

Mit dem Rücken an der Wand

Scheerer, Sebastian

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Scheerer, S. (1985). Mit dem Rücken an der Wand. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 9(3), 35-49. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-209338>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

MIT DEM RÜCKEN AN DER WAND

SEBASTIAN SCHEERER

Alle Heroinpolitik verfolgt zunächst einmal zwei Ziele: die Eindämmung der Verfügbarkeit bzw. des Verbrauchs insgesamt und Hilfe für die Abhängigen. In der Bundesrepublik übertreibt man allerdings die Betonung des ersten und erzielt damit durchaus auch kontraproduktive Effekte. Im Umgang mit den Süchtigen, dort also, wo die Betonung des Hilfsaspekts ihren legitimen Platz hätte, geht man überaus rigide vor. Die Grundidee entspricht dem "Friß-oder-Stirb"-Gedanken, nur daß es hier statt ums Fressen um Abstinenz geht: wer nicht abstinert wird, soll sterben. Das klingt übertrieben: schließlich steht ja nicht die Todesstrafe auf Drogenkonsum. Wir brauchen uns aber nur vorzustellen, was einen Menschen erwartet, der in der Bundesrepublik als Heroingebraucher leben will: wenn er es nicht verheimlicht, wird er schon von der Schule bzw. aus der Lehre geworfen, an ein Studium ist eh nicht zu denken. Er ist zur Beschaffung der Droge auf den Schwarzmarkt angewiesen, wo er mit drei Risiken konfrontiert wird: mit verunreinigtem Heroin (und entsprechenden Spritzen), mit einem Wucherpreis, der ihn tendenziell dazu nötigt, die Illegalität zu seinem Hauptlebensfeld zu machen, und mit der Polizei, die ihn wiederholt aufgreifen, vor Gericht, in Zwangstherapie und ins Gefängnis bringen wird. Es sind diese drei Bedingungen, die die Sterblichkeitsrate bei Süchtigen so exorbitant werden lassen (zur Mortalitätsrate vgl. Platt & Labate 1982, 31-36). Der Tod der Süchtigen wird mit der Begründung in Kauf genommen, daß es erstens jedem freistehe, sich in eine drogenfreie Behandlung zu begeben, und daß es zweitens nur mit Hilfe eines künstlich geschaffenen Leidensdrucks möglich sei, therapieunwillige bzw. nicht einsichtsfähige Süchtige zu einer Heilbehandlung zu bewegen und zugleich eine abschreckende Wirkung auf die von der Droge noch nicht affizierte, aber potentiell verführbare Jugend auszuüben. Die letzte Rechtfertigung liegt noch hinter diesen Gründen im unbeirrten Glauben an die Gefährlichkeit der Opiate für den menschlichen Organismus. Wer Heroin nimmt, so die verbreitete Vorstellung, stirbt an der D r o g e . Ob nach einem Monat oder nach ein paar Jahren, ist pure Glückssache. Vor dem Hintergrund dieses Glaubens nehmen sich die Verfolgungsmaßnahmen samt Zwangstherapie, Gefängnisstrafen und Verelendungsstrategien allesamt relativ harmlos aus.

1. Die herkömmliche Sichtweise

Die bekannten Psychiater Kielholz und Ladewig schrieben über die Folgen der Opiatabhängigkeit:

"Die Haut wird schlaff, trocken, gelblich fahl bis weiß-grau, die Pupillen eng, Blutdruck und Puls sind niedrig. Obstipation und Durchfall wechseln ab. Die Reflexe sind herabgesetzt, Libido, Potenz und Menses erlöschen langsam. Die Kranken sind oft derart abgemagert, daß sie an eine Anorexia nervosa erinnern und ein starres, maskenhaftes Gesicht aufweisen." Längere Abhängigkeit, so dieselben Autoren, führe "zur Verflachung der Gesinnung, Schwächung des Gewissens, Abstumpfung des Pflicht-, Takt- und Verantwortungsgefühls, Einengung der Interessen und zunehmender Egozentrität. Die charakterliche Entkernung manifestiert sich immer deutlicher in Unzuverlässigkeit, Unaufrichtigkeit und Verlogenheit. Der moralische Halt, die Selbstkritik und das Gefühl für soziale Verpflichtungen schwinden. Die Aktivität der Betroffenen erschöpft sich in der Beschaffung der Pharmaka. Auch bei differenzierten Menschen kann schließlich eine schwere Verwahrlosung eintreten" (1972, 39 f).

Doch der psychiatrische Blick interpretiert nur deshalb die Erscheinung des verwehrten Opiatabhängigen als wesenhaft mit dem Gebrauch der Substanz verbunden, weil ihm das Instrumentarium zum Erkennen gesellschaftlicher Verhältnisse abgeht. Was aus einer bestimmten Politik gegenüber einer Droge und ihren Gebrauchern resultiert, erscheint dem Psychiater als unumgängliche Wirksamkeit der Substanz selbst. Der Individualisierung folgt deshalb notwendig die Verdinglichung der sozialen Zusammenhänge. Deshalb gerät dem schulmedizinischen Blick zur Beschreibung der Verhältnisse, unter denen diskriminierte Abhängige leben müssen, was dem Bewußtsein des Mediziners als sachliche Diagnose der Abhängigkeit vom Morphintyp erscheint. Er nimmt die s o z i a l e n Auswirkungen der Verfolgung für die p h a r m a k o l o g i s c h e n Wirkungen der Droge.

Nun ist deswegen nicht alles falsch, was über die pharmakologischen Wirkungen des Opiatkonsums gesagt wurde. Tatsächlich wirkt die Injektion zum Beispiel von 20 Milligramm Heroin wie ein Hammer: in Sekunden erreicht eine Heroinspitzenkonzentration von bis zu 40 Mikrogramm pro Milliliter Blut das Gehirn und andere Organe. Mit dem venösen Blut wird Heroin durch die rechte Herzkammer und die Lungen, dann durch die linke Herzkammer gejagt und von dort im arteriellen Blut in die empfindlichen Gewebe gepumpt. Indem die Droge schnell aus dem Blutkreislauf entfernt wird, wird das Zentrale Nervensystem für den nächsten "Schuß" empfänglich. Ähnlich wie bei Alkoholikern, die Schnäpse kippen, Rauchern, die tiefe Lungenzüge machen, und Tablettenabhängigen, die sich ihr Präparat nach Möglichkeit spritzen, liegt bei Heroifixern in dem Erleben einer schnell steigenden Konzentration der Droge ein erhebliches Lustgefühl.

Die Entwicklung einer körperlichen Abhängigkeit erfolgt bei Heroin in der Regel wesentlich früher als z.B. bei Barbituraten, wenngleich entgegen landläufigen Vorstellungen der jahrelange nicht-süchtige Konsum unter entsprechenden sozialen Bedingungen durchaus im Bereich des Möglichen liegt: zu denken ist hier insbesondere an Marzahns Darstellung von "Drogenkultur" (1983) und an Hardings (1981) Untersuchung über nicht-süchtige Heroingebräucher in den USA.

Realitätsgehalt können auch die Entzugsschmerzen der Süchtigen beanspruchen. Sie sind freilich nicht zu verwechseln mit dem oft schauspielernden Verhalten mancher Abhängiger im erzwungenen Entzug. Jerome Jaffe, eine der großen Autoritäten auf diesem Gebiet, trifft die nützliche Unterscheidung zwischen "zielgerichtetem" und "nicht-zielgerichtetem" bzw. "absichtsvollem" und "absichtslosem" Verhalten. Während das erstere stark vom Beobachter und der Umgebung abhängig sei und darauf abziele, mehr Drogen zu erhalten, sei das letztere relativ unabhängig vom Beobachter und nicht zielorientiert. Das absichtsvolle Verhalten während des Entzugs bestehe aus Bitten und Forderungen, Manipulationen und Simulationen und sei so vielfältig wie die Phantasie der betreffenden Population. Anders ist es mit absichtslosen Symptomen wie Tränen- und Nasenfluß, Gähnen und Schwitzen, die 8 bis 12 Stunden nach der letzten Dosis auftreten und häufig von einem ruhelosen, von Hin- und Herwälzen begleiteten, "Yen" genannten und oft Stunden dauernden Schlaf abgelöst werden, aus dem der Süchtige unruhiger und elender erwacht, als er vorher war. Mit vergrößerten Pupillen, Anorexia, Gänsehaut, Zittern und einem völlig verstörten und verängstigten Zustand erreichen die Entzugssymptome laut Jaffe ihren Höhepunkt nach 48 bis 72 Stunden. Schwindelgefühl und Erbrechen sowie häufig Depressionen, dazu die Unfähigkeit, flüssige oder feste Nahrung zu sich zu nehmen, schwächen den Allgemeinzustand und stören die Basen-Säuren-Balance im Körperhaushalt, wobei es gelegentlich zu Herz-Kreislauf-Zusammenbrüchen kommen kann. Bis zum völligen Verschwinden der Entzugserscheinungen dauert es 7 bis 10 Tage (Jaffe 1980, 547 f).

Dies sind freilich Verallgemeinerungen, die Süchtige mit einer für die USA üblichen Suchtkarriere und Heroindosis betreffen. Wer, wie z.B. frisch Operierte im Krankenhaus, nur über einige Tage und dann noch ohne sein Wissen, Morphinum erhält, wird oft gar nicht erst physisch abhängig bzw. oft auch "ausschleichend", d.h., mit kontinuierlich abnehmenden Dosierungen "entzogen". Auch bei Szene-Fixern, die nur intermittierend an Heroin bzw. nur an extrem verschnittene Packs mit geringem Substanzanteil kommen, werden die Entzugsschmerzen oft geringer sein. Für viele ist der Entzug mit einer mittleren Grippeerkrankung zu vergleichen, für wenige vielleicht sogar mit einer einfachen Erkältung. Dennoch

sollte man diesen Aspekt nicht verallgemeinern, wie das z.B. unter deutschen Psychiatern und insbesondere unter den Leitern der "harten" Drogenentzugsstationen üblich ist. Untersuchungen, die an hoch selektiven Gruppen von Heroingebrauchern durchgeführt werden, gleichzeitig aber die Dauer der Abhängigkeit und die Höhe der Dosierung vor dem Entzug verschweigen (und in Deutschland zur Legitimation des harten Entzugs vertrieben werden), sind kaum geeignet, um der Wahrheit über den Entzug näherzukommen (vgl. Benos 1979). Speziell bei hochdosierten Fixern können die absichtslosen Entzugs-Verhaltensweisen wirkliches Leid der Betroffenen signalisieren, über das verantwortliche Mediziner nicht (wie hierzulande) cool hinwegsehen dürften: "In wenigen Stunden sind mehrere Bettücher durchgeschwitzt. Hinzu kommen Depressionen, Schwäche, Übelkeit, Magen- und Darmkrämpfe sowie Muskelzuckungen, Schüttelfrost, Durchfall und Erbrechen. Spritzten die Süchtigen sehr konzentrierte Dosierungen, dann können sich Herz- und Kreislaufversagen mit Bewußtlosigkeit einstellen" (Reifarh 1980, 5). Oft ist es weniger die Suche nach dem Lustgefühl als die Flucht vor den Entzugsschmerzen, die den Abhängigen tagaus tagein hinter dem nächsten "Pack" herjagen läßt.

2. Drogenwirkung vs. Diskriminierungswirkung

Dennoch ist die Vorstellung, daß die Droge Heroin gefährlicher sei als z.B. Kaffee oder Alkohol, einfach nicht richtig: die Verfügbarkeit der Droge für den Abhängigen und damit die Vermeidung der Entzugsschmerzen vorausgesetzt, führt der Konsum von Heroin von sich aus weder zu Leber- noch zu sonstigen Organschäden oder zu einem frühen Tod.

Es ist vielfach beschrieben worden, daß die Morphinisten "alten Typs", die abhängigen Ärzte zumal, meist wesentlich höhere Dosierungen ihres Opiats spritzten als die heutigen Fixer und daß sie dennoch weder Verwahrlosungs- noch Krankheitserscheinungen zeigten, weder unter Gewichtsverlust litten noch an "Überdosierungen" starben oder sonstwie eine verringerte Lebenserwartung hatten. Lang ist auch die Liste hochgeachteter Chirurgen, Rechtsanwälte und Parlamentarier, von denen man bis zu ihrem Tode nicht wußte, daß sie, die ihre Tätigkeit in vorbildlicher Weise ausübten, während ihres gesamten aktiven Lebens täglich erhebliche Dosen Morphinium spritzten (Brecher u.a. 1972, 33 ff). Weder die von Kielholz und Ladewig beschriebene Abmagerung noch das "starre, maskenhafte Gesicht" noch die "Abstumpfung des Pflicht-, Takt- und Verantwortungsgefühls" sind also substanzbedingte Folgen der Opiat-abhängigkeit. Dasselbe gilt für Leberschäden (Platt & Labate 1982, 32 f) und

andere angeblich von der Droge selbst stammende Organschädigungen:

"es gibt zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine wissenschaftlich abgesicherten Beweise dafür, daß der regelmäßige Konsum von Opium, Morphin oder Heroin die Gesundheit eines Individuums irreparabel schädigt, wenn der Konsument bei jeder Einnahme der Droge diejenigen Sicherheitsvorschriften beachtet, die nach dem derzeitigen Stand klinischer Kenntnisse unumgänglich sind, um Infektionen oder andere Krankheiten zu vermeiden, die durch die Art der Einnahme der Drogen hervorgerufen werden könnten. Der Opiatabhängige, der sich auf legalem Wege eine ihm adäquate Menge von Drogen beschaffen kann und der dafür die Mittel hat, kleidet sich gewöhnlich ordentlich, ißt regelmäßig und bewältigt seine sozialen und beruflichen Verpflichtungen erfolgreich. Normalerweise ist er gesund und leidet kaum unter Beeinträchtigungen; im allgemeinen kann man ihn nicht von anderen Menschen unterscheiden" (Jerome Jaffe, zit.n. Vogt 1975, 15 f).

Wenn selbst der jahrelange Konsum von Heroin nicht automatisch ausschließt, daß der Konsument sich einer guten Gesundheit erfreut, dann bedarf das Erscheinungsbild der ausgemergelten, pickligen, von Zahnverfall, Hepatitis und anderen Krankheiten gezeichneten Fixer in unseren Großstädten einer anderen, einer sozialen Erklärung, die nicht an der Droge, sondern an der Diskriminierung der Droge und ihrer Konsumenten anknüpft. Die Diskriminierung der Droge und ihrer Gebraucher sind allerdings zusammen zu betrachten: die Parole "Krieg dem Rauschgift" gilt in der Praxis den Menschen auf der Szene.

3. Heroinpreis

Heroinverbot und Heroinverfolgung führen zur Entstehung eines illegalen internationalen Transportsystems, dessen Aufrechterhaltung und Sicherung gegen Entdeckung enorme Summen verschlingt und schon deshalb den Preis für das (unreine und unkontrollierte) Endprodukt in die Höhe treibt. Die Notlage des Süchtigen ausnutzend, können die oligopolistisch organisierten Verteiler Wucherpreise verlangen. Preisberechnungen für 1980/81 rangieren zwischen 120 und 350 DM pro Gramm Straßenheroin, wobei regionale Unterschiede und solche des (angeblich zwischen 5% und 90% schwankenden) Reinheitsgrades mit einer Rolle spielen (Quensel 1982, 318). Es ist leicht ersichtlich, daß ein Fixer, der täglich ein 0,5-Gramm-Briefchen Straßenheroin drückt - von Dosierungen von 2 oder 3 Gramm ganz zu schweigen - in den seltensten Fällen zur legalen und meist nicht einmal zur illegalen Finanzierung seiner Abhängigkeit in der Lage ist. Die Konsequenzen, die sich für ihn aus dem Heroinpreis ergeben, sind erheblich.

Erstens muß er die optimale Wirksamkeit der geringstmöglichen Menge erreichen. Anstatt zu "rauchen" (d.h. inhalieren) oder zu schnupfen, wird er sich das Heroin injizieren. Ein Konsument über die durch den Preis eingeschränkte Wahlmöglichkeit zwischen den Applikationsarten: "Das ist sicherlich Geschmacksache ... aber entscheidend ist, daß ich, wenn ich rauche, statt 'nem Hunderter-

Pack ein Zweihunderter-Pack brauche! Deshalb würde ich, wenn ich mir z.B. jetzt ein Pack gekauft hätte, bestimmt ein paar Stunden durch die Gegend laufen, bis ich eine Spritze aufgetan hätte ... oder würde es mir aufheben, bis die Apotheke aufmacht" (Geveke & Wenzel 1984, 34).

An die Spritzen ist jedoch ebenfalls nicht leicht heranzukommen. Die gutgemeinte Weigerung vieler Apotheker, den Abhängigen Einwegspritzen zu verkaufen, bewahrt diese jedoch nicht vor dem Drogenkonsum, sondern verunmöglicht im Gegenteil eine den Anforderungen der Hygiene entsprechende Applikation. Eine von Thomas Bewley u.a. durchgeführte Befragung von 50 Londoner Süchtigen über ihre Techniken der Selbstinjektion macht dies deutlich. 11 Patienten bewahrten Spritzen lose in ihren Taschen auf oder wickelten sie in Toilettenpapier. Einige bewahrten ihr Besteck in speziellen Behältern auf, und Einwegspritzen wurden oft in Plastikhüllen aufbewahrt. Nadeln wurden lose aufbewahrt, in den Spritzen, in Kästen oder (in 3 Fällen) in dem Saumaufschlag eines Mantels. 27 Befragte lösten ihr Heroin in kaltem Leitungswasser auf. 18 bewahrten Wasser regelrecht in Flaschen für über zwei Tage auf und warfen es erst weg, wenn es zu trübe wurde. Als Grund für diese Praxis gaben sie an, daß steriles Wasser für sie zu teuer sei. Heroin wurde auch in Methyl-Amphetamin-Lösung aufgelöst. 15 hatten manchmal Heroin in Wasser gelöst, das sie aus Toilettenschüsseln genommen hatten. 22 lösten Heroin durch Schütteln und nur 6 lösten es richtig durch Kochen auf. Was die Spritzen angeht: 33 Konsumenten benutzten Einwegspritzen, und keiner gebrauchte sie nur einmal. 13 gebrauchten sie, bis sie stumpf und unbrauchbar waren, und die anderen bis zu einer Woche lang (wobei sie sich 2 bis 6 mal täglich eine Dosis injizierten). 9 von diesen hatten in der letzten Zeit unbrauchbare benutzt. 3 benutzten umgebaute Augentropfer und 14 Nylon- oder Glasspritzen, die für Wochen oder Monate in Gebrauch blieben, bis sie zuletzt zerbrachen oder verloren gingen. 30 Heroinabhängige benutzten Einweg-Nadeln, aber keiner gebrauchte sie nur einmal. Einige schärften abgestumpfte Nadeln an einem Küchenabfluß oder an Treppen. Gespült wurden Spritzen nur vor dem Gebrauch, wenn erkennbarer Schmutz vorhanden oder Blutklumpen darin waren (6 hatten manchmal intravenös alte Blutklumpen injiziert). Ein Patient gab an, er injiziere "mehr Tabak und Asche als Heroin" (zit.n. Geveke & Wenzel 1984, 31 f).

Zweitens bewirkt der hohe Heroinpreis, daß der Abhängige mit großer Wahrscheinlichkeit seine ganze Aktivität auf die Geld- und Heroinbeschaffung konzentriert, dabei auch den Weiterverkauf von Heroin sowie Prostitution und Delinquenz in Betracht ziehen muß. Neben der Aufnahme von Krediten sind die häufigsten Arten der Geldbeschaffung nach Keup (1984, 79) das Dealen, Einbruch und Laden-

diebstahl, Prostitution sowie Betrug und alle Formen des Raubes. Gelingt ihm die Geld- und Drogenbeschaffung, ist er mangels qualitätskontrollierten Heroins (häufig mit Zucker, Strychnin, Zement, Mehl usw. verschnitten) erheblichen Risiken ausgesetzt: die Injektion kann wegen unsauberer Nadeln zu Gelbsucht, wegen unbekanntem Reinheitsgrades zu ungewollt hoher Dosierung und wegen der Zusatzstoffe zu akuten Vergiftungen führen.

Paradoxerweise spielt der hohe Heroinpreis auch eine Rolle in den Fällen des sog. Oberdosis-Todes. "Sogenannt", weil wirkliche Todesfälle aufgrund von Oberdosis extrem selten sind, und weil Injektionen von solchen Heroinmengen, die nach klinischer Erfahrung tödlich wirken, auf der Szene so gut wie nie vorkommen dürften. Die lethale Dosis liegt bei Nichtsüchtigen, die noch keine Toleranz entwickeln konnten, wesentlich niedriger als bei Süchtigen. Auf der Basis von Tierversuchen wurde für nichtsüchtige Menschen eine tödliche Dosis bei 500 Milligramm (d.h. 50 Straßen-"Packs", alle in einer Injektion verabreicht) errechnet. Bei Vorliegen einer Opiat-Toleranz würde sich die Grenze sogar noch weiter nach oben verschieben. Dem entsprechen Erfahrungen, nach denen Süchtige sich die 40fache Menge der üblichen New Yorker Dosis - also eine gewaltige Menge reinen Opiats - injizierten, ohne daß ihnen auch nur schlecht wurde. Bei anderen bewirkte die sechs-, sieben- oder neunfache Menge ihrer üblichen Dosis lediglich "unbedeutende Veränderungen des Pulses, der Atemfrequenz, des Elektrokardiogramms, weiterhin chemische Veränderungen des Blutes und Verhaltensänderungen", wobei sich die Süchtigen "noch nicht einmal schläfrig oder träge" fühlen (vgl. Brecher u.a. 1972, 101 ff). Der hohe Heroinpreis und die unregelmäßige Versorgung der meisten Heroinabhängigen mit dieser Substanz nötigt jedoch zur Suche nach schmerzlindernden Oberbrückungsdrogen, wozu sich insbesondere Alkohol und Barbiturate eignen. Beide wirken sedierend auf das Atemzentrum im Gehirn. Die unregelmäßige Versorgung mit Heroin bringt es mit sich, daß viele Fixer unter Alkohol- und/oder Barbiturateinfluß stehen, wenn sie an ihr nächstes Heroinpäckchen kommen. Drücken sie sich die Heroindosis noch unter dem Einfluß dieser Downers, potenziert sich die sedierende Wirkung, und es kann zu einer Lähmung des Atemzentrums kommen. Der Abhängige wird ohnmächtig, und wenn keine Hilfe kommt, kann er nach einer bis zwölf Stunden sterben. Der Eintritt des Todes kann allerdings schnellstens durch die Verabreichung eines wirksamen Gegenmittels, wie z.B. Nalorphin (Nallin), verhindert werden, so daß ein solcher Tod kaum je einzutreten brauchte - wäre da nicht die Angst, welche die Fixer heute zur Injektion isoliert an die unzugänglichsten Orte und hinter verschlossene Toilettentüren treibt, wo sie im Drogennotfall meist erst bemerkt werden, wenn es zu spät ist. 1982 zählte das Bundeskriminalamt 383, 1983 be-

reits wieder 472 "Drogentote"; rund die Hälfte davon starb nach Ansicht der Polizei aufgrund einer "Oberdosis", ein Großteil der anderen, verfolgt, beging Selbstmord.

4. Ein Fiasko

Angesichts der Anstrengungen, die von allen Seiten unternommen werden, um Drogenabhängige in Beratungs- und Behandlungseinrichtungen zu locken und - unter Androhung langer Gefängnisstrafen - zu zwingen, angesichts auch der unbestreitbaren und den Süchtigen wohlbekanntesten Risiken des Lebens auf der illegalen Szene erscheint es dem Außenstehenden oft unverständlich, daß die modellhafte Vorstellung, die hinter der deutschen Drogenpolitik steht, sich in der Realität als so ganz und gar unwirksam herausgestellt hat: seit dem Ende der sechziger Jahre hat die Polizei in jedem Jahr mehr Rauschgiftdelikte festgestellt und Tatverdächtige erwischt (waren es 1968 noch unter 2.000, so waren es fünf Jahre später schon mehr als 24.000, zehn Jahre später fast 40.000 und 1983 schon über 63.000 - in keinem anderen Deliktsbereich ist eine solche Steigerungsrates seit der Staatsgründung zu verzeichnen gewesen). Offenbar nimmt also der Drogenkonsum trotz der harten Verfolgungspolitik nicht ab, sondern zu. Dafür sprechen auch die Heroinbeschlagnahmungen: 1968 war es gerade ein Gramm, nach fünf Jahren 15, nach zehn Jahren 187 und im Jahre 1982 mehr als 200 Kilogramm (vgl. Keup 1984, 63, 85). Selbst die Polizei geht nicht davon aus, daß diese Zahlen einen steigenden Aufklärungserfolg bedeuten, sondern nimmt an, daß sie mehr oder minder kontinuierlich ca. 5% des in der BRD insgesamt konsumierten Stoffes sicherstellt, ohne den Nachschub wirksam beeinträchtigen zu können. Die Therapiezone bietet ebenfalls nicht den von den Politikern erwarteten und gelegentlich auch immer noch dargestellten Anblick. Für geschätzte 30.000 bis 90.000 Heroinabhängige bietet das deutsche System rund 2.000 Plätze in stationären Langzeittherapien an, die - wie der heftige Konkurrenzkampf um justitielle und finanzielle Quoten und Zuweisungen, aber auch die eine oder andere Modifikation im Behandlungskonzept, die die Therapien von ihrem Ruf der Inhumanität befreien sollen, zeigen - trotz ihrer vergleichsweise geringen Anzahl und trotz ihrer Einfügung in das System der Zwangstherapie keineswegs immer gut belegt sind. Belege über Therapieerfolge sind ebenso unbekannt wie Untersuchungen über Todesfälle in der oder unmittelbar nach der Therapie. Ob die Zwangstherapie überhaupt mehr Abstinenzserfolge zuwege bringt, als sich über den Weg des "maturing out", der "Selbstheilung" sowieso ergeben würden, ist unklar (vgl. Bossong 1983, Braun & Gekeler 1983). Die Alltagserfahrung spricht eher dagegen. Angesichts eines in der Praxis fehlgeschlagenen Versuchs, das deutsche Modell der

"harten Linie" zum Erfolg zu führen und die Süchtigen in die geordneten Verhältnisse zurückzuzwingen, wäre es an der Zeit, die Kosten der Prinzipientreue zu überdenken.

5. Autonome Drogenkultur

Bei akkulturierten Drogen erscheint es trivial, daß der Umgang mit Drogen erlernbar ist und Menschen damit umgehen können, wenn ihr Drogengebrauch nicht sozial ausgegrenzt, sondern integrierter Bestandteil einer gemeinen Drogenkultur ist, die ihrerseits wieder fest in der Lebensweise der Menschen wurzelt (vgl. Marzahn 1983; Schwamb 1984).

In jeder Familie gibt es (ähnliche) Regeln darüber, bis zu welchem Alter die Kinder von Kaffee, Bier und anderen Alltagsdrogen ferngehalten, und ab wann sie an sie herangelassen werden. In jüngeren Familien wird es mit Cannabis ähnlich sein, auch wenn die Initiation in der Regel über Gleichaltrigengruppen erfolgt.

Im Hinblick auf die geächteten Drogen tut der Staat, was er kann, um die Denkbarkeit einer autonomen Drogenkultur mittels "Aufklärungskampagnen" und Abschreckpädagogik schon im Keim zu ersticken (vgl. Quensel 1980). Doch gilt, wie man nicht nur in den traditionellen asiatischen Gesellschaften (Meo) sieht, für den Opiatgebrauch nichts anderes: auch das hedonistische, das Rauscherlebnis bedarf der inneren Ordnung und eines klar umgrenzten Ortes, der den Drogengebrauch nicht aus dem Raum und der Zeit hinaustabuisiert, sondern in einen Zusammenhang zur normalen Identität und zur dominierenden Wirklichkeit stellt. In einem solchen Zusammenhang, wo der Drogengebrauch nicht solipsistisch auf der Toilette, sondern als soziales Ereignis unter Kundigen und nicht fremdbestimmt durch staatliches Verbot oder ökonomisch-werbemäßige Verführung, sondern autonom nach erfahrungsgelernten, selbstgesetzten Regeln erfolgt, wird der rechte Gebrauch mehr Schaden verhüten und Lust ermöglichen als die finstere Verfolgungspolitik der Gegenwart. Diese andernorts ausgeführten Elemente einer gemeinen Drogenkultur (Marzahn 1983, Schwamb 1984) erscheinen dem, der sich auch in Gedanken nicht von der jetzigen Wirklichkeit lösen kann, unrealistisch und in bezug auf Industriegesellschaften unmöglich. Interessanterweise finden sie jedoch empirische Evidenz ausgerechnet im Herzen der kapitalistischen Entwicklung. In den USA haben Harding und Zinberg (Harding 1981) überraschenderweise viele Heroingebräucher gefunden, die sich trotz regelmäßigen Konsums vor dem Süchtigwerden mittels solcher autonomer Regeln bewahrten. Heute schätzt man, daß rund 40% der Heroinkonsumenten in den USA dies dauerhaft, aber "kontrolliert"

- also ohne die weithin für typisch gehaltenen Merkmale der Sucht, des Kontrollverlustes und der durch Geldmangel, soziale Achtung und formale Repression beschleunigten Verelendung - tun. Die Regeln, die sie sich geben, ähneln den Alltagsnormen, die in ihrer Gesellschaft für die anderen Genußmittel existieren und ebenfalls dem Zweck dienen, ungewollte Nebenfolgen des Genusses zu vermeiden. Bei fast allen kontrollierten Gebrauchern fanden sich Regeln, mit denen sie ihre Arbeitsfähigkeit bewahren wollten ("Nie am Sonntagabend") bzw. in erster Linie das Süchtigwerden vermieden ("Nie an zwei aufeinanderfolgenden Tagen"). Um sich vor schlechten Erfahrungen zu schützen, legten die meisten Wert darauf, ihren Konsum immer nur in einer bestimmten sozialen und räumlichen Umgebung ("Immer nur mit meinen Freunden", "wo es gemütlich ist, wo man Zeit hat") durchzuführen. Durch diese und ähnliche Regeln werden auch Vorsichtsmaßnahmen vor oder nach dem Gebrauch verinnerlicht und zu anderen wichtigen Dingen im Leben in die rechte Beziehung gesetzt ("Immer nur dann, wenn ich für das Kind einen Babysitter habe").

6. Drogenpolitik als Kulturvernichtung

Die Entwicklung autonomer sozialer Kontrollen wird von den Kontrollstrategien des Staates mehr als behindert. Markt und Repression zermahlen Ansätze dazu förmlich zwischen ihren Fingern: der enorm hohe Preis der Droge zwingt in Verbindung mit dem Verbot irgendeiner legalen Tätigkeit für Heroinabhängige diesen die Prostitution und den strafbaren Gelderwerb förmlich auf; eine wichtige Voraussetzung der Drogenkultur, die Möglichkeit, der Droge den ihr zukommenden Platz neben anderen Aktivitäten, Prioritäten und Erfordernissen autonomer Lebensgestaltung zuzuweisen, wird damit schon strukturell sabotiert. In der Anfangsphase der Szene konnten die Konsumenten sich vor den negativen Folgen der gesellschaftlichen Diskriminierung durch eine erhöhte Gruppen-Solidarität, durch gegenseitige Hilfe, Vertrauen und Informationsaustausch retten. Seither hat aber die verdeckte polizeiliche Penetration der Szene eine vernichtende Dissolidarisierung bewirkt: jeder muß vor jedem in der ständigen Furcht vor Verrat leben. Der wichtigste Hebel der Polizei ist die in den letzten Jahren immer wieder erhöhte Strafandrohung, von der auch der einfache Fixer betroffen ist (von 1970 bis 1982 schnellte die Höchststrafe für Drogen-delikte von drei auf 15 Jahre).

Im Jahr 1983 hat die Polizei mit 63.742 "Rauschgiftdelikten" mehr Straftaten in diesem Bereich gezählt als je zuvor. In 23.670 Fällen wurde den Betroffenen illegaler Handel und/oder Schmuggel angelastet. Hinter diesen enormen Zahlen

verbirgt sich oft undramatisches Verhalten. Zum Beispiel Tausende von Cannabisfällen, von denen 90% Mengen von weniger als 30 Gramm betreffen und die nicht selten mit einer Verfahrenseinstellung enden. "Handel und Schmuggel" sind vor allem als Vorwand für Razzien, Hausdurchsuchungen, Abhöraktionen und andere Eingriffe in die Bürgerrechte für die Polizei von Interesse. Da ist es praktisch, daß das Gesetz so weit gefaßt ist, daß jeder Konsument, sofern er überhaupt nur im Verdacht steht, auch mal Stoff weiterzuverkaufen, als Händler, jeder Cannabisraucher, der sich von einer Urlaubsreise nach Amsterdam ein Päckchen Cannabis mitbringt, als Schmuggler betrachtet wird. Selbst eine vom Bundeskriminalamt publizierte Studie geht davon aus, daß die Quote von "ernsthaften" Handels- und Schmuggelfällen "weit unter 10% der in der polizeilichen Kriminalstatistik angegebenen", mithin eher bei vielleicht 2-3% statt bei 30-40% liegt (Kreuzer u.a. 1981, 322 f).

Die Kronzeugenregelung des Gesetzes von 1982 verspricht dem reuigen Täter Strafmilderung. In der Praxis zahlt sich vor allem die sogenannte Lebensbeichte schon deswegen nicht aus, weil in deren Verlauf eine solche Menge von Straftaten des Geständigen auftaucht, daß selbst die "Milderung" noch zu einer höheren Strafe führt, als dies im "Normalfall" zu erwarten gewesen wäre. Auf der Szene jedoch führt die Praxis in Verbindung mit der Anstiftung zu Straftaten durch polizeiliche Lockspitzel zum Verlust der zweiten Voraussetzung von autonomer Drogenkultur: der vertrauensvollen Geselligkeit, die zugleich auch Hilfe im Notfall und Vermeidung von ungewollten Nebenfolgen bedeutet. Der Fixer, der mit seiner ungesäuberten, vielgebrauchten Einmalspritze auf die Toilette eines Hauptbahnhofs schleicht, benommen von Downers, mit denen er seine Entzugsschmerzen bis zum Erhalt der nächsten Heroindosis überbrückt, die Tür hinter sich schließt, nach der Injektion ins Koma fällt und Stunden später tot aufgefunden wird, ist das Produkt auch des tiefsitzenden Mißtrauens der Fixer untereinander, der Angst vor Lockspitzeln, späteren Kronzeugen und Razzien der meist polizeibekannteren Privatwohnungen, in denen sich solche Unfälle vermeiden ließen.

Die Hauptfolgen der Verfolgung sind also auf der Szene zu erkennen. Umrahmt wird die Politik des "Hör auf oder stirb" durch die Versuche zur Zwanganpassung in Beratung und Behandlung, daneben auch - trotz der offiziellen Therapie-statt-Strafe-Rhetorik - durch die Gefängnisse. Die "Vollzugslösung" des neuen Drogengesetzes hat den unvorhergesehenen Effekt gehabt, daß heute mehr Fixer im Gefängnis sitzen als vorher, weil weniger Strafen auf Bewährung ausgesetzt, andererseits aber vielfach von Fixern wider Erwarten keine Anträge auf Übersiedlung in die Therapie gestellt oder aber von den zuständigen Behörden ab-

gelehnt werden. Viele werden zudem durch Rückrechnung ihres Konsums oder als "Händler" zu so hohen Strafen verurteilt, daß für sie sogar die Zwangsbehandlung in Langzeittherapien für Jahre ausscheidet. Wenn gegenwärtig die Gefängnisse in der Bundesrepublik so gefüllt sind wie schon lange nicht, und wenn überall Neubaupläne gewälzt werden, dann hat das u.a. den Grund, daß seit 1976 bundesweit ein Rückgang der Haftstrafen (gemessen an verhängten Jahren) bei Vermögens- und Eigentumsdelikten und nur eine geringe Zunahme der Strafen (um 11,75%) bei Aggressionsdelikten, im Bereich der Drogendelikte aber eine Steigerung um 182,29% zu verzeichnen war! Für das Bundesland Hessen bedeutet das, daß heute mehr Haftjahre gegen Drogentäter als gegen Aggressions- oder Vermögenstäter verhängt werden. Wäre die Mehrbelastung für die hessischen Strafanstalten wegen der Aggressions-Verurteilungen nach Angaben des Ministers "unschwer zu verkraften" gewesen, so bedeutete die Steigerung um 13.338 zu verbüßende Monate Freiheitsstrafe bei Drogentätern (oder 741 Haftjahren, Entlassung nach 2/3 eingerechnet, von 1976 bis 1981) vor allem eines: den Zwang, neue Gefängnisse zu bauen. Nicht nur ihre Opfer, auch ihre Sachzwänge schafft sich die bundesdeutsche Drogenpolitik wie von selbst.

LITERATUR:

- BENOS, J.: Das Entzugssyndrom in der Selbstbeurteilung des Heroinsüchtigen. Suchtgefahren Heft 2/1979, 79 ff
- BRAUN, K.-H. & GEKELER, G.: Psychische Verelendung, Heroinabhängigkeit, Subjektentwicklung. Köln 1983
- BRECHER, E.M., u.a.: Licit and illicit drugs. Boston 1972
- BOSSONG, H.: Zur Reichweite und Effizienz von Drogenhilfen. In: BOSSONG, H., MARZAHN, C., SCHEERER, S. (Hg.): Sucht und Ordnung. Frankfurt 1983
- GEVEKE, H. & WENZEL, R.: Heroin-Überdosis-Tod. Kassel 1984 (Broschüre. Kirchweg 77, 35 KS)
- HARDING, W.M.: Kontrollierter Heroingenuß - ein Widerspruch ... In: VÖLGER, G. & von WELCK, K. (Hg.): Rausch und Realität. Köln 1981, 694 ff
- JAFFE, J.: Drug Addiction and Drug Abuse. In: GOODMAN & GILMAN's 'The Pharmacological Basis of Therapeutics'. New York, Toronto, London 1980, 535 ff
- KEUP, W.: Zahlen zur Gefährdung durch Drogen und Medikamente. Jahrbuch zur Frage der Suchtgefahren. Hamburg 1984, 62 ff
- KIELHOLZ, P. & LADEWIG, D.: Die Abhängigkeit von Drogen. München 1972
- KREUZER, A., u.a.: Drogenabhängigkeit und Kontrolle. Wiesbaden (BKA-Forschungsreihe Bd. 14) 1981
- MARZAHN, C.: Plädoyer für eine gemeine Drogenkultur. In: BECK, J., u.a. (Hg.): Das Recht auf Ungezogenheit. Reinbek 1983, 105 ff
- PLATT, J. & LABATE, C.: Heroinsucht. Darmstadt 1982

QUENSEL, S.: Unsere Einstellung zur Droge. Kriminologisches Journal 12, 1980, 1 ff

QUENSEL, S.: Drogenelend. Frankfurt 1982

REIFARTH, K.: Für Heroin bin ich zu allem bereit. Hörfunksendung im HR v. 9.9.80, Ms. S. 5

SCHLENDER, J. & KAPLAN, C.: Die veränderte Heroinszene: Wissenschaftliches Konzept und resultierende politische Konsequenz. Kriminologisches Journal 12, 1980, 35 f

SCHWAMB, L.: Drogenkultur und Disziplin. Junkiebund-Informationen (Sondernummer Drogenpolitik, Drogenkultur und Gesundheit) Okt. 1984, 21 ff

VOGT, I.: Drogenpolitik. Frankfurt, New York 1975

Sebastian Scheerer
Kiesstr. 7
6000 Frankfurt 90

WIENER ZEITSCHRIFT FÜR SUCHTFORSCHUNG

Herausgegeben von:

Alfred Springer,
Ludwig Boltzmann-Institut
für Suchtforschung, Wien,
und
Rudolf Mader,
Anton Proksch-Institut/
Stiftung Genesungsheim
Kalksburg, Wien.

Es handelt sich um eine wissenschaftliche, in viertel-
jährlichen Abständen erscheinende Publikation. Zur Dar-
stellung gebracht werden Ergebnisse zur interdisziplinä-
ren Forschung über Gebrauch und Abhängigkeit von psycho-
tropen Substanzen sowie über Theorie und Praxis der Behand-
lung der Suchtkrankheit.

Preis: Jahres-Abonnement öS 280,—/DM 40,—/Sfr. 40.—
Einzelheft öS 80,—/ DM 12,—/ Sfr. 12,—

Es besteht die Möglichkeit, rückwirkend ab der 1. Ausgabe
des 1. Jahrganges 1977/78 die Zeitschrift zu beziehen.

Medieninhaber (Verleger): Ludwig Boltzmann-Institut für Suchtforschung
und
Anton Proksch-Institut/Stiftung Genesungsheim Kalksburg
A - 1237 W I E N, Mackgasse 7 - 9