

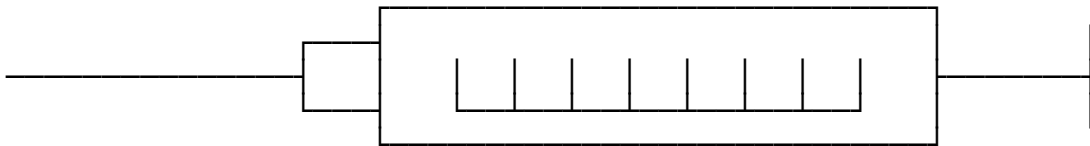
STAATLICH ABGEGEBENE

DROGEN:

EINE ABSURDE POLITIK?

Dr. J.A. Marks.

Facharzt für Psychiatrie



In Anerkennung der Verdienste von H.B. Spear & J.H.P. Willis

H.B. Spear: Hauptinspektor, Innenministerium, Abteilung Drogen. Im Ministerium von 1947 - 1987

Er erlebte alle Veränderungen der medizinischen Moden und der Politik in Bezug auf die Süchtigen während der 50er Jahren (als das "Britische System" noch vorhanden war), der 60er ("Flower Power"-Ära), der 70er (Reaktion), der 80er (Überprüfung der Politik und Wieder-Auftauchen des Zweifels). Unterstützte die "kontrollierte Verfügbarkeit" stark.

J.H.P. Willis, FRCP, FRCPsi, Facharzt für Psychiatrie, St. Giles Hospital, London. Er hat 4 Bücher geschrieben und mehr als 200 Artikel über Sucht publiziert. Er führte in den 60er Jahren in London ein Verschreibungsambulatorium speziell für Heroin- und Kokain-Süchtige, aber auch für andere. Er geriet mit dem psychiatrischen "Establishment" in Streit und ging von 1976 - 1985 nach Arabien. Er kehrte 1986 zurück, um das Liverpooler Ambulatorium für Drogenabhängige (gegründet 1985 von JA Marks nach einem Modell von Willis in London und von Brooker & Marks in Widnes) zu übernehmen. Er ging 1989 in Pension.

Das sog. Liverpooler Modell: Eine Einführung (von R.B. Haemmig)

Im deutschsprachigen Raum findet unter Drogenfachleuten derzeit ein Modell grosse Beachtung, das als "Liverpooler Modell" bekanntgeworden ist. Unter dem Begriff wird meist ein Verschreibungsmodell für Abhängige verstanden, wo jede von der Gesetzgebung zugelassene Droge an Abhängige verschrieben werden kann. Dazu gehören unter anderen Kokain und Heroin. Aber auch in England gibt es Drogen, die unter Prohibition stehen und nicht verschrieben werden können. Es seien hier als die derzeit wichtigsten Cannabis und die in England sehr beliebten Methylen-dioxy-amphetamin-Derivate (MDA, MDMA, MMDA, MDE etc.) genannt.

Der Name "Liverpooler Modell" ist eigentlich nicht korrekt, da gerade in Liverpool selber die bei uns mit dem Begriff "Liverpooler Modell" assoziierten Verschreibungsprogramme nicht stattfinden. Es gibt sie nur in den Distrikten "Halton" (dazu gehören "Widnes" und "Runcorn") und "Warrington", zwei Distrikte ausserhalb von Liverpool. Werfen wir einen kurzen Blick auf das englische Gesundheitssystem, das "National Health System (NHS)". Es ist dies vorderhand noch ein staatliches System, bei dem die Ärzte ihr Geld im Normalfall, d.h. wenn die Leute ohne Privatversicherung sind, vom Staat erhalten. Die Ärzte werden von den Behörden eingestellt, sind aber in ihrer Methodenwahl frei. Alle Leute in England haben einen Allgemein-Praktiker, den "General Practitioner (GP)". Nur über diesen sind Zuweisungen zum Spezialarzt möglich. Dies gilt auch bei der Behandlung von Drogenabhängigen, die vom GP dem Arzt eines Ambulatoriums für Drogenabhängige, der Drug Dependency Clinic (DDC) oder Drug Dependency Unit (DDU), zugewiesen werden.

Das NHS ist in Regionen eingeteilt. Eine der Regionen ist "Mersey", die Gegend links und rechts des Flusses "Mersey", zu der auch die Stadt Liverpool gehört. Der regionalen Gesundheitsbehörde, der "Mersey Regional Health Authorities (MRHA)", unterstehen 10 Distrikte. Die Versorgung der Patienten wird durch die Distrikte gewährleistet. Für gewisse Dienstleistungen gibt es Zusammenschlüsse mehrerer Distrikte. So gibt es nicht in jedem Distrikt eine Klinik für stationäre Drogenentzüge.

2 der Distrikte der MRHA sind die oben erwähnten Halton und Warrington. In diesen beiden Distrikten ist John A. Marks als "Consultant Psychiatrist", als zugeteilter psychiatrischer Facharzt, für die ärztliche Betreuung zuständig. Die Verschreibung von Drogen wie Heroin und Kokain ist stark an die Person von John A. Marks gebunden, da seine Kollegen in den andern Distrikten meist nur Methadon verschreiben.

Die Verschreibungsprogramme von John A. Marks sind Teil eines Konzeptes, das "Harm Reduction", Schadensminderung, heisst. Ziel der "Harm Reduction" ist es, den mit dem Drogenkonsum verbundenen Schaden klein zu halten. Dieses Konzept hat im Zusammenhang mit der Aids-Epidemie unter den Drogenabhängigen grosse Beachtung erhalten. In der Umsetzung in die konkrete Drogenarbeit bedeutet dies:

- zu versuchen, mit einer möglichst grossen Anzahl von Abhängigen in Kontakt zu treten und
- zu versuchen das Verhalten in Richtung sichererem Sex und sichererem Drogengebrauch zu verändern.

Abstinenztherapie und Verschreibungsprogramme sind beides Möglichkeiten der "Harm Reduction", wobei die Verschreibungsprogramme zu einer grösseren Anzahl von Abhängigen den Kontakt herstellen vermögen. Zur "Harm Reduction" gehört auch der Tausch von gebrauchtem Injektionsmaterial gegen neues. In der Mersey Region geschieht dies einerseits über Busse, andererseits über "Outreach Worker". Diese "Outreach Worker" sind im Gegensatz zur Situation bei uns meist keine professionellen Sozialarbeiter, sondern ehemals Abhängige oder Leute in einem Verschreibungsprogramm. Der gewichtigste Befürworter der "Harm Reduction" ist der Leiter des Betäubungsmitteldezernates der Polizei, Chiefinspector Derek O'Connell. Die Polizei ist dazu übergegangen, die Konsumenten von Drogen, beim ersten Mal, wo sie erwischt werden, nur zu verwarnen. Dazu werden sie auf den Polizeiposten vorgeladen, wo ein Polizeioffizier in Uniform sie ermahnt, keine Drogen mehr zu nehmen und falls sie Probleme mit Drogen haben, eine DDU aufzusuchen. Den so Ermahnten werden die nötigen Adressen vom Polizisten ausgehändigt. Nach O'Connell hat sich die Polizei mit 85% der Ermahnten nie mehr wegen Drogen zu befassen, was er als Erfolg wertet..

Die ganze "Harm Reduction" in der Region Mersey liesse sich als englischen Spleen abtun, wären die Resultate bezüglich Aids-Prävention nicht so beeindruckend.

Die Region Mersey hat bezogen auf die Normalbevölkerung der Region eine der höchsten pro Kopf Raten an injizierenden Abhängigen in England. Es gibt aber in der Region kaum HIV positive Fixer. 1989 ist im ganzen Jahr kein einziger Fall einer Ansteckung zu den schon bekannten 14 Fällen gekommen. In der gleichen Zeit nahmen die Fälle in ganz England weiter zu.

Im Folgenden beschreibt John A. Marks die Verschreibungsprogramme und das Ambulatorium in Widnes. Seine Verschreibungen sind deshalb einzigartig, weil es nirgends sonst Verschreibungsprogramme gibt, wo die Drogen in **spritz-, schluck-** und **rauchbarer** Form nebeneinander verschrieben werden.

Literatur:

- Drugs & HIV Monitoring Unit, Mersey Regional Health Authority: HIV Infection among Drug Injectors in England. International Journal on Drug Policy Vol. 1, No. 4, 14-15, 1989
- Halton Drug Dependency Unit: Annual Report 1989. 1990, zu beziehen bei: DDU, 74 Victoria Road, Widnes, Cheshire WA8 7RE, England
- Herger, Claus; Prins, Marina: Drogen und gesundheitspolitische Massnahmen in Liverpool. DROGENMAGAZIN die kette, Vol. 16, Nr. 3, 7-12 & 21-22, 1990

- Marks, John A.; Palombella, A.: Prescribing Smokable Drugs. *The Lancet*, i:864, 1990.
- Mino, Annie: Royaume Uni. 67-152 in: *Analyse scientifique de la littérature sur la remise contrôlée d'héroïne ou de morphine*. Bundesamt für Gesundheitswesen, 1990.
- Newcombe, Russell: Preventing the Spread of HIV Infection. *International Journal on Drug Policy* Vol. 1, No. 2, 1989
- O'Connell, Derek: The Role of the Police in Merseyside. 1st International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Liverpool, April 9th - 12th, 1990

Video

- Taking Drugs Seriously. A film about the radical drugs and AIDS policy in Liverpool. The Atlantic Project, 1990, zu beziehen bei: Allan Parry, The Atlantic Project, 20 Fir Road, Waterloo, Liverpool, Merseyside L22 4QL. Preis: 45£ (incl. P&P).

STAATLICH ABGEBEBENE DROGEN: Eine absurde Politik?

Dr. J.A. Marks, Facharzt für Psychiatrie

ZUSAMMENFASSUNG

Das Paradox der Drogenprohibition

Widnes und Runcorn (Gesamtbevölkerung 150'000) besitzen seit vielen Jahren ein Ambulatorium für Drogenabhängige, das Opiat-verschreibung in Erhaltungsprogrammen anbietet. Bootle hatte bis 1985 kein solches Ambulatorium, jedoch gab es sowohl in Widnes wie auch in Bootle Drogenberatung, sowie Entzugs- und Entgiftungs-möglichkeiten. Man hatte vermutet, dass sich aufgrund dieser unterschiedlichen Hilfestellungen der illegale Drogenkonsum in Widnes stärker ausbreiten würde als in Bootle und dass die Zahl der Zuweisungen das aufzeigen würde. **Jedoch war das Gegenteil der Fall.** Eine Follow-up-Studie chronisch Drogenabhängiger in Widnes bestätigt die Sichtweise von Vaillant (1983), derzufolge Drogensucht ein Zustand chronischer Rückfälle ist, der eine spontane Remissionsrate von ungefähr 5% pro Jahr aufweist. Wenn der Patient am Leben bleibt, so ergibt sich aus dieser Ziffer nach zehn Jahren eine 50%ige Aussicht auf Genesung (Stimson, 1982). Von der Kohorte aus Widnes sind jetzt 20 (22%, 1989) drogenfrei, haben weniger Strafregistereinträge als zu erwarten war und sind ausserdem körperlich gesünder (Fazey, 1987). Die Genesungsrate dieser Kohorte unterscheidet sich nicht von derjenigen, bei der keine Drogen verschrieben wurden. Jedoch hätte man aufgrund der Untersuchungen von Stimson nach sieben Jahren mindestens mit 16 Todesfällen innerhalb der Gruppe in Widnes gerechnet. Unter den mit Drogen versorgten Abhängigen in Widnes hat es aber keinen einzigen Todesfall gegeben. Wenn die Genesungsrate tatsächlich spontan und äusseren Einflüssen unzugänglich ist, sollte ärztliches Handeln ein Überleben bei guter Gesundheit bis zum Ablauf der 10 Jahre anstreben und sichern.

Erklärungen für unser paradoxes Ergebnis, dass das Drogenverbot mit vermehrtem Drogenkonsum einherzugehen scheint, wohingegen eine leichte Lockerung in der Drogenkontrolle mit einer in der Grösse vergleichbaren verminderten Drogeneinnahme verbunden ist, werden gesucht. England als Ganzes hatte zwischen 1870 und 1960 nur ein sehr geringfügiges Drogenproblem. Vor 1870 gab es wenig oder keine Kontrolle und die Berausung war endemisch. Die mit strikten Massnahmen durchgesetzte Drogenprohibition von 1960 hatte nachweislich die gleichzeitige Zunahme von gemeldeten Fällen zur Folge. 1920 führte kontrollierte Verfügbarkeit von Drogen (durch Steuern und Rezeptpflicht) zu einem stetigen Rückgang des Alkohol- und Opiumkonsums in England. Im Gegensatz dazu führte die Prohibition in Amerika (nach anfänglichem Rückgang im Verbrauch, als die gesetzlich zulässigen Quellen für Drogen und Alkohol versiegten) zu einer stetigen Zunahme im illegalen Konsum. In der Tat ist der einheimische Heroinverbrauch in den USA seit 1923, **als die Droge verboten**

wurde (Trebach, 1987), mit jedem Jahr angestiegen. In England ist die gesetzliche Kontrolle über die Verfügbarkeit von Alkohol seit dem 2. Weltkrieg systematisch abgebaut worden. Dies führte zu einem unerbittlichen Anstieg des Alkoholkonsums und ebenso der damit verbundenen Probleme. Heute sind wir fast wieder soweit wie zu den Zeiten von Hogarth und seiner "Gin Lane", als England in Alkohol schwamm (und von Opium träumte). Jene frühen Jahre des 19. Jahrhunderts ohne Kontrolle waren Perioden mit sehr hohem Alkohol- und Drogenkonsum. Wie lassen sich diese scheinbar widerstreitenden Tatsachen in Einklang bringen?

Es wird die epidemische Wirkung des Schwarzmarktes erläutert, was zu der Schlussfolgerung führt, dass die Kurve von Angebot und Nachfrage für Rauschmittel nicht exponentiell, sondern quadratisch verläuft. Dies lässt ein Test-Experiment vermuten: Die geringe Lockerung eines Verbotes (Haschisch in Holland), oder die leichte Kontrolle über ein vorher frei verfügbares Mittel (Alkohol in Norwegen) müssten beide zu vermindertem Konsum führen. Das war tatsächlich so.

Vaillant G.E. (1983)

The Natural History of Alcoholism. Harvard UP, Cambridge, Mass.

Stimson G.V. & Oppenheimer E. (1982)

Heroin Addiction. Tavistock, London

Fazey C.S.J. (1987)

The Evaluation of Liverpool Drug Dependency Clinic. Mersey R.H.A., Liverpool

Trebach A.S. (1987)

The Great Drug War. MacMillan, New York

John A. Marks, Facharzt für Psychiatrie

Chapel Street Clinic

Widnes

Merseyside WA8 7RE

England

Tel. 051/ 424 2156

Übersetzung: U. Haeckel, redaktionelle Bearbeitung: R.B. Haemmig

September 1990

STAATLICH ABGEGEBENE DROGEN: EINE ABSURDE POLITIK?

In der Mersey-Region werden in einem zeitlich unbeschränkten Rahmen Drogen an Drogengebraucher verschrieben, weil damit für sie keine Notwendigkeiten mehr bestehen, Vermögensdelikte zu begehen, um Drogen zu kaufen, weil sie nicht mehr Drogen an andere zu verkaufen brauchen, um den eigenen Konsum zu finanzieren, und weil es nicht mehr notwendig ist, die eigene Gesundheit (und die von anderen) und möglicherweise das Leben mit verfälschten Drogen gefährden zu müssen. Ausserdem ist es dann sehr viel wahrscheinlicher, dass die Bereitschaft, sich betreuen zu lassen, gefördert wird. Ein wichtiger Nebeneffekt ist, dass Kriminelle von einer lukrativen Einnahmequelle abgehalten werden. Eine staatlich kontrollierte Drogenabgabe (über zuständige Ambulatorien für Drogenabhängige) bringt die staatlichen Instanzen sehr rasch in direkte Berührung mit der grossen Mehrheit der schlimmsten Drogenprobleme, welche andere Stellen, **einfach weil sie keine Drogen abgeben**, nie zu Gesicht bekommen.

Für gewöhnlich werden fünf Fragen zu dieser scheinbar absurden Massnahme gestellt, nämlich:

1. Wird eine solche Verschreibung nicht die Motivation untergraben? Denn, warum sollte man Drogen aufgeben, wenn man kostenlos Heroin bekommen kann?
2. Ist es nicht besser, jemanden zu beraten und zu behandeln, anstatt ihm Drogen zu geben?
3. Wird eine solche Politik nicht den Gesamtkonsum von Drogen in unserer Gesellschaft erhöhen, währenddem es doch unser Ziel ist, diesen zu reduzieren?
4. Wie kann man es rechtfertigen, Drogenabhängigen Drogen zu geben? Sollte man dann nicht auch Alkoholikern Schnaps, Vergewaltigern Eintrittskarten fürs Bordell oder Dieben Juwelen geben?
5. Sicken nicht ohnehin alle ärztlich verordneten Drogen in den Schwarzmarkt hinein?

Frage 1: Warum Drogen aufgeben, wenn man kostenlos Heroin bekommen kann?

Im Umgang mit Drogengebrauchern haben wir es mit Menschen zu tun, die bereit sind, ihre nächsten Angehörigen und Freunde zu belügen, betrügen und berauben, um Drogen zu bekommen. Sie riskieren dabei, verhaftet und ins Gefängnis gesperrt, von Gangstern verprügelt und durch Drogenverfälschungen oder Krankheit gesundheitlich dauernd geschädigt zu werden oder gar ums Leben zu kommen. Kann es eine schlimmere Strafe geben als die Entfremdung von Familie und Freunden, den Verlust der persönlichen Freiheit, Armut, Krankheit oder Tod? Wenn all dieses nicht abschreckt, dann fallen die möglichen schädlichen Auswirkungen von ärztlich verordnetem Heroin kaum ins Gewicht und werden mehr als aufgewogen durch die Schadensminderung. Denn für Süchtige mit dieser Art von

Entschlossenheit heisst die Alternative nicht Entgiftung oder Drogen von einem Ambulatorium, sondern Drogen vom Schwarzmarkt oder Drogen vom Ambulatorium.

Vaillant (1984), Sobell (1990) und andere von Schneider (1988) zusammengestellte Untersuchungen haben gezeigt, wie unzugänglich die süchtige Psyche für von aussen kommende Interventionen ist. Laut Stimson (1982) ist Sucht ein chronischer Zustand, der Jahre andauert. Wenn während dieser Zeit nichts den Süchtigen bewegen kann aufzugeben, so ist es am besten, wenn der Arzt versucht, den Betreffenden gesund und am Leben zu erhalten. Dies geschieht durch eine wohl überlegte Verordnung von reinen, pharmazeutisch hergestellten Drogen auf unbegrenzte Dauer. Eine solche Art des Verordnens kann man Erhaltungsverschreibung nennen, da die Drogenabhängigkeit erhalten bleibt, bis der Abhängige von selber bereit ist aufzuhören. Eine erzwungene oder verfrühte "Heilung" führt zu Rückfällen in die Drogen und beim behandelnden Personal zu Desillusionierung, wenn es eine solche "Heilung" durch Erhaltungsverschreibung erwartet hatte. Ein Arzt schrieb:

"Es ist schade, dass die Drogenambulatorien des Nationalen Gesundheitsdienstes (NHS), die zur Betreuung von Patienten mit Opiatsucht eingerichtet wurden, anscheinend 'gescheitert' sind. Ich war als Facharzt Leiter eines solchen Ambulatoriums, als es 1967 eröffnet wurde und hatte keinerlei Bedenken, in Erhaltungsverschreibung injizierbares Heroin zu verordnen. Leider waren viele meiner Kollegen anderer Meinung, und das Experiment des Ambulatoriums wandelte sich zu einem Wettbewerb zwischen den Kollegen darüber, wer am wenigsten Heroin verschreiben könnte. Ich glaube, dass dieser Wettbewerb auf einer Mischung von guten und schlechten Motiven fusste, wobei die guten Motive mit dem ehrlichen Wunsch zu tun hatten, einspritzbare Drogen durch oral einzunehmende Drogen wie Methadon zu ersetzen, und die schlechten mit der vielen Ärzten eigenen Neigung, über ihre Mitmenschen zu moralisieren. So kam es, dass diejenigen von uns, die bereit waren, weiterhin einspritzbares Heroin zu verordnen, sich einem mittleren Mass an Kritik ausgesetzt sahen. Es führte auch zu einigen Absurditäten. Z.B. rief mich ein Kollege von einem anderen Ambulatorium an und bat mich, Heroin zu verschreiben, weil er wusste, dass ich das tat, während er sich dazu nicht imstande fühlte, obgleich er dasselbe Recht dazu hatte. Dies scheint mir die vollendete Farce zu sein. Vielleicht überrascht es kaum, dass die Drogenambulatorien 'scheiterten'. Sie hatten von vornherein keine Chance." (Willys, 1983).

'Erhaltungsverschreibung wird vereinfachend als 'Behandlung' missverstanden, während sie rein die Sucht weiterführt. Doch gibt es keinen Hinweis dafür, dass die Sucht dadurch verlängert wird. Nichts tut dies. Die spontane Remissionsrate beträgt im Höchstfall 5% pro Jahr, unabhängig davon, was man macht. Daraus ergibt sich eine durchschnittliche Suchtdauer von 10 Jahren. Wenn Drogensüchtige trotz Ärzten und Polizisten, nicht etwa ihretwegen, gesund werden, so zielt

die beste Intervention darauf, sie gesund, gesetzestreu und lebendig zu erhalten, bis die etwa 10 Jahre vergangen sind. Das bedeutet keineswegs, dass man in den Jahren, in denen Drogen verordnet werden, nicht weiter die Patienten überzeugen sollte, es zu versuchen und ihre Drogen aufzugeben. Nicht die Erhaltungsverschreibung ist schuld, sondern die falsche Vorstellung über den natürlichen Ablauf der Sucht. Dies spiegelt sich in Fragen wie, warum man aufgeben sollte, wenn Heroin kostenlos zu bekommen ist. In dieser Frage nämlich scheint die Annahme zu stecken, dass Süchtige ihre Drogen aufgäben, wenn es kein kostenloses Heroin gäbe. Man braucht sich nur Amerika anzusehen, um zu erkennen, wie falsch das ist.

Frage 2: Ist es nicht besser, jemanden zu beraten, als ihm Drogen zu geben?

Ja, wenn der Drogensüchtige zustimmt. Aber wenn jemand in eine Kneipe geht und 20 Min. lang eine Standpauke über sich ergehen lassen muss, wie schrecklich und gefährlich Alkohol sei, bevor er sein Bier kriegt, so wird er sehr bald anderswohin sein Bier trinken gehen. Ob zu Recht oder Unrecht, Drogenkonsumenten betrachten ihren Drogenkonsum genauso wie Sie oder ich unser Bier- (oder sogar Kaffee-) Trinken. Die überwältigende Mehrheit der Drogengebraucher verabscheut unaufgeforderte Beratungen als Eindringen in ihr eigenes Leben und lehnt sie heftig ab. Ein Patient, der zu einem Ambulatorium kommt, wo ihm die Drogen verweigert werden und wo er nur beraten wird, lässt mit grösserer Wahrscheinlichkeit Geld in die Taschen der Mafia fließen, indem er gefährlich verfälschte Strassendrogen kauft, als einer der Drogen verordnet erhält. Er wird mit viel grösserer Wahrscheinlichkeit in ihr Haus oder mein Auto einbrechen, um Geld für Drogen zu stehlen, ein Teil seines eigenen Drogenvorrats verfälschen und anderen verkaufen, um weitere Käufe zu finanzieren, und - vom ärztlichen Standpunkt als vielleicht am wichtigsten - ein solcher Patient kehrt mit weit geringerer Wahrscheinlichkeit zum Ambulatorium zurück, wenn er Rat und Hilfe braucht. Die beste Beratung in der Welt ist nutzlos, wenn keiner da ist, um sie anzuhören.

Bevor das Lamentieren der Drogenberatungsstellen über die Legionen von Klienten erhoben wird, beschreiben alle Ambulatorien des Nordwesten, die nichts verschreiben, ein Phänomen, das als das "Ticket-Syndrom" bekannt ist. Überall sind Drogenberatungszentren aus dem Boden geschossen. Eine junge Frau, die ihre Miete oder Gasrechnung nicht bezahlen kann, geht, um ihren Fall voranzutreiben, nachdem sie die zuständigen Behörden schon aufgesucht hat, in eine Drogenklinik und sagt: "Ich nehme Drogen (vielleicht tut sie das bisweilen) und würde sie aufgeben, wenn man mir hilft, mit meiner Miete/Gasrechnung/meinem Mann/meinen Kindern zurechtzukommen. Damit schafft sie es ohne weiteres, eine

ganze Gruppe von motivierten, erfahrenen und beredten Helfern für ihre Sache zu gewinnen.

Parker und Newcombe und Fazey haben die hohen Rückkehrraten in Ambulatorien aufgezeigt, die eine gebraucherfreundliche Einstellung haben und deshalb Spritzentausch, saubere Drogen und keine unaufgeforderte Beratung anbieten. Johnson beschreibt eindringlich das Leid, wenn das Gegenteil der Fall ist.

Regime (Widnes)

Zuweisungen an den Dienst für Drogenabhängige finden über die Hausärzte (GPs) statt. Patienten die nur vorübergehend an einem Ort wohnen, werden normalerweise nicht behandelt. Allen Drogensüchtigen wird zunächst eine stationäre Entgiftung angeboten. Ein paar erklären sich dazu bereit, da sie meinen, das dies von ihnen erwartet wird. Wenn sofort ein Bett angeboten wird, kommt meistens eine lahme Ausrede. Ein Süchtiger lehnte es sogar einmal ab, weil es zu nahe an Weihnachten war. Auf ein Einzugsgebiet von 100'000 Einwohnern machen nur 2 im Jahr von unserem Entgiftungsangebot Gebrauch. Die überwältigende Mehrheit derjenigen, die ablehnen, weil sie bloss Drogen wollen, werden an das Ambulatorium für Drogenabhängige in Widnes (74 Victoria Road) überwiesen. Dort heissen sie nicht mehr "Patienten", sondern "Klienten" oder sogar "Kunden". Drogensüchtige müssen pünktlich um 09.30 Uhr morgens einmal pro Woche erscheinen, um an einer einstündigen Gruppensitzung teilzunehmen, oder sie bringen sich um das Rezept für die betreffende Woche. Wenn das monatliche Rezept erneuert werden muss, folgt daran anschliessend eine Bestandesaufnahme im Einzelgespräch. Jeder Drogensüchtige kann ein Gespräch haben, wenn es gewünscht wird. Momentan gibt es 200 reguläre Drogensüchtige bei 300'000 Einwohnern. Jede Woche werden etwa 20 Fälle einzeln überprüft, zwischen dem Ende der Gruppensitzung um 10.30 Uhr und Mittag. Bei diesen Sitzungen findet das "bizarre orientalische Feilschen", von dem Bewley (1970) spricht, zwischen Sozialarbeiter, Bewährungshelfer, Krankenpfleger und Psychiater statt. Der Drogensüchtige muss diese "Jury" überzeugen, wenn er z.B. eine Änderung in seinen Drogen möchte. Untersuchungen über intravenösen Gebrauch, Urinanalysen oder Naloxonprovokationen werden in Stichproben vorgenommen. Die mittlere modale Versorgungsdosis beträgt 60 mg Methadon-Sirup pro Tag. Niemand erhält weniger als 10 mg pro Tag, es sei denn, er macht einen Entzug. Ausser dem Methadonsirup erhalten unsere Patienten gegenwärtig auch Dipipanonsirup, Morphinumtabletten, Haschischtabletten (Nabilone), Methadontabletten, Methadonampullen, Kokainsirup, Amphetaminampullen, Amphetaminsirup, Kokainampullen, Morphinumampullen und seit kurzem (1989) gibt es bei uns Heroin, Morphinum, Methadon, Kokain und Amphetamin zum Rauchen in Zigarettenform (sog. "Reefers"). Weniger als 5 Patienten pro Jahr machen eine stationäre Entgiftung durch, obwohl es keine Warteliste gibt. Aber dafür ist die Drogenstation im

Krankenhaus auch nicht mehr verstopft mit wenig motivierten Patienten, die dort versuchen, soviel Drogen zu bekommen wie sie können und dabei denen schaden, die motiviert sind. Die Drogenrezepte werden eine Woche im voraus an die Apotheken überall im Bezirk verschickt und für jeden Drogensüchtigen bekommen die Apotheker einen Erkennungsausweis. Man akzeptierte die Tatsache, dass Patienten, die keine Entgiftung durchmachen wollten, auch keine medizinische Behandlung wollten, sondern Versorgung mit Drogen in einem Drogenambulatorium suchten und das wurde dann als soziale Hilfestellung verstanden. Aus "Patienten" wurden sie damit zu "Klienten". Auch das Ambulatorium schiftete weg von der psychiatrischen Einrichtung ins Gemeinwesen, in die Nachbarschaft des Büros für Bewährungshilfe und nahe zur Polizeistation. Gründe für Nichterscheinen müssen eine Woche im voraus gemeldet werden und werden gewöhnlich nur anerkannt, wenn der Betreffende ein Gerichtstermin oder dergleichen oder eine reguläre Arbeit hat, was er dann schriftlich nachweisen muss.

Die Geschichte der Gesprächsgruppe

Es brauchte etwa 6 Monate, um die Grundregeln für die Gruppensitzungen zu erstellen. Jede Lücke in den Verhaltensregeln wurde ausgetestet, was zu einigen scheinbar kleinlichen Regeln führte wie z.B., dass die Uhrzeit der Armbanduhr des Psychiaters für den Beginn um 09.30 Uhr ausschlaggebend ist, dass die Blasenentleerung vor Beginn der Sitzung stattzufinden hat, dass keine Zeitungen gelesen werden dürfen usw. Die Strafe in allen diesen Fällen war jeweils Verlust des Rezeptes für eine Woche. Das Rauchen einer Zigarette wird um 10.00 Uhr erlaubt. Etwa einen Monat lang gab es so etwas wie murrende Resignation. Typisch dafür waren Fragen und Bemerkungen von den Teilnehmern wie: "Was glauben sie, was bei dieser Farce wohl herauskommt?", und "Das ist langweilig!" (auf letztere Bemerkung antworteten wir in der Regel etwa so: "Na ja, wir werden dafür bezahlt, wenn Du nicht besser Gebrauch machen kannst, dann langweile Dich eben.") In den letzten 12 Monaten befand sich die Gruppe ganz in der ersten Prochaska-Phase (Prochaska 1983), indem sie über die Vor- und Nachteile des Drogenkonsums sprach. Jede Woche etwa ist einer da, der findet, dass die Nachteile überwiegen, und anfängt, über Strategien nachzudenken, wie man aufhören kann (Prochaskas 2. Phase). Die meisten davon kehren in der Woche danach zur ersten Phase zurück. Es wird der Gruppe klargemacht, dass der Arzt mit der Drogenpolizei zusammenarbeitet und dass Delikte möglicherweise gemeldet werden.

Eigenschaften der Teilnehmer

Alle Einzelpersonen sind imstande, sich mündlich auszudrücken. Das Durchschnittsalter beträgt 26 Jahre. Das

Verhältnis von Männern zu Frauen ist 3,75 : 1. Obwohl viele von ihnen über die meisten Angelegenheiten, die mit Drogensucht zu tun haben, nicht Bescheid wissen, gibt es immer ein paar wenige mit gründlichen chemischen Kenntnissen, andere, die sich ähnlich gut mit dem Rechtswesen auskennen und wieder andere, die viel über das Gefängnisssystem und die Gewohnheiten von Ärzten wissen, so dass sie als Gruppe insgesamt sehr kenntnisreich sind. Gegenwärtig haben 6 (14 %) eine feste Anstellung und brauchen nur einmal pro Monat zu einem Einzelgespräch zu kommen.

Der Arzt hat in diesem Ambulatorium zwei verschiedene Rollen:

1. Beim Verordnen von Drogen handelt der Arzt im wesentlichen als staatlicher Ladeninhaber, etwa so wie die Geschäftsführer der staatlichen Alkoholmonopolbetriebe in Skandinavien. Er ist mehr das Instrument von "Sozialarbeitern" (für gewöhnlich Bewährungshelfer) und überwacht die Neigung zu Kriminalität.
2. In der Psychotherapie oder wenn ein Patient zur Einweisung ins Krankenhaus bereit ist, übernimmt der Arzt seine traditionelle ärztliche Rolle.

Im Umgang mit der Drogenabhängigkeit sind beide Rollen vonnöten, obgleich sie einander zu widerstreiten scheinen. Die erste Rolle wird nur deshalb von Ärzten übernommen, weil das Gesetz aus dem Jahre 1920 ein ärztliches Monopol im Verordnen von Opium vorsieht.

Die örtliche Polizei und das Innenministerium schätzen, dass die Klinik in Widnes den Schwarzmarkt um wöchentlich 5'000 Pfund pro 100'000 Einwohner bringt.

Frage 3: Vermehrt die Massnahme nicht den Drogenkonsum in der Gesellschaft insgesamt?

Wenn Drogen für Leute, die sie sowieso einnehmen, verfügbar gemacht werden, so sind diese weniger dazu gezwungen, ihren Drogenkonsum durch Drogenhandel zu finanzieren. Die die Ausbreitung fördernde epidemische Wirkung der Prohibition wird dadurch unterminiert. Sind Drogen jedoch zu leicht zu bekommen, so wird das Minimum überschritten und der Konsum steigt wieder an, wie man es heute beim Alkohol sehen kann. Jedesmal, wenn einer Gesellschaft eine neuartige und ungewohnte Substanz präsentiert wird - sei es, weil sie verboten oder fremd ist -, so lassen sich verschiedene Phasen des Gebrauchs beobachten, die man jeweils als Experimentier-, Freizeit- oder abhängigen Konsum beschreiben kann. Wenn ein 6-Jähriger eine Tüte 'Smarties' bekommt und man ihm sagt, er soll sie über die nächste Woche hin verteilen, so hat er sie höchstwahrscheinlich binnen einer Stunde aufgegessen. Wenn er ein bisschen Gemeinschaftsgeist hat, teilt er sie mit seinen Freunden, er wird "Pusher"! Ähnliches liess sich beobachten, als die Indianer Nordamerikas Alkohol kennenlernten. Kollegen von mir aus dem indischen Subkontinent sagen: "Das Schlimme an Euch Engländern ist, dass ihr nicht wisst, wie man mit

gutem Opium richtig umgeht. Ihr geht hin und putzt Euch zu", spotten sie. Die meisten von uns haben diese Phase mit der englischen Gesellschaftsdroge, dem Alkohol, tatsächlich durchgemacht. Als Teenager haben wir experimentiert und uns betrunken. Reifer geworden benutzen wir jetzt unsere Droge auf vernünftige Weise, in Gesellschaft und zur Entspannung, und wir betrinken uns selten. Wenn jedoch Alkohol (oder Tabak oder Kaffee) verboten wären, wer würde dann noch mit einer Freizeitbeschäftigung fortfahren, die vor Gericht enden kann? Also bekommen die Engländer vom Opiumgenuss nur die erste und die dritte Phase zu sehen: Diejenige, die dem übermäßigen Alkoholkonsum unreifer Jugendlicher entspricht, und die der traurigen alkoholischen Wracks in der Gosse. Die Gründe, die zu der ersten, der Experimentierphase hinführen, werden verherrlicht, wenn das Mittel obendrein unter Verbot steht, da dies zusätzlich der Neugier die Aura der Rebellion aufsetzt. Die frühen Jugendjahre sind Rebelljahre und so bietet sich der Drogengenuss geradezu an, gegenüber den Eltern und der Gesellschaft Abgeklärtheit und Rebellion zu demonstrieren. Ist aber im Gegensatz dazu eine Droge verfügbar, ohne für Unreife verlockende Promotion durch Werbung und auch ohne Prohibition, so wie beim staatlichen Alkoholmonopol in Norwegen, dann lässt sich der Konsum in der Gesellschaft auf das Minimum reduzieren: Heroin wird langweilig und sein Genuss wird eher aufgegeben als fortgesetzt.

Vor nicht so langer Zeit wurde ein Ladeninhaber aus Glasgow - ganz zu Recht - vor Gericht gestellt, weil er Kindern Leim als "Schnüffelsets" verkauft hatte. Zu dem Zeitpunkt hatte jemand zum Glück die Voraussicht, der Regierung von einem Verbot für Klebstoffe abzuraten. Es ist bemerkenswert, dass es seitdem nicht zu dem epidemischen Anstieg im Genuss von Klebstoffen gekommen ist, wie dies bei Haschisch und den Opiumderivaten der Fall gewesen ist. Natürlich kommt es weiter vor, dass ein bedauernswerter Jugendlicher, dessen Eltern sich trennen oder der in der Schule gehänselt wird, dabei entdeckt wird, dass er Klebstoff schnüffelt, etwa wie ein Selbstmordversuch mit Paracetamol. Solche Unglückssignale mit allen möglichen schädlichen Mitteln, die gerade zur Hand sind, wird es wohl immer geben. Warum hat die Leimepidemie nicht angedauert? Als ich kürzlich einen Jugendlichen aus Bootle nach seinen Erfahrungen mit dem Missbrauch von Rauschmitteln befragte, fragte ich ihn auch nach Lösungsmittelmisbrauch. Er sah mich nur herausfordernd an und sagte: "He Doktor, das ist Kinderzeugs". Diese Einstellung zu Klebstofflösungen ist, obwohl sie so leicht zu bekommen sind, genau das, was die Arzneimittelgesetze des 19. Jahrhunderts und der Rolleston-Ausschuss in England bewirkten (der später den damals nicht vorauszusehenden Fehler machte, den Ärzten das Monopol für nichtmedizinische Zwecke zu übergeben). Wir schufen damit dieselbe Einstellung zu Opium, Kokain und ihren Analoga, wie sie der Jugendliche aus Bootle zu Klebstoff an den Tag legt: Wer es **will**, soll es erhalten, aber es ist eher eine rührende Angelegenheit, mit einer

chemischen Krücke herumzuhumpeln. Diese Haltung brachte 500 Drogensüchtige bei 50 Mio. Einwohnern oder 0,001 % (ein Tausendstel Prozent) hervor. Es ist millenaristisch anzunehmen, dass die Bevölkerung zwischen den Kriegen 'speziell' war oder dass die Jugendkultur der Nachkriegszeit einzigartig ist. Die augenfälligste Variable war die kontrollierte Verfügbarkeit von Opium bis 1960 und danach das kategorische Verbot von Opium und die Rückkehr zum frei erhältlichen und durch Werbung propagierten Alkohol. Das Steigen und Sinken von Opium- und Alkoholmissbrauch gingen parallel zu den Änderungen in der Besteuerungspolitik und der Legiferierung, so zwangsläufig wie Wasser zu Dampf wird, wenn man es erhitzt, und zu Eis, wenn man es abkühlt. In der Tat ist die Wahrscheinlichkeit der Null-Hypothese, dass das quadratische Verhältnis zwischen Angebot (Verfügbarkeit) und Verbrauch (Nachfrage) zufällig zustande kam, verschwindend klein.

Die Holländer und Engländer betrachteten Opium als privates Laster. Aber als das Reisen per Flugzeug die Länder der Welt einander näher brachte, musste weltweit etwas unternommen werden: Entweder ein Verbot oder kontrollierte Verfügbarkeit für die ganze Welt, da sonst die Gangster aus den Verbotsländern, ähnlich den Währungsspekulanten, auf der Jagd nach den günstigsten Devisensätzen in die toleranteren Länder strömten. Weil Amerika nach dem Krieg das mächtigste Land war und Anslingers Politik dort den Ausschlag gab, wurde die Welt auf den Weg des Verbotes gezwungen, trotz der noch frischen Lehren aus der Alkoholprohibition.

Selbst mit grösster Phantasie wäre es schwierig, sich vorzustellen, wie man es ungesünder, gefährlicher, kriminalisierender, sozial destruktiver, teurerer und effizienter gestalten könnte, um Heroin erhältlich zu machen, wie dies durch die Prohibition geschieht. In den Jahren 1983/84 gaben die USA 7 Milliarden Dollars aus, um die strengste Prohibition in der Geschichte des Landes durchzusetzen, unter anderem mit Hilfe einer kleinen Kriegsflotte im Golf von Mexico. Und mit welchem Ergebnis? Herr Mellor (der Drogenbeauftragte im Britischen Innenministerium) berichtete 1985, dass das, was die USA für ihre ungeheueren Ausgaben ernteten, ein **täglicher** Zuwachs von 5000 neuen Drogensüchtigen war. Das sollte eigentlich nicht überraschen. Der Heroinkonsum innerhalb der USA ist seit 1923, als die Droge verboten wurde, mit jedem Jahr gestiegen. Der ungesetzliche Konsum von Alkohol in Chicago war auf der Höhe der Prohibition um 600% höher als zu Beginn. Wie Willis (1973) sagte: "Die repressive Anti-Drogen-Gesetzgebung der Vereinigten Staaten hat zu einer der grössten sozialen Katastrophen in der Entwicklung dieses Landes beigetragen. ... Eine Situation, wie sie in den Staaten eingetreten ist, sollte man in anderen Ländern mit allen Mitteln zu vermeiden trachten."

Unmittelbar damit verbunden stellen sich zwei Fragen: Warum scheitert die Prohibition, warum scheitert sie nicht nur, sondern ist sogar kontraproduktiv, und wieso wird die Prohibition durchgeführt, wenn alle Beweise so überwältigend dagegen sprechen? Die ganze Menschheitsgeschichte hindurch hat es immer einen Bedarf an Rauschmitteln gegeben, um die Wechselfälle des Lebens erträglicher zu machen, und keine Gesellschaft ist ohne die in ihr akzeptierte Droge. Die einzige Alternative ist ein hartes, fanatisch aufgepfropftes psychologisches Opium wie das Christentum in Guatemala, der Islam im Iran oder der Marxismus in Äthiopien. In einer freien Gesellschaft führt eine Minderung im Warenangebot bei fortwährendem Bedarf zur Preissteigerung. Je rigorosere die Angebotsminderung ist, desto inflationärer wird der Preis, bis Schmuggel und Schwarzmarkt aufblühen. Das Phänomen der "natürlicher Auslese von Gangstern" tritt ein, bei der die Schlauesten, Reichsten, Skrupellosesten und Gewalttätigsten überleben, bis hin zu dem Punkt, wo kleine Kriege mit bössartigen Armeen ausgefochten und Riesensummen von Geld reibungslos von obskuren Banken 'gewaschen' werden. Ich nenne diesen Mechanismus die darwinistische Auswirkung der Prohibition. Sie wird aktiviert, egal welche repressiven Mittel dagegen eingesetzt werden. Zum Beispiel führen die Gesetze über die Konfiszierung des Vermögens von Drogenhändlern zur natürlichen Auslese derjenigen, die es besser verstehen, ihr Geld zu waschen, indem sie **ihre** Konkurrenz ausschalten. Die einzige Abhilfe besteht darin, die Bedingungen zu beseitigen, die dazugeführt haben und die Prohibition aufzuheben, so wie es die Amerikaner beim Alkohol taten. Dies bedeutet natürlich nicht, dass alle Medienkanäle Werbung für Opium machen, denn damit würden wir uns nur ein Problem einhandeln, welches das Alkoholproblem um ein vielfaches überträfe. Kontrollierte Verfügbarkeit, etwa in Form einer Rationierung, schafft kontrollierten Konsum. Prohibition oder Promotion produzieren unkontrollierten Konsum. Momentan haben wir ersteres in Bezug auf Drogen und letzteres in Bezug auf Alkohol und unsere Gesellschaft leidet unter diesen beiden Extremen.

Ein zweiter Mechanismus, der der unkontrollierten 'Dealereien', ist für die sich ausdehnende epidemische Wirkung der Prohibition verantwortlich. Der Handel auf dem Schwarzmarkt lässt die Preise so hoch gehen, wie es der Markt zulässt. Arbeitslose Jugendliche, die pro Tag durchschnittlich 100 Pfund für das übliche eine Gramm ausgeben, müssen fünf Gramm täglich kaufen und vier Abnehmer für vier von diesen fünf Gramm finden, die ihnen einen höheren Preis bezahlen, wobei sie die Droge verschneiden (verfälschen), um die Gewichtsmenge gleichzuhalten. Jeder weitere Käufer muss seinerseits dasselbe tun und so kommt es zu einem riesigen Schneeball-Verkaufssystem ("pyramid selling"). Drogenverbote sind somit zwangsläufig epidemisch und kurbeln den Konsum dessen an, was unter Verbot steht. Jeder Süchtige verkauft an andere, um seine eigene Gewohnheit aufrecht zu erhalten. Ungefähr vier Fünftel des dazu

benötigten Geldes verschafft sich ein Süchtiger auf diese Art und Weise. Das verbleibende Fünftel, etwa 20 Pfund, wird gestohlen oder sonst wie schändlich erworben. Da aber ein Hehler dem Süchtigen bloss ein Fünftel des wahren Preises der gestohlenen Ware bezahlt, muss der Süchtige Waren im Wert von 100 Pfund stehlen, um zwanzig Pfund zu bekommen. Mit anderen Worten: Zusätzlich zu seinen Dealereien muss er den täglichen Gesamtwert seiner Sucht zusammenstellen. Diese täglichen Kosten kommen dann aus ihrem Haus, meinem Auto, den Geschäften in der Stadt...Kein Wunder, dass die Versicherungsprämien ansteigen.

Nach konservativer Schätzung gibt es zur Zeit 50'000 Drogensüchtige in England, was bedeutet, dass sie täglich 5 Mio. Pfund stehlen, oder anderthalb Milliarden pro Jahr. Das wiederum veranlasst die Behörden zu vermehrten Verboten, was die Preise auf dem Schwarzmarkt weiter ansteigen lässt, zu weiteren unkontrollierten Dealereien führt, und so läuft das Karussell immer lustig weiter. Die Logik dieser Argumente liegt auf der Hand und die Beweise, die sie stützen, sind noch zwingender. Weshalb also fährt man mit dieser verfehlten Politik fort?

Um die Jahrhundertwende schrieb Havelock Ellis bei seinem Besuch der USA vom Eifer der christlichen Missionare während der religiösen Reaktion des 19. Jahrhunderts auf die säkularen Revolutionen von 1776 und 1789. Sie gab Amerika seinen "Bible-Belt" ("Bibel-Gürtel") und sein Motto auf den Münzen "In God we trust" (Auf Gott setzen wir unser Vertrauen). In einem obskuren Staat im Südwesten begegnete er zufällig einigen fassungslosen Missionaren, die ihres "Verkaufserfolges" bewusst plötzlich auf einige Indianer gestossen waren, welche als Teil ihres Sakramentes Kakteen assen, so wie die Christen Wein verwenden. Das Halluzinogen in den Kakteen, von dem die Indianer sagten, es brächte sie in Kommunion mit ihrem Gott, machte sie, - so die verwirrten Missionare - "unempfindlich für alle unsere moralischen Überredungsversuche". Die Missionare setzten sich mit der Gesetzgebung des betreffenden Staates in Verbindung, und das Essen der Kakteen wurde verboten. Zwischen der Jahrhundertwende und dem ersten Weltkrieg wurden diese Gesetze auf alle Unionsstaaten und auf alle Rauschmittel einschliesslich Alkohol ausgedehnt. Die Amerikaner wählten die Prohibition infolge der starken religiösen Lobby, die alle Rauschmittel als direkte Konkurrenz bei der Kontrolle über den menschlichen Geist ablehnte. So ist es nicht verwunderlich, dass der Drogengenuss seither einer scharfen moralischen Kritik ausgesetzt gewesen ist. Als Antwort darauf haben sich die Politiker hinter immer mehr Verbotsmassnahmen verschanzt.

Zuguterletzt haben sie sich völlig in eine Ecke manövriert, in der die wachsenden Kosten einer teureren Prohibitions politik und die sich daraus ergebende, zerstörerische Welle von Verbrechen es zwingend notwendig machen, die Lage erneut zu überdenken. Aber das Bild, das sie gemalt und in den Medien verbreitet haben, macht eine

vernünftige Handlungsweise zu politischem Selbstmord. Besprechungen mit dem Innenministerium in London geraten deshalb zur Farce, ähnlich wie in der Fernsehserie "Yes, Minister", wo Sir Humphrey (der Staatssekretär) die Macht der Argumente und des Beweismaterials zwar voll auf kennt, aber auch weiss, wie wenig Jim Hacker (sein Minister) die Lösung gutfinden könnte.

Zwischen 1920 und 1960 besass England das bemerkenswerte "Britische System". Dabei handelte es sich im wesentlichen um eine kontrollierte Verfügbarkeit von Drogen, das heisst es war ein staatliches Rationierungssystem. In dieser Zeit hatten wir, verglichen mit jetzt oder dem 19. Jahrhundert, ein unwesentliches Drogen- oder Alkoholproblem. Weshalb also gab man dieses System auf?

Mit den 60er Jahren begannen auch die billigen Flugreisen über den Atlantik. Eine prohibitionistische Gesellschaft kam in Berührung mit dem Britischen System und skrupellose "Flüchtlinge" aus Amerika versuchten, es auszubeuten. Ähnliches liess sich beobachten, als deutsche Heroinsüchtige sich scharenweise auf Hollands "Hausboot" in Amsterdam niederliessen, oder als die Spanier das gesetzliche Verbot für Haschisch aufhoben und französische Schmuggler südwärts reisten, um Profite zu machen. Grossbritannien, Holland und Spanien waren begreiflicherweise nicht scharf darauf, die asozialen Elemente anderer Länder aufzunehmen, liessen die Läden herunter und begaben sich ihrerseits auf den Weg der Prohibition mit den uns nur allzu bekannten, traurigen Folgen. Auch waren im Britischen System Ärzte die Manager der staatlichen Rationierung. Mit dem neuen Idealismus des staatlichen Gesundheitsdienstes brauchten sie dieses Monopol nicht mehr, das sie ursprünglich aus finanziellem Eigennutz übernommen hatten. Sie lehnten es in zunehmendem Masse ab, die Rationierung weiter zu betreiben, da sie sagten, dies sei kein ärztlicher Akt. Dabei liessen sie die unbequeme Tatsache ausser Acht, dass sie das Monopol 1920 aus nicht-medizinischen Gründen übernommen hatten.

Es ist schwierig, den Schaden der Prohibition allein und isoliert aufzuheben, ohne sich gleichzeitig den geballten Zorn der verbleibenden, prohibitionistischen Gesellschaften zuzuziehen. Die ideologisch mächtigsten Länder scheinen gegenwärtig fest entschlossen, mit der Prohibition fortzufahren, weil der Rausch des Einzelnen die Durchsetzung einer uniformen Ideologie bedroht. Die Antworten, nämlich kontrollierte Verfügbarkeit, ist die goldene Mitte zwischen totaler Prohibition und verantwortungsloser Diktatur der Werbung.

Programme anderswo sind von den Holländern und Norwegern anschaulich dargestellt worden, in Bezug auf die Kontrolle von Haschisch einerseits und Alkohol andererseits. Die Holländer wechselten von Prohibition zu einer de-facto Entkriminalisierung des Cannabis. Die Norweger zogen die Zügel fester an, kontrollierten die vorher freie Werbung für Alkohol und verringerten die Zahl der Verkaufsstellen. In

beiden Fällen führte die kontrollierte Verfügbarkeit zu einem Rückgang des Konsums. In Indien bekamen die Sepoyer Truppen eine Opiumration, so ähnlich der Rumration der britischen Marine, um übermässigen Konsum abzubauen. "Kontrollierte Verfügbarkeit" ist somit eine Art Rationierung. Sie errichtet eine Kontrolle über den unvermeidlichen Konsum, indem sie andere Methoden unökonomisch macht. Wenn es Gesetze gäbe, die Werbung einschränken, würde man es kaum riskieren, für Alkohol, der heute der Gesellschaft so viel Schaden zufügt, Reklame zu machen. Und auf der anderen Seite rentiert sich der Schwarzmarkthandel nicht, wenn die Rationierung so ist, dass sie die Kosten und Risiken krimineller Handlungen unterbietet. Auf diese Weise umgeht die Gesellschaft die Gefahren der "Sättigung des Marktes", wie sie die Brauereien praktizieren, und der unkontrollierten Geschäftemacherei durch die Unterwelt. Beide Erscheinungen sind Zeichen eines Verlustes von Kontrolle durch den Staat über den Konsum von Rauschmitteln. Kontrollierte Verfügbarkeit setzt dem Drogenkonsum kein Ende (keine Massnahme kann das tun), aber hält ihn unter Kontrolle. Das genaue Ausmass der Kontrollmassnahmen ist eine Sache des empirischen Spiels mit den Mechanismen von Rechtswesen und Markt, wofür es keinen Mangel an Modellen gibt. Der holländische Haschischkonsum ist seit Lockerung des Verbots in zwölf Monaten um 33% zurückgegangen. Während der Regierungszeit von Reagan (USA) wurden 21,5 Milliarden Dollar für die Drogenbekämpfung ausgegeben. Der Erfolg davon ist ein jährlicher Konsum von zum Beispiel 210 Tonnen allein von Kokain, oder 20 mg Kokain in der Woche, verteilt auf jeden Mann, jede Frau und jedes Kind in den USA. England hat in der Anwendung der Prohibition ähnliche Wunder bewirkt. Bei einem Kostenaufwand von 45 Mio. Pfund pro Jahr allein für die Verfolgung (ohne die Kosten für Prozesse, Gefängnisse und andere soziale oder gesundheitliche Folgen einzurechnen), sind Heroin und Kokain leichter und billiger zu bekommen denn je.

Wenn der Staat wirklich das Angebot einer Ware wie das der Drogen kontrollieren soll, so muss er sie selbst liefern können. Andernfalls bleibt dies Sache der Kriminellen, die den Markt mit grösster Geschicklichkeit und ohne alle Skrupel zu handhaben verstehen. Die Kontrolle über die Versorgung darf weder zu straff noch zu eng sein

Frage 4: Warum soll man Dieben nicht Juwelen schenken?

In den Dialogen des Sokrates und vor nicht ganz so langer Zeit bei Rousseau, findet sich die These, dass eine Gesellschaft aus einem Vertrag zwischen Einzelnen und dem Staat erfolgt. Der Einzelne ist bereit, die Gesetze des Staates zu befolgen, und der Staat übernimmt dafür die Aufgabe, die Gesetze zu schützen und so ein Maximum an Freiheit zu gewährleisten. Wenn wir jedoch die Freiheit besässen, uns beispielsweise gegenseitig totzuschliessen, dann bliebe für mindestens einen von uns wahrscheinlich nicht viel

Freiheit übrig. Das führt zu dem paradoxen Schluss, dass einige Einschränkungen durch Gesetze die durchschnittliche Freiheit des Einzelnen vergrössern. Ungenügende Gesetze führen zu Anarchie, überbordende zu Tyrannei. Im Allgemeinen ist das Optimum da, wo jede Handlung, die die Freiheit des anderen beeinträchtigt, verboten ist und jede Handlung, die das nicht tut, selbst wenn sie einem selbst schadet, zugelassen ist. Wenn ein Bürger verantwortlich sein soll, so muss er über die Handlungen frei entscheiden können, die ihm selbst Schaden zufügen (für seine Verantwortung anderen gegenüber sorgt das Gesetz), sonst ist er kein verantwortlicher Bürger. Eine Gesellschaft mit optimaler Freiheit überlässt also die Selbstverneinung und das Sichgehenlassen dem verantwortlichen Bürger.

Diese Zurückhaltung, nicht in das Privatleben des anderen einzugreifen (und seinen eigenen Massstab auf die Handlungen anderer zu verwenden, die keinem Schaden ausser ihm selbst zufügen) ist ziemlich neu in der Geschichte. So ist es beispielsweise wenig bekannt, dass ein Gesetz in Alabama aus dem Jahre 1809 es verbot, beim ehelichen Liebesakt eine andere Stellung zu benutzen, als die "missionarische", das heisst die Frau in Rückenlage unten, der Mann in Bauchlage obenauf. Abgesehen von der absurden Unmöglichkeit, ein derartiges Gesetz durchzusetzen, hat ein steter Rückzug von solchen Einbrüchen in die Privatsphäre stattgefunden, wobei das Prinzip der "wechselseitigen Einwilligung unter Erwachsenen im Privatbereich" sich immer stärker durchgesetzt hat, so dass Homosexualität, Prostitution etc. und sogar das äusserste an Selbstzerstörung, der Selbstmord, entkriminalisiert worden sind. Beobachter in Holland sind der Meinung, dass das ganze Drogenproblem nur durch den Einbruch des öffentlichen Rechtes in das private Laster zustande gekommen ist. Wenn einer sein Leben verschwenden möchte, indem er sich bei sich zuhause an Opium oder Alkohol oder sonst etwas berauscht, so soll er. Aber wenn er dann nach draussen geht und dabei im Vollrausch die Freiheiten anderer Leute gefährdet und ganz besonders, wenn er in diesem Zustand Auto fährt, dann soll er das volle Wucht des Gesetzes zu spüren bekommen. So gesehen sollte man einem Dieb keine Juwelen schenken, denn der Dieb hat kein Recht, anderen ihre Freiheit, Juwelen zu tragen, zu nehmen.

Alkoholikern geben wir durch den Ausschank in Kneipen bereits Alkohol. Hier sollte eine Kontrolle stattfinden. Eine Prohibition wäre jedoch ein Schritt zurück. Wenn sie zum Beispiel ein Alkoholiker im Chicago der 30er Jahre wären und gerade das Portemonnaie ihrer Grossmutter gestohlen hätten, um ein Schlückchen dreckigen, gepantschten Methylalkohol zu einem schwindelerregenden Preis von Herrn Capone zu kaufen, dann hätte ich ein gutes Gewissen dabei, Ihnen ein Glas vom besten Scotch-Whiskey zu verschreiben. Ähnlich wird von einigen Organisationen von Prostituierten behauptet, dass wenn sie ihr Gewerbe ordentlich organisieren könnten, sie unzulänglichen und inkompetenten Männern wirkliche Hilfe leisten könnten. Damit würden sie dazu beitragen, die Zahl

der Sexualverbrechen zu mindern, und sie könnten möglicherweise einige solcher Verbrecher 'behandeln' und rehabilitieren oder umerziehen. Es ist egal, wie absurd einige dieser Gedanken sich ansehen, ein empirischer Versuch kann auf keinen Fall schaden und könnte eine günstige Wirkung haben.

Zwischen 1870 und 1960 wurden in England Drogen kontrolliert an Drogengebraucher verschrieben. Dass dieses System funktionierte, ist historisch nachzuweisen. Prohibition in den Vereinigten Staaten und seit 1960 auch in England ging mit einem alarmierenden Anstieg im Drogenkonsum einher und je mehr Geld zur Durchsetzung der Prohibition aufgewendet wurde, desto mehr wuchs der Konsum.

Frage 5: Fliessen die Drogen nicht sowieso allesamt in den Schwarzmarkt?

Wo war der Schwarzmarkt im Jahre 1950? Wo gibt es heute einen Schwarzmarkt für Alkohol? Grösserer legaler Nachschub verhindert Umstände, die den Schwarzmarkt fördern. Erstaunlicher- und auch paradoxerweise lässt im allgemeinen ein leichter Anstieg im Angebot (das heisst durch Rationierung), für diejenigen, die ohnehin Drogen nehmen, die generelle Verfügbarkeit von Drogen **zurückgehen**, und damit sinkt dann auch der gesamte Konsum einer Gesellschaft. Natürlich würde eine allzu lockere Kontrolle nur zur Rückkehr in Hogarths Zeiten führen. Dies ist momentan in Bezug auf Alkohol leider der Fall.

In den Ambulatorien für Drogenabhängige in der Mersey-Region findet eine enge Zusammenarbeit mit der örtlichen Drogenpolizei statt, um ein Durchsickern zu verhindern. Das Personal in den Ambulatorien behält sich das Recht vor, der Polizei alle kriminellen Handlungen zu melden. In der Praxis sieht das so aus, dass das Borgen und Verleihen von Drogen unter den Süchtigen im Ambulatorium zumeist ignoriert wird, dass es aber absolut verboten ist, Leuten ausserhalb etwas zu verkaufen. Das Personal des Ambulatoriums bittet dann die Drogenpolizei, Patienten zu überwachen, von denen es annimmt, dass sie das Personal hintergehen. Dieses System scheint gut zu funktionieren. Polizei und Personal sind von seiner Wirksamkeit überzeugt. Einige Patienten sind nach einem solchen Austausch von Informationen strafrechtlich verfolgt worden, jedoch bei Tausenden von Patienten hat es bisher weniger als ein Dutzend solcher Fälle gegeben.

Marjot hat (aufgrund der Statistiken über den durchschnittlichen Verbrauch von Patienten und der gemeldeten Fälle) geschätzt, dass jährlich mindestens 5000 kg illegales Heroin konsumiert werden., Die jährlich Menge von verordnetem Heroin und Methadon beläuft sich auf 50 kg, so dass selbst wenn alles davon in den Schwarzmarkt durchsickert, das viel

grössere Problem des illegalen Heroins dadurch kaum berührt wird.

Dennoch haben wir in Liverpool die Drogenpolizei gebeten, bei allen verhafteten Drogenkonsumenten festzustellen, ob sie vom Ambulatorium verordnete Drogen bei sich hatten. Jede Woche werden Hunderte festgenommen. Die Überprüfung wurde sechs Monate lang durchgeführt, und am Ende konnte der Polizeichef Deary nicht einen einzigen Fall nennen, bei dem ein Drogensüchtiger unrechtmässig Drogen vom Ambulatorium mit sich führte (Protokoll 153, LDDC, 10.6.87). Ohne Zweifel sickern manchmal welche durch, aber nicht in grossen Mengen. Ein kleiner Bruchteil aus 50kg ist in 5000kg ein winziger Tropfen im Ozean des illegalen Heroins.

John A. Marks, Facharzt für Psychiatrie
Chapel Street Clinic
Widnes
Merseyside WA8 7RE
England
Tel. 051/ 424 2156
Übersetzung: U. Haeckel
Redaktionelle Bearbeitung:
R.B. Haemmig
Sozialpsychiatrische Klinik Bern
c/o Stiftung Contact Bern
Monbijoustr. 70
CH-3007 Bern
Tel. 031/ 45 02 07
September 1990

LiteraturlisteFrage 1

Lancet Editorial	Management of Drug Addicts. Lancet i 1068 - 1069, 1987
Vaillant G.E.	Dent Memorial Lecture, Centennial Symposium of the Society for the Study of Addiction. London Audio-Stat, 1984
Sobell L. & Sobell M.	Natural Recovery from Alcohol Problems. in: Heather N, Miller W & Greely J: Self Control and the Addictive Behaviours. Proceedings of ICTAB-5. Pergamon, Sydney 1990
Stimson G V & Oppenheimer E	Heroin Addiction. Tavistock London, 1982
Schneider W.	Zur Frage von Ausstiegschancen und Selbstheilung bei Opiatabhängigkeit. Suchtgefahren 34:472-490, 1988
Willis J.H.P.	Prescription of Controlled Drugs to Addicts. Br Med J 287:500, 1983

Frage 2

Parker H. & Newcombe R.	Heroin Use and Acquisitive Crime in an English Community. Br J Sociol, 38:331-350, 1987
Fazey C.S.J.	The Evaluation of Liverpool Drug Dependency Clinic. Mersey RHA, 1988
Johnston B.	Scottish Office rules behind needle scheme closure. Druglink, 3(1):17, 1988
Bewley T.	An Introduction to Drug Dependence. Br J Hosp Med, August 150 - 161, 1970
Prochaska JO; DiClemente CC	Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol, Jun 51(3):390-395, 1983

Frage 3

Ministerium für Gemeinwohl, Gesundheit und Kultur, Niederlande	Informationen über die Niederlande. Drogenpolitik. p 2, Fact Sheet-19-D-1985
Maynard A. & Wagstaff A.	Economic Aspects of the Illicit Drug Market and Drug Enforcement Policies in the UK. HMSO 1988
Havelock Ellis	Mescal: A New Artificial Paradise Contemporary Review 73:130-141, 1898
Willis J.H.P.	Addicts. Pitman p 151, 1973

Frage 4

Levin Bernard	No Smoke... The Times 22.12.1983
Levin Bernard	...Without Fire. The Times 20.1.1984

Frage 5

Palombella A.	Annual Report, Widnes Drug Clinic, Halton Health Authority, 1990
Westermeyer J.	The Pro-Heroin Effects of Anti-Opium Laws in Asia. Arch Gen Psychiatry 33:1135-1139, 1976