotinistInnen einzustufen sind.

Was die Wirkung der Tabakdroge anbelangt, so ist es nicht das Nikotin, das langfristig tödliche Folgen zeitigt, sondern vielmehr das Kondensat (Teer) und die etwa 4 700 anderen Stoffe, die im Zigarettenrauch festgestellt werden konnten. Das Nikotin allerdings bewirkt die körperliche Abhängigkeit der RaucherInnen. Die chemische Struktur des Nikotin ähnelt in einigen Punkten der des Heroin, was sich auch an der

Tatsache zeigt, daß die Schwierigkeiten, die Abhängige mit dem Aufhören haben, für Nikotin und Heroin durchaus vergleichbar sind.

An gesundheitlichen Folgen sind an vorderster Stelle kardiovaskuläre Erkrankungen (Herz – Kreislauf – Erkrankungen), Krebs und Erkrankungen der Atmungsorgane zu nennen. Eine amerikanische Studie belegt, daß das Rauchen bei den vermeidbaren Todesfällen mit 19 % an erster Stelle liegt, während bspw. illegaler Drogenkonsum nur für weniger als 1 % dieser Todesfälle verantwortlich ist. In der Bundesrepublik ließen sich für 1990 ungefähr 110 000 tabakbedingte Todesfälle verzeichnen, wobei ca. 43 000 RaucherInnen an Krebs, 37 000 an Kreislaufkrankheiten und weitere 20 000 an Atemwegserkrankungen gestorben waren – mal ganz abgesehen von etwa 300 – 400 zusätzlichen Lungenkrebs-Todesfällen bei Passiv-RaucherInnen (DHS 1997, 19-42; SCHEERER 1995, 79-83; SIMON / TAUSCHER / GESSLER 1997, 30-35, 104-115, 188-193, 244 f.).

Zur besseren Vergleichbarkeit der gängigeren Suchtformen, ihrer Prävalenz und der finanziellen Folgen für Betroffene, siehe auch das Schaubild auf der folgenden Seite.

Abb. 3: Süchte in Deutschland:

(nach LOVISCACH 1996, 34)

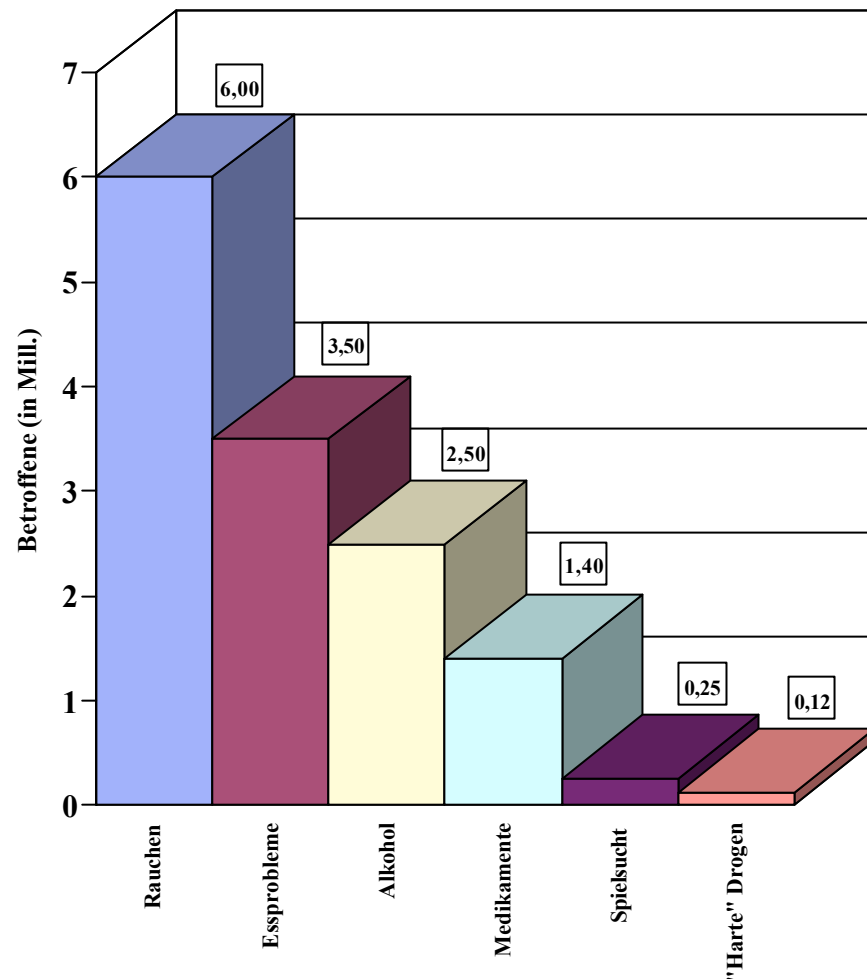


Tabelle: Hauptdiagnose und Verschuldung bei Klienten (Männer) ambulanter Beratungs- und Behandlungsstellen (EBIS-Berichte zit. n. DHS 1997, 96):

Hauptdiagnose	Ausmaß der Verschuldung (in DM)				
	keine Schulden	bis 5 000	5 000 – 10 000	10 000 – 50 000	über 50 000
Alkohol (n=8073)	65,9%	11,9%	8,0%	10,2%	4,1%
Opiate (n=2054)	31,5%	27,7%	17,6%	19,0%	4,3%
Cannabis (n=360)	61,9%	20,3%	8,6%	7,8%	1,4%
Sedativa/Hypnotika (n=81)	51,9%	16,0%	4,9%	18,5%	8,6%
Kokain (n=214)	34,6%	18,2%	16,8%	24,8%	5,6%
Halluzinogene (n=60)	66,7%	23,3%	5,0%	5,0%	---
Eßstörungen (n=15)	93,3%	---	---	6,7%	---
path. Spielverhalten (n=378)	15,1%	13,5%	15,6%	39,9%	15,9%

2.4. *Was also ist Sucht?*

Wie wir gesehen haben, ranken um das Phänomen der Sucht viele Gerüchte und Halbwahrheiten, die zudem ideologisch geprägt sind. Des weiteren läßt sich eine inflationäre Verwendung des Suchtbegriffs feststellen: Während noch vor wenigen Jahrzehnten lediglich substanzabhängige Konsumformen dem Suchtbegriff zugeordnet waren, wurde mit der Einreihung substanzungebundener Suchtformen unter den allgemeinen Suchtbegriff dessen beträchtliche Erweiterung eingeleitet. Diese Erweiterung, sollte sie sich in der gesellschaftlichen Öffentlichkeit durchsetzen, nährt die Hoffnung, daß der Suchtbegriff früher oder später drastisch entdramatisiert und von seinen stigmatisierenden Konnotationen befreit wird.

Dennoch, was fehlt, ist eine allgemeingültige Definition für Sucht, die neueste Erkenntnisse berücksichtigt, weitestgehend wertneutral ist und außerdem verständlich und für PraktikerInnen im Sucht- und Drogenhilfereich praktikabel und anwendbar. Außerdem sollte diese Beschreibung süchtigen Menschen die Möglichkeit bieten, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen ohne jedoch durch die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten einer vermeidbaren Stigmatisierung ausgesetzt zu sein. Zunächst muß es also darum gehen, **notwendige und hinreichende Kriterien** zu entwickeln, die süchtiges Verhalten gegenüber reinem Gewohnheitsverhalten oder anderen ritualisierten, aber dennoch weitgehend selbstbestimmten Verhaltensweisen abgrenzen. Eines dieser Merkmale ist zweifellos die **Zwanghaftigkeit (Kompulsivität)**, mit der ein entsprechendes Verhalten ständig wiederholt wird. Die Zwanghaftigkeit geht einher mit einem **Gefühl der Unfreiheit** und einem für Betroffene deutlich **spürbaren Mangel an Selbstbestimmtheit**. Obwohl es der erklärte Wunsch des/der Süchtigen ist, auf das Suchtverhalten zu verzichten, ist es ihm/ihr nicht möglich, die eigene Willensentscheidung gegen die Verlockung durch das süchtige Verhalten durchzusetzen. Hiermit geht häufig ein subjektiv empfundener **Kontrollverlust** einher. Allein die Tatsache, daß ein bestimmtes Verhalten immer wieder wiederholt

wird, ist kein stichhaltiger Beleg für das Vorliegen einer Sucht. Auch Gewohnheits- oder Genußverhalten kann immer wieder repetiert werden, ohne daß deshalb gleich vom Vorliegen einer Sucht gesprochen werden kann. Wenn bspw. Herr und Frau Müller täglich zum gemeinsamen Abendessen eine Flasche Wein trinken, so dürfte jedem einleuchtend sein, daß die beiden deshalb noch nicht alkoholsüchtig sind. Analog dazu gilt das auch für den regelmäßigen Genuß illegalisierter Drogen. Wenn also Fritz, der 25-jährige Sohn der Müllers sich jeden Samstag Abend mit einigen Freunden eine Portion Heroin zurechtmacht und konsumiert, so ist er deshalb noch lange nicht *heroinsüchtig*.

Ein weiteres notwendiges Kriterium süchtigen Verhaltens im Sinne eines behandlungsbedürftigen Defizits ist das **tatsächlich empfundene Leid** der süchtigen Person und/oder auch der Personen aus dem direkten sozialen Nahbereich. Auch in diesem Punkt sind Außenstehende (Polizei, Fachleute der Suchthilfe etc.) auf das **subjektive Empfinden** des/der potentiell Abhängigen angewiesen, denn nur wer tatsächlich von Sucht betroffen ist, kann über sein Leid und die Gründe und Ursachen Auskunft geben, d. h. es sollte im Zweifelsfall genau geprüft werden, ob die betreffende Person tatsächlich unter seinem Verhalten leidet oder ob lediglich die Umstände des Konsums (Kriminalisierung und Verfolgung etc.) zum Leid führen. Wenn also Fritz Müller täglich mehrmals eine „Line“ Kokain durch die Nase zieht, danach seine Eltern terrorisiert oder sich nach dem jeweiligen Abklingen des Kokain-Rausches mit massiven Schuldgefühlen herumschlägt, die nur aus der Tatsache des Kokainschnupfens und seines Verhaltens gegenüber seinen Eltern herrühren (und nicht daraus, daß die Droge seiner Wahl illegal ist), dann liegt eine Leidensform vor, die sich eindeutig auf das süchtige Verhalten zurückführen läßt. Wenn aber Fritz mit dem Kokainschnupfen aufhören will, nur weil das illegal ist oder weil er womöglich schon Schwierigkeiten mit der Polizei hat oder regelmäßig Urin-Proben abliefern muß, kann daraus alleine noch nicht ein Rückschluß auf das Vorliegen einer Sucht geführt werden.

Ein weiteres Merkmal, das üblicherweise mit dem Vorliegen einer Sucht einhergeht, ist eine **massive gesundheitliche und/oder finanzielle Beeinträchtigung durch die Beschaffung oder den Konsum des Suchtmittels**. Was nun die finanzielle Beeinträchtigung durch Beschaffung des Suchtmittels betrifft, so wird dies im Fall der Sucht nach illegalisierten Drogen nochmals verschärft, da der Preis dieser Substanzen durch die Prohibition und den Schwarzmarkt künstlich extrem überhöht ist. Insofern sollte eine Anwendung dieses Kriteriums auf juristisch tolerierte Suchtformen beschränkt bleiben. Wenn also die 17-jährige Tochter der Müllers, Lisa, ihre bulimischen Freßanfälle nur noch dadurch finanzieren kann, daß sie sich Geld in mehrstelliger Höhe leihen muß, weil ihr Taschengeld bei weitem nicht ausreicht – weder für die umfangreichen Nahrungsmiteinkäufe, noch für die drei oder vier Großpackungen Abführmittel pro Woche – so deutet das mit großer Sicherheit auf süchtiges Verhalten hin. Wenn Lisa Müller nun auch noch unter ständigen Hals- und Rachenschmerzen durch selbstinduzierte Kotzanfälle leidet oder sogar Nierenfunktionsstörungen oder andere Mangelerscheinungen hat, die eindeutig auf ihre Eßprobleme zurückzuführen sind, kann getrost von Suchtstrukturen gesprochen werden. Auch der Onkel Otto Müller, der seine Eigentumswohnung verspielt hat und dennoch mehrmals die Woche in Spielbanken beim „Roulette“ oder in illegalen Clubs beim „Opta“ anzutreffen ist obwohl er inzwischen kurz vorm Offenbarungseid steht, ist offensichtlich süchtig. Dem Junkie aber, der sich einen Abszeß einfängt, weil das Spritzbesteck nicht sauber war oder einen dicken Unterarm, weil er versehentlich eine Arterie erwischt hat, dem läßt sich nicht alleine auf Grund dieser Gesundheitsschäden eine Sucht unterstellen.

Ganz sicher nicht geeignet, um eine Sucht zu charakterisieren, sind soziale Prozesse die sich bei näherem Hinsehen lediglich als Folge der Umstände entpuppen, von vielen aber immer noch als Anzeichen für eine Sucht oder gar nur als Hinweis auf illegalen Drogenkonsum dienen. Hierzu gehören Kriminalität und Delinquenz, Promiskuität und soziale Verelendung. Solche Prozesse gehen weder mit einer Sucht zwangsläufig einher, noch lassen sie sich in den weitaus meisten Fällen ursächlich auf die Sucht zu-

rückführen. Warum bestimmte gesellschaftliche Kräfte dennoch krampfhaft an dieser wissenschaftlich unhaltbaren Auffassung festhalten, soll später untersucht werden.

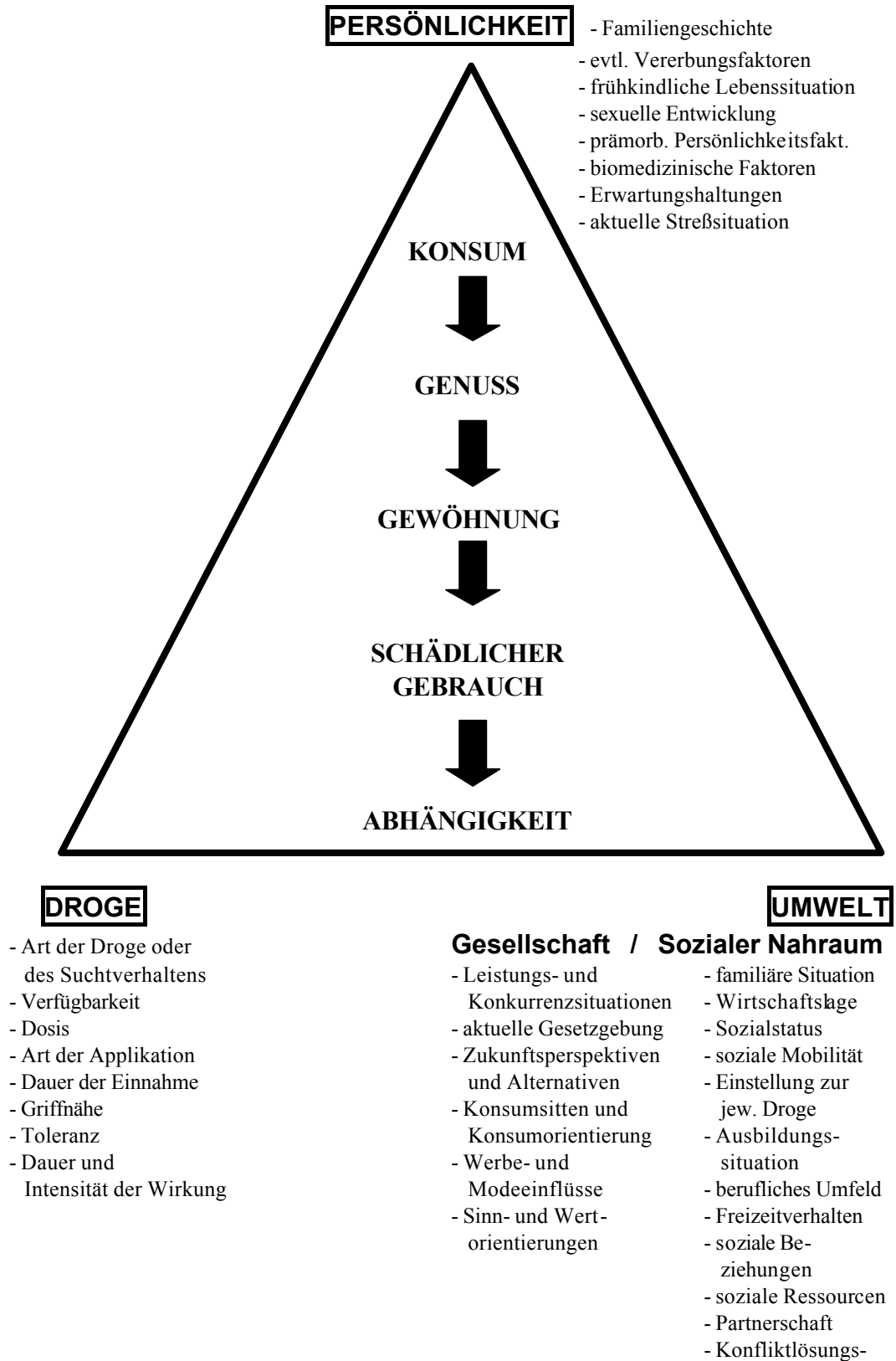
Die Merkmale einer Sucht können jedenfalls bislang nur **subjektiv** empfunden werden. Die einzige gültige Instanz ist das subjektive Erleben des/der Betroffenen und jeder Versuch, objektive und stichhaltige Kriterien außerhalb der Erlebniswelt des potentiell süchtigen Menschen zu entwickeln, muß an seiner eigenen Abstraktion scheitern und führt lediglich zu Ausgrenzung, Stigmatisierung und einem menschlich nicht zu rechtfertigenden Versuch in die Selbstbestimmungsrechte anderer einzugreifen.

Ein objektiveres Kriterium für das Vorliegen einer Sucht könnte sich allerdings künftig am Zustand des körpereigenen Belohnungssystems zeigen. Jeder Stimulus (Reiz) der von außen auf das Belohnungssystem einwirkt, hat eine kurzfristige Veränderung des sensiblen Neurotransmitterhaushaltes zur Folge (vorübergehendes Ungleichgewicht → Rausch). Je nachdem, um welchen Reiz es sich handelt, werden andere Bereiche des Belohnungssystems stimuliert oder gehemmt. Tritt nun aber der gleiche Reiz über eine längere Zeitspanne immer wieder auf, so versucht das System wieder einen Gleichgewichtszustand herzustellen, indem es die Mehrproduktion oder Hemmung bestimmter Neurotransmitter erwirkt. In nicht allzu ferner Zukunft werden diese Vorgänge meßbar und damit objektivierbar sein, so daß sich dann aus dem Zustand dieses Systems eindeutig ablesen ließe, ob eine Sucht vorliegt oder nicht. Demnach würde eine Sucht dann vorliegen, wenn dem Körper die Wiederherstellung des Stoffwechselgleichgewichts nur gelingt, solange der entsprechende Reiz von außen mitwirkt - also das süchtige Verhalten **oder** der Konsum einer Droge (vergleiche hierzu insbesondere die Abbildungen 1 und 2 in Abschnitt 1.3).

Insofern wäre die pharmakozentrische Sichtweise von Sucht, wie sie derzeit leider noch vorherrscht, hinfällig. Wenn nämlich „...Bungee-Springer, Body-BUILDER und Kleingärtner alle nur verschiedene Wege benutzen, um das Belohnungssystem ihres

Gehirns mittels körpereigener Drogen anzuregen, dann reduzieren sich plötzlich auch die Unterschiede zwischen passionierten Konzertbesuchern und Kokainkonsumenten auf Nuancen“ (SCHEERER 1995, 41). Eine solche Auffassung von Sucht hätte weitreichende gesellschaftliche Folgen. Neben dem Umstand, daß dann unsere gesamte drogenpolitische Rechtsprechung hinfällig würde, - wer will schon passionierte Operngänger ins Gefängnis stecken oder zwangstherapieren? - ermöglichte diese Sichtweise eine ganz neue soziale Bewertung des Drogenkonsums, wie auch eine völlige Neuorientierung der Hilfsangebote für Süchtige, die sich dann nicht mehr an der Beseitigung oder Milderung der Schäden von Stigmatisierung und Verfolgung orientieren müßten, sondern nunmehr auf die eigentlichen Probleme tatsächlich Betroffener eingehen könnten, nämlich der Vermeidung (Prävention) oder der Beseitigung von Faktoren, die für die **Entstehung und Erhaltung einer Sucht** (=Suchtgenese) ursächlich sind. Deshalb soll nun im folgenden zunächst ein Modell für Deutung und Verständnis der **Suchtgenese** entwickelt werden. Ausgehend von multikausalen und systemtheoretischen Ansätzen soll aufgezeigt werden, daß Sucht, so schädlich sie auch für den einzelnen sein mag, stabilisierende Aufgaben ausübt, kompensatorische Funktionen übernimmt und bestimmten Bedingungen unterliegt.

Wie wir oben sehen konnten, gibt es viele Ansätze zur Erklärung der Suchtentstehung. Sie alle beleuchten gewiß richtige Teilaspekte des Problems, können jedoch der Vielschichtigkeit von Sucht nicht in vollem Umfang gerecht werden. Allen bisher geschilderten Erklärungstheorien gemein ist, daß sie aus je einer wissenschaftlichen Denkrichtung abgeleitet wurden und deshalb unter Monokausalität leiden, während nur ein multifaktorieller und möglichst ganzheitlicher Ansatz der Komplexität der Problematik annähernd genügen kann. Ausgegangen wird deshalb zunächst von einer erweiterten Fassung des klassischen multikausalen Modells der „**Trias der Suchtsachen**“ nach LADEWIG u. a. 1979, 18, sowie AREND 1994 (entnommen aus LOVISCACH 1996, 39 und SCHEERER 1995, 47, erweitert, insgesamt überarbeitet und neu zusammengefügt durch den Verf.).

Abb. 4:**DIE TRIAS DER SUCHTURSACHEN:**

strategien

Die obige Graphik zeigt schematisch das Bedingungsgefüge „*Mensch – Droge – Umwelt*“ und listet determinierende Faktoren auf. Dieses Bedingungsgefüge hält sich unter normalen Umständen im Gleichgewicht und beeinflusst sich wechselseitig. Mit dem Begriff **DROGE** ist *ausnahmsweise* nicht die Droge im anfangs definierten Sinne gemeint; der Begriff steht hier vielmehr als Sammelbegriff für alle potentiellen Suchtmittel (inkl. aller potentiell süchtigen Verhaltensweisen).

Die **PERSÖNLICHKEIT** wird neben den genannten Faktoren noch von weiteren Bedingungen beeinflusst, sei es durch die Dimension „Zeit“ in Form von Lebensalter oder persönlicher Reife oder bspw. durch Wissen, das sich der Mensch aneignen konnte. Bezogen auf den *einmaligen Konsum* einer Droge werden die Begleitumstände oft als „*set*“ bezeichnet.

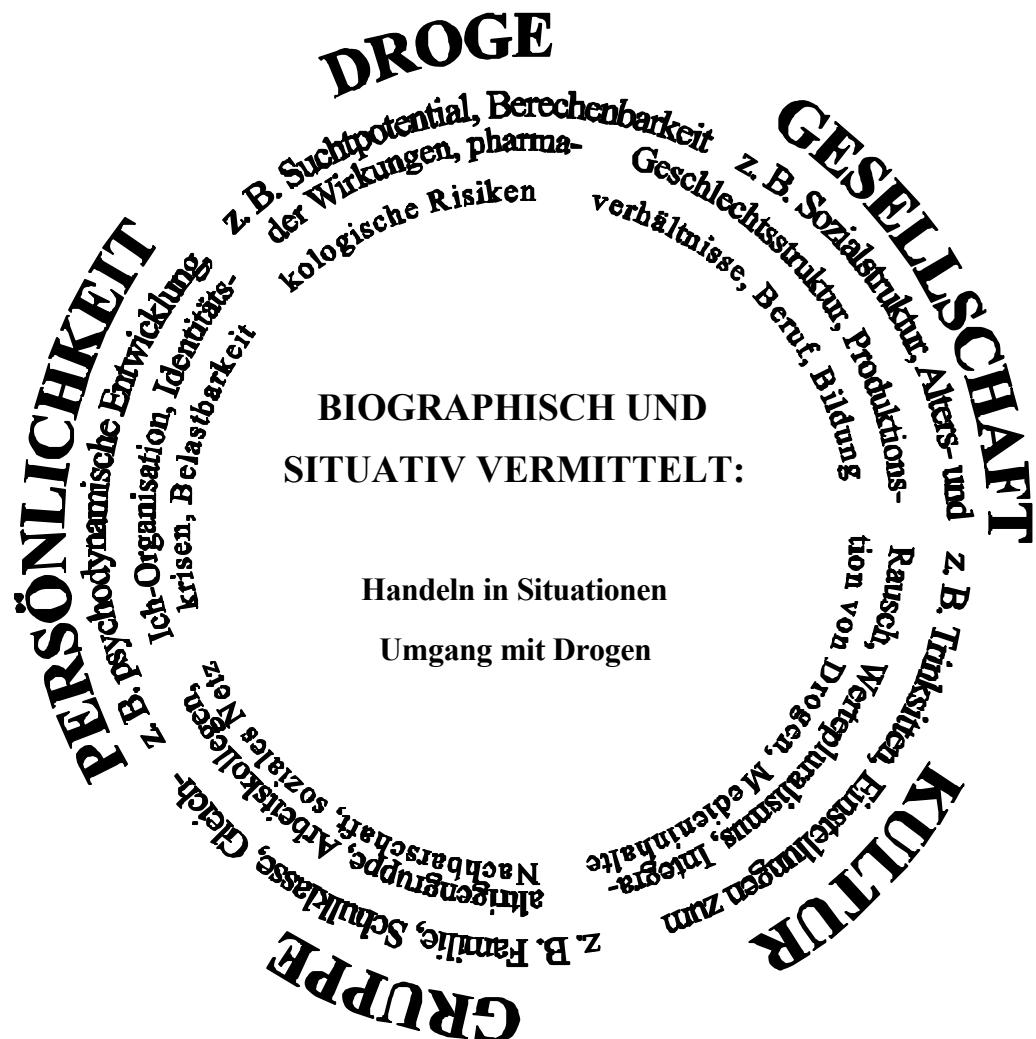
Was den Faktor **UMWELT** angeht, so muß der Deutlichkeit halber eine weitere Unterteilung vorgenommen werden. Denn während der Mensch seinen **sozialen Nahraum** noch relativ einfach überschauen und beeinflussen kann stecken die weiter gefaßten **gesamtgesellschaftlichen Bedingungen** eher den Rahmen ab und bilden somit den sozialen Überbau für unseren individuellen Lebensalltag. Auf die Situation des Konsums bezogen spricht man beim sozialen Nahraum auch vom „*setting*“.

Kritisch muß man den hier durch Pfeile dargestellten Zusammenhang zwischen „Konsum“, „Genuß“, „Gewöhnung“, „schädlichem Gebrauch“ und „Abhängigkeit“ betrachten. Die Pfeile lassen fälschlicherweise das Bild einer linearen und unidirektional vorbestimmten Abfolge vom ersten Konsum bis zur Abhängigkeit entstehen. So darf der Prozeß jedoch keinesfalls verstanden werden. Die Grenzen zwischen den genannten Stichworten sind fließend und alle können einander gegenseitig bedingen, sie können gemeinsam auftreten, aber auch völlig unabhängig voneinander. Ebenso kann die Reihenfolge zwischen Konsum und Abhängigkeit differieren oder es können einzelne Phasen übersprungen werden oder sich immer wieder abwechseln.

Anhand der Literatur zeigt sich, daß die Faktoren DROGE und PERSÖNLICHKEIT am besten untersucht sind, während die Forschung, was soziale und räumliche UMWELT im Zusammenhang mit Sucht betrifft, noch viele Lücken aufweist. Dies gilt in ganz besonderem Maße für die Therapie von Sucht.

Alles in allem versucht die vorstehende Grafik zumindest in Ansätzen eine breitere Herangehensweise umzusetzen, indem sie einerseits die drei Pole MENSCH – DROGE – UMWELT zusammenführt, andererseits das prozeßhafte an einer Sucht mit der Entwicklung vom Konsum zur Abhängigkeit berücksichtigt. Dennoch hinkt auch dieses Modell der Realität hinterher, denn es fehlen die Dynamik der biographischen Entwicklung und der Einfluß situativer Bedingungen in den konkreten Entscheidungen. Letztere sind aber gerade in neueren Untersuchungen als bedeutsam erkannt worden. Einen umfassenderen Ansatz bietet da LOVISCACH mit seinem Modell der:

Abb. 5: „Biographisch-situativen Vermittlung“ (nach LOVISCACH 1996, 41):



Ausgangspunkt bei obigem Modell ist das Handeln in konkreten Situationen, - also der Umgang mit Drogen. Die maßgeblichen Faktoren „Persönlichkeit“, „Droge“, „Gesellschaft“, „Kultur“, und „Gruppe“ wirken sich dabei nur indirekt über die individuelle Biographie und die aktuelle Situation aus. Bedeutsam sind demnach die biographisch und situativ geprägten Determinanten der Wahrnehmung und deren Verarbeitung, kurz auch „set“ und „setting“ genannt – und zwar bezogen auf die Situation des Drogenkonsums sowie des Rausches.

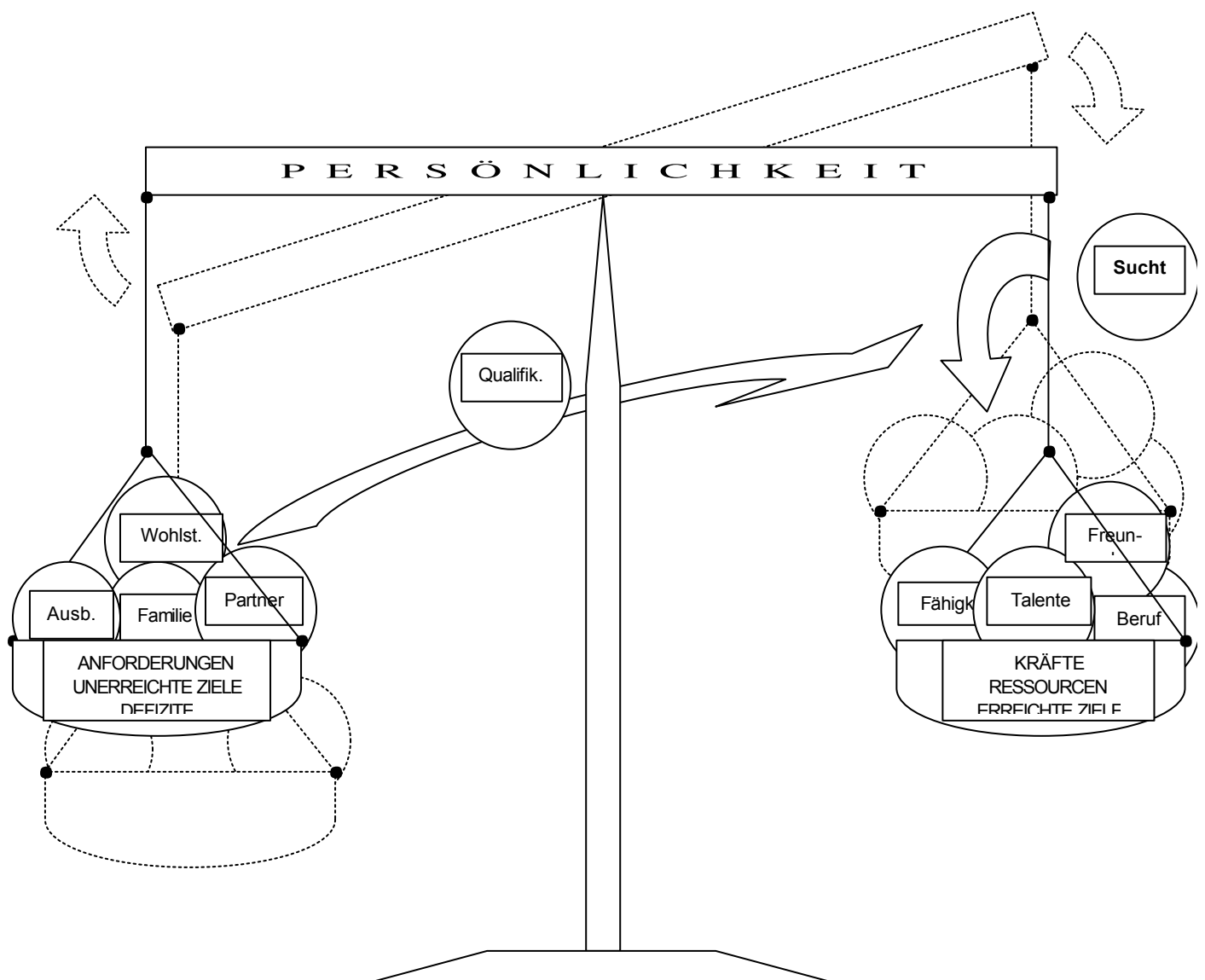
Nun wissen wir, daß der Rausch neben der Gefahr gesundheitlicher Schäden auch bestimmte Funktionen hat (siehe oben). Insofern liegt es nahe zu untersuchen, ob und inwiefern auch süchtige Verhaltensweisen Funktionen übernehmen. Häufig wird gerade in puncto Abhängigkeit von „dysfunktionalem Verhalten“ gesprochen, also einem Fehlverhalten; dies gilt bei genauerem Hinsehen nur bedingt. Geht man davon aus, daß auch die Persönlichkeit eines Individuums als System betrachtet werden kann, das dem systemtheoretischen Gesetz der Homöostase unterliegt (Streben nach Gleichgewicht), so ergeben sich, neben Kräften, Ressourcen und den Anforderungen die das Leben an ein Individuum stellt, für das Vorliegen einer Sucht ebenfalls plausible Gründe.

Sucht stellt so ein zusätzliches Element dar, welches bestimmte Individuen zur Stabilisierung ihrer Persönlichkeit über eine zeitlich begrenzte Lebensphase hinweg benötigen. Gerade im Jugendalter oder in der Adoleszenz werden die Weichen für das weitere Leben gestellt. Hier bildet sich in Grundzügen alles heraus, was Menschsein heißt. Es wird experimentiert, was Partnerschaft und Sexualität bedeuten, es werden grundsätzliche Entscheidungen für den beruflichen Werdegang getroffen und letztendlich soll auch die „Abnabelung“ von den Eltern und der Übergang zu einem selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Leben eingeleitet werden.

Angesichts unserer gesellschaftlichen Realitäten, die von Massenarbeitslosigkeit, Lehrstellenmangel, überfüllten Universitäten, bisher nicht gekanntem Leistungsdruck und einer massiven Entsolidarisierung geprägt sind, angesichts der meist konfliktreichen Beziehungen zwischen älterer und jüngerer Generation, einem drastischen Wertewandel und damit einher gehender Orientierungslosigkeit, angesichts der Gewalt in Städten und Fernsehgeräten, kann Sucht als eine Art Überlebensstrategie gewertet werden ... und so verwundert es auch nicht, warum gerade heute mehr Menschen denn je süchtig werden.

Das folgende Modell der *Persönlichkeitswaage* (Abb. 6) versucht diese Zusammenhänge und Wechselwirkungen stark vereinfacht und auf die individuelle Ebene der Persönlichkeit bezogen sichtbar zu machen.

Im übrigen gelten bei den beiden folgenden Graphiken selbstverständlich die bekannten Grenzen paradigmatischer Darstellung, die jeweils nur Modell, also eine abstrahierte Abbildung der Realität sein können. Dies gilt insbesondere dann, wenn es sich um mehrdimensionale und komplexe Erscheinungen wie die Sucht handelt, die hier der Anschaulichkeit halber auf die beiden Dimensionen *Länge* und *Breite* reduziert werden mußten.

Abb. 6 a):**DIE PERSÖNLICHKEITSWAAGE:**

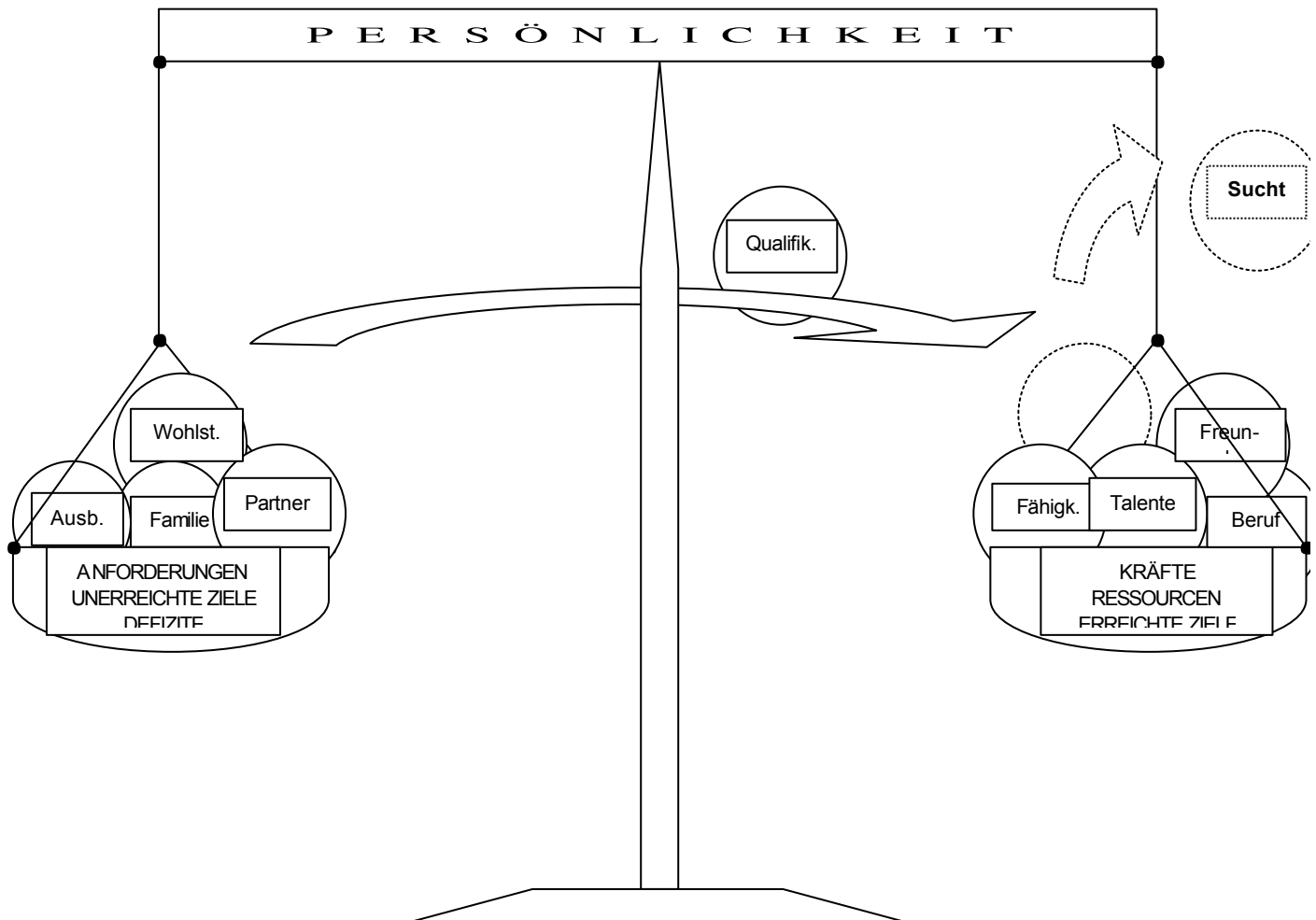
Während in der linken Waagschale die Anforderungen, Defizite und Mißerfolgserlebnisse etc. liegen, kann der Mensch mit seinen Kräften, seinen Ressourcen und Erfolgserlebnissen ein Gegengewicht bilden (rechte Waagschale). Wenn nun aber das Gewicht der linken Schale größer ist als das der rechten, was im Jugendalter recht häufig der Fall ist (gestrichelt im Hintergrund), so muß rechts ein entsprechendes Element hinzugefügt werden, damit wieder ein Gleichgewicht hergestellt werden kann. Dies kann die Etablierung einer Sucht bedeuten, wenn keine sonstigen Alternativen zur Verfügung stehen. Allerdings könnte in diesem Fall auch das Erreichen von Wohlstand (bspw. durch Erbschaft) oder auch ein Erfolgserlebnis (wie z. B. eine hö-

here berufliche oder schulische Qualifikation, wie im obigen Bild) die notwendige Balance wiederherstellen.

Abb. 6 b):

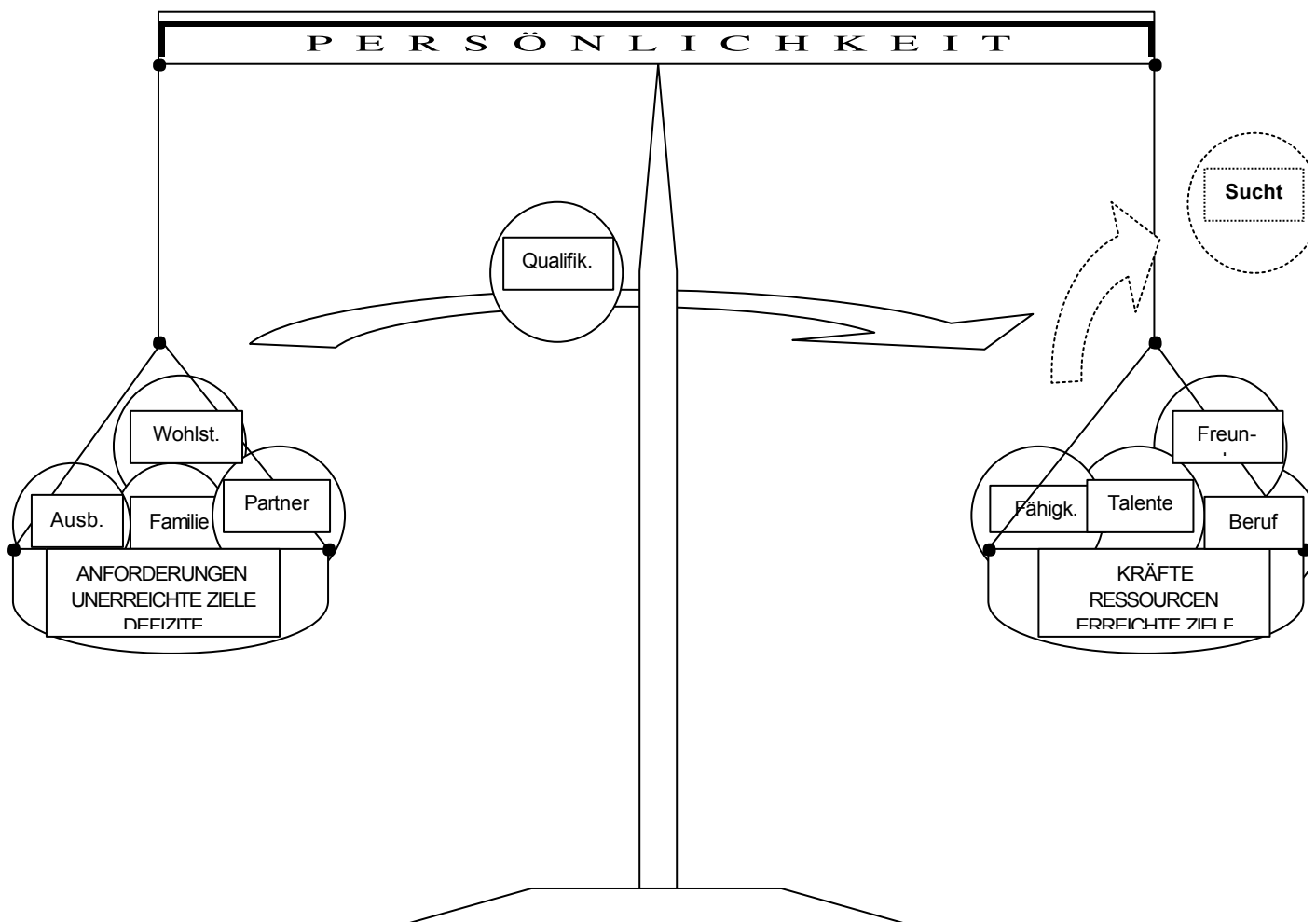
DIE PERSÖNLICHKEITSWAAGE

(wieder im Gleichgewichtszustand):



Wird, auch wenn sich schon eine Sucht als „Krücke der Persönlichkeit“ etabliert hatte, die rechte Schale erneut aufgewertet (z. B. durch das Erreichen eines Ausbildungsziels), so kann die Sucht überflüssig werden: Der Mensch ist in der Lage, sein süchtiges Verhalten aufzugeben, weil er es nicht mehr benötigt, um seine Persönlichkeit zu stabilisieren. Die Sucht hat also ihre Aufgabe erfüllt und verschwindet – entweder durch die Unterstützung professioneller Suchthilfeeinrichtungen (Entgiftung,

Therapie) oder auch oft durch sogenannte „Selbstheilungsprozesse“ (maturing out – Phänomene) (siehe zu letztgenanntem insb. WEBER / SCHNEIDER 1997).



2.5. Zusammenfassung

Keineswegs hat es Süchtige schon immer gegeben. Erst nach und nach im für die Menschheitsgeschichte verhältnismäßig kurzen Zeitraum der vergangenen zweihundert Jahre wurde der Begriff von seiner ehemaligen Gattungsbedeutung für Krankheit zu dem umgeprägt, was heute darunter verstanden wird: Eine Bezeichnung, die wertet und ausgrenzt, die Menschen an den Rand drängt und den Regierungen Handhabe gibt, Hunderttausende in die Knäste wandern zu lassen. Aber auch ein Begriff, der immer mehr einen Anspruch auf professionelle Hilfe entstehen läßt.

Seine inflationäre Verwendung ist teilweise sicher durch die Motivation zur Erschließung neuer KlientInnen-Gruppen zu begründen. Angesichts der aktuellen Mittelverknappung fürchten professionelle HelferInnen und viele Institutionen der psychosozialen Arbeit ihre berufliche Existenzberechtigung zu verlieren. Mit der „Rekrutierung“ zusätzlicher hilfsbedürftiger Gruppen hoffen einige, ihr künftiges Einkommen zu sichern.

Allerdings leiten sich daraus auch positive Effekte ab: Je breiter der Suchtbegriff im Alltag Anwendung findet, desto stärker verringert sich dessen Stigmatisierungseffekt. Wenn wir erkennen, daß wir alle in bestimmten Situationen Suchtstrukturen ausgebildet haben, dann lassen sich bspw. HeroinkonsumentInnen nicht mehr nur auf ihre Sucht reduzieren, ja dann gelingt es vielleicht auch künftig, den Menschen hinter der Sucht zu sehen anstatt ihn nur über seinen Drogenkonsum zu definieren. Dennoch bleibt uns bis dahin noch ein langer, steiniger Weg...

Wie sehr wir uns noch am Anfang dieses Weges befinden zeigt sich an den deutlich unterschiedlichen Theorien zur Suchtgenese. Alle Versuche, die Entstehung von Sucht aus nur einem wissenschaftlichen Blickwinkel zu untersuchen, scheitern an der Linearität und Begrenztheit ihrer Ausgangsposition. Hier sind interdisziplinäre, syste-

mische und ganzheitliche Ansätze gefragt, die soziokulturelle Determinanten ebenso mit einbeziehen, wie neueste Forschungserkenntnisse aus der Neurobiologie. Die maßgebliche Prämisse muß letztendlich die sein, den wirklich Betroffenen adäquate Hilfe anbieten zu können ohne sie mittels gesellschaftlicher und politischer Ächtung noch mehr zu belasten, als dies ohnehin schon geschieht. Ganz zu recht wird in verschiedenen Quellen darauf hingewiesen, daß es sich gerade im Zusammenhang mit dem Elend der GebraucherInnen illegalisierter Drogen weniger um ein Drogenproblem als solches, denn vielmehr um ein **Drogenpolitikproblem** handelt. Für Politik und Justiz herrscht folglich künftig ebenso vermehrter Handlungsbedarf, wie für die SuchtexpertInnen. Weshalb die notwendigen Prozesse schmerzhaft sind und wer an längst überholten Vorstellungen warum festhalten will, das soll im folgenden Kapitel untersucht werden.

Im vierten Kapitel der vorliegenden Arbeit soll untersucht werden, welche Chancen sich mit einer neuen Herangehensweise für den Bereich der Suchthilfe eröffnen könnten und wie entsprechende Präventions- und Hilfsmaßnahmen nach einer auch politischen Neubewertung des Suchtbegriffes aussehen könnten. Doch um abzuklären, welche Rolle gesamtgesellschaftliche Faktoren bei der Suchtgenese spielen, d. h. wie gegenwärtig bestehende soziale Normen und Werte mitverantwortlich dafür sind, daß es vielen Menschen schwerfällt, das notwendige Gleichgewicht zwischen hilffreiem Rausch und permanentem, kontraproduktivem Exzeß, zwischen angenehmem Genuß und selbstzerstörerischer Sucht zu halten, das soll im nun folgenden Kapitel beleuchtet werden.

3. GESELLSCHAFT UND SUCHT

3.1. Gesellschaftliche Suchtförderung

Wie wir oben gesehen haben, ist Sucht, so wie wir sie heute kennen, eine Erscheinung, die erstmals um das 15. und 16. Jh. beschrieben wurde, verstärkt während der Industrialisierung im 19. Jh. und nochmals akzentuiert im Anschluß an den 2. Weltkrieg auftrat. Weiterhin haben wir erkannt, daß in vormodernen Kulturen mit einer rituellen Ordnung kein Suchtverhalten aufgetreten zu sein scheint und daß „...unsere Vorstellung von der Sucht erst in dem Maße entstand, wie man den Rausch abwertete...“ (SCHEERER 1995, 37; siehe auch unter 1.2). Auch der Basler Suchtexperte LADEWIG weist darauf hin, daß „...der Gebrauch von Pflanzen und jener von alkoholischen Gärprodukten immer dann keinen Anlaß zu Konflikten gab, wenn die Anwendung dieser Substanz im tradierten Rahmen *sozio-kultureller Normen* erfolgte...“, und er fährt fort: „Konflikte entstehen, wenn ein drogenkonsumierendes Individuum durch abweichendes *Konsumieren* (...) auffällt“ (LADEWIG 1996, 10; Hvh. d. d. Verf.). Auf der einen Seite steht nun die deutliche gesellschaftliche Abwertung des Rauschzustandes, die dem Rausch wenn überhaupt nur noch eine drastisch eingegrenzte Daseinsberechtigung zubilligt, auf der anderen Seite wird aber der Konsum zur alles bestimmenden Grundlage unseres Wirtschafts- und Gesellschaftssystem erhoben. Folglich wird jeder Konsum, der einen Rausch nach sich zieht, zum abweichenden und somit zum sanktionierbaren Konsum.

Maßgebliche Faktoren scheinen also bestehende soziokulturelle Normen und die Art und Weise des Konsums zu sein. Insofern ist es natürlich interessant, einen Blick auf unsere heutigen Gesellschaften zu werfen und zu sehen inwiefern Konsum und Wertvorstellungen zur Entstehung von Sucht beitragen.

Unsere heutigen kapitalistischen Gesellschafts- und Wirtschaftssysteme basieren auf einer permanenten **Steigerung des Konsums** von Gütern und Dienstleistungen. Die Kennziffer *Wirtschaftswachstum* wurde so in den vergangenen Jahrzehnten zum alles bestimmenden Maßstab für die Gesundheit einer Volkswirtschaft und zu einem Hauptindikator für die Güte eines Staats- und Wirtschaftswesens. Dieser rein quantitative Aspekt menschlichen Zusammenlebens reduziert die betroffenen Gesellschaftsmitglieder zu VerbraucherInnen und macht das Konsumieren zum Kern ihres Daseins. Die exzessive Ausrichtung auf den Konsum von Gütern und Dienstleistungen schlägt sich im gesamten Alltag nieder. In der **gewerblichen Arbeitswelt** werden Rohstoffe und Energien in großem Umfang verbraucht (konsumiert), um wiederum Ge- oder besser noch Verbrauchsgüter herzustellen. Der **Dienstleistungssektor** konsumiert ebenfalls Ressourcen und wird außerdem zum verwaltenden Apparat unserer konsumorientierten Welt. Wer Arbeit hat (denn Arbeit ist schließlich ein knappes *Gut*!) kann sich glücklich schätzen, denn er verdient Geld, um damit wiederum konsumieren zu können. Andererseits ist er jedoch auch darauf angewiesen, daß sein Arbeitsplatz erhalten bleibt. Dies beinhaltet wiederum die Forderung nach ständiger Aus- und Weiterbildung, also einem erneuten Konsum - diesmal von Wissen -, mit dem Ziel der Lohnsteigerung und der Aussicht auf Karriere. Und eine Karriere erhöht das Einkommen und den gesellschaftlichen Status – in genau dieser Reihenfolge! Denn auch der Status richtet sich in unserem heutigen Kulturzusammenhang im allgemeinen nach dem Wohlstand, den jemand erreicht hat und bedeutet im Grunde nichts anderes als die Fähigkeit, nach Lust und Laune dem gesellschaftlichen „Gott“ des Konsums huldigen zu können.

Der **Freizeitsektor**, dessen Umfang auf Grund von Arbeitszeitverkürzungen, Rationalisierungsmaßnahmen, Automatisierung der Produktion und nicht zuletzt wegen der daraus resultierenden Massenarbeitslosigkeit ständig wächst, ist ebenfalls stark durch Konsum gekennzeichnet. Ganz besonders das **Fernsehen** spielt in der Freizeitwelt eine bedeutende Rolle. Fernzusehen bedeutet völlig passiv zu konsumieren. Während beim Lesen der Zeitung oder eines Buches wenigstens noch Vorstellungskraft und

Phantasie erforderlich sind - man muß nämlich die gelesenen Zeichen erst einmal aktiv deuten und in seinem Kopf per Phantasie zu Bildern und Lauten zusammenfügen – liefert das Fernsehen gleich alles mit und braucht nur noch konsumiert zu werden. Durch die schnelle Abfolge von Informationen verunmöglicht sich sogar weitestgehend eine aktive mentale Beschäftigung mit dem Geschehen, sowie dessen nachträgliche gedankliche Verarbeitung. Nachrichtensendungen sind hierfür ein Paradebeispiel. Es dürfte inzwischen hinlänglich bekannt sein, daß beim Lesen der Tageszeitung deutlich mehr Informationen im Gedächtnis verbleiben als dies bei Fernsehnachrichten der Fall ist. Hinzu kommt, und das gilt nicht nur für das Fernsehen sondern auch für **Radio und Printmedien**, daß die Werbebranche omnipräsent ist. Ständig und überall werden wir merklich und unmerklich mit **Werbung** bombardiert und zum Konsum verlockt. Wer in unserer Gesellschaft sozialisiert wurde, muß Konsum kennen gelernt haben als etwas, das einen existentiellen Teil unseres Lebens bildet und daß dies so auch gut und richtig zu sein scheint. Die Tatsache, daß die meisten Dinge des täglichen Bedarfs noch vor nicht allzu langer Zeit im eigenen Garten wuchsen oder selbst hergestellt wurden, scheint inzwischen völlig ausgeblendet.

Auch in der vermeintlich so aktiven **Sportwelt** wird mehr Wert auf das passende Outfit und die teure Ausstattung gelegt, als auf die Qualität der eigentlichen Tätigkeit. So müssen erst einmal die neuesten luftgedämpften Joggingschuhe und der topaktuelle Trainingsanzug inklusive Stulpen und Schweißband, oder das aktuellste Mountainbike, selbstverständlich mit passendem Helm und Handschuhen gekauft werden, bevor sich irgend etwas bewegt. Da werden für viel Geld Proteine, Hormone und Vitamine geschluckt, da wird sich auf dem neuesten Bizepsaufbaugerät geschunden und brav die monatliche Trainingsgebühr in der Höhe der Miete einer Einzimmerwohnung gezahlt. Wo früher einfache Rollschuhe ihren Dienst taten, müssen heute technisch ausgefeilte „Inline-Skates“ her – und natürlich auch hier wieder das entsprechende Outfit zum entsprechenden Preis. Und wer da nicht mithalten kann oder will, verliert an Ansehen und Prestige und gilt als inaktiv, unsportlich und träge.

Die Ferienzeit wird mit **Reisen** verbracht, - je ferner und je länger desto besser. Doch auch hier gilt wieder: Konsum ist die treibende Kraft und so soll es auch bleiben! Wer die Strapazen Reisender in früheren Jahrhunderten vergleicht mit dem was heute unter Reisen verstanden wird, - nämlich ein paar Stunden Flug, verstüßt durch die Berieselung mit Musik und Hollywood - Filmen, Transfer mit dem vollklimatisierten Kleinbus zum Komforthotel oder gar zum Ferienclub, wo einem dann, gegen entsprechende Bezahlung selbstverständlich, ein Freizeitprogramm inklusive der entsprechenden Motivation durch professionelle Animatoren in der eigenen Sprache geboten wird, das (scheinbar) nichts zu wünschen übrig läßt, - der wird wohl eher an einen Besuch in Zoo oder Freizeitpark erinnert als an das Kennenlernen fremder Menschen und Kulturen.

Selbstverständlich fügen sich die **neuen Informationstechnologien** ebenfalls ganz vorzüglich in diesen Mechanismus ein. Die Entwicklung neuer **Computersysteme** verläuft so schnell, daß heute „Brandneues“ schon in wenigen Monaten zum „alten Eisen“ gehört. Die Computerhardware besteht aus vielen Einzelkomponenten deren Herstellung inzwischen relativ billig ist. Um jedoch die Menschen zum Konsum zu zwingen werden neue technische Errungenschaften auf diesem Sektor stets so konstruiert, daß sie ihren technischen Vorsprung mit den „alten“ Bestandteilen nicht ausspielen können oder dazu nicht einmal mehr kompatibel sind. Auch die **Software** erfordert ständig neue und mehr Kapazitäten. Alle gängigen Anwendungsprogramme auf dem heutigen Markt sind auf einem Rechner der gerade mal zehn Jahre „alten“ 386er Klasse nicht mehr lauffähig. Wer also an der Informationsgesellschaft teilhaben will muß kaufen! Doch die Gesellschaft hat sich schon wieder einen neuen - diesmal virtuellen - Tempel errichtet: Das **Internet!** Das Internet erfordert neben einigem technischen Vorwissen und einem Computer-Equipment modernster Art auch noch ein Fax-Modem und die entsprechende Browser-Software. Außerdem natürlich auch noch einen Anbieter, der gegen Bezahlung den Zugang zu selbigem anbietet (Provider). Wer sich das und die Folgekosten (Providergebühren, Telefonkosten etc.) leisten kann, der hat dann Zugang zur bislang gigantischsten Informationsquelle

der Menschheit. Doch sind so viele Informationen überhaupt nutzbar oder werden sie häufig auch nur konsumiert um des Konsums Willen? Jedenfalls hat die Wirtschaft rechtzeitig die Möglichkeiten des Internet entdeckt und ihre Werbung in allen freien Ecken platziert, - ausgestattet mit einem „Link“ auf die jeweilige Homepage und meist mit der Möglichkeit, sofort die angebotenen Waren per Mausklick zu bestellen. Nun müssen Konsumbereite nicht einmal mehr das Haus verlassen, um sich einem - nur durch die wirtschaftlichen Fähigkeiten begrenzten - Konsumrausch hinzugeben. Die „Dealer“ (englisches Wort für „Händler“) sind im Begriff, massenhaft die Schwelle zum trauten Heim der VerbraucherInnen zu überschreiten und ihre gierigen Finger nach anderer Menschen Geldbeutel (oder Kreditkarten) bis in die Privatsphären hinein auszustrecken. Das bedeutet Konsum auf höchster Entwicklungsstufe! Hierüber können auch Schlagworte wie der des „globalen Dorfes“ oder die Mär, das Internet sei „inter-aktiv“ nicht hinweg täuschen. Insbesondere die sogenannte „Interaktivität“ beschränkt sich auf seiten der „User“ (englisches Wort für „BenutzerIn“; man bemerke die Analogie zum Szene-Jargon für Heroin-GebraucherInnen) lediglich auf die Bewegung seines Zeigefingers auf der Maus. Das Einkaufen im Laden um die Ecke und der Schwatz mit der Verkäuferin sind jedenfalls deutlich „interaktiver“...

Diese Aufzählung ließe sich noch unbegrenzt fortsetzen, doch eines wird deutlich: Wir sind Zeitgenossen einer Gesellschaft, in der passiver Konsum verglichen mit aktiver Betätigung in extremster Weise überbetont wird. TRETTER beschreibt dieses Diktat des Konsums folgendermaßen: „...der maximal konsumierende Bürger ist der optimale ‚homo oeconomicus‘, er soll möglichst viel abkaufen und konsumieren. Es ist also jemand eigentlich extrem kulturkonform, wenn er maximal Alkohol konsumiert.“ (TRETTER 1998, 126). Diese Überbetonung des Konsums führt bei vielen Menschen zum Versuch, sich über materielle Bedürfnisbefriedigung auch eine seelische Befriedigung zu verschaffen. In unserer schnellebigen Zeit stellt allerdings häufig nicht der *Besitz* von Gütern sondern lediglich ihr *Erwerb* den pseudobefriedigenden Moment dar. Insofern tritt der Konsum gegenüber seiner Wirkung, - seien es nun angenehme Gefühle und Stimmungen oder gar ein waschechter Rauschzustand -, in unse-

rer so zweifelhaft nüchternen Welt deutlich in den Vordergrund. Dieser Trend gipfelt in der Kaufsucht, wo schon der Kauf eines Produkts die angestrebte Wirkung seines Besitzes antizipiert und so zum eigentlich zwanghaften Verhaltensmuster wird. Wenn nun aber der Konsum an sich zum Suchtmittel wird, während ein Rausch weitgehend vermieden wird oder lediglich auf die verhältnismäßig kurze Zeitspanne während des Kaufs beschränkt bleibt, dann ist der Schritt vom Rausch zur Sucht nur noch unerheblich. Wie gesagt, unser Wirtschaftssystem basiert auf diesem Mechanismus und es ist insofern nicht weiter verwunderlich, daß süchtiges Verhalten bei uns allen zum Alltag gehört und viele Menschen die notwendige Balance (siehe unter 2.4.) nicht mehr halten können. Schlimmer noch: Wenn der Wert des Konsumierens über den des Rausches gestellt wird, wie es in modernen kapitalistischen Gesellschaften der Fall ist, erübrigt sich die Frage nach dem „*Warum*“ und wird kurzerhand umgedeutet zu einem „*Warum nicht*“. Die historische Tatsache, daß Sucht im Gegensatz zum Rausch eine verhältnismäßig junge Erscheinung der Menschheitsgeschichte ist (s. o.), belegt eindrücklich den Wahrheitsgehalt dieser These.

Ein weiterer Aspekt ist der zunehmende Entsolidarisierungs- und Individualisierungstrend gegenwärtiger Gesellschaften. Eine soziale Kontrolle aus dem gesellschaftlichen Nahraum (Familie, Nachbarschaft etc.), die wie Suchtforscher herausgefunden haben, ein geeignetes Mittel wäre, um Suchtentstehung zu vermeiden, wird zugunsten staatlicher Kontrolle immer weiter zurückgedrängt und existiert insbesondere in den anonymisierten Ballungszentren de facto nicht mehr oder nur noch im negativ besetzten Sinn der Sanktionierung abweichenden Verhaltens. Wer also der Grenze zur Sucht aus welchen Gründen auch immer gefährlich nahe kommt, kann heute zumeist nicht mit der notwendigen Unterstützung aus dem sozialen Nahbereich rechnen. Eine Intervention erfolgt von staatlicher oder aber gesamtgesellschaftlicher Seite erst dann wieder, wenn das süchtige Verhalten offensichtlich wird, das Kind also schon in den Brunnen gefallen ist. Dann jedoch erfolgt die Intervention umso drastischer und wenn es sich bei der Sucht auch noch um eine Abhängigkeit von illegalen Drogen handelt, wird mit aller Macht des Staates zugeschlagen. Wie hilfreich diese Vorgehensweise

ist, manifestiert sich auf unmenschlichste Art und Weise am Drogenelend unserer Städte.

Dennoch hat jede Entwicklung innerhalb einer Gesellschaft ebenfalls eine Funktion. Analog zur Funktion der Sucht im Mikrosystem des sozialen Nahraums des einzelnen Süchtigen oder in dessen Persönlichkeitsstruktur (siehe oben), hat die Gruppe der Süchtigen und hiervon insbesondere die KonsumentInnen illegalisierter Drogen auch ihre stabilisierende Funktion innerhalb des Makrosystems „Gesellschaft“ – allerdings mit schwerwiegenden Folgen!

3.2. Gesellschaftliche Funktion der Sucht

(oder Wozu braucht die Gesellschaft ihre Süchtigen?)

Sehen wir uns in unseren gegenwärtigen Gesellschaften einmal kritisch um und vergessen dabei auch nicht einen ebensolchen Blick auf uns selbst zu wagen, so stellen wir fest, daß uns allen, die wir ja die Elemente dieser Makrosysteme sind, ebenfalls ein Hang zu süchtigem Verhalten innewohnt. Seien wir nun arbeitssüchtige Manager oder machtsüchtige Politiker, fernsehsüchtige Hausfrauen oder eifersüchtige Ehemänner, sportsüchtige StudentInnen oder beziehungsüchtige Singles, so haben wir doch alle einen mehr oder minder intensiv ausgeprägten Hang zur „Versüchtelung“. Wer aber – und nun kommen wir zurück zur gesamtgesellschaftlichen Ebene – einerseits selbst in allerlei Hinsicht von Süchten verfolgt ist, der sollte nicht mit dem Finger auf andere zeigen und diese gar an den gesellschaftlichen Rand drängen. Warum dies aber dennoch geschieht und im Falle der Junkies sogar politisch legitimiert und von Staates Seite her mit aller ihm zur Verfügung stehenden Gewalt und oft tödlichem Ausgang, das bedarf genaueren Hinsehens. Wie kam es dazu, daß die KonsumentInnen illegalisierter Drogen zu einer klassischen Randgruppe gemacht wurden? Welche Prozesse haben zu dieser Entwicklung beigetragen und wen können wir als treibende Kraft dafür ausmachen? Vielleicht gelingt es nach der Beantwortung dieser

Fragen zu klären, wie die unhaltbaren Zustände in den Ballungsgebieten dieser unserer Städte positiv verändert werden könnten und was dazu notwendig wäre.

An erster Stelle steht zunächst das „abweichende Verhalten“ der Protagonisten. Allerdings ist selbst der Begriff des „abweichenden Verhaltens“ oder des „abweichenden Handelns“ in der Literatur schon heftig umstritten. Der Streit geht um die Frage, ob „abweichendes Handeln“ *normativ* bestimmt ist, also durch die Verletzung sozialer Normen, oder aber *reaktiv*, also durch negative Reaktionen der Gesellschaft auf Normverletzung. Zur Klärung erweist sich die *Interaktionstheorie* als hilfreich, die beide Standpunkte derart verbindet, daß davon ausgegangen wird, daß Regelverletzung und soziale Reaktion wechselseitig miteinander verschränkt sind. LOVISCACH schreibt dazu: „Für die Fortsetzung des Drogenkonsums und die Entstehung einer Drogenabhängigkeit spielt es eine große Rolle, wie die soziale Umgebung reagiert. Die Regelverletzung allein, ohne die soziale – sei es helfende, sei es strafende – Reaktion, erklärt nur sehr bedingt die spätere Situation vieler Drogenabhängiger mit ihren lebensgefährlichen Risiken und ihrer psychosozialen Verelendung“. (LOVISCACH 1996, 50).

Der eigentliche Prozeß beginnt mit der Verletzung sozialer Regeln. Allerdings müssen soziale Regeln erst einmal geschaffen werden, bevor sie verletzt werden können. Diesbezüglich geht BECKER davon aus, daß „...gesellschaftliche Gruppen abweichendes Verhalten dadurch schaffen, daß sie Regeln aufstellen, deren Verletzung abweichendes Verhalten konstituiert, und daß sie diese Regeln auf bestimmte Menschen anwenden, die sie zu Außenseitern abstempeln“ (BECKER 1973, 8 zit. n. LOVISCACH 1996, 50). Weiterhin darf nicht vergessen werden, daß soziale Werte, Normen und Verhaltensmuster je nach Situation unterschiedlich, ja sogar widersprüchlich ausgelegt werden können. Schließlich unterliegen sie auch stetigen Wandlungsprozessen. Während bspw. das Rauchen im 17. Jh. noch mit Folter oder Tod bestraft wurde, galt es danach als völlig konform, wird aber in der Gegenwart besonders in den USA wieder vermehrt als abweichendes Verhalten eingeordnet.

Werden soziale Regeln erst einmal verletzt, so lösen sie soziale Reaktionen aus, die jeweils durch Personen, Gruppen oder Institutionen vermittelt werden. All diese Reaktionen, - auch „soziale Kontrolle“ genannt -, haben zum Ziel, abweichendes Verhalten zu verhindern, einzuschränken oder zu bekämpfen. Die soziale Kontrolle zeitigt jedoch gerade im Fall der GebraucherInnen illegalisierter Drogen paradoxerweise oft gegensätzliche Folgen:

- Bei der gefährdeten Gruppe der Jugendlichen werden nicht zuletzt durch den Reiz des Verbotenen abweichende Verhaltensweisen provoziert.
- Wer gegen soziale Regeln verstößt, kann insbesondere wenn die Sanktionsmacht so gewaltig ist, stigmatisiert und so auf sein Handeln festgelegt werden.
- Sind Regelbrecher erst einmal stigmatisiert, so folgt die soziale Ausgrenzung und der Aufbau subkultureller Gruppenbezüge, die wiederum ihrerseits das Verhalten unterstützen und festigen.

Hat sich die Sucht dann etabliert, so laufen außerdem Prozesse ab, die einem Entrinnen aus der Sucht konträr entgegenstehen: Entzugerscheinungen und frustrierende Rückfälle und ihre mangelhafte Aufarbeitung festigen das süchtige Verhalten und erschweren das Aufhören zusätzlich. Hinzu kommen die längerfristigen Folgen der Stigmatisierung, wie z. B. Vorstrafen und Gefängnisaufenthalte, Folgekrankheiten infolge der politisch verursachten schädlichen Konsummuster, das oft völlige Fehlen sozialer Bezüge außerhalb der Subkultur der Drogenszene usw. usf.

Die Stigmatisierung bestimmt nach und nach immer mehr die drogenkonsumierende Person und führt schließlich zur völligen Ausgrenzung und dem „Abschieben“ des/der Betroffenen in „totale Institutionen“ (Gefängnisse, stationäre Therapieeinrichtungen). Die folgende Tabelle schlüsselt am Beispiel eines Alkoholikers Verlauf und Folgen der Stigmatisierung in sechs Stufen auf:

Abb. 7:

Stigmatisierung und Ausgrenzung
(auszgs. nach LOVISCACH 1996, 55)

ABWEICHENDES HANDELN ← STIGMATISIERUNG ← AUSGRENZUNG	<u>VERLAUF:</u>	<u>INTERAKTIONEN:</u>
	<i>1. Stufe: REGELVERLETZUNG, AUFFÄLLIGKEIT</i>	
	Egon Müller trinkt zuviel Alkohol	Eine Person fällt mit einem Merkmal, einer Eigenschaft, einer Handlung auf, die als Makel, als Regelverletzung interpretiert werden kann
	<i>2. Stufe: NEGATIVE BEWERTUNG, STIGMA</i>	
	Egon Müller ist Alkoholiker	Es folgt eine soziale Reaktion mit negativer Bewertung des Merkmals, die den Prozeß stoppen kann, aber auch als Stigma den Fortgang wesentlich mitbestimmt
	<i>3. Stufe: GENERALISIERUNG</i>	
	...und auch sonst ein übler Mensch	Zusätzlich zur beobachteten Auffälligkeit werden der betroffenen Person weitere Merkmale zugeschrieben
	<i>4. Stufe: IDENTIFIKATION, SELBSTSTIGMATISIERUNG</i>	
	Egon: „Ich bin Alkoholiker...“	Die betroffene Person übernimmt die ihr aufgedrängte Identität, stigmatisiert sich selbst und sucht Erfolgserlebnisse auf dem Gebiet des abweichenden Handelns; das Verhalten verfestigt sich
	<i>5. Stufe: RANDGRUPPE, ABWEICHENDE LEBENSWEISE</i>	
	„...und schließe mich einer Gruppe an, die mich akzeptiert“	Die soziale Umgebung sieht sich in ihrer Beurteilung bestätigt und identifiziert die betroffene Person als Mitglied einer Randgruppe
	<i>6. Stufe: AUSGRENZUNG, TOTALE INSTITUTION</i>	
	Alkoholiker sind krank und gehören in eine Anstalt	Als Mitglied der Randgruppe, die gesellschaftlich als soziales Problem definiert ist, wird die betroffene Person – im Extremfall in totalen Institutionen – ausgegrenzt, behandelt und/oder verwahrt

Der oben dargestellte Stigmatisierungsprozeß läuft jedoch nicht zwangsläufig in der beschriebenen Reihenfolge ab. Greift die soziale Kontrolle (insbesondere die aus dem jeweiligen sozialen Nahraum: Familie, Freunde etc.) während der Phase erster Auffälligkeit (2. Stufe), so läßt sich der Prozeß stoppen und umkehren. Letztendlich ist dieser Effekt jedoch stark von Art, Weise und Ursprung der jeweiligen Interventi-

on abhängig. Gerade im Falle illegalen Drogenkonsums sind die Betroffenen gezwungen, ihren Konsum heimlich zu praktizieren, - also außerhalb der Reichweite (bis dahin noch) bestehender sozialer Netze des unmittelbaren Umfeldes. Der Strafverfolgungsdruck verursacht so die Entwicklung von Subkulturen im Umfeld illegaler Drogen. Der einzige Zugriff auf die so entstandenen sozialen Enklaven der Drogenszene erfolgt durch Institutionen oder staatliche Kontrollorgane mit den beschriebenen Folgen gesellschaftlicher Ächtung und Verfolgung. Auf diesem Weg wird politisch legitimiert eine soziale Randgruppe von VersagerInnen geschaffen, die es den Abhängigen oder den KonsumentInnen legaler Suchtmittel und entsprechender Verhaltensweisen, im weitesten Sinne also uns allen, erlaubt, unser schlechtes Gewissen auf die Randgruppe verelendeter Junkies zu projizieren.

Illegalisierten Drogen wird gemeinhin etwas naturgegeben Böses und Dämonisches zugeschrieben, d. h. sie sind gesellschaftlich tabu! Was sich jedoch zunächst für den Einzelnen als ‚gesichertes Wissen‘ oder gar ‚Gewissen‘ darstellt, wird demnach auch nicht mehr kritisch hinterfragt. Aus diesem unreflektiert als wahr angenommenen „Wissen“ entsteht ein gesellschaftlicher Konsens, der auch als ‚Moral‘ bezeichnet wird. Ur-Ängste der Menschen vor dem Besessensein oder dem hilflos Ausgeliefertsein und dem Verschlungenwerden schlechthin werden auf diesem Weg durch politische Kräfte und einen großen Teil der Medien operationalisiert und in entsprechende Handlungsanweisungen umgesetzt: Drogen sind gefährlich und bedrohen die ‚Volksgesundheit‘ (was auch immer das sein soll!). Es entstehen, um es mit den Worten von STEPHAN QUENSEL zu sagen „Gedankengefängnisse“ über die die Menschen nicht mehr hinausdenken dürfen (QUENSEL 1970 zit. n. BÖLLINGER / STÖVER / FIETZEK 1995, 179). So kann die „...inhumane staatliche Verelendungspolitik“ begründet werden. Und mit dem Verweis auf die Bedrohung der Volksgesundheit können Machtpositionen gefestigt werden und der schier unstillbare Hunger des Herrschaftsapparates nach allumfassender Kontrolle (oder Macht) kann wieder etwas mehr von der bürgerlichen Freiheit verschlingen. Diese Tendenz zeigt sich insbesondere an den umstrittenen Maßnahmen zum Kampf gegen die sogenann-

te „organisierte Kriminalität“, respektive dem großen Lauschangriff, der Gen-Datei oder dem inzwischen de facto nicht mehr existenten Schutz der Bürger vor polizeilicher Willkür usw. usf.

Letztendlich ist für einen Großteil der Suchtproblematik insbesondere in bezug auf illegalisierte Drogen also die Politik verantwortlich zu machen, die neben der Schaffung der juristischen Rahmenbedingungen für die Ausgrenzung auch die Verfolgung der von ihr definierten „Straftäter“ übernimmt und in einem beachtlichen Umfang die diesbezüglichen normativen Grundlagen der Stigmatisierung schafft. Neben der mangelhaften Effektivität steht der immense Schaden, den diese Politik verursacht (siehe LOVISCACH 1996, 103 f.):

- Mit der Repressionspolitik wird der Verelendung der KonsumentInnen illegalisierter Drogen Vorschub geleistet und die Entwicklung risikoarmer Konsummuster wie auch wirksamer Hilfsangebote behindert oder gar verunmöglicht.
- Der durch die prohibitive Politik verursachte Schaden am Rechtsstaat ist enorm: Sie erzwingt die Beschaffungskriminalität der KonsumentInnen und ermöglicht erst die Entstehung organisierter Drogenkriminalität, die wiederum mit zweifelhaften Methoden der Strafverfolgung (verdeckte Ermittler, Lauschangriff, Kronzeugen etc.) bekämpft wird und nebenbei die Ressourcen der Strafverfolgungsbehörden zu einem maßgeblichen Teil absorbiert. Hinzu kommen begründete verfassungsrechtliche Bedenken bezüglich des Gleichheitsgrundsatzes, des Rechtes auf freie Entfaltung der Persönlichkeit sowie des Gebots der Verhältnismäßigkeit.
- Diese Politik unterscheidet weiterhin willkürlich legale und illegale Drogen und greift außerdem im Einzelfall massiv in die Selbstbestimmungsrechte der BürgerInnen ein.

3.3. Zusammenfassung

Erklärter Sinn und Zweck dieses Kapitels war es, aufzuzeigen, daß es sich bei süchtigem Verhalten nicht nur um Mängel in der individuellen Persönlichkeitsentwicklung Betroffener handelt, sondern vielmehr daß Sucht in all ihren Facetten ganz maßgeblich durch die soziokulturellen Rahmenbedingungen mitverursacht und mitbestimmt wird.

Das Diktat des in gegenwärtigen Gesellschaftssystemen omnipräsenten **Konsums** unter gleichzeitiger Abwertung von Rauschzuständen jedweder Art spielt dabei eine entscheidende Rolle. Dies manifestiert sich **in allen gesellschaftlichen Bereichen**, sei es nun die **Arbeitswelt**, mit ihren Sektoren des Güter- wie auch des Dienstleistungsangebotes, oder auch die Komponenten des seit wenigen Jahrzehnten in stetigem Wachstum befindlichen **Freizeitbereiches**. Ersichtlich werden die beschriebenen Entwicklungen ganz besonders im Fernsehen und in den anderen Massenmedien (z. B. Werbung), im Bereich der Urlaubsgestaltung, im Sport, wie auch bei den neuen Informationstechnologien inklusive des Internet. Die Überbetonung rein passiven Konsumierens führt in Zusammenhang mit den aktuellen Entsolidarisierungs- und Individualisierungstendenzen und dem Verlust traditioneller Werte dazu, daß süchtiges Verhalten bei uns allen zum Alltag gehört und viele Menschen die notwendige Balance verlieren. Die immanent wichtige soziale Kontrolle durch das nähere Umfeld des Individuums ist drastisch zurückgegangen und teilweise de facto nicht mehr existent. An seine Stelle rückt die institutionelle und die staatliche Kontrolle – allerdings vorrangig in Form drastischer Strafmaßnahmen oder durch Identifikation Betroffener mit dem Stigma des Süchtigen.

Die im zweiten Teil des Kapitels untersuchte **Stigmatisierungstendenz** erscheint beinahe vorsätzlich, zumindest aber unbewußt gewollt (dieser Aspekt steht in Verbindung mit dem sogenannten ‚Leidensdruck-Paradigma‘, auf das im vierten Kapitel im Zusammenhang mit dem Betäubungsmittel-Gesetz noch einmal eingegangen wird).

Dahinter stecken Ur-Ängste der Menschen, die von Regierungen teilweise wider besseres Wissen zur Sättigung ihres Machthungers zu „**Gedankengefängnissen**“ umfunktioniert und mißbraucht werden.

Dennoch tragen wir alle eine **Mitverantwortung** für diese Entwicklung. Denn einerseits hilft es uns, die wir ebenso zu süchtigem Verhalten aller Art neigen, uns von einem Teil unserer Mitmenschen abzugrenzen und unser schlechtes Gewissen damit zu beruhigen, daß wir andere als Süchtige bezeichnen. Andererseits tragen wir schließlich die Mitverantwortung für das Wirken der von uns gewählten PolitikerInnen und ganz besonders dafür, inwieweit wir die von dieser Seite vorgegebenen Meinungen überprüfen und soweit notwendig als ideologisch und bar wissenschaftlicher Fundamente entlarven. Hierbei dürfen wir nicht darüber hinwegsehen, daß die Prohibitions politik und in ihrem Gefolge die Justiz und die Strafverfolgungsbehörden dabei sind, aus ordnungspolitischem Interesse wesentliche Errungenschaften moderner Demokratien zu gefährden. Hiervon sind, wie wir gesehen haben, insbesondere die Grundsätze der **Rechtsstaatlichkeit betroffen**.

Im folgenden und gleichzeitig letzten Kapitel dieser Arbeit versuche ich die notwendigen politischen und juristischen Veränderungsprozesse herauszuarbeiten, die zwar nicht die Lösung der Suchtproblematik, wohl aber eine deutliche Effektivitätssteigerung der Suchthilfe im weitesten Sinne und eine drastische Verringerung des Leides von Süchtigen bringen könnten.

4. BAUSTEINE FÜR EINE NEUE DROGENPOLITIK

4.1. Drogenrecht und Drogenunrecht

Was wir im dritten Kapitel über die Doppelmoral von Gesellschaft und PolitikerInnen in bezug auf Süchtige sehen konnten, drückt sich deutlich in der aktuellen Gesetzeslage aus. Zunächst ist es deshalb sinnvoll, einen Blick auf die entsprechenden Gesetzestexte zu werfen.

Üblicherweise wird im **Strafgesetzbuch** (StGB) geregelt, was und wie bestraft wird. Jedoch existieren neben dem StGB noch viele andere Gesetzbücher mit Ordnungswidrigkeitenvorschriften und Strafbestimmungen für Verstöße gegen diese Gesetze. Diese Verwaltungsgesetze enthalten das sogenannte **Nebenstrafrecht**.

Das **Betäubungsmittel-Gesetz (BtMG)** ist solch ein verwaltungsrechtliches Gesetz mit Strafbestimmungen; allerdings hat sich das BtMG inzwischen zum repressivsten Strafgesetz überhaupt entwickelt! Die **Strafdrohungen** reichen von bis zu 5 Jahren für den einfachen **Umgang mit Drogen** (§29 BtMG) und sogar bis zu 15 Jahren, bspw. für das Handeltreiben mit einer „**nicht geringen Menge**“. Diese Strafmaße sind extrem hoch, vergleicht man sie bspw. mit der gleich hohen Strafbarkeit für Totschlag oder der Höchststrafe von 5 Jahren bei Totschlag in einem „minder schweren Fall“ oder bei Vergewaltigung (BÖLLINGER / STÖVER / FIETZEK 1995, 186)! Der Umgang mit illegalen Drogen wird also *unverhältnismäßig hart* sanktioniert.

Mit dem willkürlichen Verbot bestimmter Drogen rechtfertigt der Staat außerdem massive Eingriffe in die an sich **grundgesetzlich geschützte Intimsphäre der BürgerInnen** (außer im Zusammenhang mit Drogen erlaubt sich der Gesetzgeber nur noch im Bereich der Sexualität ähnlich gravierende Eingriffe auf den Umgang der BürgerInnen mit ihrem Körper). Hier läßt sich einwenden, dem Gesetzgeber gehe es

vor allem um große kommerzielle Dealer und Schmuggler; doch aktuelle Statistiken belegen, daß in allererster Linie KonsumentInnen von der Strafverfolgung betroffen sind. So entfallen laut Bundeskriminalamt (BKA) im Jahr 1995 von insgesamt 156 119 festgestellten Drogendelikten nahezu zwei Drittel der Fälle (101 230 oder 64,8 %) auf **„allgemeine Verstöße gegen das BtMG“** (Konsumentendelikte, Grundtatbestände im Bereich „geringer Mengen“), während lediglich 32 % der Fälle (50 023) den **„illegalen Handel mit und Schmuggel von Rauschgiften“** und sogar nur 3,1 % der Fälle (4866) die **„illegale Einfuhr von Betäubungsmitteln in nicht geringer Menge“** betreffen (BKA 1996, 16 f.).

Das BtMG unterscheidet **Vergehenstatbestände** und **Verbrechenstatbestände**, wobei als Vergehen jeglicher Umgang mit Drogen erfaßt werden soll. Unter die **Vergehenstatbestände** zählen dann auch „Anbau“, „Herstellung“, „Handeltreiben“, „Ein- und Ausfuhr“, „Veräußerung“, „Abgabe oder sonst in den Verkehr bringen“, „Erwerben“, „sich in sonstiger Weise verschaffen“, „Besitz“ sowie das „Erschleichen“ (§ 29 Abs. 1, Nr. 1-5, 9, 14 BtMG). Als **Verbrechenstatbestände** dienen die in den §§ 29a (Jugendschutz), 30 (als „Bandenmitglied“, „gewerbsmäßig“, „mit Todesfolge“, oder „Einfuhr nicht geringer Mengen“) und in 30 a, b („Organisierte Kriminalität“) fest geschriebenen Tatbestände.

Eine wichtige Rolle in Bezug auf das Strafmaß spielen außerdem die **Mengenbestimmungen** (vgl. u. a. § 29 Abs. 5 oder § 29 a Abs. 1 Nr. 2 BtMG). Es wird unterschieden zwischen einer

- **geringen Menge** (§ 29 Abs. 5, § 31 BtMG) => Strafmilderung
- **normalen Menge** (§ 29 Abs. 1 BtMG) => „normales“ Strafmaß
- **nicht geringen Menge** (§§ 29 a bis 30 a BtMG) => Straferhöhung

In der Rechtsprechung werden die Mengenbestimmungen unterschiedlich gehandhabt; allerdings gibt es Richtwerte. So wird bei der Bestimmung **geringer Mengen** von folgenden Werten ausgegangen (Gemischmengen), wobei zu berücksichtigen ist,

daß diese Mengen durch die Landesjustizverwaltungen festgelegt werden und daher je nach Gerichtssitz variieren (Nord-Süd-Gefälle, ideologische Tendenz der Landesregierung oder des Gerichts etc.):

- **Cannabis:** ca. 10 g
 - **Amphetamin:** ca. 1 g
 - **Kokain:** ca. 1 g
 - **Heroin:** ca. 0,5 - 1 g
- (BÖLLINGER/STÖVER/FIETZEK 1995, 224)

Zur Bestimmung einer **nicht geringen Menge** haben sich höchstrichterlich (BGH) folgende Richtwerte durchgesetzt (allerdings handelt es sich hierbei um reine Wirkstoffmengen, d. h. die Marktmenge ist unmaßgeblich!!!):

- **Cannabis:** 7,5 g Tetrahydrocannabinol (THC)
 - **Amphetamin:** 10 g Amphetamin-Base
 - **LSD:** 6 mg Wirkstoff
 - **Kokain:** 5 g Kokainhydrochlorid
 - **Heroin:** 1,5 g reines Heroinhydrochlorid
 - **MDMA** („Ecstasy“): 24 g MDMA-Base
- (BÖLLINGER/STÖVER/FIETZEK 1995, 199; EBERTH 1996, 188)

Letztendlich obliegt es aber im Einzelfall dem entscheidenden Gericht, ob eine Menge als „gering“, „normal“ oder „nicht gering“ anzusehen ist. Dies gilt insbesondere für die o. a. Richtwerte für eine „geringe Menge“, die je nach politischer Gesinnung der jeweils maßgeblichen RichterInnen und der jeweiligen Landesregierung zum Teil drastisch variieren können.

Ein **Absehen von Strafe** ist, unter bestimmten Voraussetzungen, ebenfalls vorgesehen, sollte jedoch in deutlich vermehrtem Umfang angewendet werden. Hierzu die Übersicht auf der nächsten Seite (EBERTH / MÜLLER 1993 zit. nach EBERTH 1996, 189; *Hvh. d. d. Verf.*):

Möglichkeiten für ein „Absehen von Strafe“:

- a) Absehen von Strafe gem. **§ 31 Nr. 2 BtMG**, wenn
- freiwillig Aufklärungshilfe geleistet wurde,
 - „nur“ eine einfache Straftat des in Verkehrbringens oder Besitzes von Betäubungsmitteln innerhalb des normalen Strafraumens nach § 29 Abs. 1, 2, 4 oder 6 BtMG vorliegt,
 - ohne Zustimmung der Staatsanwaltschaft,
 - durch Urteil, das Tat und Schuld feststellt.
- b) Nach **§ 29 Abs. 5 BtMG** kann das Gericht von einer Bestrafung absehen, wenn
- es nur um eine geringe Menge ging,
 - die Betäubungsmittel zum Eigenverbrauch bestimmt waren,
 - die Betäubungsmittel nicht weitergegeben werden sollten oder wurden,
 - ohne Zustimmung des Staatsanwalts,
 - durch Urteil, das Tat und Schuld feststellt.
- c) Nach **§ 31a Abs. 1 BtMG** kann die Einstellung des Strafverfahrens erfolgen, wenn
- die Schuld als gering anzusehen ist,
 - kein öffentliches Interesse besteht,
 - die Betäubungsmittel zum Eigenverbrauch bestimmt waren,
 - es nur um eine geringe Menge ging,
 - die Betäubungsmittel nicht weitergegeben werden sollten,
 - ohne Beteiligung des Gerichts,
 - durch die Staatsanwaltschaft.
- d) Nach **§ 31a Abs. 2 BtMG** kann die Einstellung eines Verfahrens erfolgen, wenn
- sämtliche Voraussetzungen des § 31a Abs. 1 vorliegen,
 - bereits Anklage erhoben wurde,
 - die Staatsanwaltschaft zustimmt,
 - der Angeschuldigte zustimmt,
 - ohne Urteil durch unanfechtbaren Gerichtsbeschluß.
- e) Nach **§ 37 BtMG** kann von der Verfolgung abgesehen werden, wenn
- die Straferwartung 2 Jahre nicht übersteigt, also auch bei erheblichen Delikten,
 - wenn der Beschuldigte nachweist, daß er sich bereits zum Zeitpunkt der Entscheidung einer Behandlung unterzieht,
 - seine Resozialisierung zu erwarten ist,
 - mit Zustimmung des Gerichts,
 - vorläufig, wobei die Verfolgung innerhalb von 2 Jahren wieder aufgenommen werden kann,
 - durch die Staatsanwaltschaft.
- f) Von Erhebung der Anklage kann gem. **§ 153 b StPO** abgesehen werden, soweit
- das Gericht gem. § 29 Abs. 5 oder § 31 Nr. 2 BtMG von Strafe absehen könnte und

- die Zustimmung des Gerichts vorliegt,
- durch die Staatsanwaltschaft.

Eigentlich sollte das BtMG seit seiner Inkraftsetzung im Jahre 1971 und ganz besonders mit seiner Novellierung 1982 folgenden Zielen gerecht werden.

Es habe die Aufgabe,

- (1) „dem Schutz der menschlichen Gesundheit zu dienen;**
- (2) den Umgang mit Betäubungsmitteln (Btm) so zu regeln, daß**
 - a) dessen Sicherheit und Kontrolle gewährleistet**
 - b) die notwendige medizinische Versorgung der Bevölkerung sichergestellt**
 - c) der Mißbrauch von Btm sowie das Entstehen oder Erhalten einer Btm-Abhängigkeit verhindert wird**
- (3) die Voraussetzungen für eine angemessene Ahndung auch der besonders gravierenden Rauschgiftdelikte zu schaffen, die nach Zahl und Schwere trotz der Verschärfung der Strafvorschriften im Jahre 1971 ständig zugenommen haben;**
- (4) kleine bis mittlere drogenabhängige Straftäter mehr als bisher zu einer notwendigen therapeutischen Behandlung zu motivieren, wobei Strafdrohung und Strafvollstreckung nur Hilfsmittel sein können, den erforderlichen ‚Initialzwang‘ zur Therapiebereitschaft auszulösen“ (Bundestagsdrucksache 9/27, 25 f. vom 27. 11. 1980, zit. n. SCHEERER / VOGT, 1989, 41)**

Überprüft man diese Aussagen indem man sie in Bezug zur Realität setzt, so ergeben sich folgende Kritikpunkte (ebd., 41 f.):

zu (1): Der Schutz der menschlichen Gesundheit ist ein allgemein anerkanntes Ziel. Im Strafrecht finden sich aber in der Regel nur Verbote, die Gesundheit anderer Menschen zu schädigen, während die Selbstschädigung üblicherweise straflos bleibt. Die Strafdrohung gegen KonsumentInnen bestimmter Drogen scheint demgegenüber, wie oben schon angesprochen, als ein „rechtsstaatlich bedenklicher Versuch strafrechtlichen Schutzes des Konsumenten vor sich selbst.“

zu (2): Die hohe Kontrollintensität über den Verkehr mit Betäubungsmitteln hat paradoxe Folgen: „je perfekter sie den Verkehr mit Btm zu regeln versucht, desto verlockender wird die Etablierung eines völlig unkontrollierten („schwarzen“) Schmuggel- und Handelsmarktes, der gerade durch völlige Unsicherheit der Konsumenten und mangelnde Kontrollen gekennzeichnet ist.“ Inwiefern die medizinische Versorgung mittels des BtMG sichergestellt bleibt, ist nicht nur in Bezug auf die Methadon-Frage für bestimmte Teilbereiche zweifelhaft. Auch wenn man bspw. den Aspekt der medizinischen Nutzungsmöglichkeiten von Cannabis beachtet, muß man feststellen, daß hier wieder mit zweierlei Maß gemessen wird. Im übrigen werden weder Mißbrauch, noch Entstehen oder Erhalten einer Abhängigkeit durch das Gesetz verhindert. Letzteres läßt sich anhand der Daten über illegalen Drogengebrauch als nahezu gesichert beurteilen. Die Frage, ob es ohne dieses BtMG mehr oder weniger Fälle von Mißbrauch, Entstehung oder Aufrechterhaltung von Abhängigkeit gäbe, wird in der Fachwelt allerdings unterschiedlich beantwortet. SCHEERER / VOGT bemerken hierzu, „...daß verschärfte Strafen sich bei mehr rational kalkulierten Delikten stärker auswirken als bei expressiven Verhaltensweisen, zu denen speziell der Drogenkonsum zu rechnen ist...“ (SCHEERER/VOGT 1989, 37) und an anderer Stelle: „Interessant ist, daß hohe Strafen nicht unbedingt zur Abnahme des bedrohten Verhaltens führen – ebensowenig wie eine Liberalisierung auf der Konsum-Ebene zur Verbreitung des Konsums führen muß.“ (ebd., 42).

zu (3): Auch hier wird wieder deutlich wie sehr die Polemik auf Kosten der wissenschaftlichen Sachlichkeit Regie führte, denn ob ein Delikt als gravierend eingestuft wird oder nicht ist schlicht und einfach Sache der Definition und somit vom jeweiligen ideologischen Blickwinkel abhängig: „Die Begründung, durch Strafverschärfungen müßten die Voraussetzungen für eine angemessene Ahndung gravierender Delikte geschaffen werden, verwechselt Ursache und Wirkung: denn ob z. B. die illegale Einfuhr von bestimmten psychoaktiven Substanzen ein geringes Delikt vom Typ der Ordnungswidrigkeiten ist oder als Kapitalverbrechen eingestuft wird, ist ja gerade Resultat gesetzgeberischer Entscheidungen. Über das Kriterium, wann eine Tat als besonders schwer definiert wird, wird damit nichts ausgesagt.“ (ebd., 42)

zu (4): Problematisch an der Zielbestimmung des BtMG ist vor allem der letzte Punkt, und dies gleich in mehrfacher Hinsicht. Deshalb soll hier etwas weiter ausgeholt werden: Sogenannte „Straftäter“, die auf Grund einer Betäubungsmittelabhängigkeit zu einer Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren verurteilt wurden, können sich gemäß § 35 ff. BtMG einer „ihrer Rehabilitation dienenden“ Behandlung unterziehen. Ebenso kann nach § 37 BtMG auf Anklageerhebung verzichtet werden. Diese Möglichkeiten, genannt „**Therapie statt Strafe**“, wurden schon seit ihrer Einführung im Zuge der Novellierung des BtMG im Jahr 1981 in der Fachöffentlichkeit heftig diskutiert, weil hiermit als Novum in der deutschen Rechtsprechung eine „Verquickung von Strafe und Therapie“ (BÖLLINGER / STÖVER / FIETZEK 1995, 172) entstanden ist.

Grundsätzlich stellt sich die Frage, inwiefern eine solche unter Zwang aufgenommene Therapie überhaupt Sinn macht. Der „Zwang“ liegt darin, daß es für die oder den Betroffenen lediglich die Möglichkeit gibt, zwischen einer Haftstrafe oder der Therapie zu wählen; - es ist naheliegend, daß sich die meisten für das vermeintlich kleinere Übel der Therapie entscheiden. Allerdings ist eine Grundvoraussetzung für therapeutische Hilfe die **Vertrauensbeziehung** zwischen TherapeutIn und KlientIn (wer im psychosozialen Bereich tätig ist, weiß von der grundlegenden Notwendigkeit des Vertrauens in HelferIn-KlientIn-Beziehungen). Hinzu kommt, daß der Motivation für den Entschluß, eine Therapie zu beginnen, ebenfalls eine maßgebliche Bedeutung zukommt. Die Motivation, des „kleineren Übels“ kann nicht den Ausschlag geben, sondern muß sogar als **therapiekonträrer Faktor** bezeichnet werden. Insofern treffen einige Autoren den Nagel auf den Kopf, wenn sie spöttisch von „**Therapie als Strafe**“ sprechen (mehr dazu im Abschnitt „Therapie“).

Soweit man bisherigen empirischen Untersuchungen Glauben schenken kann, liegt denn auch die Erfolgsquote dieses Modells eher im unteren Bereich der Möglichkeiten. „Man kann einen Patienten durch die Drohung, bei Abbruch (wieder) ins Gefängnis zu wandern, nicht dazu verurteilen, ein „Therapieerfolg“ zu sein“ bemerken BÖLLINGER, STÖVER und FIETZEK dazu ganz richtig (BÖLLINGER / STÖVER / FIETZEK 1995, 281).

Einer der wichtigsten Grundsätze, auf denen unser Rechtsstaat fußt, ist das Gebot der „**Verhältnismäßigkeit der Mittel**“. Demnach sind Gesetze, die übertrieben hart oder weitreichend sind, oder aber auf reiner Willkür basieren ein unerlaubter Eingriff in die Freiheitsrechte der BürgerInnen. Dieses Gebot der Verhältnismäßigkeit gliedert sich im einzelnen in „**Eignung**“ (1), „**Erforderlichkeit**“ (2) und die „**Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne**“ (3), d. h. ein Gesetz muß der Prüfung auf die drei genannten Kriterien standhalten, damit es rechtmäßig ist und dem hohen Anspruch auf Rechtsstaatlichkeit genügen kann. In bezug auf das BtMG stehen jedoch alle drei Kriterien in Frage:

Zum Punkt (1), der **Eignung**, läßt sich durch empirische und statistische Erhebungen klar und deutlich belegen, daß es seit Einführung des BtMG weder gelungen ist, die Zahl der Abhängigen, noch die Zahl der sogenannten „Erstkonsumenten harter Drogen (EkHD)“ (BKA-Jargon) zu mindern – das Gegenteil ist der Fall! Wie wir gesehen haben, ist es auch zur Förderung der Therapiebereitschaft nicht geeignet.

Nicht besser sieht es im Hinblick auf Punkt (2), nämlich seiner **Erforderlichkeit**, aus: Falldaten aus den Niederlanden zeigen, daß mit der Herabstufung vieler Konsumdelikte auf ein niedrigeres Strafbarkeitsniveau kein „Dammbruch“ ausgelöst wurde, sondern vielmehr die Zahl der KonsumentInnen zurückgegangen ist. Dies wurde im Fall der CannabiskonsumentInnen besonders deutlich: Mehr als die Hälfte (55 %) derer, die in den niederländischen „Coffie-Shops“ Cannabis jemals probierten, lassen es nach einigen Malen wieder. Und die Zahl der KonsumentInnen härterer Drogen stagniert seit nunmehr schon über zehn Jahren bei steigendem Durchschnittsalter – entgegen dem Trend in jenen Ländern, die weiterhin auf Repression setzen (z. B. BRD). Die Niederlande liegen damit international im Spitzenbereich. (NEW SCIENTIST 2122/1998, 30).

Was den Punkt (3), also die **Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne** betrifft, so haben wir oben in bezug auf die Höchststrafenandrohungen schon gesehen, daß die

Verhältnismäßigkeit, vergleicht man sie bspw. mit den Höchststrafen für Vergewaltigung oder Totschlag, auf extrem hohem Niveau festgesetzt wurde. Dies gilt analog für den generellen Strafrahmen des BtMG mit der Folge, daß heute vorsichtig geschätzt mindestens 30 – 40 % aller Gefängnisinsassen aufgrund direkter oder indirekter BtMG-Delikte einsitzen (BÖLLINGER / STÖVER / FIETZEK 1995, 46). Hinzu kommen die immensen Kosten, die durch die Durchsetzung dieses Gesetzes entstehen, - also der Strafverfolgungsapparat, ein großer Teil der Justiz (lt. einem Artikel aus DIE ZEIT vom 28. 02. 1992 sind die Ressourcen der Staatsanwaltschaft allein durch sogenannte Bagatellverfahren gegen DrogenkonsumentInnen zu 20 % gebunden) usw. usf. – und das, obwohl es sich bei Drogenkonsum um ein **opferloses Delikt** handelt!

Nicht zuletzt sollten in diesem Zusammenhang auch nochmals die strukturellen Folgen für die KonsumentInnen angesprochen werden: Aufgrund der Kriminalisierung werden GebraucherInnen zu destruktiven Karrieren gezwungen. Der Selbstisolierung von BenutzerInnen illegalisierter Drogen wird Vorschub geleistet, die Bildung einer Drogenszene wird erzwungen und führt dazu, daß Drogenkonsum für die Betroffenen immer mehr zur zentralen Lebensbetätigung wird. Auf der Händlerseite entstehen Drogensyndikate und straff durchorganisierte Dealerbanden, die riesige Gewinne abschöpfen können, weil durch die Kriminalisierung z. B. der Preis von Straßenheroin gegenüber dem Wert, den Heroin bei legaler Abgabe normalerweise kosten würde, staatlicherseits künstlich auf das über 1000fache hochgetrieben wurde (daher die immensen Gewinnspannen, ohne die sich das Geschäft mit Drogen in diesem Umfang lohnen niemals würde). Dies wiederum bedeutet, daß die KonsumentInnen zur Deckung ihres täglichen Bedarfs oft auf illegale Beschaffungsaktivitäten, Kleindealerei, Prostitution etc. angewiesen sind.

Der hohe Strafverfolgungsdruck ist aber auch die Ursache für die Herausbildung der gefährlichen Konsummuster; Qualitätskontrollen werden verunmöglicht, ehrliche Aufklärung und sachliche Information der GebraucherInnen finden kaum statt und

auch die Ausbildung gesundheitsschützender Regeln und Rituale wird verhindert. Die hohe Prävalenz der Immunschwächekrankheit AIDS und anderer schwerer Ansteckungskrankheiten unter intravenös konsumierenden Süchtigen läßt sich direkt auf die Kriminalisierung durch die Vorschriften des BtMG zurückführen. Zusammengekommen mit den Gefahren für unseren Rechtsstaat durch die Einführung zweifelhafter Sicherheits- und Polizeigesetze (s. o.) läßt sich das weitere starre Festhalten am BtMG in seiner heutigen Form weder wissenschaftlich noch verfassungsrechtlich begründen.

Auch der Verweis konservativer PolitikerInnen auf „internationale Verträge“, an die die Bundesrepublik gebunden sei, läßt sich angesichts der Entwicklungen in anderen Staaten, die die gleichen Verträge unterzeichnet hatten (Niederlande, Schweiz, Großbritannien etc.), nicht anerkennen. Im übrigen handelt es sich bei Verträgen nicht um naturgegebene Gesetzmäßigkeiten, d. h. sie sind wandelbar und kündbar und müssen auch aufgekündigt werden, wenn sie durch aktuelle Erkenntnisse und die Realität von der Fachwelt inzwischen ‚ad absurdum‘ geführt werden. Dies gilt in gleichem Maße für den „Single Convention Treaty“ von 1961 (kündbar nach sechsmonatiger Vorankündigung, und veränderbar durch jedes Unterzeichnerland, Art. 46, 47), wie auch für dessen Wiener Zusatzabkommen von 1988, und würde den Weg freimachen für die notwendige ersatzlose Abschaffung des BtMG und die bedingte Freigabe aller Drogen. Erst wenn man den meisten BürgerInnen unseres Staates zugesteht, daß sie sehr wohl in der Lage sind, mit potentiellen Suchtmitteln verantwortlich umzugehen, ließe sich auch für diejenigen, die damit überfordert sind, ein angemessenes Präventions- und Hilfesystem aufbauen. Wie ein solches Modell aussehen könnte und mit welchen Wirkungen auf den Bereich der Drogen- und Suchthilfe, dazu mehr in den folgenden Abschnitten...

4.2. *Fernziele und Nahziele*

Nach allem, was wir heute über Drogen und Suchtentstehung wissen, ist es unverständlich, warum die Drogenpolitik in Europa allgemein und in Deutschland im Besonderen der Realität so weit hinterher hinkt.

Nichtsdestotrotz liegen etliche Vorschläge und Konzepte vor, die ausgehend von aktuellen Erkenntnissen der internationalen Suchtforschung, mehr oder minder weit gehende Umorientierungen der derzeitigen Drogenpolitik fordern. Die Vorschläge reichen von punktuellen Verbesserungsvorschlägen zum BtMG (z. B. kontrollierte Vergabe von Originalstoffen wie Heroin, siehe auch Abschnitt 4. 5) über Forderungen nach Entpönlisierung, Entkriminalisierung und Legalisierung bis hin zur bedingten oder völligen Freigabe von Drogen jeder Art. Klar ist, daß die sofortige Umsetzung radikaler Konzepte, wie bspw. einer völligen Freigabe aller Drogen, aufgrund internationaler marktwirtschaftlicher und politischer Verflechtungen und eines noch mangelnden gesellschaftlichen Konsenses derzeit unrealistisch erscheinen.

Dennoch könnte auch ein konsequentes Paradigma als Modell für künftige Entwicklungen dienen, - sozusagen als Fernziel. Wie solch eine ‚realistische Utopie‘ aussehen könnte, soll thesenartig diskutiert werden.

1. These: Sucht ist eine Verhaltensstrategie, die von manchen Individuen während bestimmter und zeitlich begrenzter Phasen ihres Lebens benötigt wird.

Wie wir im zweiten Kapitel der vorliegenden Arbeit sehen konnten, ist Sucht weder gekennzeichnet durch einen progressiven Verlauf, noch als eine Krankheit, die mit schulmedizinischen Mitteln heilbar wäre. Vielmehr handelt es sich um eine Verhaltensstrategie, die das betroffene Individuum dann anwendet, wenn ihm keine anderen

Möglichkeiten zur Verfügung stehen, um seine Persönlichkeit zu stabilisieren. Sucht resultiert einerseits aus einem mangelhaften Selbstwertgefühl und andererseits aus dem zum Scheitern verurteilten Versuch, den befriedigenden und angenehmen Zustand des Rausches zu verewigen. Die Entstehung einer Sucht ist unabhängig von dem verwendeten Suchtmittel (Droge oder Verhalten).

2. These: Das Strafrecht hat insgesamt wenig Einfluß auf die Ausmaße des Umgangs mit Drogen.

Diese These läßt sich bspw. durch die Entwicklung des Cannabiskonsums in den Niederlanden zweifelsfrei belegen. Nachdem dort im Jahre 1976 der Besitz und der Konsum von Cannabis straffrei gestellt wurde, ist nicht wie befürchtet ein ‚Dammbruch‘ geschehen. Vielmehr hat sich der Konsum kaum verändert, außer der Tatsache, daß mehr Menschen Cannabis probieren, dieses Probierverhalten aber schon relativ schnell wieder einstellen. Insgesamt liegt die Zahl der CannabiskonsumentInnen in den Niederlanden im Vergleich zu anderen europäischen Ländern oder den USA weit unter dem Durchschnitt. Auch die Alkoholprohibition in den 30er Jahren in den Vereinigten Staaten hatte auf den Verbrauch von Alkohol, wenn überhaupt, so doch wesentlich geringere Auswirkungen als allgemein angenommen.

3. These: Nur durch die Entfernung des Strafrechts aus dem Drogenbereich läßt sich eine Normalisierung des gesellschaftlichen Umgangs mit DrogenkonsumentInnen erreichen.

Die Wegnahme des Strafrechts wird zu einer Deeskalation und einer Normalisierung im Umgang mit DrogengebraucherInnen führen. Bei einer Abschaffung des „Sondergesetzes“ BtMG könnten relevante Teile in jeweils entsprechende andere Gesetze integriert werden. Als Beispiele wären hier das Jugendschutzgesetz, das Arzneimittelrecht oder auch das allgemeine Strafrecht zu nennen. Ein weiterer Nebeneffekt wäre

bei konsequenter Umsetzung deutlich verbesserte Arbeitsbedingungen für die Drogenhilfe (siehe auch These 4).

4. These: Die Abschaffung der Prohibition setzt riesige Ressourcen materieller, finanzieller und personeller Art frei.

In deutschen Knästen sitzen mindestens 30 – 40 % aller Insassen ausschließlich wegen direkter oder indirekter Betäubungsmittel-Delikten ein (BÖLLINGER / STÖVER / FIETZEK 1995, 46). Heerscharen von Polizisten, Beamten, Richtern und Angehörige der Justizvollzugsanstalten beschäftigen sich auf der Steuerzahler Kosten ausnahmslos mit den Opfern der Drogenprohibition. Ganz abgesehen von Angestellten der Institutionen des Suchthilfebereichs. Es ist nur schwer vorzustellen, welche Energien und Synergien ein Wegfall der Prohibition freisetzen würde. Gerade die Fachleute aus dem Suchtbereich, die sich bislang mehr mit den Folgen der Repression als mit dem Phänomen der Sucht an sich auseinander setzten, könnten dann wesentlich effektiver mit Betroffenen arbeiten. Aber auch in den Bereichen Prävention und Therapie sowie bspw. der Verfolgung von Delikten aus dem Umfeld der sogenannten ‚organisierten Kriminalität‘ darf dann mit beträchtlichen Verbesserungen und einem deutlichen Erfolgszuwachs bei dramatischen Kostensenkungen gerechnet werden. Denn nur die Prohibition schafft die notwendigen Voraussetzungen für den florierenden Schwarzmarkt des Drogenhandels.

5. These: Die Kontrolle potentiell gesundheitsgefährdender Substanzen ließe sich durch Selbstregulationsmechanismen und alternative gesellschaftliche Kontrollformen weitaus effizienter realisieren als durch Prohibition und Repression.

Es wird keinesfalls bestritten, daß eine gewisse Kontrolle möglicherweise gesundheitsgefährdender Substanzen notwendig ist. Doch gibt es außer der Kontrolle durch

staatliche Organe auch andere, oft sogar wirksamere Formen der Kontrolle. Ein großes Potential das nur allzu gerne übersehen wird, bilden bspw. die positiven **Selbstregulationsmechanismen** der DrogengebraucherInnen und der Drogenkultur. Gerade die Kompetenz von ehemaligen Süchtigen kann akuten GebraucherInnen wertvolle Stütze und Hilfe sein bezüglich eines sicheren Umgangs mit Drogen, wie auch bezüglich eines potentiellen Ausstiegs. Außerdem wäre es mit der Abschaffung der Prohibition leichter, die Erfahrungen der KonsumentInnen, die ein kontrolliertes Gebrauchsmuster pflegen ohne süchtig zu werden, einer breiteren Gruppe von DrogenkonsumentInnen zugänglich zu machen. Die dritte wichtige Gruppe in diesem Zusammenhang ist die Gruppe derer, die aus der Suchtphase in Selbstorganisation, also ohne professionelle Unterstützung ausgestiegen sind. Auch deren Erfahrungen gehen durch die Verbotspolitik größtenteils verloren.

Unter **alternativen gesellschaftlichen Kontrollen** werden die Kontrollformen verstanden, die gegenwärtig schon in Bezug auf die legalen Drogen wirksam sind, also die entsprechenden Schutzbestimmungen für Jugendliche, die Regelungen bezüglich des Straßenverkehrs, Werbeverbote, die Mittel der Besteuerung und Preisgestaltung usw.

Alles in allem wäre die Abschaffung der Prohibition für alle, die in irgendeiner Weise mit illegalisierten Drogen zu tun haben, sei es beruflich oder als Betroffene oder deren Angehörige, schlicht positiv zu bewerten – aus wissenschaftlicher Sicht ist dieser Schritt ohnehin längst überfällig.

Schon seit den siebziger Jahren wurde denn auch teilweise massive Kritik an der repressiven, verbotsorientierten Drogenpolitik der Bundesregierung laut. Die Stimmen kritischer Experten sind seither nicht verstummt, sondern werden eher lauter. So sagte 1982 bspw. STEPHAN QUENSEL: „Unser Drogen-Elend besteht weniger im Ausmaß des Drogen-Problems, sondern viel mehr in der problematischen Drogenpolitik, die sich ihr Problem erst schafft“ (QUENSEL 1982, zit. n. LOVISCACH

1996, 103). Und SEBASTIAN SCHEERER fügte 1989 hinzu: „Worin liegt eigentlich das Problem: in der Zunahme des illegalen *Konsums* oder in der *Illegalität* des Konsums bestimmter Drogen...“ (SCHEERER / VOGT 1989, 4).

Dennoch läßt sich die konkrete Utopie einer Abschaffung der Prohibition und der bedingten Freigabe aller Drogen nicht so ohne weiteres einfordern, da die in der vorliegenden Arbeit beschriebenen Erkenntnisse der Suchtforschung längst noch nicht zu den BürgerInnen durchgedrungen sind und ordnungspolitische Kräfte dies mit allen erdenklichen Mitteln zu verhindern suchen. Das bedeutet schlichtweg, daß die Erreichung des Ziels nur in Etappen erfolgen kann. Folglich müssen zunächst Teilziele gebildet werden, deren Erreichung aktuell möglich erscheint, so daß wir uns allmählich und für die Menschen nachvollziehbar dem oben geforderten Fernziel nähern können. Dahingehend existieren konkrete Vorstellungen, die sogar mancherorts schon umgesetzt wurden. Die Vorschläge reichen von einer Tolerierung des Cannabisgebrauchs über die Einrichtung von „Druckräumen“ (Angebote, in denen der intravenöse Drogenkonsum unter hygienischen Bedingungen toleriert wird) und anderen niedrigschwelligen Angeboten (Überlebenshilfe- und ‚harm reduction‘ –Ansätze) bis hin zu einer staatlich kontrollierten Vergabe von Opiaten. Teilweise sind diese Nahziele schon erreicht, teilweise steht ihre Umsetzung in greifbarer Nähe. Doch in den nächsten Abschnitten werden wir uns damit näher befassen...

4.3. Suchthilfe: Abstinenz oder Akzeptanz

Die Suchthilfe, also die Gesamtheit aller Einrichtungen, die sich an Menschen mit Suchtproblemen wenden, gliedert sich klassisch in drei Bereiche: **Prävention, Suchtberatung und Suchtbegleitung** und **Therapie**. Inwiefern diese drei Bereiche von den Folgen der Verbotspolitik betroffen sind, und welche Chancen sich jeweils ergeben könnten, würde die Prohibition abgeschafft, und welche Trends gegenwärtig schon spürbar sind soll im folgenden untersucht werden. Doch vorangestellt sei eine kurze Beschreibung der beiden grundlegenden Modelle der Drogenhilfe: Das klassische **Abstinenzparadigma** und das noch relativ junge **Akzeptanzparadigma**.

Bis vor wenigen Jahren war die Drogenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland ausschließlich durch das **Abstinenzparadigma** bestimmt: Erklärtes Ziel der Verfechter dieses Ansatzes ist die ‚drogenfreie Gesellschaft‘ oder – bezogen auf das Individuum – das ‚drogenfreie Leben‘. Allerdings werden unter ‚Drogen‘ hier nur die illegalisierten Drogen verstanden. Der Konsum von Drogen gilt prinzipiell als Mißbrauch mit sozial- und individualpathologischen Ursachen. Jegliche Hilfe für DrogengebraucherInnen darf hierbei das Ziel der Abstinenz nicht aus den Augen verlieren. Dieser Ansatz steht in direktem Zusammenhang mit der Leidensdruck-Theorie und betrachtet Drogenkonsum als stets regressives Phänomen, d. h. ohne Intervention führt jeglicher Konsum illegalisierter Drogen früher oder später zur Sucht und meist zum Tod. Andere Entwicklungsmöglichkeiten werden schlicht ausgeblendet. Substitution wird, wenn sie nicht mit dem ausschließlichen Ziel schnellstmöglicher Abstinenz gewährt wird, als suchterhaltend und suchstabilisierend eingeordnet; andere progressive Ansätze werden kritisch beäugt und häufig als Kapitulation vor der Sucht bezeichnet. Nicht nur der Gesetzgeber, auch weite Teile der Suchthilfe von der Prävention bis zur Therapie arbeiten noch immer nach diesem Modell.

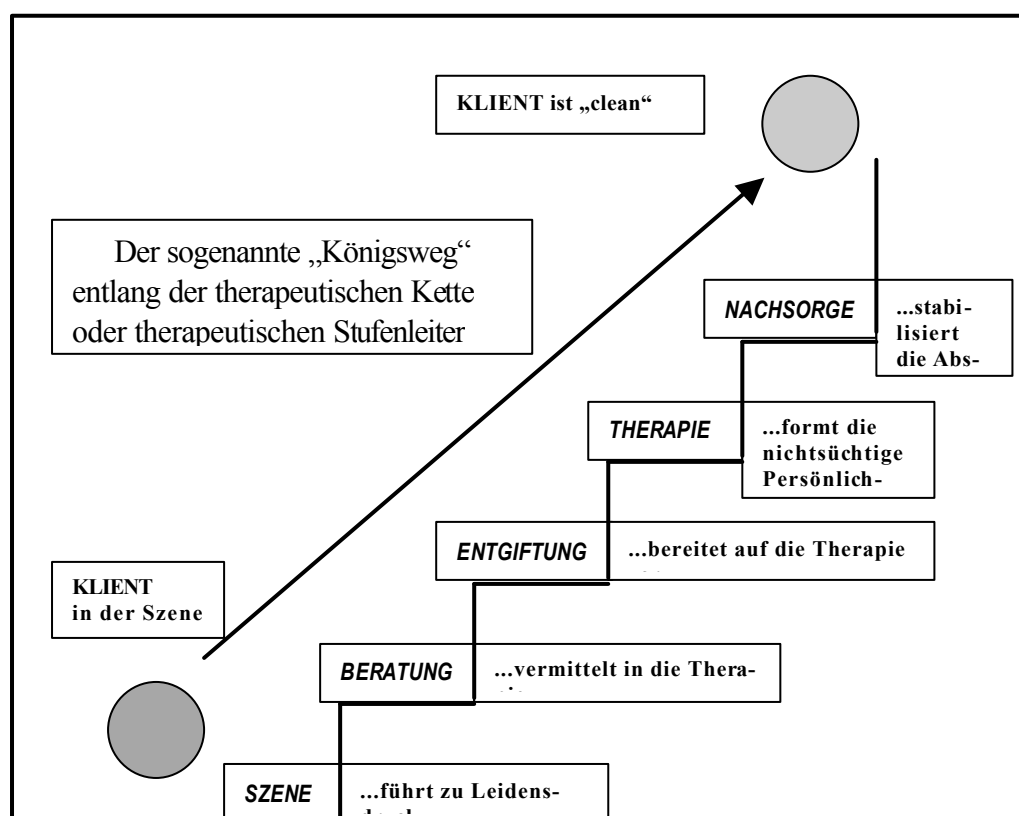
Mit dem Aufkommen der AIDS-Problematik hielt allmählich ein neues Leitmodell in die Drogenhilfe Einzug: Das **Akzeptanzparadigma**! Hierunter werden alle niedrigschwelligen und suchtbegleitenden Angebote der „akzeptierenden Drogenarbeit“ verstanden. Unter dem Eindruck der sich unter DrogengebraucherInnen dramatisch ausbreitenden Infektionskrankheit AIDS erkannte man die Notwendigkeit, betroffene Menschen unter möglichst sicheren Umständen durch die Phase ihrer Sucht zu begleiten und sie soweit möglich vor irreversiblen sozialen und körperlichen Schäden zu schützen. Der Ansatz geht maßgeblich von der Erkenntnis aus, daß Sucht in den weitaus meisten Fällen nur eine Phase im Leben des betroffenen Individuums darstellt und daß Drogenkonsum als universaler Kultur- und Geschichtsbegleiter der Menschheit einen Teil der ‚*Conditio humana*‘ und ein wertvolles Instrument der Alltagsbewältigung und – transzendierung darstellt. Das Ziel völliger Abstinenz wurde aufgegeben und es wird für sinnvoll erachtet, auf ein verantwortliches Leben mit Drogen – aber möglichst ohne Sucht und Destruktivität hinzuarbeiten. SCHEERER schreibt hierzu: „Ob ein Mensch von Zigaretten oder von Opiaten abhängig ist, ist eine Frage seiner Vorlieben – und viele Anhänger des Akzeptanzparadigmas würden dem Opiatabhängigen aus rein pharmakologischen Gründen bescheinigen, womöglich die klügere Wahl getroffen zu haben. So wie vor nicht langer Zeit die Homosexualität noch als Krankheit gegolten hatte, dann aber als ‚schwuler Lebensstil‘ gesellschaftliche Akzeptanz erlangte, so sollte auch ein Leben mit Drogen als einer von vielen möglichen Lebensstilen gesellschaftlich akzeptiert werden“ (SCHEERER 1995, 110). Dem möchte ich an dieser Stelle nichts mehr hinzufügen...

4.3.1 Drogenarbeit im klassisch-konservativen Stil

Hierunter fällt noch immer der größte Teil aller Angebote der Drogenarbeit in Deutschland. Ausgehend vom Dogma der Abstinenz (exklusiv in bezug auf illegale Drogen selbstverständlich) wird von den Verfechtern dieser Denkrichtung der geradlinige Prozeß von der **Drogenszene**, ausgelöst durch eine ausreichende Menge Leidensdruck (Stichwort „helfender Zwang“), über **Beratung**, **Entgiftung**, **Therapie** und **Nachsorge** verstanden (siehe Abb. 8).

Abb. 8: „Das abstinentenzentrierte Drogenhilfesystem“

(Stufenmodell nach LOVISCACH 1996, 175)



Bei der therapeutischen Kette können also vier Stufen ausgemacht werden:

1. **Kontaktphase:** Kontakt- und Beratungsstelle
2. **Entzugsphase:** Entzugs- oder Entgiftungsklinik
3. **Entwöhnungsphase:** stationäre (Langzeit-)Therapie

4. Nachsorgephase: soziale und berufliche (Re-)Integration

Die **Kontakt- und Beratungsarbeit** (1. Phase) wird im wesentlichen von Jugend- und Drogenberatungsstellen geleistet. Während in den siebziger Jahren noch die Kontakt- und Motivationsarbeit auf der Szene üblich war, wurde immer mehr davon ausgegangen, daß dies den Leidensdruck verringere, so daß die Aktivitäten zu Beginn der achtziger Jahre auf ein Minimum geschrumpft waren. Durch die sogenannten „Komm-Strukturen“ der Beratungsstellen kamen Kontakte nur noch dann zustande, wenn sich die Betroffenen direkt und aktiv an die entsprechenden Stellen wandten oder über andere Personen und Institutionen (Eltern, Partner, Schulen, Krankenhäuser, Justiz etc.) dorthin vermittelt wurden. Diese Arbeit wurde als Vorstufe der eigentlichen Therapie verstanden, d. h. es sollte dort vor allem motivationsbildende oder –fördernde Arbeit geleistet werden, was in vielen Fällen eine therapeutische Zusatzausbildung der MitarbeiterInnen notwendig machte. Die KlientInnen sollten während der meist langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz „bei der Stange gehalten“ werden und die formalen Vorabklärungen für die Therapie getroffen werden (Sozialanamnese, Vermittlungsgespräche, Fragen der Kostenübernahme, Rechtsberatung, Knastkontakte etc.). Alle Beratungsaufgaben, die sich nicht dem gesetzlich vorgeschriebenen Ziel der Abstinenz zuordnen ließen, fristeten denn auch ein Schattendasein oder wurden gänzlich vernachlässigt. Erst mit dem Aufkommen von AIDS – Mitte der achtziger Jahre – wurden allmählich auch neue Ansätze entwickelt oder wiederentdeckt (Streetwork, Überlebenshilfe- und ‚harm reduction‘ – Maßnahmen, Spritzentausch usw.), die allerdings eher dem Bereich der akzeptanzorientierten Drogenhilfe zuzuordnen sind.

Die Begleitung der **Entgiftung** oder des körperlichen **Entzugs** (2. Phase) wird allgemein von den neurologischen oder psychiatrischen Abteilungen der Krankenhäuser oder durch die entsprechenden Fachkliniken (Psychiatrische Landeskrankenhäuser etc.) übernommen. Dieser Teil der therapeutischen Kette ist ebenfalls eine Vorstufe zur Therapie, allerdings ohne eigenständigen Behandlungswert. Lediglich dadurch,

daß der Entzug zumeist „kalt“, also ohne medikamentöse Linderung der Entzugerscheinungen, erfolgt, soll dem Patienten noch einmal verdeutlicht werden, welche schlimme Konsequenzen sein Suchtmittelmißbrauch habe. Neben dieser sinnlichen Erfahrbarkeit der Entzugsqualen („nutzbar“ für die weitere Abstinenzmotivation), wurde darauf geachtet, daß aus Gründen der Rückfallprophylaxe schon jetzt die möglichst völlige Isolierung der Patienten zur Außenwelt, insbesondere zur Drogenszene, erfolgte (d. h. Unterbringung in geschlossenen Stationen). Die Entgiftung dauert, abhängig von der zu entziehenden Droge, meist zwischen 1 – 2 Wochen bei Heroin, über 3 – 4 Wochen bei Methadon bis hin zu 6 – 8 Wochen bei Benzodiazepin-Abhängigkeit („Rohypnol“, etc.). Die Ausbildung des Klinikpersonals läßt, was die Eigenart des besonderen Klientels der Süchtigen anbelangt, jedoch meist stark zu wünschen übrig: „Da auf den meisten Entzugsstationen kein spezielles psychotherapeutisches Behandlungs- und Betreuungsangebot besteht, ist, wie man in der Szene spricht, zumeist reines Abhängen angesagt, bleibt die Zeit nicht nur ungenutzt, sondern eine solche Entgiftung ist angesichts des Negativverhaltens des Drogenabhängigen und seiner Konsum- und Anspruchshaltung kontraindiziert“ schreibt hierzu SAWALIES (1989, 87 zitiert nach BÖLLINGER / STÖVER / FIETZEK 1995, 98). Und BÖLLINGER / STÖVER / FIETZEK fahren fort „Die Folge ist eine relativ hohe Abbrecherquote und eine Demotivierung in Hinsicht auf eine Weiterbehandlung. Der Entzug wird oft erlebt als erste Phase einer fremdbestimmten Therapievorbereitung und nicht als zumindestens denkbare Stabilisierungsphase, als Hilfe und Vorbereitung zur Selbsthilfe“ (ebd., 98 f.). Inzwischen gibt es an verschiedenen Orten auch spezielle Einrichtungen, die alternativ einen qualifizierten Entzug - teils „kalt“, teils medikamentengestützt - anbieten, wobei vermehrt darauf geachtet wird, spezifische Betreuung und eine Befähigung zur Selbsthilfe (auch in Richtung einer autonomen Entwöhnung ohne institutionalisierte Therapie) zu vermitteln.

Für die Phase der **Entwöhnung** (3. Phase) wird im abstinenzorientierten Sektor der Drogenhilfe noch immer die Form der stationären Langzeittherapie (Dauer meist zwischen neun und achtzehn Monaten) favorisiert. Ausgehend von der Unterstellung ei-

ner Persönlichkeits- oder Sozialisationsstörung und einer mißlungenen Identitätsbildung bei Drogenkonsumierenden soll die Therapie eine *psychosoziale Nachreifung* ermöglichen. Der ‚negativen Lebenspraxis‘ drogenkonsumierender Individuen soll also im Verlauf der Therapie durch konsequente Konfrontation das therapeutische Ziel der ‚positiven Lebensbewältigung‘ entgegengesetzt werden. Der Reifeprozess, der zu diesem Ziel führen soll, ist streng hierarchisch strukturiert: Schon bei der Aufnahme in die Therapieeinrichtung (zumeist „Therapeutische Gemeinschaft“ genannt) wird der betroffene Mensch mit oft erniedrigenden und demütigenden Ritualen konfrontiert, mit dem Zweck, die ihm unterstellte „drogenbedingte Dissozialität“ auszutreiben. Folgende Merkmale kennzeichnen die Arbeit in therapeutischen Gemeinschaften (VAN EPEN 1989, 329 zit. n. BÖLLINGER / STÖVER / FIETZEK 1995, 101):

- *die Hervorhebung der Eigenmotivation*
- *die Isolierung von der Gesellschaft*
- *die Deprivation der Gruppenmitglieder, vor allem in der Anfangszeit und bei Scheitern,*
- *die Verurteilung früheren Verhaltens,*
- *die Konfrontation, die Forderung nach uneingeschränkter Teilnahme,*
- *die Möglichkeit durch positives Verhalten in der Hierarchie aufzusteigen,*
- *die Entlassung bei ausreichender Verhaltensänderung.*

Die KlientInnen durchlaufen also einen „Reifungsprozeß“ in Stufen. Beginnend beim oft erniedrigenden Aufnahme-ritual können sie sich dann Stufe um Stufe herauf arbeiten, wobei die jeweils höhere Stufe mit einem Zuwachs an Privilegien (oder der entsprechenden Lockerung der Zwangsvorschriften) verbunden ist. Dieses System ist m. E. nicht nur im Hinblick auf die Menschenwürde sondern auch in bezug auf das realitätsfremde Ziel absoluter Drogenfreiheit während und nach der Therapie eher kritisch zu beurteilen. BÖLLINGER / STÖVER / FIETZEK bemerken denn auch: „Allen Einrichtungen der LzTh (Langzeittherapie; Anm. d. Verf.) gemeinsam ist das absolute Drogenverbot. Das Hauptproblem von Drogenfreiheit als Therapiemaxime eines sozialtherapeutisch übermäßig an idealen Zielen ausgerichteten und damit unrealistischen Konzepts ist die durch viele Untersuchungen belegte hohe Ausfallquote durch Therapieabbrüche, nämlich ca. 65 – 70 %“ (ebd. 1995, 101). So wirken denn

die vorherrschenden Konzepte der therapeutischen Wohngemeinschaften in ihrer Rigidität und Härte auf viele Drogenkonsumierende eher abschreckend und führen neben der hohen Abbrecherquote zu einer grundsätzlich mangelnden Akzeptanz bei potentiellen KlientInnen. Die 1981 eingeführten „Therapie statt Strafe“- Vorschriften sollten da Abhilfe schaffen – mit zweifelhaftem Erfolg, wie wir gesehen haben.

Das entsprechende Menschenbild, das hinter solchen Konzepten steht, zeigt sich an der Stellungnahme des in der Fachwelt als radikaler Hardliner bekannten Psychiaters Täschner (zit. n. LOVISCACH 1996, 176 f.): „Wer längere Zeit süchtig ist, macht meist eine typische Persönlichkeitsdeformierung (Depravation) durch, deren Grundlage offenbar hirnganische Veränderungen sind. Das Gehirn eines Süchtigen ist einer dauernden Gifteinwirkung ausgesetzt. Das führt zu Schäden, die wir zwar nicht am Gehirn selbst nachweisen können, die aber im Verhalten der Betroffenen ihren Niederschlag finden. So sind besonders die Kritik- und Urteilsfähigkeit, die Antriebslage, die Stimmungslage und schließlich auch die Intelligenz davon betroffen. Das Persönlichkeitsgesamt wird entdifferenziert. Es kommt zu einer Uniformierung der Süchtigen, sie gleichen sich in ihrem Verhalten wie abgeschliffene Kieselsteine in einem Flußbett“. Aus meinen eigenen Erfahrungen nach zwei Jahren „Drogenarbeit an vorderster Front“ kann ich solch eine Sicht der Dinge nur als ‚gefährlichen Blödsinn‘ bezeichnen, da sie nicht nur menschenverachtend ist, sondern auch bar jeglicher wissenschaftlicher Grundlage diffamiert und ausgrenzt und im übrigen in Wortwahl und Inhalt auffällig an die Psychiatrie des „Dritten Reiches“ erinnert...

Die den Prozeß abschließende **Nachsorge** (4. Phase) hat zur Aufgabe, den Behandlungserfolg der therapeutischen Wohngemeinschaften durch eine begleitete und kontrollierte, sich sukzessive öffnende freie Lebensführung zu sichern. Die Hauptaufgaben der Nachsorge umfassen somit alle Maßnahmen der Rehabilitation, sowie stützende Hilfen zur Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Zur Überleitung aus therapeutischen Einrichtungen in den Alltag draußen sind verschiedene Modelle entwickelt worden, die der Beschaffung eigenen Wohnraums, der Wiedereingliederung in einen

beruflichen Alltag und der Auseinandersetzung mit Rückfallgefahren in einem möglichst alltagsorientierten Erlebenskontext dienen (LOVISCACH 1996, 180).

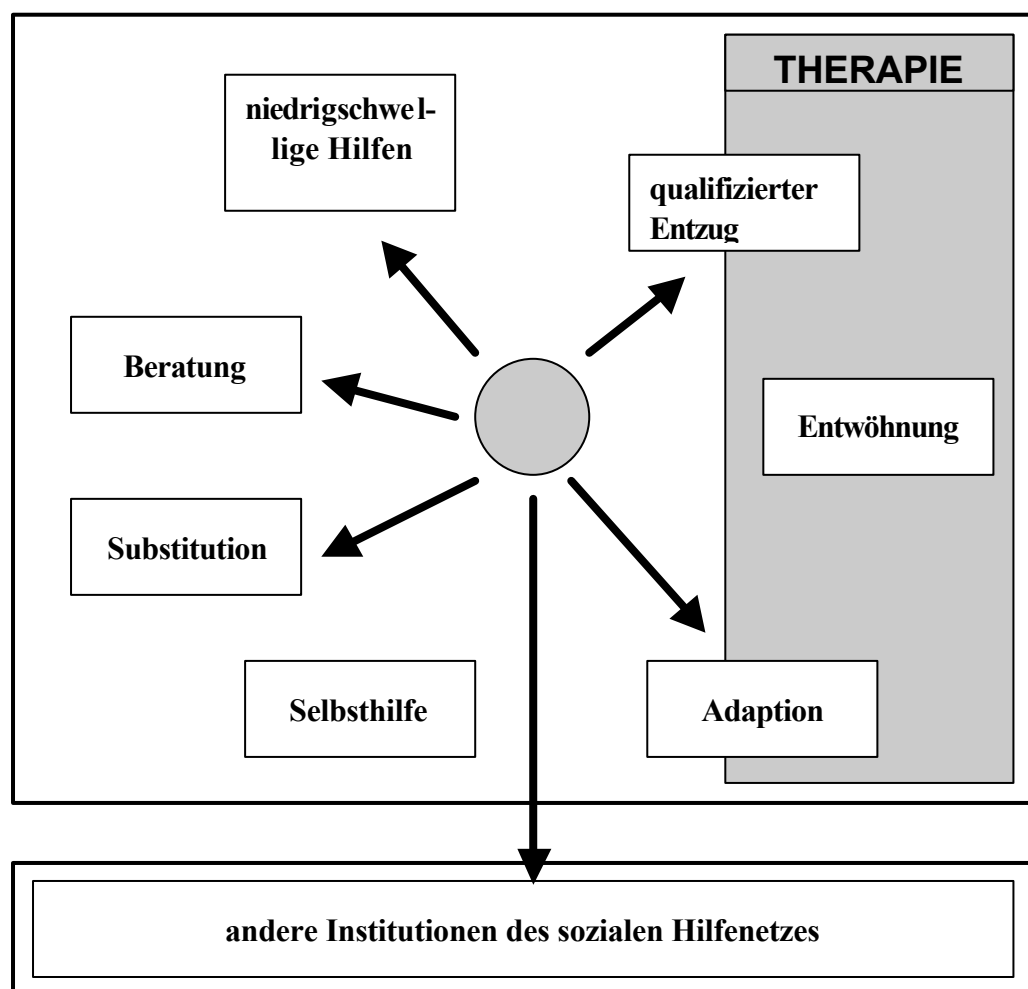
Leider ist die Idealvorstellung der therapeutischen Kette auf viele KlientInnen nicht anwendbar und insofern realitätsfremd. Schon die Theorie des Leidensdrucks für die notwendige Ausstiegsmotivation ist, neben ihren ethisch äußerst zweifelhaften Grundannahmen und Wirkungen, auch empirisch längst nicht mehr haltbar. Vielmehr gilt als erwiesen, daß die Motivation für einen Ausstieg aus der Sucht keineswegs parallel zum steigenden Leidensdruck zunimmt. Eher ergeben sich eine Vielzahl möglicher Verläufe, abhängig von allerlei Variablen. Meist steigt die Motivation zum Ausstieg bei zunehmendem Leidensdruck kurz an, verläuft dann aber wellenförmig und sinkt dann rapide ab – trotz weiter steigendem Leidensdruck! (LOVISCACH 1996, 71 f.). Die Gründe für das weitere krampfhaftes Festhalten am Leidensdruck-Dogma liegen m. E. in dem zweifelhaften Versuch, damit die verbotsorientierte Drogenpolitik zu begründen und umgekehrt. Der Strafverfolgungsdruck kann als treibender Faktor zur Entstehung einer randständigen ‚Drogenszene‘ ausgemacht werden, mit deren Existenz wiederum die Notwendigkeit der repressiven Strafverfolgung begründet wird usw. usf....

4.3.2 Progressive Formen der Drogenarbeit

Wie oben schon angedeutet, haben sich mit dem Aufkommen der AIDS-Problematik alternative Formen der Suchthilfe entwickelt. Der Ansatz umfaßt im Grunde alle Bereiche der klassischen Drogenhilfe, beinhaltet aber insgesamt eine deutlich klientenbetontere Herangehensweise:

Abb. 9: Das klientenzentrierte Drogenhilfesystem (Vernetzungsmodell)

(nach LOVISCACH 1996, 185)



Ausgehend von der Tatsache, daß die „drogenfreie Gesellschaft“ schlichtweg eine Illusion ist, und unter dem Eindruck, daß DrogenkonsumentInnen mit AIDS sogar einer Doppelstigmatisierung ausgesetzt sind und die mangelhafte Reichweite der klassi-

schen Drogenhilfe einen großen Teil ihrer nun noch stärker gefährdeten Klientel gar nicht erreicht, wurden Strategien der Entdramatisierung und Normalisierung erarbeitet, die auf Risikominderung (harm reduction) und undogmatische Hilfe setzen, anstatt Drogensucht auf eine psychische Erkrankung zu reduzieren und die Betroffenen aufgrund einer ihnen unterstellten Willenlosigkeit völlig zu entmündigen. Der Ansatz, der im übrigen in unseren europäischen Nachbarländern wie der Schweiz oder Holland schon seit längerem erfolgreich umgesetzt wurde, war eine logische Konsequenz aus dem Versagen der klassischen Suchthilfe, die ihre Ineffizienz aufgrund drastisch gestiegener Zahlen von „Drogenopfern“ und anderer Zahlen nicht mehr zu verbergen vermochte. Die Mär von der „drogenfreien Gesellschaft“ trägt vielmehr bei vielen Menschen, die den gesellschaftlichen Belastungen nicht mehr gewachsen sind, noch verstärkt zu einem schädlichen Gebrauch bei, anstatt sie in einem selbstbestimmten und insoweit weniger gefährlichen Konsum zu unterstützen. Hierzu bemerkt der Bremer Drogenexperte HEINO STÖVER: „Drogengebraucher haben, auch und gerade unter den Bedingungen des fortgesetzten Konsums, ein Recht auf menschenwürdige gesundheitliche und soziale Lebensbedingungen, sie müssen es nicht erst durch abstinentes und angepaßtes Verhalten erwerben, Drogenkonsumenten können für sich selbst verantwortlich handeln. Freiwilligkeit in den therapeutischen Beziehungen und anderen Hilfsangeboten bildet daher eine unveräußerliche Grundlage. Auch scheinbar unverständliches Drogenkonsumverhalten kann als eine persönliche Entscheidung mit einem anderen Wertkonzept akzeptiert werden, als ein Lebensstil –auch dann, wenn man ihn selbst niemals übernehmen wollte“ (BÖLLINGER / STÖVER / FIETZEK 1995, 133 f.).

Eine Vielzahl diversifizierter Angebote wurde seither von den VertreterInnen dieser Denkrichtung geschaffen. Hierzu gehören Kontaktläden (oder Kontaktcafes), Not-schlafstellen, Sprizentauschprogramme, safer sex- und safer use-Informationen, Sachhilfe und rechtliche Hilfen, medizinische Basishilfen und andere Formen suchtbegleitender und risikomindernder Hilfen. Auf einige dieser Angebote will ich im folgenden kurz und exemplarisch eingehen. Ihnen allen gemein ist jedenfalls, daß sie nicht

unter dem Diktat der Abstinenz stehen, so daß auch diejenigen sie nutzen können, die zur Zeit nicht in der Lage oder willens sind, ihren illegalisierten Drogenkonsum einschneidend zu verändern oder gar gänzlich zu beenden.

Typische Angebote akzeptierender Drogenarbeit:

Spritzentausch: Zur Infektionsprophylaxe (gegen Hepatitis B/C und HIV) ist eine möglichst umfassende Versorgung der intravenös konsumierenden HeroingebraucherInnen mit sterilem Spritzbesteck unbedingt notwendig. Zu diesem Zweck haben sich in verschiedenen deutschen Städten (Hamburg, Frankfurt etc.) differenzierte Versorgungsmodelle etabliert. Die Vergabe erfolgt in Apotheken, Drogenberatungsstellen und anderen niedrigschwellige Suchthilfeeinrichtungen (1:1-Umtausch) und, um die Versorgung in Abend- und Nachtstunden und an Wochenenden und Feiertagen zu gewährleisten, über Spritzenumtauschautomaten, wie sie sich schon in mehreren anderen Ländern Europas bewährt haben. Gravierende Mängel bestehen leider noch immer innerhalb des Strafvollzugs, obwohl die rechtlichen Grundlagen im BtMG schon 1992 geschaffen wurden (Straflosigkeit der Spritzenabgabe). Hier gilt offenbar noch der Grundsatz, daß nicht sein kann, was nicht sein darf...

Kontaktläden und Szene-Cafes: In immer mehr deutschen Städten werden inzwischen offene Räumlichkeiten der Drogenhilfe geschaffen, in denen bestimmte gesundheitliche, soziale und juristische Hilfen angeboten und organisiert werden. Diese neuen niedrigschwelligen Angebots- und Organisationsformen wurden geschaffen, um die Reichweite der Hilfen zu erhöhen und einen möglichst frühen Kontakt zu vorher nicht erreichbaren DrogenkonsumentInnen herzustellen. Auf Seiten der Anbieter kann so die Vermittlung HIV-präventiver Botschaften (safer use / safer sex) und existentieller Hilfen gewährleistet werden, auf der Seite der KonsumentInnen

werden Vorurteile und Berührungsängste gegenüber der professionellen Drogenhilfe abgebaut. Wichtig sind diese offenen Räume auch als Zentren der Kommunikation und als Ausgangsorte für Selbsthilfeaktivitäten.

Notschlafstellen: Einrichtungen, in denen die oft völlig verelendeten und sozial desintegrierten DrogengebraucherInnen ohne großen bürokratischen Aufwand und ohne Vorbedingungen („clean“ sein) eine Übernachtungsmöglichkeit finden. Die meisten Notschlafstellen sind so organisiert, daß sie DrogengebraucherInnen für einen begrenzten Zeitraum ein Dach über dem Kopf und ein Bett zum Schlafen, nahrhafte Mahlzeiten und die Möglichkeit zur Körperhygiene und ambulanter Wundversorgung bieten. Außerdem bestehen sozialarbeiterische Beratungs- und Betreuungsangebote (Hilfen bei Arbeits- und Wohnungssuche, Arzt- und Therapievermittlung, Sozialhilfe- und Rechtsberatung, Kriseninterventionen) und im Falle von Überdosierungen Erste Hilfe Maßnahmen. Während Notschlafstellen in der Schweiz vermehrt auch die Möglichkeit zum hygienischen Konsum bieten, sind solche Möglichkeiten in Deutschland rechtlich umstritten und werden bislang nur in absoluten Ausnahmefällen angeboten (z. B. das Bremer Wohnprojekt „Roonstraße 65“).

Druckräume: Zumeist findet akzeptierende Drogenarbeit in Kontaktläden und Übernachtungseinrichtungen dort ihre Grenzen, wo es um Tolerierung des intravenösen Drogenkonsums geht. Da die meisten GebraucherInnen mehrmals am Tag injizieren müssen, findet der Konsum häufig auf öffentlichen Toiletten in der Nähe der Szene, in Abbruchhäusern, auf Kinderspielplätzen und in öffentlichen Parks unter unwürdigen und unhygienischen Bedingungen statt. In der Schweiz sind bereits Mitte der achtziger Jahre Einrichtungen entstanden, sogenannte „Gassenzimmer“ oder „Fixerstübli“, in wel-

chen der intravenöse Konsum von Drogen unter hygienischen Bedingungen toleriert wird, als Reaktion auf die zunehmende gesundheitliche und soziale Verelendung, die steigende Rate HIV- und Hepatitis-infizierter KonsumentInnen und die ebenfalls steigende Zahl von „Drogentoten“. Die Angebote wurden zum zentralen Dreh- und Angelpunkt der schweizerischen Überlebenshilfe und bieten neben der Möglichkeit des Konsums die gleichen Angebote, wie sie auch schon die Notschlafstellen und Kontaktläden bieten (sozialarbeiterische Beratung und Betreuung, ambulante Wundversorgung, Erste Hilfe bei Drogennotfällen, günstige nahrhafte Mahlzeiten etc.). In Deutschland gibt es vergleichbare Einrichtungen aus Gründen der Rechtsunsicherheit bislang leider nur an wenigen Orten (so z. B. in Frankfurt oder Hamburg). Allerdings setzt sich deshalb vermehrt die inoffizielle Duldung des Konsums in Kontaktläden und Übernachtungseinrichtungen durch...

Streetwork und **aufsuchende Sozialarbeit** sind weitere Formen akzeptierender Drogenarbeit mit ähnlichen Angeboten, die allerdings nicht an Räumlichkeiten gebunden sind, sondern an den Sammelpunkten der Szene stattfindet. Weitere Angebote, die dem Modell der akzeptierenden Drogenarbeit zugerechnet werden, ist die Substitution mit Methadon (wenn auch in Deutschland aufgrund der strengen NUB-Richtlinien bislang noch nicht von niedrigschwelliger Vergabe gesprochen werden kann) und ambulante Therapieformen oder professionelle Entzugsstationen für sogenannte Clean-Phasen, die manche GebraucherInnen von Opiaten zur Neuorientierung oder einfach nur zur gesundheitlichen und körperlichen Regeneration von Zeit zu Zeit einschieben. Außerdem sind frauenspezifische Angebote und auch die Unterstützung von und die Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen (wie z. B. der JES – Bund der Junkies, Ex-User, Substituierten) zu erwähnen.

Die Angebote des Akzeptanz-Modells haben denn auch eine deutlich höhere Reichweite und ihre KlientInnen erreichen die Einrichtungen auf freiwilliger Basis und nicht

durch den „helfenden Zwang“ des BtMG („Therapie statt Strafe“). Allerdings stoßen sie dort an ihre Grenzen, wo die Rahmenbedingungen von legislativer oder politischer Gewalt gesteckt werden. Eine Drogenpolitik, die in ihren Prämissen immer noch von der illusorischen Vorstellung der ‚drogenfreien Gesellschaft‘ ausgeht, ist offenbar weder willens noch fähig, sich neueren und realistischeren Vorstellungen zu öffnen. Anstattdessen nimmt sie weiterhin das Leid und den Tod tausender Menschen billigend in Kauf.

Zum gegenwärtigen Stand der Suchthilfe schreibt LOVISCACH: „Insgesamt ist die Drogenhilfe der 90er Jahre weit davon entfernt, ein in sich zusammenhängendes, schlüssiges Konzept der ‚akzeptierenden Drogenhilfe‘ realisiert zu haben. Rein (psycho-)therapeutisch orientierte Konzepte konkurrieren mit sozialarbeiterisch bzw. soziotherapeutisch angelegten Programmen, ausschließlich abstinenzorientierte Hilfen mit solchen der völligen Akzeptanz der Süchtigen und ihrer Verhaltensweisen. Teilweise geht dieser ‚Riß‘ nicht nur durch die generelle Diskussion zwischen verschiedenen Einrichtungen und Trägern, sondern sogar durch die Teams bestehender Einrichtungen. Von der Verwirklichung des allseits akzeptierten Wunsches, daß sowohl die Drogenabhängigkeit als auch deren Behandlung ‚normalisiert‘ werden mögen, ist man in der Bundesrepublik noch sehr weit entfernt“ (LOVISCACH 1996, 187 f.). Dennoch wage ich dem hinzuzufügen, daß die Zeit für einen konsequenten Paradigmenwechsel in der Drogenhilfe von der Abstinenz zur Akzeptanz reifer kaum sein könnte...

4.4. *Prävention: Dogma oder Ehrlichkeit?*

Leider zeigt sich die dogmatische Ideologie der Abstinenz auch im unumstritten wichtigen Teilgebiet der Prävention. Doch zunächst soll kurz aufgeschlüsselt werden, wie sich der etwas abstrakte Begriff ‚Prävention‘ in konkreteren Termini beschreiben läßt. Die gängige Einteilung richtet sich nach Zielgruppen abhängig vom Interventionszeitpunkt und der jeweils verfolgten Ziele. Hierbei wird in drei Teile untergliedert:

Unter **Primärprävention** versteht man die Aktivitäten, die noch vor dem Auftreten eines Problems bzw. einer Störung ansetzen und dazu beitragen sollen, problematische Situationen zu vermeiden oder die entsprechende Zielgruppe auf eine erfolgreiche Bewältigung solcher Krisen vorzubereiten. Bezogen auf den Bereich der Sucht ist hier die Bundesregierung als Hauptakteur auszumachen. Allerdings erledigt sie ihre Aufgabe mehr schlecht als recht, denn mit trivialen und dazu noch doppelbödigen Sprüchen, wie „Keine Macht den Drogen“ (womit selbstverständlich primär die illegalisierten Drogen gemeint sind) läßt sich wohl keine nennenswerte Wirkung erzielen, wenn andererseits die Ausgaben für Jugendzentren, Jugendarbeit und andere soziale Leistungen drastisch zusammengestrichen werden.

Die **Sekundärprävention** soll ein gerade in der Entstehung begriffenes Problem erkennen, auffangen und zu dessen Beseitigung beitragen. Für den Bereich der Drogenhilfe sind in erster Linie die Drogenberatungsstellen, aber auch bspw. Drogenbeauftragte in Schulen etc. diejenigen, die die Sekundärprävention gestalten.

Tertiärprävention wird allgemein als Rückfallprophylaxe verstanden, d. h. der Rückfall in eine bereits erfolgreich behandelte Problematik soll nun durch die Stabilisierung der Zielperson(en) vermieden werden. Hier wirken im Feld der Suchthilfe vor allem die Institutionen des Nachsorgebereiches.

Das erklärte Ziel der über weite Strecken klassischen Drogenprävention ist die „einstellungsmäßige Immunisierung bisher abstinenter Jugendlicher und Heranwachsender“ (BÖLLINGER / STÖVER / FIETZEK 1995, 92). Dieses Ziel soll mit folgenden Maßnahmen auf Länder- und Bundesebene erreicht werden:

- Ausbildung und Einsatz von Drogenberatungs- und Kontaktlehrern in den Schulen, Erarbeitung von Unterrichtsmaterialien
- Kampagnen mittels Zeitungsartikeln, Anzeigen, Film- und Fernsehsendungen und –spots, Ausstellungen, Plakataktionen, Verteilung von T-Shirts, Buttons, Aufklebern mit Slogans;
- Einrichtung von Telefon-, Beratungs- und Informationsdiensten,
- Fachtagungen mit Medienvertretern;
- Ausbildung und Unterstützung von Multiplikatoren als Vermittlern und Ansprechpartnern in der außerschulischen Jugendarbeit;
- Entwicklung und Erstellung von Aufklärungsmaterialien über Drogenmißbrauch für Eltern, Unterstützung von Elternkreisen.

(aus dem „Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan“ des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit und des Bundesministeriums des Inneren 1990, 17 f. zit. n. BÖLLINGER / STÖVER / FIETZEK 1995, 92).

Was die Bundesregierung unter Drogen- und Suchtprävention versteht, wird an folgendem Statement besonders deutlich:

„Alle präventiven Maßnahmen müssen folgende Leitlinien der Drogenpolitik vermitteln:

- *Totale Abstinenz* im Hinblick auf *illegale Drogen*
- *Selbstkontrollierter Umgang mit legalen Suchtmitteln*‘ (z. B. Alkohol- und Tabakerzeugnisse) mit dem Ziel weitgehender Abstinenz
- Bestimmungsgemäßer Gebrauch von Medikamenten“ (ebd. 91, Hvh. d. d. Verf.).

Hierin steckt die ganze Doppelmoral der herrschenden Drogenpolitik: Während den KonsumentInnen legaler Drogen noch ein „selbstkontrollierter Umgang“ zumindestens zugestanden wird, wird den KonsumentInnen illegalisierter Drogen die „totale Abstinenz“ verordnet. Diese Auffassung blendet vollständig aus, daß die Fähigkeit eines selbstkontrollierten Umgangs mit Drogen völlig unabhängig vom Rechtsstatus

der Droge ist. Hier dominiert kurzerhand die „kriminalpolitische Sichtweise: Kein kontrollierter Gebrauch von Drogen, deren Gebrauch verboten ist!“ (ebd. 91).

Ein solch einseitig ideologischer Präventionsansatz wird denn auch in der Fachliteratur als problematisch erachtet:

- Die Prävention „ist unrealistisch, wirklichkeitsfremd und inhaltlich blind, weil sie die Existenz und weite Verbreitung der illegalen Drogen ignoriert und nicht aktiv mit diesem Phänomen umgeht;
- sie ist unglaublich, weil sie offensichtlich doppelmoralisch und nicht sachlich begründet ist;
- sie ist inhaltlich problematisch, weil sie einerseits die positiven Effekte dieser Drogen völlig ausblendet, deretwillen sie schließlich (anfangs) genommen werden und weil sie andererseits Funktion, Bedeutung und Sinn des Drogengebrauchs zur Alltagsbewältigung oder in Prozessen der Identitätsentwicklung ignoriert“

(ebd. 91 f.)

Grundsätzlich zu hinterfragen ist der Einsatz von „Abschreckungspädagogik“, also die „Erhobenen-Zeigefinger-Moral“ als Mittel der Prävention im Hinblick auf seine Wirksamkeit. Damit wird den Jugendlichen nämlich jede Fähigkeit zur Selbstbestimmung abgesprochen, sie werden reduziert auf willenlose Opfer verantwortungsloser Drogendealer, wenn sie Drogen konsumieren, die per definitionem nicht ge- sondern nur mißbraucht werden können.

Andererseits verhindert die Kriminalisierung auch im Bereich der Prävention einen sachlichen Umgang mit dem Thema Drogen. Anstatt die offene Reflexion von Probiererfahrungen zu ermöglichen und Aufrichtigkeit zu fördern, wird tabuisiert, anstatt Raum zu geben für die Artikulation von Hilfsbedürfnissen wird gedroht, wer einmal auffällig wurde, wird „abgestempelt“ und an spezialisierte Institutionen (wie Drogenberatungsstellen) verwiesen. Die überaus drastischen Strafverfolgungsmaßnahmen tun ein weiteres...

So werden aus Gründen der unreflektierten Übernahme des Abstinenzdogmas reihenweise Chancen vertan, die vielen einen für Gesellschaft und Individuum risikoar-

men Gebrauch von Drogen ermöglichen könnten. Anstattdessen wird der Präventionsansatz hauptsächlich auf das Individuum und seine Einstellung zu Drogen verengt.

Angesichts der Erkenntnisse zur Suchtentstehung und –erhaltung, angesichts aktueller wissenschaftlicher Ergebnisse (siehe Kap. 1 u. 2) kann die beschriebene Intention eigentlich nicht mehr ernsthaft vertreten werden. Moderne Prävention sollte in erster Linie auf einen selbstverantwortlichen, kontrollierten und genußorientierten Umgang mit Drogen abzielen. Gerade mit experimentierenden, ausprobierenden und genußvollen, aber auch mit negativen, unerwarteten oder unbeabsichtigten Erfahrungen wird die Fähigkeit zur Differenzierung bezüglich Geschmack, Wirkung und Gefahrenpotential der verschiedenen Drogen und Konsumformen erlangt. Diese differenzierende Genußfähigkeit ist laut NÖCKER abhängig von folgenden Kriterien:

- „Zeit haben/nehmen für die Entwicklung eines positiven Zustandes;
- Angstfreiheit als Voraussetzung für das Genießen;
- Erfahrungsbildung, um Vorgänge in sich und um sich herum besser und angemessen benennen zu können;
- Fokussierung und Konzentration auf den Drogenkonsum;
- Subjektivität des Genusses;
- Selbstbeschränkung als Vermeidung von Sättigung“

(NÖCKER 1990, 204 zit. n. BÖLLINGER/STÖVER/FIETZEK 1995, 53).

Ehrliche Suchtprävention schließt den verantwortlichen Umgang mit Drogen ein, fördert das Selbstwertgefühl der Zielgruppen, unterstützt und fördert Autonomie (Selbstverantwortung) und Kompetenz im Umgang mit Drogen und bietet Hilfsmöglichkeiten für suchtgefährdete Menschen an (wobei Suchtgefährdung nicht zwangsläufig mit Drogenkonsum einher geht!). Ohne Aufrichtigkeit werden Präventionsmaßnahmen auch weiterhin so wirkungslos verpuffen, wie die Aktion „Keine Macht den Drogen“...

4.5. Zusammenfassung und Ausblick

Das Drogenrecht setzt um, was durch die Drogenpolitik der Bundesregierung vorgegeben wird: Die Illusion von der ‚drogenfreien Gesellschaft‘. So wird aus der Betäubungsmittelgesetzgebung eines der repressivsten Elemente der neueren deutschen Rechtsprechung. Auf der anderen Seite werden KonsumentInnen unter der paternalistischen Prämisse vom ‚helfenden Zwang‘ kriminalisiert, verfolgt, verhaftet, zwangstherapiert und entmündigt. Dabei wird zusätzlich zur Verelendung von Tausenden von Menschen auch eine sukzessive Aushöhlung unseres Rechtsstaates in Kauf genommen. Die Einrichtungen der klassischen Suchthilfe haben die Idee vom Leidensdruck und das Abstinenzziel unter dem Schlagwort der ‚therapeutischen Kette‘ übernommen und halten größtenteils noch immer daran fest - trotz offensichtlicher Erfolglosigkeit. Mit dem Auftreten von AIDS haben sich seit Mitte der achtziger Jahre allerdings auch progressivere Ansätze etabliert – zusammengefaßt unter dem Begriff der „akzeptierenden Drogenarbeit“. Die modernen Hilfsangebote zeichnen sich in erster Linie dadurch aus, daß Betroffene sie auch dann in Anspruch nehmen können, wenn sie den Konsum illegalisierter Drogen (zur Zeit) nicht aufgeben wollen oder können. Diese Entwicklung ist längst noch nicht abgeschlossen, wird aber von den politischen und juristischen Rahmenbedingungen massiv behindert. Auch im Bereich der unumstritten für äußerst wichtig gehaltenen Prävention werden dem ausschließlichen Abstinenzziel wirksamere Ansätze geopfert, die auf einen verantwortungsbewußten und risikoarmen Umgang mit der gesellschaftlichen Realität von Drogen abzielen. Auch hier wird mit zweierlei Maß gemessen: Was im Falle der legalen Drogen noch zugestanden wird, nämlich ein selbstkontrollierter Umgang, wird in bezug auf die willkürlich illegalisierten Drogen schlichtweg für unmöglich gehalten – obwohl neuere Studien belegen, daß sogar ein kontrollierter, risikoarmer und nicht süchtig machender Gebrauch von harten Drogen wie Heroin oder Kokain durchaus nicht selten ist.

All diesen Erkenntnisse zum Trotz äußert sich Deutschlands oberster Drogenpolitiker, der Drogenbeauftragte der Bundesregierung EDUARD LINTNER (CSU) laut der Berliner „tageszeitung (taz)“ (vom 16. 06. 98, 3) dahingehend, daß es bspw. die Heroinabgabe an Schwerstabhängige, wie sie in der Schweiz mit durchschlagendem Erfolg praktiziert wird, mit ihm nicht geben werde. Die radikale Linie der Prohibition wird inzwischen sogar von der deutschen Industrie übernommen, die damit die Ausgrenzung von zumeist jugendlichen KonsumentInnen illegalisierter Drogen auf die Spitze treibt. So wird in vielen deutschen Großunternehmen von der Chemiebranche bis zur Metallindustrie wird inzwischen bei Einstellungstests ein Drogen-Screening durchgeführt, um denjenigen, die von Zeit zu Zeit mal einen Joint rauchen oder eine Ecstasy-Pille schlucken, die Chancen auf einen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz grundsätzlich zu verhaseln (die tageszeitung vom 03. Juni 1998).

Doch die „Betonköpfe“ haben nicht nur in der deutschen Drogenpolitik sondern auch international immer noch das Sagen. So will die UNO „die Welt bis zum Jahr 2008 von Rauchgift säubern“, wie sie Mitte Juni 98 auf ihrer dreitägigen Sondersitzung beschlossen hat (DER SPIEGEL 24/1998, 86). Demnach soll der einst von den USA ausgerufene „Krieg gegen Drogen“ mit unverminderter Härte weitergeführt werden. DER SPIEGEL spricht denn auch in der Überschrift des entsprechenden Artikels von „Illusionen von gestern“ (ebd.).

Dennoch, so läßt sich hoffen, befinden wir uns was die deutsche Drogenpolitik betrifft in einer Zeit des grundsätzlichen Paradigmenwechsels. Selbst konservative PolitikerInnen, Ärzte, Oberbürgermeister oder Polizeipräsidenten versprechen sich inzwischen nicht mehr viel von der radikalen Haltung der Bundesregierung. So begrüßt KARSTEN VILMAR, der Präsident der Bundesärztekammer (lt. eigener Aussage in der „taz“ vom 16. Jun. 98, Titelseite) eine Änderung des BtMG dahingehend, „...das Behandlungsspektrum (mit der Vergabe von Heroin an Schwerstsüchtige, Anm. d. Verf.) zu erweitern“ und auch der als eher konservativ bekannte Vorsitzende der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) und drogenpolitischer

Berater der Bundesregierung ROLF HÜLLINGHORST fordert: „Das Repertoire der Hilfsmöglichkeiten muß ergänzt werden durch die ärztlich kontrollierte Vergabe von Heroin und das Spritzen unter medizinischer Aufsicht“ (ebd.). Und der Bonner Polizeipräsident DIERK SCHNITZLER erklärt denn auch, woher der Meinungsumschwung kommt: „Selbst wenn wir viermal so viele Polizisten hätten, könnten wir das Drogenproblem nicht lösen, wir würden nur die Preise hochtreiben, und die Dealer würden noch höhere Gewinne machen“ (ebd. 3). Es bleibt zu hoffen, daß sich auch die Bundesregierung demnächst den Realitäten stellen wird und wenigstens Druckräume und die Heroinvergabe ermöglicht. Aber auch die Legalisierung von Cannabisprodukten, um eine Trennung der Märkte von sogenannten weichen und harten Drogen zu erreichen, dürfte angesichts der erdrückenden Beweislast neuester Untersuchungen zur vergleichsweisen Harmlosigkeit der Substanz wohl nicht mehr allzu lange auf sich warten lassen. (siehe hierzu insbesondere die zunächst von der UNO unterdrückten Ergebnisse einer breit angelegten WHO-Studie (!), die ergeben hatte, daß Cannabis im direkten Vergleich zu Alkohol und Nikotin wesentlich weniger gefährlich ist; letztlich doch durchgesickert und abgedruckt im englischen Wissenschaftsmagazin NEW SCIENTIST Nr. 2122 vom 21. Februar 98).

Doch dies alles können nur erste Teilziele sein. Aufgrund der Ausführungen in den ersten beiden Kapiteln der vorliegenden Arbeit, also der Omnipräsenz von Drogen, ihrer kulturellen Nutzbarkeit und ihrem Genußwert wegen, sowie wegen der Tatsache, daß es sich bei Sucht um ein Phänomen handelt, das nicht von der Beschaffenheit von Substanzen abhängig gemacht werden kann, muß an dieser Stelle für eine völlige **Freigabe aller psychoaktiven Substanzen** eingetreten werden, beschränkt lediglich noch durch Qualitätskontrollen, Werbeverbote und Kinder-, Jugend- und Konsumentenschutzbestimmungen. Und auch hierfür liegen schon genügend ausgearbeitete Konzepte vor (bspw. das von HENNING SCHMIDT-SEMISCH favorisierte „Genußmittelmodell“; nachzulesen in SCHMIDT-SEMISCH 1994). Um im Rahmen dieser Arbeit noch einen dahingehenden Denkanstoß zu leisten, sei nun einer Vision von SEBASTIAN SCHEERER (1995, 120-123) Raum gegeben:

„[...] Doch vielleicht kommt es auch ganz anders, und diejenigen, die heute von akzeptierender Drogenarbeit, von kontrolliertem Heroinkonsum und den Vorteilen von Cannabis gegenüber Alkohol sprechen, entpuppen sich als Vorboten einer Gesellschaft, die mit den ‚kulturfremden‘ Drogen ihren Frieden schließt – so wie man ja auch mit den einst fremden Drogen, dem Kaffee, dem Tee und sogar dem Tabak, nach zahllosen Bekämpfungsversuchen schließlich seinen Frieden geschlossen hat. Folge: Statt einer eng begrenzten Anzahl zugelassener Genußmittel gäbe es eine differenzierte Palette. Manch einer würde die Tabakzigarette für die Opiumpfeife eintauschen oder die Alkoholkneipe an der Ecke seltener, dafür die Koksbar häufiger frequentieren. Der Drogengebrauch würde differenziert und zugleich domestiziert, und das Süchtigwerden würde gerade durch den gekonnten Umgang mit den unterschiedlichsten Substanzen und Situationen vermieden. Die Gelegenheitskonsumenten illegaler Drogen haben die Palette der Genußmittel für sich persönlich bereits erweitert: Dem Bier zum Feierabend ziehen viele einen entspannenden Joint vor, jugendliche Discobesucher fühlen sich mit Ecstasy wesentlich besser, und so mancher Erwachsene in kreativen Berufen tendiert vielleicht dazu, des Krebsrisikos wegen das Rauchen aufzugeben – und statt dessen öfter mal eine Prise Kokain zu sich zu nehmen. Man muß also nicht Kulturpessimist sein, um Gründe und Perspektiven für einen differenzierten Drogengebrauch ausfindig zu machen – und man muß auch nicht unbedingt das Schlimmste für eine Zukunft befürchten, die auf diese oder ähnliche Weise den Drogenkonsum zur Normalität machte. Es ist kein Problem, auch für diese Perspektive ‚objektive Gründe‘ ausfindig zu machen. Schon der übliche Alltag wird nur noch mit chemischen Helfern bewältigt. Morgens macht ein Kaffee munter, tagsüber (‚Kaffeepause‘) bewahrt er die Produktivität, abends hilft ein Bier bei der Entspannung, wenn man (frau) nicht lieber zu einer Schlaftablette greift. Doch der Alltag wird immer komplizierter, die Rollenerwartungen vervielfältigen sich, und die Situationen, auf die man sich einstellen soll, ebenfalls. Alles wird komplizierter.

Als Ausgleich und notwendiges Gegenstück zum ‚neuen Alltag‘ blüht eine ‚neue Romantik‘ der Gefühle. Ihre Protagonisten sind keine verträumten Poeten, sondern im Berufsleben gut etablierte Freizeit- und Gelegenheitskonsumenten, die in der Regel sowohl über eine strenge Arbeitsethik und Selbstdisziplin als auch über ein starkes Freizeit- und Genußbewußtsein verfügen. Während ihr Berufs-Selbst extrem extrovertiert ist, ist ihre Romantik erstaunlich introvertiert. Denn die ‚unheimlichen Orte‘ der alten Romantik, die man erkunden und in denen man Grenzerfahrungen machen will, liegen nun im Individuum selbst: Man will sich erfahren, sich in Grenzsituationen erleben, sein Bewußtsein erweitern, neue Gefühlsqualitäten, Reflexzonen und Wachbewußtseinszustände entdecken, auch und gerade durch Endorphin-Manipulation: vom ‚Abenteuerurlaub‘ bis zum ‚Bungee-Springen‘, ‚Hang-Gliding‘ und ‚Sky-Diving‘. Im Kontext eines solchen kulturellen Milieus erscheinen unerlaubter und sogar riskanter Drogenkonsum als eine recht ‚normale‘ Freizeitaktivität oder jedenfalls als relativ verständliche Form normativ sanktionierter Suche nach dem Außergewöhnlichen.

Man kann, man muß das aber nicht alles über den kulturpessimistischen Leisten schlagen. So hat bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts der deutsche Soziologe Georg Simmel darauf hingewiesen, daß das Individuum, das sich selbst im Schnittpunkt vieler sozialer Kreise befinde, gerade in dieser Position einen Zugewinn an Autonomie realisieren könne. Der Vielfalt von sozialen Beziehungen entspreche eine Vielfalt von möglichen Rollen, Normen und Werten, deren gegenseitige Relativierung eine Befreiung aus den unbegriffenen Zwängen der einen traditionellen Ordnung bedeute. Allerdings sind auch die Handlungskompetenzen, die vom einzelnen erwartet werden, in der ‚Modulationsgesellschaft‘ (SCHMIDT-SEMISCH) multipliziert. Um adäquat agieren zu können, muß man/frau sich schnell auf neue Situationen einstellen, sich entspannen und wieder konzentrieren können. Um den Anforderungen eines so veränderten Alltags gerecht zu werden, kommen psychoaktive Substanzen wie gerufen. So wie man/frau sich in Benehmen und Kosmetik dem jeweiligen Anlaß anzupassen weiß, so wird man möglicherweise auch die richtige Droge in der richtigen Do-

sierung für jeden Anlaß auszuwählen wissen. Die jeweiligen Situationen würden intensiver und produktiver erlebt, die Übergänge würden leichter fallen. Der Drogenkonsum würde zunehmen, aber seine Domestizierung würde die Suchtfahren reduzieren.“

Soweit die begründeten Zukunftsvisionen eines Suchtexperten, denen ich außer der Hoffnung, sie mögen möglichst bald so oder doch zumindest so ähnlich eintreten, nichts mehr hinzuzufügen habe.

Schlußbemerkungen

So wie Galileo Galilei im Juni des Jahres 1633 vor das „Heilige Inquisitionsgericht“ gezerrt wurde, nur weil er festgestellt hatte, daß sich die Erde um sich selbst und um die Sonne bewegt, so geht es vielen, die gegen die gängigen Auffassungen ihrer Zeit verstoßen. Den ebenfalls ketzerischen Zeitgenossen Galileis, Johannes Kepler, strafte man indirekt, indem man seine Mutter wegen der Herstellung psychoaktiver Substanzen der Hexerei anklagte – womit wir wieder bei den Drogen wären! Ähnlich wie die Inquisition des Mittelalters verhalten sich die DrogenpolitikerInnen unserer Zeit (wenn auch nicht ganz so blutrünstig). Da werden wissenschaftliche Untersuchungen unterschlagen, weil sie nicht ins politische Konzept passen (z. B. die Cannabis-Studie der WHO), da werden Ergebnisse aus fortschrittlicheren Staaten als „Schwachsinn“ bezeichnet (Dr. Kirsch, CDU Mannheim, zu den Ergebnissen der Schweizer Heroinabgabeprojekte), da wird gelogen und verleumdet, diskriminiert und kriminalisiert, da läßt man niederbrennen, jagen und töten. Der „Krieg gegen Drogen“ ist vor allem ein Krieg gegen die Kleinen: Seien es die Coca-Bauern Boliviens, Marokkos Hanf-Farmer oder auch die asiatischen Mohn-Pflanzer, seien es auf der Abnehmerseite die Crack-Raucher in Washington, die Haschisch-Raucher in Freiburg, Mannheim und sonstwo auf der Welt oder aber die Junkies von Berlin, London, Wien, Dublin oder Rom. Die Beobachtung all dessen läßt die Vermutung aufkommen, es gehe gar nicht nur darum, daß Menschen bestimmte Substanzen verwenden, um sich in Rauschzustände zu versetzen. Doch worum geht es dann? Böse Zungen behaupten, die herrschenden Klassen seien bis zum Hals in die weltweiten Drogengeschäfte verstrickt und von daher überhaupt nicht daran interessiert, daß die Prohibition fällt, weil damit auch die Preise für die Drogen und natürlich die riesigen Gewinnsummen passé wären. Andere wiederum vertreten die Meinung, dahinter stecke die Pharma-Industrie, die mit Schmerzmitteln und Ersatzstoffen, mit Vorläufersubstanzen und allerlei synthetischen Stoffgemischen riesige Gewinne einfährt. Wieder andere machen auch das internationale Bankenwesen als treibende Kraft aus, weil die internationalen Drogen-Kartelle dort ihr Geld waschen, - mit entsprechenden Profiten für die Banker. Oder stecken Polizei, Militär und die Geheimdienste

stecken Polizei, Militär und die Geheimdienste dahinter, die einen großen Teil ihrer MitarbeiterInnen ausschließlich wegen des Drogenhandels beschäftigen. Abwegig? Jedenfalls gibt es offensichtlich handfeste Gründe, um gegen RohstoffproduzentInnen, HändlerInnen und VerbraucherInnen einen teuren und blutigen Krieg anzuzetteln – den „Krieg gegen Drogen“. Da ist es schon eigenartig, daß in die Forschung nach Ursachen und Entstehungsbedingungen von Sucht nur eine bescheiden anmutende Summe investiert wird. Betrachtet man sich einmal, was speziell in Deutschland jährlich für die Suchtforschung aufgewendet wird, - es sind dies seit Anfang der neunziger Jahre gerade einmal 3 Millionen DM (DHS 1997, 115 f.), im Vergleich zu mehreren Milliarden für Repression und Folgekosten – so erscheint die eine oder andere der oben gemachten Hypothesen denn doch nicht mehr ganz so abwegig. Daß repressive Drogenpolitik noch immer durch die meisten Bundesbürger legitimiert ist, liegt m. E. an einer gehörigen Portion Desinformation: Wie bekannt ist denn beispielsweise die Tatsache, daß es sich bei der Heroinsucht um ein Phänomen handelt, das bei 70 – 80 % der Betroffenen nach einigen Jahren wieder verschwindet? Oder daß kein geringer Teil der Heroinkonsumierenden gar nicht süchtig wird? Oder daß selbst jahrzehntelanger Heroinkonsum nicht zu irreversiblen Organschädigungen führt? Wie viele wissen eigentlich, daß Cannabiskonsum weniger Schäden verursacht als Alkohol- oder Zigarettenkonsum? Daß aber nahezu die Hälfte derer, die heute in unseren Knästen sitzen, wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz drin sind? Oder wer weiß schon, daß Sucht nicht allzuviel mit Drogen und noch weniger mit Rausch zu tun hat? Und daß der menschliche Organismus Drogen produziert, die den Opiaten zum Teil gleichen, wie ein Ei dem anderen? Auf diese und andere Fragen habe ich im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit versucht Antworten zu geben. Daß sich daraus wiederum ganz zwangsläufig Forderungen an Politik und Gesellschaft ergeben müssen, erscheint angesichts heutiger Zustände selbstverständlich. Man wird mir zustimmen müssen, wenn ich sage, daß die derzeitigen Umstände im Hinblick auf die Drogenpolitik auf Dauer nicht tragbar sind. Ich behaupte sogar, sie sind menschenunwürdig!

Dennoch scheint sich allmählich ein Silberstreif am drogenpolitischen Horizont abzuzeichnen: Die Forderungen nach einer Legalisierung von Cannabis, nach Druckräumen und Heroinabgabe, nach Entpönalisierung des Konsums illegaler Drogen sowie all das, was sich in der Suchthilfe in Bezug auf Akzeptanz in den letzten Jahren getan hat, machen Mut. Es wird hoffentlich nicht mehr allzu lange dauern bis die oben erwähnten Forderungen umgesetzt werden. Dabei konnte man im Hinblick auf die repressive Drogenpolitik der vergangenen Jahrzehnte eigentlich nur noch allgegenwärtigen Stillstand ausmachen. Halten wir es also mit Galilei, der da gesagt haben soll...

„...und sie bewegt sich doch!“

Peter Engert, im Juni 1998

Nachtrag: An Anregungen und Kritik zu dieser Arbeit, an Lob wie an Schelte und auch an aktuellen Informationen zum Thema „Drogen und Sucht“ bin ich weiterhin sehr interessiert! Wäre also prima, vom einen oder anderen 'ne Nachricht zu erhalten...an:

Peter Engert
Hexentalstraße 43
79249 Merzhausen b. Freiburg
E-Mail: peter.engert@metronet.de

ANHANG

Abbildungen:

Abb. 1 a) und b) - Seite 33/34: „Das neurochemische Mobile“
(nach TRETTER 1998, 184 f.)

Abb. 2 – Seite 35: „Der Mensch im Spannungsfeld verschiedener Stimuli“
(eigene Grafik 1998)

Abb. 3 – Seite 55: „Süchte in Deutschland“
(nach LOVISCACH 1996, 34)

Abb. 4 – Seite 61: „Trias der Suchtursachen“
(nach LADEWIG u. a. 1979, 18, sowie AREND 1994; entnommen aus LOVISCACH 1996, 39 und SCHEERER 1995, 47, erweitert, insgesamt überarbeitet und neu zusammengefügt durch den Verf.)

Abb. 5 – Seite 63: „Biographisch-situativen Vermittlung“
(nach LOVISCACH 1996, 41)

Abb. 6 a) und b) – Seite 66/67: „Die Persönlichkeitswaage“
(eigene Grafiken 1998)

Abb. 7 – Seite 79: „Stigmatisierung und Ausgrenzung“
(auszgs. nach LOVISCACH 1996, 55)

Abb. 8 – Seite 101: „Das abstinenzzentrierte Drogenhilfesystem“
(Stufenmodell nach LOVISCACH 1996, 175)

Abb. 9 – Seite 107: „Das klientenzentrierte Drogenhilfesystem“
(Vernetzungsmodell nach LOVISCACH 1996, 185)

Verwendete Abkürzungen:

Abb.	= Abbildung
Abs.	= Abschnitt oder Absatz
Anm.	= Anmerkung (des Verfassers)
Anm. d. Verf.	= Anmerkung des Verfassers
auszgsw.	= auszugsweise
BtM(G)	= Betäubungsmittel (-Gesetz)
BKA	= Bundeskriminalamt
bspw.	= beispielsweise
bzw.	= beziehungsweise
ca.	= circa
DHS	= Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren
ebd.	= eben da
etc.	= et cetera
EU	= Europäische Union
evtl.	= eventuell
f.	= folgende (Seite)
FDR	= Fachverband Drogen und Rauschmittel e. V. <i>im entsprechenden Zusammenhang jedoch auch</i> = <u>F</u> alldatei <u>R</u> auschgift <u>d</u> elikte (des Bundeskriminalamtes/der Polizei)
Hvh. d. d. Verf.	= Hervorhebung(en) durch den Verfasser
inkl.	= inklusive
insb.	= insbesondere
insges.	= insgesamt
i. Verb. m.	= in Verbindung mit
jew.	= jeweilige/-s/-n/-m/-r
Jh.	= Jahrhundert
Kap.	= Kapitel
m. E.	= meines Ermessens <i>oder</i> meines Erachtens
Mill./Mio.	= Millionen
n.	= nach
n. u. Z.	= nach unserer Zeitrechnung
Nr.	= Nummer(n)
prämorb.	= prämorbid
s. o.	= siehe oben
s. u.	= siehe unten
sog.	= sogenannte/-s/-n/-m
usf.	= und so fort
usw.	= und so weiter
u. a.	= unter anderem/n
UNO	= <u>U</u> nited <u>N</u> ations <u>O</u> rganization (deutsch: Vereinte Nationen)
USA	= Vereinigte Staaten von Amerika
u. U.	= unter Umständen
u. v. a. (m.)	= und viele(s) andere (mehr)
v. u. Z.	= vor unserer Zeitrechnung
vergl.	= vergleiche
Vol.-%	= Prozent des Volumens
WHO	= <u>W</u> orld <u>H</u> ealth <u>O</u> rganization (deutsch: Weltgesundheitsorganisation)
z. B.	= zum Beispiel
zit. n.	= zitiert nach
ZNS	= Zentrales Nervensystem

Sachwortverzeichnis:

”

„maturing out“ – Phänomen · 55

A

Abbrecherquote · 105, 107
Abendmahl · 31
Abfuhrmittel · 51, 52, 60
Abhängigkeit · 15, 16, 24, 43, 44, 47, 50, 53, 55, 64, 65, 66, 77, 90, 91, 105, 139, 140
Abhängigkeitspotential · 16, 23
Abschreckungspädagogik · 117
Absehen von Strafe · 88, 89
Abstinenzparadigma · 101
Abszeß · 60
Abszesse · 21
abweichendes Handeln · 79, 81
abweichendes Verhalten · 79
Acetylcholin · 34, 36
Ächtung · 39, 71, 82
achtziger Jahre · 22, 104, 113, 119
Achtzigern · 24
ACTH · 34
Adipositas · 52
Adoleszenz · 66
Adrenalin · 23
aggressiv · 11, 12, 23
AIDS · 21, 95, 102, 104, 109, 119
Akzeptanzparadigma · 3, 101, 102
akzeptierende Drogenarbeit · 102, 113, 119
Alkaloide · 16
Alkohol · 7, 8, 9, 11, 12, 15, 17, 20, 25, 34, 35, 36, 43, 50, 51, 53, 57, 76, 81, 97, 116, 121, 122, 125
alkoholabhängig · 50
Alkoholembyopathie · 9
Alkoholhalluzinose · 10
Alkoholindustrie · 25
Alkoholismus · 23
Alkoholkonsum · 44, 50
Alkoholproblematik · 9
Alkoholprohibition · 9, 97
Alkoholrausch · 8
Alkoholverbot · 17
Alltagsbewältigung · 102, 117
alte Opiumstaaten · 18
alternative Formen der Suchthilfe · 109
alternative gesellschaftliche Kontrollformen · 98
amotivationale Syndrom (AMS) · 12
Amphetamine · 7, 23, 43
Analgetika · 17, 51

analgetisch · 19
Anforderungen · 44, 66, 68, 123
Angsterkrankungen · 53
Anorexia nervosa · 52
Anorexie · 52
Anspannung · 28
antidepressiv · 20
Appetithemmer · 24
Appetitlosigkeit · 24
Appetitverlust · 15, 24
Arbeiter · 9
Arbeitssucht · 50
Arbeitswelt · 28, 73, 84
Arzneimittel · 17, 25, 50, 51
Arzneimittelmißbrauch · 51
Arzneimittelrecht · 97
Assassinen · 10
Atemdepression · 20
Atemstillstand · 14
Atemwege · 16
Atemwegserkrankungen · 56
Aufhören · 56, 80
Aufnahmeterminal · 106
Aufputschen · 7
Ausfallquote · 106
Ausgrenzung · 3, 19, 61, 80, 81, 83, 120, 127

B

Balance · 34, 68, 77, 84
Barbiturat · 51
Barbiturate · 43
Bedürfnisbefriedigung · 76
Befriedigung · 37, 38, 76
Begleiterscheinungen · 18, 40, 48
Begriffswandel · 43
Behandlung der Morphin- und Alkoholsucht · 13
Belohnungssystem · 1, 20, 33, 34, 36, 37, 40, 61
Belohnungssystems · 61
Benzedrin · 23
Benzodiazepin · 51, 105
Beratung · 103, 113
Berauschtsein · 40, 41
Beschaffungskriminalität · 83
Besessensein · 82
Besteuerung · 9, 99
Beta-Endorphin · 33, 34
Betäubungsmittel · 14, 84, 86, 89, 98, 128
bewußtseinserweiternd · 28
Bewußtseinserweiterung · 5, 28
Bewußtseinsklarheit · 27
Bewußtseinszustand · 8, 29
Beziehungssucht · 50

Bier · 8, 28, 50, 122
Biographie · 66
BKA · 21, 51, 54, 87, 93, 128
Blutdrucks · 14
Body-BUILDER · 61
Bohème · 14
Börse · 53
Branntwein · 9
Brokern · 53
BtMG · 86, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 111, 114, 120
Bulimia nervosa · 52
Bulimie · 52, 139
Bungee-Springer · 61
Bürgertum · 7, 8

C

Cannabis · 10, 11, 12, 19, 25, 28, 30, 31, 32, 43, 57, 88, 91, 93, 97, 121, 122, 124, 126
Cannabisdroge · 10
CannabiskonsumentInnen · 12, 93, 97
Cannabisrausch · 11
Captagon · 23
Cholecystokinin · 33
Cocapflanze · 42
Coca-Pflanze · 12
Cola · 8
Computersysteme · 75
Crack · 13, 124

D

Dauergebrauch · 15, 24
Dauerkonsum · 11
Dealer · 76, 87, 121
Dealerbanden · 9, 94
Definitionssache · 39
Defizite · 68
Dehydration · 23
Delinquenz · 60
Delirium tremens · 9
Delta-9-Tetrahydrocannabinol · 10
Demotivierung · 105
Den Haag · 10, 18
Depressionen · 23, 24, 53
Desorientierung · 9
Destillation · 8
Deutschland · 12, 14, 18, 21, 50, 51, 52, 53, 54, 96, 101, 103, 112, 113, 125, 127, 138, 139, 141
Diacetylmorphin · 16, 42
Diäten · 52
Dienstleistungssektor · 73
disthymen Störungen · 53

diversifizierte Angebote · 110
Dogma · 1, 103, 108, 115
Dogma der Abstinenz · 103
Dopamin · 33, 34
Dopingmittel · 24
Doppelmoral · 86, 116
doppelmoralisch · 117
Doppelstigmatisierung · 109
Dosissteigerung · 43
dreißiger Jahre · 14
DROGEN · 5, 25
Drogen in Tablettenform · 21
Drogenberatungsstellen · 104, 111, 115, 117
Drogenbereich · 97
Drogeneinfluß · 29, 48
Drogenelend · 78
Drogenerfahrungen · 30
Drogenfrage · 18
drogenfreie Gesellschaft · 101, 109
drogenfreies Leben · 101
Drogenfreiheit als Therapiemaxime · 106
Drogenhandel · 5, 21
Drogenkonsum · 4, 29, 31, 38, 47, 48, 49, 53, 56, 60, 62, 66, 70, 79, 82, 91, 94, 100, 101, 102, 111, 112, 118, 122, 123
DrogenkonsumentInnen · 29, 94, 97, 99, 109, 111
Drogenkultur · 5, 99, 140
Drogenkulturgeschichte · 32
Drogennutzen · 1, 25
Drogenopfern · 20, 110
Drogenpolitik · 2, 96, 99, 108, 114, 116, 119, 120, 125, 126, 138, 140
Drogenpolitikproblem · 71
Drogenprävention · 116
Drogenproblem · 71, 121
Drogenprohibition · 18, 98
Drogenstrafgesetz · 18
Drogensyndikate · 94
Drogenszene · 2, 18, 80, 82, 94, 103, 105, 108
Drogentypologie · 43
Drogenverbot · 106
Durstgefühl · 12

E

Ecstasy · 21, 23, 32, 54, 88, 120, 122, 141
Eifersucht · 10, 50
Eignung · 93
Eindrücke · 28, 29
EKHD · 54
Ekstase · 5, 31
emotionell befriedigende Erfahrungen · 38
Endokarditis · 21
Endorphine · 20, 31, 34, 36, 46
Enkephaline · 33

Entdramatisierung · 110
Entgiftung · 69, 103, 104
Entkriminalisierung · 96
entpolitisiert · 19
Entpönlisierung · 96, 126
Entsolidarisierung · 67
Entspannung · 3, 5, 28, 32, 122
Entspannungsphase · 28
Entwöhnungsphase · 103
Entzugserscheinungen · 15, 55, 80, 104
Entzugsphase · 103
Entzugsstationen · 105, 113
Epidemiologie · 49
Epilepsie · 23
Erfolgsenerlebnis · 68
Erfolgsenerlebnisse · 68
Erfolgsquote · 92
Erforderlichkeit · 93
Erholung · 28
Erkenntnisgewinn · 28
Erklärungstheorien · 62
Erlebniswelt des Rausches · 28
Erschaffung der Götter · 31
Erscheinungsformen · 2, 49
Erschöpfungszustände · 15
Eßprobleme · 52, 60
Eßstörungen · 51, 52, 53, 57
Establishment · 19
Euphorie · 5, 19
Eve&Rave · 22

F

Fallstatistiken · 54
Familiensystem · 48
Fernsehen · 38, 73, 84
Fernsehsucht · 50
Fettsucht · 52
Flash · 19
Flashback · 12
Flimmerepithel · 16
Folgekrankheiten · 21, 80
Förderung der Phantasie · 29
free-base · 12, 14
Freigabe aller Drogen · 95, 96, 100
Freigabe von Drogen · 96
Freiheitsrechte der BürgerInnen · 93
Freizeitsektor · 73
Freßanfälle · 60
FREUD · 13
full-body-orgasm · 20
Fünziger · 24

G

ganzheitlich-systemischen Sicht · 48
Gedankengefängnisse · 82
Gefährdungsgrenze · 50
Gefängnisarrest · 80
Gefängnisse · 49, 80
gefixt · 23
Gefühlsbedürfnisse · 37
Gefühlserfahrungen · 36
Gefühlsintensitäten · 29
Gefühlsleben · 33
Gehirnforscher · 36
Gehirnforschung · 33
Gelage · 8
Gen-Datei · 83
Genforschung · 46
Genuß · 3, 28, 39, 59, 64, 71, 139
Genußfähigkeit · 118
Genußmittel · 25, 122, 140
Genußmittelmodell · 121
Genußverhalten · 59
geraucht · 10, 12, 13, 14, 23
geringe Mengen · 87, 88
Germanen · 8
Gesellschaftssystem · 72
Gesetzeslage · 86
Gesetzgeber · 86, 101
gestörte Körperwahrnehmung · 52
Gewalt · 67, 78, 114
Gewaltdelikte · 50
Gewinnspanne · 19
Gewissenskonflikte · 41
Gewohnheitsverhalten · 58
Gewöhnung · 64
Glaubensrichtungen · 31
Gleichgewicht · 35, 36, 40, 64, 66, 68, 71
Gleichgewichtszustand · 61, 69
Gleichheitsgrundsatz · 83
Glückseligkeit · 27
Glücksfaktoren · 39
Glücksquelle · 38
Glücksquellen · 38
Glücksspiel-Sucht · 53
Glücksverlangen · 38
Gras · 10
Grenzerfahrungen · 27, 40, 123
Grenznutzen · 38
Großhirn · 33
Großhirnrinde · 33
Grundbedürfnis · 27, 41
grundgesetzlich geschützte Intimsphäre der BürgerInnen · 86

H

Halluzinationen · 9, 15, 22
Halluzinogene · 30, 43, 57
Handlungsbedarf · 71
Hanf · 10, 11
Hanfpflanze · **10, 11**
Hanfpflanzen · 11
hangover · 45
harm reduction · 100, 104, 110
Harmlosigkeit · 11, 12, 121
Harrison-Act · 18
Haschisch · **10, 124**
Hauptalkaloid · 13
Hautinfektionen · 21
Heilerfolge mit Can-nabis · 32
Heilmittel · 13, 17, 47
Heilmittelfunktion · 32
Heilungseffekte · 32
Heilwirkungen · 32
Heisshungerattacken · 12
Hepatitis · 21, 44, 55, 111, 113
Heroin · **16**, 18, 19, 20, 25, 42, 54, 56, 59, 76, 88, 94, 96, 105, 119, 120
Heroinabgabe an Schwerstabhängige · 120
HeroingebräucherInnen · 19, 111
Heroinkonsum · 20, 54, 122, 125
HeroinkonsumentInnen · 54, 70
Heroinsucht · 4, 54, 125
Heroinszene · 14, 18
Herointote · 55
Heroinüberdosis · 54
Herrschaftsapparat · 82
Herzstillstand · 14
Hetzkampagne gegen Cannabis · 11
Hilfsangebote · 58, 110
Hilfsangebote für Süchtige · 62
Hippie-Bewegung · 22
Hippies · 18
Hitzschlag · 23
HIV · 55, 111, 113
Homöostase · 34, 66
HumanbiologInnen · 46
Hygienebedingungen · 21
Hypothalamus · **33**

I

Ignoranz · 27, 32
illegale Beschaffungsaktivitäten · 94
Illegalisierung · 11, 20, 21
Immunisierung · 116
Implikationsform · 14
Impotenz · 6, 9, 15
Indikation · 44, 47

Indios · 13
Individualisierungstrend · 77
Industrialisierung · 9, 72
Infektionen · 20
Inhalation · 15
inhaliert · 23
inhumane staatliche Verelendungspolitik · 82
Initialzwang · 90
Injektion · 21
Injektionsspritze · 42
Interaktionstheorie · 79
interaktiv · 76
internationale Verträge · 95
Internet · 53, 75, 84, 142
Intervention · 77, 81, 101
Intoxikation · 43, 45
intravenös · 13, 14, 95, 111
irreversiblen Schädigungen · 20

J

JES · 113
Joint · 10, 28, 120, 122
Jugendalter · 66, 68
Jugendbewegung · 18
Jugendliche · 11, 19, 80, 117
Jugendschutzgesetz · 97
Junkie · 55, 60
Junkies · 2, 78, 82, 113, 124
juristische Rahmenbedingungen · 83, 119
Justizvollzugsanstalten · 98

K

Kaffee · **6, 7, 28, 39, 122**
Kapitalismus · 43
Kapseln · 23
Kater · 45
Kaufsucht · 77
Kautabak · 15
Khat · 43
Kick · 19
klassischer Kulturkonflikt · 18
Kleindealerei · 94
Kleingärtner · 61
Kleinkriminalität · 21
Knäste · 70
Knastkontakte · 104
Koffein · **6**
Koffeindroge · 7
Kognitive Theorien · 48
Kohlenmonoxide · 16
Kokain · **12**, 13, 14, 23, 25, 30, 32, 34, 42, 43, 54, 57, 59, 88, 119, 122

Kokainabhängigkeit · 13
Kokaindosis · 14
kokainhaltige Produkte · 13
Kokainhydrochlorid · 12, 88
Kokainismus · 13
Kokainkonsum · 13, 14
Kokainpsychosen · 15
KOLLER · 13
kommerzielle Nutzung · 13
Komm-Strukturen · 104
Kompetenz · 99, 118
Kompulsivität · 58
Kondensat · 16, 55
Konsum · 3, 12, 20, 21, 25, 27, 31, 33, 38, 43, 48, 55, 59,
60, 61, 64, 65, 72, 73, 75, 76, 82, 84, 91, 97, 100, 101,
105, 110, 112, 113, 119, 126
Konsumbereite · 76
Konsumentendelikte · 87
KonsumentInnen · 5, 14, 15, 19, 20, 22, 28, 55, 78, 82,
83, 87, 90, 93, 94, 99, 112, 113, 116, 119, 120
Konsumieren · 72, 73
Konsummuster · 44, 55, 80, 83, 94
Konsumrausch · 76
Kontaktläden · 110, 111, 112
Kontaktphase · 103
Kontrolle · 77, 80, 82, 84, 90, 98
kontrollierte Vergabe · 100
kontrollierter Konsum · 54
kontrolliertes Gebrauchsmuster · 99
Kontrollintensität · 91
Kontrollverlust · 58
Konzentrationen · 20
Konzentrationsfähigkeit · 7
Koordinationsstörungen · 14
körpereigene Drogen · 61
Körpergefühl · 52
körperliche Abhängigkeit · 15
Kostensenkungen · 98
Kostenübernahme · 104
Kräfte · 49, 66, 68
Krankheit · 9, 42, 46, 52, 70, 96, 102
Krankheitsanfälligkeit · 16
Krankheitsklassifikation · 44
Kreativität · 29
Krieg gegen Drogen · 120, 124
Kriminalisierung · 11, 21, 39, 49, 59, 94, 95, 117
Kriminalität · 60, 87, 98
Kronzeugen · 83
Krücke der Persönlichkeit · 69
kultisch · 10
Kultur · 5, 14, 49, 66, 102
kulturfremde Droge · 10
Kulturgeschichte des Drogengebrauchs · 5
kulturkonform · 76
Künste · 40
Kunstwerke · 29

Kurzzeitgedächtnis · 9

L

Laster · 42
Laudanum · 17
Laudanum-Saft · 17
Lauschangriff · 83
Laxantien · 51
Lebensphase · 66
Lebensstil · 47, 102, 110
Legalisierung · 7, 96, 121, 126
Legalisierungsdebatte · 11
Legalisierungsdiskussion · 11
Lehrstellenmangel · 67
Leid · 21, 59, 114
Leidenschaft · 42
Leidensdruck · 84, 101, 103, 104, 108, 119
Leidensdruck-Theorie · 101
Leistungsabfall · 16
Leistungsanforderung · 28
Leistungsdruck · 67
Leistungsgesellschaft · 23
Leistungssport · 36
Limbisches System · 11, 33
Lockerung · 28, 106
Lokalanaesthetikum · 13
LSD · 19, 22, 28, 32, 54, 88
LSD-Konsumenten · 19
Lungenentzündungen · 21
Lust- oder Unlustgefühle · 33
Lysergsäurediethylamid · 22

M

Machtpositionen · 82
Magersucht · 52
Magic Mushrooms · 28, 32
Makrosysteme · 78
Mangel an Selbstbestimmtheit · 58
Marihuana · 10, 139
Massenarbeitslosigkeit · 67, 73
Massendroge · 15
Mäßigkeitsbewegungen · 9, 11
MBDB · 22
MDA · 22
MDEA · 22
MDMA · 21, 88
Medikamente · 25, 32, 50, 51
Medizin · 10, 14, 139
Medizinalisierung der Suchthilfe · 47
medizinische Wissenschaftsgebieten · 46
Mengenbestimmungen · 87
Menschheitsgeschichte · 29, 70, 77

Mescaline · 28, 32
Messwein · 31
Methadon · 17, 54, 91, 105, 113, 138
Methamphetamine · 23
Methylbenzodioxol-butanamine · 22
Methylendioxyamphetamin · **21**
Methylendioxy-N-Ethylamphetamin · 22
Mißbrauch · 9, 27, **44**, 45, 52, 90, 91, 101
Mißbrauchspotential · 51
Mißerfolgserlebnisse · 68
Mittelalter · 17, 124
Mittelverknappung · 70
Mitverantwortung · 85
Modedroge · 14
Moral · 82, 117
Morphin · 13, 16, 31, 42, 43
Morphium · **16**
Mortalität · 49, 51
Motivation · 70, 75, 92, 108
Mysterienkulturen · 17

N

Nachsorge · 103, 107
Nachsorgephase · 103
Nachtschattengewächse · 15
Nasenspray · 13
Nasentropfen · 51
Nebenstrafrecht · 86
Nebenwirkungen · 9, 11, 14, 32, 39, 51
Nervengift · 16
neue Informationstechnologien · 75, 84
Neunzigern · 24
NeurobiologInnen · 46
neurobiologische Aspekte · **25**
neurobiologische Zusammenhänge · **33**
Neurosen · 47
Neurotransmitter · 11, **34**, 61
Neurotransmittergleichgewicht · **37**
Neurotransmitterhaushalt · 61
Neurotransmitterstoffe · 34
Neurotransmittersubstanzen · **36**
nicht geringe Menge · 86, 87, 88
niedrigschwellige Angebote · 100
Nikotin · 12, **15**, 16, 25, 34, 43, 55, 121
NikotinistInnen · 55
Nikotinkonsum · 20
Nikotinsucht · 55
Noradrenalin · **36**
Normalisierung · 97, 110
Normalzustand · 35, 36
Normen · 3, 48, 71, 72, 79, 123
Normverletzung · 79
Notschlafstellen · 110, 112, 113
Nüchternheit · 27, 40

O

objektivierbar · 61
Obstipation · 20
opferloses Delikt · 94
Opiatabhängigkeit · 54
Opiate · 16, 17, 19, 20, 30, 100, 102, 113, 125
Opiatkonsum · 19, 20, 43
Opiatsucht · 20, 54
opiatsüchtig · 54
Opiatvorläuferprodukte · **34**
Opioide · 17
Opium · **16**, 17, 18, 32, 42
Opiumgesetz · 24
Opiumgesetzgebung · 14
Opiumkriege · 17
Opiumpfeife · 18, 122
ordnungspolitische Kräfte · 100
organisierte Kriminalität · 9, 82
Orientierungslosigkeit · 67
örtliches Betäubungsmittel · 13

P

Paracelsus · 17, 30
Paradigmenwechsel · 114
Paranoia · 9
Partnerschaft · 63, 66
Partydroge · 24
Party-Drogen · **21**
pathologisches Glücksspiel · 53
Peer-group-Einfluß · 48
Persönlichkeitsmerkmale · 47
Persönlichkeitswaage · 67, 68, 69, 127
Pervitin · 23
Pfeifentabak · 15
pharmakozentrisch · 45
pharmakozentrische Sichtweise · 61
Philosophien · 31
Pillen · 22
Pilze · 28, 32
Polamidon · 17
polizeiliche Willkür · 83
Portwein · 17
prädisponierenden Faktor · 20
Prädisposition · 23
Prävalenz · 49, 52, 53, 56, 95
Prävention · 1, 3, 62, 98, 101, 115, 117, 118, 119, 140
Preisgestaltung · 99
Primärprävention · 115
prinzipielle Schädlichkeit · 45
Probiererfahrungen · 117
Probiervverhalten · 97
Professionalisierung des Handels · 19
professionelle Hilfe · 47, 58, 70

Prohibition · 9, 19, 20, 60, 98, 99, 100, 101, 120, 124
Prohibitionspolitik · 32, 85
Promiskuität · 60
Prostitution · 21, 94
Protestbewegung · 19
psychedelisch · 28
psychedelische Drogen · 28
psychische Störungen · 53
psychoaktiven · 25, 91, 121
Psychoanalytische Ansätze · 47
psychologische Ansätze · 47
Psychopharmaka · 23
Psychosen · 47
Psychostimulantien · 51
Psychotherapeutenszene · 22
psychotrope Wirkung · 42

Q

Qualität · 22, 74
Qualitätskontrollen · 94, 121

R

Radio und Printmedien · 74
Randgruppe · 78, 81, 82
Rastafari · 10
Rationalismus · 7, 8
Raucherbeine · 16
Rauchhäuser · 18
Raum- und Zeitgefühl · 12
Raumerfahrung · 27
Rausch · 27, 29, 31, 37, 39, 40, 41, 61, 66, 71, 72, 77, 125, 142
Rauschgiftdelikte · 90, 128
Rauschgiftjahresbericht · 51, 54, 138
Rauschgifttote · 51
Rauschmittel · 17, 25, 128
Rauschzustand · 25, 33, 36, 41, 72
Rauschzustände · 1, 5, 15, 25, 27, 31, 124
Rave- und Technoszene · 22
realistische Utopie · 96
realitätsfremd · 108
Rechtsprechung · 62, 87, 92, 119
Rechtsstaat · 83, 93, 95
Rechtsstaatlichkeit · 85, 93
Rechtsstatus der Droge · 116
recreational drug use · 45
Reefer madness · 11
Regelbrecher · 80
Regelverletzung · 79, 81
Rehabilitation · 92, 107
Reifungsprozeß · 106
Reinheitsgrad · 20, 22

Reisen · 28, 75
Reiz · 34, 38, 61, 80
Reizeinwirkung · 35
Reizfiltersystem · 29
Religionen · 17, 31, 40
Religionsgemeinschaft · 8
Religiosität · 31
Repressionspolitik · 83
responsible drug use · 45
Ressourcen · 63, 66, 68, 73, 83, 94, 98
Rezeptoren · 20, 34
risikoarmer Gebrauch von Drogen · 117
Risikominderung · 110
Rituale · 17, 95, 106
rituelle Ordnung · 48, 72
Rock'n'Roll · 24
Rohopium · 16, 18
Rückfälle · 80
Rückfallprophylaxe · 105, 115

S

Sanktionierung · 39, 77
Sanktionsgewalt · 41
Sanktionsmacht · 80
Sauerstoffmangel · 16
schädlicher Gebrauch · 44, 64
Schlaflosigkeit · 15, 24
Schlafmittel · 51
Schlafmohn · 16
Schlankkeitsideal · 53
Schmerzmittel · 51
Schmuggler · 9, 87
Schnupfen · 13, 14, 51
Schutz der menschlichen Gesundheit · 90
Schwarzbrennereien · 9
Schwarzmarkt · 14, 19, 20, 22, 60, 98
Schwerstabhängige · 55
Sechziger · 24
sechziger Jahre · 11, 22
seelische Abhängigkeit · 20
Sekundärprävention · 115
Selbst- und Arterhaltung · 37
Selbstbestimmung · 117
Selbstbestimmungsrechte · 47, 61, 83
Selbsterkenntnis · 27
Selbsteilungsprozesse · 69
Selbsthilfeorganisationen · 113
selbstinduzierte Kotzanfälle · 60
Selbstinjektion · 44
Selbstisolierung · 94
Selbstmedikation · 20, 50
Selbstorganisation · 99
Selbstregulationsmechanismen · 98, 99
Selbstwertgefühl · 52, 97, 118

- Serotonin* · 23, 36
set · 64, 66
setting · 64, 66
Sex · 36, 38
Sexsucht · 50
Sexualität · 66, 86
Siebziger · 24
siebziger Jahren · 14, 22, 50, 99, 104
Siebzigern · 24
Single Convention Treaty · 95
Single Conventions Treaty · 11
Sinneseindrücke · 33
Sinneseindrücke · 12
Software · 75
Sozialanamnese · 104
soziale Enklaven · 82
soziale Kontrolle · 77, 80, 81, 84
soziale Reaktion · 79, 81
soziale Regeln · 79, 80
soziale Verelendung · 60, 113
Sozialisation · 38, 41, 48
soziokulturellen Forschungen · 48
Soziologische, soziodemographische und soziokulturelle Forschungsansätze · 48
SpaceCakes · 10
Speed · 23, 24
Spielbanken · 60
Spiritualität · 31
Sportwelt · 74
Spritzbesteck · 60, 111
Spritze · 55
Spritzentausch · 104, 111
Spritzentauschprogramme · 110
starker Tobak · 10
stationäre Langzeittherapie · 105
Steigerung des Konsums · 73
Steuereinnahmen · 7, 16
Stigmatisierung · 3, 19, 58, 61, 62, 80, 81, 83, 127
Stigmatisierungsprozeß · 81
Stigmatisierungstendenz · 84
Stimmungsaufheller · 23
Stimulans · 13
Stimulus · 31, 34, 35, 61
Stoffwechselgleichgewicht · 61
Stoffwechselveränderungen · 11
Strafandrohung · 18, 90
Strafdrohungen · 86
Strafgesetzbuch · 86
Strafmaße · 86
Strafrecht · 90, 97
Straftäter · 83, 90, 92
Strafverfolgung · 83, 87, 108, 139
Strafverfolgungsbehörden · 83, 85
Strafverfolgungsdruck · 82, 94, 108
Strafverfolgungsmaßnahmen · 117
Strafvorschriften · 90
Straßenheroin · 94
Streckmittel · 20
Streetwork · 104, 113
Streßbewältigung · 49
Streßforschung · 28
Streß-Symptome · 28
Studentenbewegung · 18
subjektives Empfinden · 59
Subkultur · 14, 80
Subkulturen · 82
Substanzgebrauch · 37
Substitution · 101, 113
Sucht · 1, 2, 3, 27, 36, 38, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 55, 58, 59, 60, 61, 62, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 77, 78, 80, 84, 96, 98, 101, 102, 108, 115, 121, 125, 126, 138, 139, 140, 141, 142
Sucht als Krankheit · 46
Suchtbegriff · 1, 42, 46, 58, 70
Suchtberatung und Suchtbegleitung · 101
Suchtbereich · 98
Suchtdauer · 54
Suchtentstehung · 46, 62, 77, 96, 118
SuchtexpertInnen · 71
Suchtformen · 1, 49, 50, 54, 56, 58, 60
Suchtgenese · 62, 70, 71
Suchthilfebereich · 98
Suchthilfeinstitutionen · 69, 111
süchtiges Verhalten · 58, 59, 61, 77, 80
Suchtmittel · 38, 64, 77, 82, 97
Suchtmittelmißbrauch · 105
Suchtpersönlichkeit · 47, 139
Suchtphase · 99
Suchtpotential · 9, 23, 51
Suchtproblematik · 83, 85
Suchtstoffabkommen · 43
Suchtstoffe · 43
Suchtstrukturen · 60, 70
Suchttheorie · 46
Suchttote · 49
Suchtunterhaltung · 51
Suchtverhalten · 58, 72
Suchtverlauf · 55
System · 33, 34, 35, 61, 66, 106
Systeme · 34
Szene · 19, 20, 21, 24, 76, 104, 111, 112, 113
-
- T**
- Tabak* · 10, 12, 15, 122
Tabakdroge · 55
Tabakrauch · 15
Tanzdroge · 22, 24
TBC · 21
Techno-Szene · 22
Tee · 8, 10, 122

Teer · 16, 55

Tertiärprävention · 115

Teufelskreis · 41, 48

THC · 10, 88

Therapeutische Gemeinschaft · 106

therapeutische Kette · 103, 104, 108, 119

Therapie · 9, 55, 65, 69, 92, 98, 101, 103, 104, 106, 114, 140

Therapie statt Strafe · 92, 107, 114

Therapieabbrüche · 106

Therapiebereitschaft · 90, 93

Therapieerfolg · 92

therapiekonträrer Faktor · 92

Therapievorbereitung · 105

Todesfälle · 12, 56

Toleranzbildung · 24

totale Abstinenz · 116

totale Institutionen · **80**

Totalverbot · 9

Trance · 5, 15, 31

Trancezustände · 15

Tranquilizer · 51

Transmitterstoff · 23, 33

Trias der Suchtursachen · 62, 63, 127

Trinkorgien · 8

trip · 28

Trunksucht · 42

Ü

Überbetonung · 38, 76, 84

Überdosierungen · 15, 16, 20, 22, 112

Überdosis · 10

Überdosierung · 14, 24, 54

Überhitzung · 23

Überlebenshilfe · 2, 100, 104, 113

Überlebensstrategie · 67

Umgang mit Betäubungsmitteln · 90

Umgang mit Drogen · 65, 66, 86, 87, 118

Ungleichgewicht · 34, 35, 47, 61

UNO · 45, 120, 121, 128

unverhältnismäßig · 86

Ur-Ängste · 82, 85

USA · 9, 11, 22, 44, 45, 80, 97, 120, 128, 139

User · 76, 113

V

Verbotspolitik · 99, 101

verdeckte Ermittler · 83

Verelendung · **2, 79, 83, 119**

Verfolgung · 11, 19, 21, 59, 62, 82, 83, 89, 98

Verfolgungsgeschichte · 10

Verhaltensmuster · 77, 79

Verhaltensstrategie · 96

Verhaltensweisen · 38, 53, 58, 64, 66, 80, 82, 91, 114

Verhältnismäßigkeit · 83, 93

Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne · 93

Verletzung sozialer Regeln · 79

Verliebtsein · 27

Verschuldung · 53, 57

Versüchtelung · 78

Vertrauensbeziehung · 92

Volksgesundheit · 18, 82

vormoderne Kulturen · 48

Vorstrafen · 80

W

Wahnvorstellungen · 10

Wahrheitsdroge · 21

Wahrnehmung · 28, 47, 66

weiche Szene · 19

Weihrauch · 31

Wein · 7, 8, 13, 31, 42, 50, 59

Wein des Islam · 7

Weltgesundheitsorganisation · 11, 128

Weltreligionen · 31

Werbeverbote · 99, 121

Werbung · 74, 76, 84

Wertewandel · 67

Wertkonzept · 110

Wertneutralität · 42

Wertvorstellungen · 14, 48, 72

WHO · 12, 22, 25, 43, 44, 121, 124, 128, 141

Willenlosigkeit · 110

Wirtschaftssystem · 77

Wirtschaftswachstum · 73

Y

Yuppie-Szene · 14

Z

Zechgelage · 8

Zeiterfahrung · 27

Zentralnervensystem · 7

Zigaretten · 13, 15, 55, 102

Zigarettenkonsum · 55, 125

Zigarettenrauch · 16, 55

ZNS · **33, 128**

Zukunftsvisionen · 123

Zwang · 92, 103, 114, 119

Zwanghaftigkeit · 58

zwanziger Jahre · 14

zweifelhafte Sicherheits- und Polizeigesetze · 95

LITERATUR:

I. Bücher, Texte, Studien:

-  Abfal, Reinhold / Rothenbacher, Hermann: **Diagnose der Suchterkrankung - Ein Leitfaden für die Praxis**, Hamburg: Neuland-Verlag 1987
-  Amendt, Günter: **Die Droge - Der Staat - Der Tod - Auf dem Weg in die Drogenengesellschaft**, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag 1992
-  Baudis, Rainer: **Psychotherapie von Sucht und Drogenabhängigkeit – oder Der Goldene Vogel**, Rudersberg: Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht 1994
-  Behr, Hans-Georg: **Von Hanf ist die Rede**, Basel: Sphinx - Verlag 1982
-  Behr, Hans-Georg: **Von Hanf ist die Rede**, Frankfurt: Zweitausendeins 1995
-  Böllinger, Lorenz / Stöver, Heino / Fietzek, Lothar: **Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik - Ein Leitfaden für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen**, Frankfurt : Fachhochschulverlag 1995
-  Bossong, Horst / Götz, Jörg / Stöver, Heino (Hg.): **Leitfaden Drogentherapie**, Frankfurt, New York: Campus 1997
-  Bundesamt für Gesundheit (Hg.): **Daten und Fakten zur Drogenpolitik des Bundes – Dokumentation**, Bern, Schweiz: Eigenverlag 1997
-  Bundesamt für Gesundheit (Hg.): **Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln - Gesamtversuchsplan und Ausführungsbestimmungen**, Bern, Schweiz: Eigenverlag 1995
-  Bundeskriminalamt (Hg.): **Rauschgiftjahresbericht 1995 der Bundesrepublik Deutschland** - Wiesbaden: Eigenverlag 1996
-  Bundeskriminalamt (Hg.): **Rauschgiftjahresbericht 1996 der Bundesrepublik Deutschland** - Wiesbaden: Eigenverlag 1997
-  Bundesministerium für Gesundheit (BMG, Hg.): **Methadon-Expertise – Expertise zum Einsatz von Methadon bei der Behandlung von Drogenabhängigen in Deutschland**, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 1995

-  Corder, Brice W. / Smith, Ronald A. / Swisher, John D.: ***Drug Abuse Prevention – perspectives and approaches for educators***, Dubuque, Iowa, USA: Wm. C. Brown Company Publishers 1975
-  Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS, Hg.): ***Jahrbuch Sucht 97***, Geesthacht: Neuland-Verlag 1996
-  Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS, Hg.): ***Jahrbuch Sucht 98***, Geesthacht: Neuland-Verlag 1997
-  Eberth, Alexander: ***Drogenrecht – Zusammenstellung wichtiger Gesetze und Entscheidungen in Auszügen***, Geesthacht: Neuland-Verlag 1995
-  Gorny, Thomas: ***Wege aus dem Drogendilemma – Repression in Deutschland – Akzeptanz in der Schweiz (Diplomarbeit)***, Mannheim: FH - HfS 1998
-  Grinspoon, Lester Dr. med. / Bakalar, James B.: ***Marihuana, die verbotene Medizin***, Frankfurt: Zweitausendeins 1994
-  Gröne, Margret: ***Wie lasse ich meine Bulimie verhungern? – Ein systemischer Ansatz zur Beschreibung und Behandlung der Bulimie***, Heidelberg: Carl-Auer-Systeme 1997
-  Gross, Werner: ***Was ist das Süchtige an der Sucht?***, Geesthacht: Neuland-Verlag 1995
-  Harten, Rolf: ***Sucht – Was ist das eigentlich?***, Geesthacht: Neuland-Verlag 1994
-  Harten, Rolf / Röhling, Peter / Stender, Klaus-Peter: ***Gibt es eine Suchtpersönlichkeit?***, Geesthacht: Neuland-Verlag 1991
-  Heide, Martin (Hg.): ***Individualisierung der Suchttherapie – Beiträge des zweiten Heidelberger Kongresses***, Saarbrücken-Scheidt: Verlag Dadder 1990
-  Hurrelmann, Klaus / Bründel, Heidrun: ***Drogengebrauch – Drogenmissbrauch, Eine Gratwanderung zwischen Genuß und Abhängigkeit***, Darmstadt: Primus-Verlag 1997
-  Ladewig, Dieter: ***Sucht und Suchtkrankheiten – Ursachen, Symptome, Therapien***
München: Beck 1996

-  Landesstelle gegen die Suchtgefahren der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg (Hg.): **Sucht und Justiz** – *Suchtkrankenhilfe oder Strafverfolgung?*, Geesthacht: Neuland-Verlag 1993
-  Langsdorff, Maja: **Die heimliche Sucht, unheimlich zu essen**; Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag 1995
-  Lechler, Walter H.: **Nicht die Droge ist's** – *Wir sind alle süchtig*; Oberursel: Verlag Mega Trends 1995
-  Loviscach, Peter.: **Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Sucht** – *Eine Einführung*; Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag 1996
-  Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): **Sucht und Öffentlichkeit**, Geesthacht: Neuland-Verlag 1992
-  Nissen, Gerhardt (Hg.): **Abhängigkeit und Sucht** – *Prävention und Therapie*, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber 1994
-  Observatoire géopolitique des drogues (OGD): **Der Welt-Drogen-Bericht**, München: Deutscher Taschenbuch Verlag 1993
-  Rink, Jürgen (Hg.): **Zur Wirklichkeit der Abstinenzabhängigkeit** – *Kritische Betrachtungen zu Grundannahmen der Drogentherapie*, Geesthacht: Neuland-Verlag 1995
-  Schaef, Anne Wilson: **Im Zeitalter der Sucht** – *Wege aus der Abhängigkeit*, München: Deutscher Taschenbuch Verlag 1991
-  Scheerer, Sebastian: **special: Sucht**, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag 1995
-  Scheerer, Sebastian / Vogt, Irmgard (Hg.): **Drogen und Drogenpolitik** - *Ein Handbuch*, Frankfurt am Main: Campus 1989
-  Schivelbusch, Wolfgang: **Das Paradies, der Geschmack und die Vernunft** - *eine Geschichte der Genußmittel*, München, Wien: Carl Hanser Verlag 1980
-  Schmid, Carola: **Glücksspiel** - *Über Vergnügen und Sucht von Spielern*; Opladen: Westdeutscher Verlag 1994
-  Schmidbauer, Wolfgang / vom Scheidt, Jürgen: **Handbuch der Rauschdrogen**, Frankfurt am Main: Fischer 1995

-  Schmidt-Semisch, Henning: ***Die prekäre Grenze der Legalität***, München: AG-SPAK-Publikationen 1994
-  Schwendter, Rolf: ***Drogenabhängigkeit und Drogenkultur***, Edition S, Wien: Verlag der Österreichischen Staatsdruckerei, 1992
-  Simon, Roland / Tauscher, Martin / Gessler, Almut (Institut für Therapieforschung): ***Suchtbericht Deutschland 1997***, Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren 1997
-  Stamm, Hugo: ***Sekten – Im Bann von Sucht und Macht***, Zürich: Kreuz Verlag 1995
-  Subkommission Drogenfragen der Eidgenössischen Betäubungsmittelkommission: ***Drogenpolitische Szenarien***, Bern: Bundesamt für Gesundheitswesen (Eigenverlag) 1996
-  Tretter, Felix: ***Ökologie der Sucht – Das Beziehungsgefüge Mensch – Umwelt – Drogen***, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag für Psychologie 1998
-  Walder, Patrick / Amendt, Günter: ***Ecstasy & Co. - Alles über Partydrogen***, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag 1997
-  Weber, Georg / Schneider, Wolfgang: ***Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen – Selbstausstieg, kontrollierter Gebrauch und therapiegestützter Ausstieg – Forschungsendbericht (INDRO e. V.)***; Berlin: Verlag f. Wissenschaft und Bildung 1997
-  World Health Organization (Hg.): ***WHO Expert Committee on Drug Dependence - Twenty-ninth Report***, Geneva, Switzerland: Eigenverlag 1995
-  World Health Organization (Hg.): ***Lexicon of Alcohol and Drug Terms***, Geneva, Switzerland: Eigenverlag 1994

II. Periodika:

-  **DER SPIEGEL**, Nr. 5, 27. 01. 1997, Hamburg: Spiegel-Verlag Rudolf Augstein 1997
-  **DER SPIEGEL**, Nr. 24, 08. 06. 1998, Hamburg: Spiegel-Verlag Rudolf Augstein 1998
-  **GEO - Wissen, Sucht + Rausch**: Nr. 3, 03. 09. 1990, Hamburg: Gruner + Jahr 1990
-  **NEW SCIENTIST**, Nr. 2122, 21 February 1998, London: Reed Business Information Ltd. 1998
-  **stern**, Nr. 46, 09. 11. 1995, S. 30 – 38, Hamburg: Gruner + Jahr 1995
-  **SUCHTMAGAZIN**, Nr. 1 – 6, 1997, Nr. 1 - 3, 1998; Basel: Verein DrogenMagazin 1997/98
-  **die tageszeitung** (genaue Quellenangabe jeweils im Text); Berlin 1997/98
-  **Badische Zeitung** (genaue Quellenangabe jeweils im Text); Freiburg 1997/98
-  **Zeitung zum Sonntag** (genaue Quellenangabe jeweils im Text); Freiburg 1998

...außerdem:

-  **Diverse Internet-Texte** (wenn verwendet, erfolgt die jeweilige genaue Quellenangabe / Adresse im Text);

BEI GRIN MACHT SICH IHR WISSEN BEZAHLT



- Wir veröffentlichen Ihre Hausarbeit, Bachelor- und Masterarbeit
- Ihr eigenes eBook und Buch - weltweit in allen wichtigen Shops
- Verdienen Sie an jedem Verkauf

Jetzt bei www.GRIN.com hochladen
und kostenlos publizieren

