

Daten und Fakten zur Drogenpolitik um die Jahrtausendwende

Drogenstatistiken einmal genauer betrachtet

Eine Auswertung und Zusammenstellung

von

Hans Cousto

Herausgeber:

Eve & Rave e.V. Berlin

Die Analyse *„Daten und Fakten zur Drogenpolitik um die Jahrtausendwende – Drogenstatistiken einmal genauer betrachtet“* wurde im Frühjahr 2000 für die interne Fortbildung der MitarbeiterInnen von Eve & Rave e.V. Berlin verfaßt. In den drei Abschnitten *„Spritzenaustausch“*, *„Fixerstuben“* und *„Heroinabgabe“* werden Interventionsstrategien zur Schadensminderung für Drogengebraucher, die Opiate intravenös applizieren, dargestellt. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf die stetige Behinderung der Drogenhilfe durch fundamentalistische konservative Politiker gerichtet. Vor allem durch die Verhinderung von Spritzenaustauschprogrammen in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde der Verbreitung von AIDS und Hepatitis C Vorschub geleistet. Viele Todesfälle sind auf diese Verhinderungspolitik zurückzuführen. Durch die Verhinderung der Einrichtung von Fixerstuben sind viele Opiatabhängige genötigt, ihren Konsum alleine in ihrer Wohnung zu tätigen. Bei einer Überdosierung mit der Folge einer Atemdepression kann niemand helfend einwirken – eine Tatsache, die nicht selten zum Tod des Opiatkonsumenten führt. Verhinderungspolitik ist tödlich, vernünftige Interventionsstrategien begünstigen hingegen Gesundheit und ein langes Leben.

Inhaltsverzeichnis

Spritzenaustausch

Zürich: Drogenrealität und Drogenpolitik	3
Schweiz: Entwicklung der Anzahl der AIDS-Fälle und „Drogentoten“	4
AIDS-Fälle (Erkrankungen) in der Schweiz – Anteile drogeninjizierender Personen	5
Schweiz: Spritzenaustauschprogramme als Interventionsstrategie	6
Schweiz: Spritzenaustausch in Haftanstalten	7
Schweiz: Effizienz der Spritzenaustauschprogramme	8
Deutschland: AIDS-Fälle von Heroingebern in ausgewählten Städten	9
Frankfurt am Main: Vorreiter in der Gesundheitsförderung	11
Deutschland: Hohes Infektionsrisiko im Strafvollzug	12
Hannover: Spritzen in allen Haftanstalten?	12
USA: Letal statt legal	13
Global: Kostenlose Ausgabe von Spritzen senkt HIV-Risiko	15
Amsterdam: Strategie der Kooperation mit den Drogengebern	15

Fixerstuben

Schweiz: Fixerstuben haben eine lange Tradition	19
Frankfurt am Main: Fixerstuben haben sich bewährt	20
Frankfurter Resolution	23
Hamburg: Treibsand im Triebwerk der Hilfswerke	25
Hamburg: Ausgeschrieben – abgeschrieben	26
Berlin bleibt hart: Absage an Fixerräume	30
Bremen: Hartnäckig gegen Fixerstuben	34
Bayern: Zuviel Ideologie, zuwenig Kompetenz	37
Fixerstübli – ein Dialektwort aus der Schweiz bürgert sich in Deutschland ein	42
Pro und Kontra Fixerstübli – eine drogenpolitische Zonengrenze teilt Deutschland	43
Das NEIN des Souveräns zu „Jugend ohne Drogen“ in der Schweiz:	
Ein anregender Impuls für die Heroin-Abgabe-Debatte in Deutschland	45
Gesellschaftsidee, Staatsideologie und das Individuum	46

Heroinabgabe

Ausgangsstoffe und pharmakologische Substanzkunde: Opium – Laudanum – Mekonium	47
Morphium und die Erfindung der Injektionsspritze	48
Codein – Dihydrocodein (DHC)	49
Heroin – Diacetylmorphin	50
Methadon – Levomethadon (L-Polamidon)	52
Substitution mit Ersatzstoffen – Substitution mit Methadon	53
Substitution und Beikonsum: Symptom der Krankheit oder Delikt?	55
Substitution mit Codein und Dihydrocodein	56
Beikonsum von Benzodiazepinen	60
Originalstoffvergabe (Heroinabgabe) – Gründe für eine kontrollierte Heroinabgabe	66
Erwartungen an die Heroinvergabe seitens der Opiatabhängigen	66
Gewünschte Begleitmaßnahmen zur Heroinvergabe seitens der Opiatabhängigen	67
Begründete Aufnahmekriterien in Projekte der Heroinvergabe aus Sicht der Opiatabhängigen	68
Ansprechpartner für eine Aufnahme in Heroinprogramme aus Sicht der Opiatabhängigen	68
Schweizer Heroinabgabeprojekte – Ausgangssituation	69
Leitmotiv	69
Ziele der ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln (Originalstoffen)	70
Gesetzliche Grundlagen	70
Beschreibung des Versuchsplans	71
Bewilligungen	72
Aufnahmeverfahren	72
Übersicht über die verschiedenen Versuche der ersten Reihe	72

Interventionsstrategien

Spritzenaustausch

Zürich: Drogenrealität und Drogenpolitik

Im Widerspruch zu jeder Vernunft durften in Zürich bis September 1986 keine Spritzen an Heroinabhängige abgegeben werden. Im Jahr 1985 drohte der damals noch amtierende Kantonsarzt *Gonzague Kistler*, unterstützt vom kantonalen Gesundheitsdirektor *Peter Wiederkehr*, Ärzten und Apothekern mit „*patentrechtlichen Maßnahmen bis hin zum Bewilligungsentzug*“, falls sie sich nicht an das Verbot der Spritzenabgabe halten würden. Erst im September 1986 änderte der Zürcher Regierungsrat die Heilmittelverordnung und gab den Spritzenverkauf frei.¹

Schon lange vor dem Aufkommen von AIDS war bekannt, daß durch den Gebrauch von unsterilen und verunreinigten Spritzen tödliche Infektionskrankheiten wie Hepatitis C sehr leicht übertragen werden können, doch erst AIDS hat die Tragweite der Problematik des absurden Verbotes der Spritzenabgabe in das Bewußtsein der Öffentlichkeit gerufen. Noch heute löst die Weigerung des Zürcher Kantonsarztes Mitte der achtziger Jahre, die Spritzen zur AIDS-Prävention freizugeben, Wut und Ärger aus. Seine Argumente gegen die Spritzen waren die Argumente der Drogenprohibition: mit dieser Maßnahme setze man „*falsche Zeichen*“ und Leute würden durch die Erhältlichkeit von Spritzen zum Drogenkonsum aufgefordert. Diese Argumente wirken, beachtet man die günstige Entwicklung auf die Verbreitung von HIV durch Spritzenaustauschprogramme, zynisch. Glücklicherweise wurde die Politik geändert.²

Vom Standpunkt der Ethik aus betrachtet war das Verhalten des Kantonsarztes *Gonzague Kistler* und des kantonalen Gesundheitsdirektors *Peter Wiederkehr* in jeder Beziehung inakzeptabel und vom medizinischen Standpunkt aus stand es im krassen Widerspruch zur ärztlichen Verpflichtung, Gesundheit zu fördern und Leben zu erhalten. Vom sozialen und gesellschaftspolitischen Standpunkt aus betrachtet kann so ein uneinsichtiges Verhalten nur als kriminell bezeichnet werden, denn wohl niemand in der Schweiz hat billigend so viele Menschenleben aufgrund eines abstrakten Abstinenzparadigmas geopfert wie diese fundamentalistischen Amtspersonen.

Im Oktober 1984 betrug der Anteil intravenös drogenkonsumierender Personen an der Gesamtzahl der gemeldeten AIDS-Erkrankungen in Europa gerade einmal 2% aller Fälle. Nach einem Jahr, im Oktober 1985 betrug dieser Anteil bereits 8%. Innerhalb eines Jahres wuchs dieser Anteil um 6% an. Die Schweiz hatte Mitte der achtziger Jahre die höchste Häufigkeitszahl an AIDS-Erkrankungen in Europa zu verzeichnen. Mit 11,8 Fällen pro Million Einwohner lag die Schweiz im Herbst 1985 vor Dänemark (11,2) und Frankreich (8,5).³ Ein Jahr später, im Herbst 1986 hatte die Schweiz mit 21,2 Fällen pro Million Einwohner wiederum den höchsten Wert aller Staaten Europas. Die Gründe für diesen hohen Wert seien nicht bekannt, meldete das Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG) in Bern.⁴ In Zürich erkannten jedoch mehr als 300 Ärzte die Gründe für die rasche Ausbreitung von AIDS in der Schweiz. Nachdem der Regierungsrat des Kantons Zürich sich hinter den Kantonsarzt stellte und eine Aufsichtsbeschwerde gegen ihn ablehnten, unterzeichneten sie 1985 eine Erklärung, wonach sie auch weiterhin Spritzen abgeben würden.⁵ Engagiert für die ethischen Grundsätze der Ärzteschaft und mit Zivilcourage setzten sie sich über das Verbot hinweg und gaben weiterhin sterile Spritzen an Fixer ab und retteten so vielen von ihnen das Leben.

Erst im September 1986 änderte der Regierungsrat die Heilmittelverordnung und gab den Spritzenverkauf frei. Eine prohibitive Maßnahme wie das Verbot der Spritzenabgabe führt unweigerlich zu einer Schadensmaximierung mit unabsehbaren Schäden für betroffene Individuen und die Gesellschaft.

¹ B. Kraushaar, E. Lieberherr: Drogenland in Mafiahand – Entwicklung, Kommentar und Materialien zur Drogensituation in der Schweiz, Zürich 1996.

² J. Estermann: Auswirkungen der Drogenrepression – Einleitung, in: J. Estermann: Auswirkungen der Drogenrepression. Illegale Drogen: Konsum, Handel, Markt und Prohibition, Berlin und Luzern 1997, S. 14 f.

³ WHO collaborating centre on AIDS: AIDS surveillance in Europe, Report n° 7, Paris 1985, S. 2 ff.

⁴ o.A.: AP: Schweiz mit höchster AIDS-Rate, Basler Zeitung Nr. 257 vom 3.11.1986.

⁵ B. Kraushaar: Chronologie eines verlorenen Kampfes am Beispiel Zürich, in: Offizielle Zeitung zum 3. Nationalen Antiprohibitionstag 1996, Zürich 1996, S. 7.

Schweiz: Entwicklung der Anzahl der AIDS-Fälle und „Drogentoten“

Schweiz: Daten, Fakten und Zahlen

AIDS-Todesfälle von drogeninjizierende Personen

	1985	xx	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Schweiz	13	xx	122	158	155	260	187	318	152	196

AIDS-Todesfälle insgesamt

	1985	xx	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Schweiz	32	xx	301	372	447	585	620	686	647	450

% -Anteil von drogeninjizierenden Personen an den AIDS-Todesfällen insgesamt

	1985	xx	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
%-Anteil	41	xx	41	42	35	44	30	46	23	44

AIDS-Todesfälle von drogeninjizierenden Personen (IV-AIDS-Tote) und "Drogentote"

	1985	xx	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
IV-AIDS-Tote	13	xx	122	158	155	260	187	318	152	196
Drogentote	120	xx	248	281	405	419	353	399	361	312
Summe	133	xx	370	439	560	679	540	717	513	508

Häufigkeitszahlen von IV-AIDS-Toten und sogenannten "Drogentoten"

	1985	xx	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Häufigkeit	1,9	xx	5,3	6,3	8,0	9,7	7,7	10,2	7,3	7,3

Quelle der Daten und Zahlen: (1985): WHO collaborating centre on AIDS: AIDS surveillance in Europe, Report n° 7, Paris 1985, S. 2 ff.

(1989 - 1996): Bundesamt für Gesundheit (1999), in: BAG Bulletin Nr. 9 vom 22.02.1999; vgl.: BAG: AIDS und HIV in der Schweiz – Epidemiologische Situation Ende 1998, Bern 1999; (1997 - 1999): BAG: Eckdaten zur Epidemie von AIDS und HIV in der Schweiz bis Ende 1998 (Meldungen berücksichtigt bis 30.06.1999), Bern 2000. Anmerkung: Der Rückgang der Sterbefälle seit 1995 steht mit der Anwendung hochwirksamer antiretroviraler Kombinationstherapien im Zusammenhang.

Die Zahl der AIDS bedingten Todesfälle von drogeninjizierenden Personen hat sich innerhalb von fünf Jahren mehr als verzehnfacht. 1985 wurden 13 Fälle registriert, 1990 waren es 158. Bis 1994 mußte eine zunehmende Tendenz festgestellt werden, danach setzte glücklicherweise ein Abwärtstrend ein. Mit Sicherheit wären es weniger Opfer gewesen, hätte man in Zürich eher auf den Rat der Ärzte gehört und schon früher das Abgabeverbot für sterile Spritzen an Fixer aufgehoben.

Die Übertragung von Viren über unsteriles Spritzbesteck ist ein vermeidbarer Infektionsweg. Stetiger Gebrauch steriler Spritzen mindert die Wahrscheinlichkeit einer Infektion bei der intravenösen Applikation gegen Null. Allein in den Jahren 1989 bis 1996 hätte durch vernünftiges Handeln in der ersten Hälfte der achtziger Jahre das frühzeitige (vorzeitige) Ableben von mehr als 1.400 Menschen zu großen Teilen vermieden werden können. Anders ausgedrückt: etwa 40 Prozent der „AIDS-Toten“ in der ersten Hälfte der neunziger Jahre waren in der Schweiz gemäß Ursachenprinzip „Prohibitionstote“.

AIDS-Fälle (Erkrankungen) in der Schweiz – Anteile drogeninjizierender Personen

AIDS-Fälle (Erkrankungen) in der Schweiz

	<1989	xx	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Schweiz	699	xx	453	456	612	643	672	711	736	543

AIDS-Fälle (Erkrankungen) von drogeninjizierenden Personen in der Schweiz

	<1989	xx	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Schweiz	195	xx	178	183	254	250	286	291	295	220

% -Anteil von drogeninjizierenden Personen an den AIDS-Fällen (Erkrankungen)

	<1989	xx	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
%-Anteil	28	xx	39	40	42	39	43	41	40	41

AIDS-Fälle von männlichen drogeninjizierenden Personen (IV-AIDS) und % -Anteil

	<1989	xx	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
IV-AIDS	129	xx	116	129	167	162	194	193	183	146
AIDS total	578	xx	362	369	467	499	524	534	535	411
%-Anteil	22	xx	32	35	36	32	37	36	34	36

AIDS-Fälle von weiblichen drogeninjizierenden Personen (IV-AIDS) und % -Anteil

	<1989	xx	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
IV-AIDS	66	xx	62	54	87	88	92	98	112	74
AIDS total	121	xx	91	87	145	144	148	177	201	132
%-Anteil	55	xx	68	62	60	61	62	55	56	56

Quelle der Daten und Zahlen: Bundesamt für Gesundheitswesen, Bern (Stand 31.12.1999).

Wegen Meldeverzügen entspricht die Anzahl AIDS-Meldungen pro Jahr nicht der Anzahl neuer AIDS-Fälle (Neudiagnosen) in den entsprechenden Jahren. Die Meldungen eines bestimmten Jahres betreffen auch in früheren Jahren diagnostizierte Fälle. So wurden von den 264 im vergangenen Jahr gemeldeten Fällen 147 (55,7%) auch 1999 diagnostiziert, 66 (25,0%) im Jahr 1998 und die anderen noch früher (zwei im Jahr 1990).

Umgekehrt kann die Anzahl neu diagnostizierter Fälle für die letzten drei bis vier Jahre nur approximativ abgeschätzt werden, weil noch nicht alle Fälle gemeldet worden sind. Beispiel: Die erwähnten 147 Fälle, die letztes Jahr neu diagnostiziert und gemeldet wurden, repräsentieren nur einen Bruchteil der zu erwartenden Meldungen von Neudiagnosen von 1999 (voraussichtlich rund die Hälfte). Im Mittel werden rund 66% der AIDS-Fälle innerhalb eines Jahres nach der Diagnose gemeldet, 80% innerhalb von zwei Jahren, und 86% innerhalb von drei Jahren.

Von den bis Ende 1999 insgesamt gemeldeten 5.196 AIDS-Fällen (Erkrankungen) männlicher Personen in der Schweiz waren 1.742 (33,5%) drogeninjizierend, von den 1.584 gemeldeten Fällen weiblicher Personen waren 879 (55,5%) drogeninjizierend, von allen 6.780 Fällen (männlich und weiblich) waren 2.621 (38,7%) drogeninjizierend. Diese Zahlen veranschaulichen deutlich, daß die Entscheidung von 1985, in Zürich keine sterile Spritzen an Fixer auszuhändigen, eine absolute Fehlentscheidung war.

Schweiz: Spritzenaustauschprogramme als Interventionsstrategie

Durch das Aufkommen von AIDS wurde augenscheinlich, daß die überlieferte Art der Verlautbarungen bezüglich der polizeilich ermittelten Zahlen betreffend „Drogentote“ nicht geeignet ist, ein wahres Bild der Gegebenheiten zu vermitteln. Die drogenbedingte Mortalität, das heißt die Anzahl der sogenannten „Drogentoten“ setzt sich aus der amtlich herausgegebenen Zahl zuzüglich der Zahl der AIDS-Todesfälle von drogeninjizierenden Personen zusammen. Hinzukommen noch die Todesfälle, die von ebenfalls über unsterile Spritzen übertragbaren Krankheiten bedingt sind, wie die Gelbsucht (Hepatitis A, B und C).

Die höchste drogenbedingte Mortalität erlebte die Schweiz 1994 mit über 700 Opfern (AIDS-Todesfälle von drogeninjizierenden Personen und andere „Drogentote“), entsprechend einer Häufigkeitszahl von mehr als 10 pro 100.000 Einwohner. Da die große Mehrheit der sogenannten „Drogentoten“ aufgrund einer Überdosierung gestorben ist, handelt es sich hier auch um vermeidbare Opfer. Durch Drug-Checking als erste Maßnahme lassen sich viele Überdosierungen vermeiden.

Opfer vermeiden oder den Schaden minimieren sollten die neuen Leitmotive der Zürcher Drogenpolitik werden. Der Stadtrat von Zürich beschloß 1987 Schadensminimierung (harm reduction) zum festen Bestandteil der drogenpolitischen Maßnahmen zu küren. Die erste Interventionsstrategie war der Aufbau eines weitverzweigten Netzes mit Möglichkeiten, alte gebrauchte Spritzen gegen neue auszutauschen. So wurde ein Bus als fahrbare „Drogenhilfe“ für (weibliche) drogenabhängige Prostituierte umgerüstet, in dem man auch Spritzen austauschen konnte. Des weiteren wurden ein gutes Duzend niedrigschwellige Anlaufpunkte für Fixer mit Spritzenaustausch und Beratung eingerichtet. Zusätzlich wurden in der Stadt Zürich etwa zwanzig Spritzenautomaten aufgestellt.⁶

Das größte Spritzenaustauschprogramm, ZIPP-AIDS, wurde 1988 in Zürich aufgrund privater Initiative gegründet und im Dezember 1991 vom öffentlichen Gesundheitsdienst übernommen. Die Austauschrate, das heißt die Zahl der abgegebenen gebrauchten Spritzen in Relation zur Zahl der ausgehändigten neuen sterilen Spritzen, lag bei 92%. Somit wurde die Zahl der sorglos weggeworfenen gebrauchten Spritzen in Parks, auf Kinderspielflächen und Hauseingängen durch das ZIPP-AIDS-Programm nicht nur leicht, sondern wesentlich reduziert. Die Infektionsgefahr für spielende Kinder durch Hautverletzungen beim Hantieren mit herumliegenden gebrauchten Spritzen ist dadurch deutlich vermindert worden. ZIPP-AIDS bot nicht nur den Austausch von Spritzen an, sondern auch hygienische Tupfer aus Baumwolle, Salben für die Venen, Kondome und bei Bedarf erste medizinische Hilfe und Impfungen gegen Hepatitis B. Des weiteren wurden die Besucher von ZIPP-AIDS zu Fragen bezüglich „safer sex“, Hygiene und allgemeiner Gesundheitsvorsorge beraten.⁷

Keine zehn Jahre nach dem Beginn des Spritzenaustauschprogrammes wurden in Zürich jährlich Millionen von Spritzen abgegeben (1994 waren es 4,3 Millionen), wobei etwa 90% wirklich ausgetauscht wurden, das heißt, die Fixer haben ihre alten gebrauchten Spritzen wieder abgegeben, so daß sie sachgerecht entsorgt werden konnten. Heute gibt die Stadt Zürich jährlich rund 1,8 Million Spritzen an die Fixer ab. Als weitere Hilfsmaßnahmen zur Gesundheitsvorsorge wurden sechs Fixerstüblen eingerichtet.⁸

In Basel sind 34 Apotheken speziell für den Spritzenaustausch ausgerüstet worden. Des weiteren gibt es mehrere Anlaufstellen mit Beratungs- und Hilfeangebote, wo ebenfalls alte Spritzen gegen neue ausgetauscht werden können. Des weiteren wurden in der Stadt drei Fixerstuben eingerichtet. In Basel werden jährlich 800.000 Spritzen ausgetauscht. Auch in Bern, Luzern, St. Gallen und anderen Städten wurden Spritzenaustauschprogramme als festen Bestandteil des Gesundheitsdienstes eingerichtet.

Die ab 1986 in verschiedenen Städten eingeführten Spritzenaustauschprogramme beeinflussten nachhaltig das Infektionsrisiko, wobei der Anteil der drogenkonsumierenden Personen an der Gesamtzahl aller gemeldeten HIV-positiven Testresultaten von 69,5 Prozent im Jahr 1985 auf 12,7 Prozent im Jahr 1998 zurückgegangen ist.⁹ Alleine durch diese Maßnahme konnte das Infektionsrisiko um mehr als den Faktor fünf reduziert werden.

⁶ ECDP – City Reader, Frankfurt am Main 1997, Dokumentation Zürich: S. 1 f; vgl.: A. Uchtenhagen, F. Gutzwiller, A. Döbler-Mikola: Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Abschlußbericht der Forschungsbeauftragten. Synthesebericht, Zürich 1997.

⁷ R. Hornung, W. Fuchs, K. Alvo, A. Studer, L. Pfister, A. Kress, P. Grob (Hg.: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich): Das Zürcher Interventions-Pilotprojekt gegen AIDS für Drogengefährdete und Drogenabhängige (ZIPP-AIDS). Jahresbericht 1991, Zürich 1992.

⁸ ECDP – City Reader, Frankfurt am Main 1997, Dokumentation Zürich: S. 2; vgl. o.A. (sda): Heroinspritzen nur noch mit Schutzfilter. Stadt Zürich gibt jährlich 1,8 Millionen Spritzen ab, in: NZZ Nr. 174 vom 30.07.1997.

⁹ SFA: Zahlen und Fakten zu Alkohol und andere Drogen, Lausanne 1999, S. 63.

Anfang des vergangenen Jahrzehnts war Zürich ein internationales Zentrum für heroinabhängige Fixer und andere polyvalente Drogengebraucher. Bis 1992 war der Park *Platzspitz*, auch *the needle park* genannt, in unmittelbarer Nähe des Hauptbahnhofs und des Landesmuseums der Treffpunkt der Fixer, bis dieser Park von der Polizei geräumt wurde. In der Folge entwickelte sich auf dem ehemaligen Bahnhof *Letten* Europas größte offene Drogenszene, die am 14. Februar 1995 ebenfalls von der Polizei geräumt und zerschlagen wurde. Bis dahin trafen sich im Bahnhof Letten täglich gut tausend Fixer, um dort ihren Stoff zu kaufen und auch gleich in die Venen zu spritzen. An Wochenenden kamen manchmal mehr als dreitausend Fixer aus der ganzen Schweiz und dem benachbarten Ausland.

Zu Beginn der neunziger Jahre war das Erscheinungsbild des öffentlichen Lebens im ganzen Zentrum von Zürich durch die Drogenszene geprägt. Nicht nur am *Platzspitz* und im Bahnhof *Letten*, sondern im ganzen Stadtzentrum wurden offenkundig Drogen feilgeboten, insbesondere auch Heroin und Kokain. Die über Jahre hinweg bestehende offene Drogenszene hatte jedoch – wider Erwarten – keinen Einfluß auf die Provierbereitschaft und den Konsumbedarf von Heroin und Kokain bei Schülern. Befragungen von 14- bis 16jährigen Schülern in den Jahren 1986 und 1994 zeigten, daß zwar der Anteil der Schüler mit Konsumerfahrung bezüglich Cannabis in der deutschsprachigen Schweiz von 11,7% im Jahr 1986 auf 18,8% im Jahr 1994 um 7,1% markant angestiegen ist, bezüglich Heroin jedoch nur von 0,6% im Jahr 1986 auf 0,7% im Jahr 1994 um 0,1% minimal zugenommen hat. Bei Kokain konnte über diesen Zeitraum sogar eine Abnahme von 1,3% auf 0,9% registriert werden (-0,4%).¹⁰

Seit der Räumung des Bahnhofs *Letten* gibt es in Zürich keine offene (das heißt für Außenstehende sichtbare) Drogenszene mehr. Nach dem Prinzip der Dezentralisation werden ortsfremde Fixer, die sich in der Stadt Zürich herumtreiben, nach einem gesundheitlichen Check und einer medizinischen und psychologischen Betreuung von 24 bis 48 Stunden an ihren „*Wohnort*“ zurückgeschickt.

Schweiz: Spritzenaustausch in Haftanstalten

In der Schweiz setzten sich 1987 die Spritzenabgabe und die Spritzenumtauschprogramme durch und die offenen Drogenszenen wurden von Fachleuten des Gesundheitswesens intensiv betreut. Auf diese Weise konnten viele Drogengebraucher erreicht und mit den nötigen Materialien versorgt werden, um der epidemischen Ausbreitung von AIDS entgegen zu wirken. Die konsequente und stetige Aufklärung über die Infektionswege und die unablässige Motivation zum proaktiven Schutz des eigenen wie des anderen Lebens durch Vorsicht und „*safer use*“ zeigten langfristig positive Ergebnisse. Lag die Erkrankungsrate 1995 in der Schweiz noch bei 102 pro Million Einwohner (735 Fälle), so betrug der entsprechenden Wert für 1997 nunmehr 73 (565 Fälle, -23%).¹¹ Zum Vergleich: 1997 lag die Erkrankungsrate in den Niederlanden bei 27 und in Deutschland bei 16 Fällen pro Million Einwohner. Die AIDS-Hilfen haben in Deutschland eine vortreffliche Arbeit geleistet und so ist heute das Infektionsrisiko in der Bundesrepublik nur etwa halb so groß wie in den Niederlanden und macht gar nur ein Sechstel des Risikos in der Schweiz aus.¹²

Ganz anders ist das Risiko in Haftanstalten. Ein Gefängnisaufenthalt beinhaltet für die Insassen wegen des Tauschs mehrfach benutzter Spritzen und infolge ungeschützter sexueller Kontakte ein massiv erhöhtes Risiko für Infektionskrankheiten. Die Prävalenzen von HIV-Infektionen und von viraler Hepatitis unter Gefangenen erweisen sich als um ein Vielfaches höher als in der Normalbevölkerung und sind auch bei Drogenkonsumenten mit Hafterfahrung signifikant höher als bei solchen ohne Hafterfahrung. Gefängnisse sind alles andere als geschlossene Systeme und stellen langfristig weit über den Kreis der Straffälligen hinausgehend für breitere Bevölkerungsgruppen ein erhöhtes Risiko in gesundheitlicher Hinsicht dar.¹³

Die Anzahl der aufgrund des Betäubungsmittelgesetzes verurteilten Personen im Strafvollzug ist in der Schweiz seit Jahren im steilen begriffen. 1982 waren gerade einmal 615 Personen wegen Betäubungsmitteln im Strafvollzug, 1990 waren es 1.272 und 1996 waren es bereits 1.456, das entspricht einem

¹⁰ Y. Le Gauffrey, D. E. Efonayl-Mader, Y. François, H. Schmid (Hg.: SFA): Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum bei 14- bis 16jährigen Schülern und Schülerinnen in der Schweiz (Forschungsbericht), Lausanne 1995.

¹¹ Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG): AIDS-Statistik (Stand 31.12.1999), Bern 2000.

¹² Robert Koch-Institut (RKI): AIDS/HIV, Quartalsbericht IV/97, Berlin 1998, S. 19.

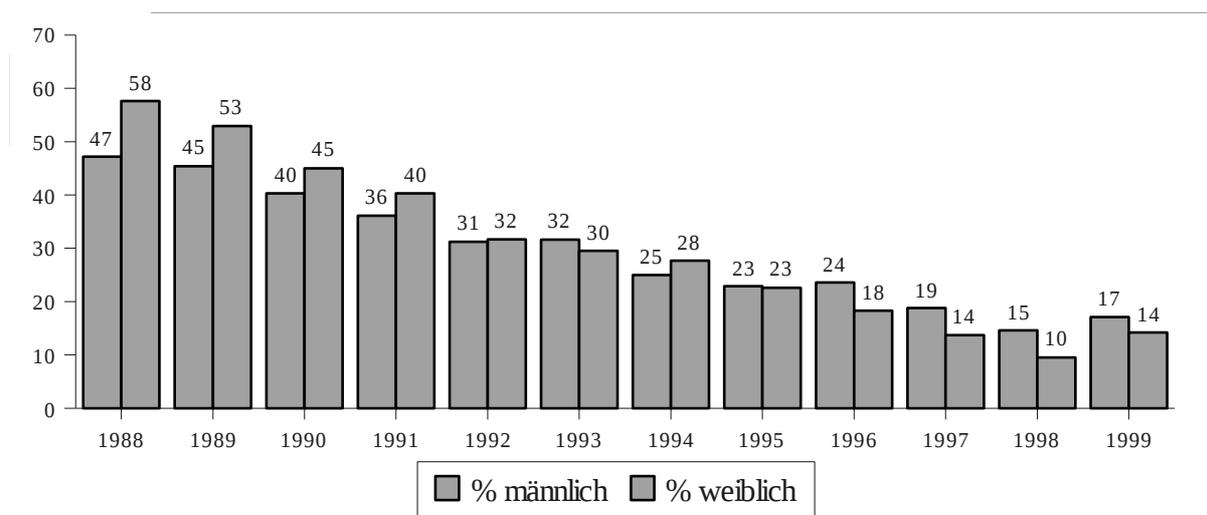
¹³ A. Fuhrer, J. Nelles: Drogen im Strafvollzug, Problematik und Ansätze für einen risikoärmeren Umgang, in: J. Estermann: Auswirkungen der Drogenrepression. Illegale Drogen: Konsum, Handel, Markt und Prohibition, Berlin und Luzern 1997, S. 34 f.; vgl.: BAG und Eidgenössische Kommission für AIDS-Fragen (Hg.): HIV-Prävention in der Schweiz. Ziele, Strategien, Maßnahmen, Bern 1993.

Anteil von 47 Prozent aller Strafgefangenen. Es kann davon ausgegangen werden, daß etwa die Hälfte sich mit dem Hepatitis B Virus, etwa ein Drittel sich mit dem Hepatitis C Virus und etwa zehn Prozent mit HIV infiziert haben.¹⁴ Der Anteil der alkoholabhängigen Insassen wird auf knapp zehn Prozent geschätzt, jener der medikamentenabhängigen Insassen auf etwas über zehn Prozent.¹⁵

Mit dem in der Frauenstrafanstalt Hindelbank 1994 realisierten Pilotprojekt zur Drogen und HIV-Prävention wurde erstmals die *freie* Abgabe steriler Injektionsspritzen und -nadeln (zusammen mit einem Paket präventiver Begleitmaßnahmen) unter den Bedingungen des Strafvollzugs systematisch erprobt und wissenschaftlich untersucht. In der Strafanstalt Oberschöngrün im Kanton Solothurn werden bei Bedarf vom ärztlichen Dienst sterile Injektionsspritzen an drogenkonsumierende Insassen abgegeben. Dieser Service, der seit 1992 besteht, wurde 1995 durch die Möglichkeit ergänzt, unter Aufsicht nach ärztlicher Verschreibung intravenös Heroin zu applizieren. Im Basler Gefängnis Schällemätteli konnten im Rahmen eines Pilotprojektes Insassen bis März 1997 Methadon intravenös applizieren. In der kantonalen Anstalt Realta (Graubünden) werden seit Februar 1997 Spritzen in einem Austauschautomaten abgegeben. Im Kanton Bern wurde, gestützt auf das Betäubungsmittelgesetz, schon seit 1978 kontrolliert Methadon an chronisch Opiatabhängige abgegeben.¹⁶ Inzwischen werden in 74% der vom BAG befragten Haftanstalten (110 von 149) Substitutionsprogramme angeboten.

Schweiz: Effizienz der Spritzenaustauschprogramme

Der über die Jahre hinweg stetig sinkende Anteil der drogeninjizierenden Personen an den durch die Bestätigungslabors gemeldeten positiven HIV-Tests zeigt deutlich die Wirksamkeit und die Effizienz der vor über zehn Jahren eingeleiteten Spritzenaustauschprogramme. Dieser Anteil betrug 1988 mehr als die Hälfte aller positiv gemeldeten HIV-Tests und sank innerhalb von zehn Jahren auf weniger als ein Fünftel.



Quelle: Bundesamt für Gesundheitswesen, Bern (Stand 31.12.1999).

¹⁴ Ebd. S. 39.

¹⁵ T. Karger: Kurzbericht über die Bestandesaufnahme der Hilfs- und Behandlungsangebote für Suchtabhängige in den schweizerischen Straf- und Untersuchungshaftanstalten, Institut für Suchtforschung (IFT), Zürich 1996, S. 15.

¹⁶ Also rund ein Jahrzehnt früher als in Deutschland; zusammenfassend für den Kanton Bern in: F. Tschan, J. Baillod, N. Tüller, A. Seiler: Methadonbehandlungen im Kanton Bern 1979-1989. Schriftenreihe SGGP Nr. 27, Muri bei Bern 1993; zusammenfassend für die Schweiz in: Eidgenössische Betäubungsmittelkommission, Arbeitsgruppe Methadon der Subkommission Drogenfragen: Methadonbericht. Suchtmittelersatz in der Behandlung Heroinabhängiger in der Schweiz, BAG, Bern 1995.

Deutschland: AIDS-Fälle von Heroingebrauchern in ausgewählten Städten

AIDS-Fälle von Heroingebrauchern in Prozenten

	% IVDA	IVDA	Gesamt
Baden-Württemberg			
Stuttgart	24,3%	67	276
Mannheim	22,9%	27	118
Karlsruhe	29,8%	48	161
Freiburg	36,3%	45	124
Heidelberg	17,5%	10	57
Heilbronn	58,1%	36	62
Pforzheim	30,0%	3	10
Ulm	17,0%	8	47
Reutlingen/Tübingen	35,0%	7	20
Bayern			
München	10,9%	171	1.572
Nürnberg/Erlangen	25,8%	54	209
Augsburg	31,9%	23	72
Würzburg	5,4%	2	37
Regensburg	23,8%	5	21
Ingolstadt	11,1%	1	9
Berlin			
Berlin-West	15,2%	499	3.276
Berlin-Ost	14,0%	26	186
Bremen			
Bremen	34,9%	88	252
Hamburg			
Hamburg	9,7%	156	1.606
Hessen			
Frankfurt am Main	14,3%	162	1.135
Wiesbaden	10,6%	17	160
Kassel	25,0%	14	56
Darmstadt	13,0%	7	54
Niedersachsen			
Hannover	17,6%	39	222
Braunschweig	9,1%	4	44
Osnabrück	8,8%	3	34
Oldenburg	15,8%	6	38
Wolfsburg	5,9%	1	17
Göttingen	17,9%	5	28
Salzgitter	25,0%	2	8

Quelle: AIDS/HIV Quartalsbericht IV 1997, RKI AIDS-Zentrum, S. 6 f.
Aufgeführt sind in dieser Zusammenstellung Städte mit mehr als 100.000 Einwohner aus den alten Bundesländern sowie Berlin (unterteilt in Berlin-West und Berlin-Ost).

IVDA ist die Kurzbezeichnung für intravenöse Drogenabhängige. Hierbei handelt es sich in erster Linie um Fixer, die abhängig von Heroin sind.

Der prozentuale Anteil an AIDS-Fällen, der von Heroinabhängigen in einer Stadt gebildet wird, ist unter anderem ein Indiz für das Vorhandensein einer Drogenszene in einer Stadt als auch für das Funktionieren des Drogenhilfesystems in der jeweiligen Stadt. Hierbei ist natürlich aufgrund der langen Inkubationszeit von AIDS zu beachten, daß es sich nur um das Vorhandensein von Drogenszenen, respektive um die Qualität und die Effizienz der jeweiligen Hilfesysteme der Drogenhilfe vor geraumer Zeit handeln kann, spricht vornehmlich in den achtziger Jahren.

Nach Prozentanteilen ergibt sich die folgende Rangfolge:

Heilbronn	58,1%
Hamm	38,6%
Freiburg	36,3%
Reutlingen/ Tübingen	35,0%
Bremen	34,9%
Siegen	34,4%
Augsburg	31,9%
Pforzheim	30,0%
Karlsruhe	29,8%
Nürnberg/Fürth/ Erlangen	25,8%
Kassel	25,0%
Ruhrgeb.-Ost	25,0%
(Dortmund, Bochum, Gelsenkirchen, Herne, Recklinghausen)	
Ruggeb.-West	24,5%
(Duisburg, Moers)	
Salzgitter	25,0%
Stuttgart	24,3%
Regensburg	23,8%
Ruhrgeb.-SO	23,6%
(Hagen, Witten)	
Mannheim	22,9%
Paderborn	22,2%
Bielefeld	21,8%

AIDS-Fälle von Heroingebrauchern in Prozenten

	% IVDA	IVDA	Gesamt
Nordrhein-Westfalen			
Köln	6,6%	56	852
Düsseldorf	7,8%	42	539
Ruhrgebiet West	24,5%	37	151
Ruhrgebiet Mitte	19,1%	67	350
Ruhrgebiet Ost	25,0%	82	328
Ruhrgebiet Süd-Ost	23,6%	17	72
Wuppertal	9,9%	10	101
Bielefeld	21,8%	17	78
Bonn	10,9%	15	137
Mönchengladbach	7,7%	3	39
Münster	10,8%	8	74
Krefeld	12,5%	7	56
Aachen	6,7%	7	105
Hamm	38,6%	22	57
Solingen	10,5%	2	19
Leverkusen	7,7%	2	26
Neuss	0,0%	0	23
Remscheid	0,0%	0	7
Paderborn	22,2%	2	9
Siegen	34,4%	11	32
Bergisch-Gladbach	11,5%	3	26
Rheinland-Palz			
Mainz	15,9%	17	107
Ludwigshafen	17,5%	10	57
Koblenz	8,0%	4	50
Kaiserslautern	14,3%	2	14
Saarland			
Saarbrücken	18,4%	16	87
Schleswig-Holstein			
Kiel	6,3%	6	95

Quelle: AIDS/HIV Quartalsbericht IV 1997, RKI AIDS-Zentrum, S. 7.

Aufgeführt sind in dieser Zusammenstellung Städte mit mehr als 100.000 Einwohner aus den alten Bundesländern sowie Berlin (unterteilt in Berlin-West und Berlin-Ost).

Ballungsgebiete werden als Großräume dargestellt: Nürnberg/Erlangen (inkl. Fürth), Frankfurt am Main (inkl. Offenbach), Ruhrgebiet-West (Duisburg, Moers), Ruhrgebiet-Mitte (Essen, Oberhausen, Mülheim an der Ruhr, Bottrop), Ruhrgebiet-Ost (Dortmund, Bochum, Gelsenkirchen, Heme, Recklinghausen) und Ruhrgebiet-Süd-Ost (Hagen, Witten).

In der letzten Spalte ist die Gesamtzahl der AIDS-Fälle in der betreffenden Stadt angegeben, in der vorletzten Spalte ist die Zahl der intravenös injizierenden Drogengebraucher (IVDA), die an AIDS erkrankten aufgeführt und in der drittletzten Spalte ist der prozentuale Anteil der IVDA-Fälle für jede Stadt angegeben.

Rangfolge der Städte (Fortsetzung):

Ruhrgeb.-Mitte	19,1%
(Essen, Oberhausen, Mülheim an der Ruhr, Bottrop)	
Saarbrücken	18,4%
Göttingen	17,9%
Hannover	17,6%
Heidelberg	17,5%
Ludwigshafen	17,5%
Ulm	17,0%
Mainz	15,9%
Oldenburg	15,8%
Berlin-West	15,2%
Frankfurt	14,3%
Kaiserslautern	14,3%
Berlin-Ost	14,0%
Darmstadt	13,0%
Krefeld	12,5%
Bergisch-Gl.	11,5%
Ingolstadt	11,1%
Bonn	10,9%
München	10,9%
Münster	10,8%
Wiesbaden	10,6%
Solingen	10,5%
Wuppertal	9,9%
Hamburg	9,7%
Braunschweig	9,1%
Osnabrück	8,8%
Lübeck	8,6%
Koblenz	8,0%
Düsseldorf	7,8%
Leverkusen	7,7%
Mönchengladb.	7,7%
Aachen	6,7%
Köln	6,6%
Kiel	6,3%
Würzburg	5,4%
Hildesheim	0,0%
Neuss	0,0%
Remscheid	0,0%

Frankfurt am Main: Vorreiter in der Gesundheitsförderung

Ähnlich wie Zürich in der Schweiz war die Stadt Frankfurt am Main in Deutschland am Ende der achtziger Jahre durch eine große offene Drogenszene gekennzeichnet. Genau wie in Zürich war in Frankfurt eine Parkanlage in der Nähe des Hauptbahnhofs (die Taunusanlage) der Mittelpunkt des Geschehens. Drogenhandel, Drogenkonsum und Beschaffungskriminalität kennzeichneten das Bild dieser Szene.

Genau wie in Zürich wurde der drogenpolitische Paradigmenwechsel im Jahr 1987 mit einem Spritzenaustauschprogramm eingeläutet. Hier wie dort erkannte man, daß dem Spritzenaustausch im Sinne der AIDS-Prävention eine große und zentrale Bedeutung zukommt. Das gegen Ende der achtziger Jahre eingeführte Spritzenaustauschprogramm wurde 1990 stark ausgeweitet. Für die offene Drogenszene in der Taunusanlage wurde im Sommer 1991 das mobile Spritzenaustauschprojekt SAP gestartet. Auch nach der Auflösung der offenen Szene in der Taunusanlage im November 1992 konnte der Spritzenaustausch durch die Mitarbeiter von SAP im Bahnhofsviertel in vollem Umfang sichergestellt werden. SAP hat im Jahr 1994 knapp zwei Millionen Nadeln und Spritzen ausgetauscht, 25% mehr als 1993. SAP ist ein Projekt des 1986 gegründeten Vereins *integrative drogenhilfe e.V.*¹⁷ Die Spritzenvergabe ist durch die Einbeziehung der Apotheken, des mobilen Spritzenaustauschs im Bahnhofsviertel und durch ein entsprechendes Angebot an den Übernachtungsplätzen erheblich differenziert und erweitert worden und damit wahrscheinlich auch effektiver für die AIDS-Prävention.

Frankfurt hatte im Jahr 1991 mit 147¹⁸ „Drogentoten“ (entsprechend einer Häufigkeitszahl von 22,5 pro 100.000 Einwohner) eine ebenso hohe Belastung zu verkraften wie Zürich im gleichen Jahr. Hingegen konnte Frankfurt im Jahr 1997 eine erfreulich niedrige Anzahl von nur 22 „Drogentoten“ (entsprechend einer Häufigkeitszahl von 3,4) registrieren.

Anfang der neunziger Jahre hatte man in Frankfurt am Main damit begonnen, eine grundlegende Wende in der Drogenpolitik einzuleiten. Grundgedanke der neuen Leitlinien war, daß der Versuch der Eliminierung von Drogen und Drogengebrauch aus unserem Kulturkreis gescheitert war. Alle wahrnehmbaren Anzeichen deuteten ganz klar darauf hin, daß wir auch in Zukunft mit Drogen und Drogengebern leben werden. Statt diese Tatsache zu verdrängen oder zu verleugnen, müssen Bedingungen geschaffen werden, die es ermöglichen, im Umgang mit der Drogenfrage in größtmöglichem Umfang Risiken zu verringern, Schaden zu begrenzen und Leid zu reduzieren. Die konsequente Umsetzung dieser neuen Leitlinien führte zu einem durchschlagenden Erfolg. Keine andere Stadt in Deutschland, in der es eine offene Drogenszene gab, konnte die Zahl der „Drogentoten“ so signifikant (um mehr als das Sechsfache) innerhalb von sechs Jahren reduzieren.

In Frankfurt am Main wurden ab 1994 mehrere Fixerstuben (Gesundheitsräume, auch Druckräume genannt) eingerichtet. Durch die systematische Förderung der ambulanten wie auch der stationären Methadonsubstitution können derzeit weit über tausend Personen medizinisch und psychologisch betreut werden. Die konsequente Umsetzung von Maßnahmen zur Schadensminderung im Bereich der niedrigschwelligen Drogenhilfe führte zu einer markanten Senkung der HIV-Prävalenz bei den Heroinabhängigen im Rhein-Main-Gebiet, wie die folgende Tabelle zeigt.

HIV-Prävalenz in Prozent von verstorbenen Drogenabhängigen im Rhein-Main-Gebiet

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Prävalenz	62%	21%	30%	16%	18%	19%	17%	15%	14%	12%

Quelle: Zentrum für Rechtsmedizin der J. W. Goethe – Universität, Frankfurt am Main, 1996.

¹⁷ Integrative Drogenhilfe e.V.: Annual Report 1994, Frankfurt 1995, S. 17.

¹⁸ Die Zahl 147 für das Jahr 1991 ist dem Bericht „Drogenpolitik in Frankfurt am Main, Jahresbericht 1.1.1995-30.06.1996“ des Drogenreferates der Stadt Frankfurt am Main entnommen. Auch in anderen offiziellen Publikationen der Stadt Frankfurt am Main erscheint an dieser Stelle die Zahl 147. In den Berichten des Bundeskriminalamtes (BKA) erscheint jeweils für das Jahr 1991 die Zahl 183.

Deutschland: Hohes Infektionsrisiko im Strafvollzug

Zu Beginn der neunziger Jahre lag die HIV-Prävalenz der intravenös injizierenden Drogengebraucher mit Hafterfahrung in Deutschland bei 26%, bei denen ohne Hafterfahrung bei 10%. So muß davon ausgegangen werden, daß das Infektionsrisiko mit HIV für Drogengebraucher im Strafvollzug mehr als doppelt so hoch ist wie in der Freiheit.¹⁹

In seiner differenziell-epidemiologischen und multizentrischen Studie fand Kleiber²⁰ einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Aufenthalt im Justizvollzug und der Vorbereitung der HIV-Infektion. Bei der Befragung von weit über Tausend intravenös injizierenden (i.v.) Drogengebraucher (n = 1.253) fand Kleiber eine HIV-Prävalenz von 19,9%. Eine Analyse der HIV-Prävalenzraten verschiedener Subpopulationen (Untergruppen) ergab eine eindeutige soziale Determiniertheit der HIV-Infektionen:

So wurde festgestellt, daß i.v. Drogengebraucher, die noch nie inhaftiert waren (n = 499 oder 40% der Befragten), zu 10% HIV-positiv, diejenigen mit Hafterfahrungen (n = 728 oder 60% der Befragten) zu 26% HIV-positiv und diejenigen, die angaben, auch im Knast gefixt zu haben, zu 33,7% HIV-positiv waren. Bei wiederholten Haftaufenthalten steigt das HIV-Risiko signifikant an.

Die Diskussion über Infektionsrisiken konzentriert sich primär auf HIV und blendet die Hepatitis-Infektionsgefahren fast vollständig aus.²¹ Dabei kommen alle drei Hepatitiden (A, B und C) sehr viel häufiger bei Insassen in Haftanstalten vor als in der Normalbevölkerung. In einigen Studien wird von einem mehr als hundertmal häufigerem Auftreten von Infektionen mit Hepatitis in Haftanstalten im Vergleich zur Normalbevölkerung berichtet, deshalb werden diese Infektionen auch als „desmoterische“, das heißt gefängnistypische Infektionen bezeichnet.²²

Hepatitis-Viren sind sehr viel resistenter gegenüber Umwelteinflüssen und demgemäß sehr viel leichter übertragbar als HIV. Bei Personen, die während der Haft häufig fremde Spritzen benutzten, lag das HIV- Infektionsrisiko 1993 in Berlin bei 50% und war um ein Vielfaches höher als bei denen, die niemals inhaftiert waren. Die Infektionsrate mit Hepatitis C lag bei der gleichen Gruppe bei 97%.²³

Hannover: Spritzen in allen Haftanstalten?

Bezüglich der Abgabe von Spritzen an Insassen von Haftanstalten wird die Schweiz in Deutschland immer wieder als Vorbild in den Medien erwähnt. Die Tatsache, daß es in der Haftanstalt für Frauen in Hindelbank bei Bern seit Einführung der Spritzenabgabe im Jahr 1994 nur einen einzigen Todesfall wegen Überdosierung gegeben haben soll, daß jedoch vor der Einführung der Spritzenabgabe jährlich sechs bis acht Todesfälle im Kreise der dortigen drogenabhängigen Häftlingen zu beklagen waren, hat auch konservative Persönlichkeiten aufhorchen lassen. Des weiteren hat sich auch die Tatsache merklich auf die aktuelle politische Diskussion ausgewirkt, daß die Direktorin der Haftanstalt, Marianne Heimoz, versicherte, der Drogenkonsum durch das Spritzenaustauschprogramm nicht gestiegen sei.²⁴ Der Pilotversuch zur HIV-Prävention mit integrierter Spritzenabgabe ist durch mehrere Berichte und Aufsätze dokumentiert worden. Dort heißt es, daß festgestellt werden darf, daß die Spritzenabgabe in Hindelbank bis heute *ohne Zwischenfälle und negative Nebenwirkungen* fortgesetzt werden konnte und daß darüber hinaus eine deutliche Verbesserung des *gesundheits- und drogenpolitischen Anstaltsklimas* zu beobachten ist. Ob beziehungsweise wieweit der erhebliche *Rückgang des Drogenkonsums* in Hindelbank dem Projekt zugeschrieben werden kann, wird sich vorerst nicht schlüssig nachweisen lassen [Hervorhebungen vom Originaltext übernommen].²⁵

¹⁹ D. Kleiber: Die HIV/AIDS-Problematik bei i.v. Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland – unter besonderer Berücksichtigung der Situation hafterfahrener Drogenabhängiger, in: M. Busch, W. Heckmann, E. Marks: HIV/AIDS und Straffälligkeit. Eine Herausforderung für Strafrechtspflege und Straffälligenhilfe, Bonn 1991, S. 35.

²⁰ Ebd. S. 25-40.

²¹ L. Böllinger, H. Stover, L. Fietzek: Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Ein Leitfaden für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen, 4. Auflage, Frankfurt am Main 1995, S. 62.

²² J. Gaube, H.H. Feucht, R. Laufs, S. Polywka, E. Fingscheidt, H.E. Müller: Hepatitis A, B und C als desmoterische Infektionen, in: Gesundheitswesen, Vol. 55 (5), 1993, S. 246-249.

²³ K. Stark: Infektionskrankheiten bei i.v. Drogenkonsumenten – Epidemiologie und Konsequenzen für die Prävention und medizinische Versorgung, Berlin 1994.

²⁴ T. Miller, F. Geschoneck: Drogenabhängige Häftlinge bekommen ihre Spritze vom Staat. Justizsenator Körting stellt neues Modell vor / Schrafe Kritik von CDU, in: Berliner Zeitung vom 6.03.1998.

²⁵ A. Baechtold: Harm Reduktion im Strafvollzug, in: J. Estermann: Auswirkungen der Drogenrepression. Illegale Drogen: Konsum, Handel, Markt und Prohibition, Berlin und Luzern 1997, S. 257 f.

In Deutschland wurden 1996 drei Projekte zur Spritzenabgabe in Haftanstalten gestartet. So werden in der JVA (Justizvollzugsanstalt) Vierlande in Hamburg, im Frauengefängnis Vechta und in der JVA Lingen in Niedersachsen sterile Spritzbestecke im Rahmen eines zweijährigen Modellversuchs an Gefangene ausgegeben.²⁶ Der Justizminister von Niedersachsen, Wolf Weber (SPD), will die Vergabe von Spritzen an Drogenabhängige auf alle Haftanstalten in Niedersachsen ausdehnen.

Bei der offiziellen Vorstellung der Ergebnisse des Modellversuchs erklärte der Justizminister in Hannover, das Projekt habe sich vollauf bewährt. Auch wenn letzte medizinische Auswertungen noch fehlten, lasse sich das Vorhaben als so erfolgreich einstufen, daß eine Nachahmung für alle Haftanstalten in Niedersachsen ratsam erscheine. Der Justizminister kündigte an, zunächst einmal die Spritzenvergabe in Vechta und in Lingen fortzusetzen. Er bezeichnete es sogar als *fahrlässig*, das hier bewährte Projekt nun abzubrechen, nur weil der Modellversuch auf zwei Jahre begrenzt sein sollte. Vielmehr wolle er sich dafür einsetzen, die Möglichkeit der Spritzenvergabe auch an allen anderen Gefängnissen zu eröffnen, wo dies gewünscht werde. Zur Absicherung sei aber die Änderung von Bundesgesetzen notwendig; er gehe aber davon aus, daß dies binnen eines Jahres bewerkstelligt werden könnte.²⁷

Der Oldenburger Professor Rüdiger Meyenberg als Leiter der wissenschaftlichen Begleitforschung unterstrich, der in dieser Form bislang weltweit einzigartige Modellversuch habe ergeben, daß durch die Vergabe von Spritzen an drogenabhängige Häftlinge die gesundheitliche Situation in den Gefängnissen *stark verbessert* worden sei.²⁸ Meyenberg zufolge habe das Verteilen von 18.000 Spritzen innerhalb von zwei Jahren in Vechta und in Lingen offenkundig auch zu keinem Anstieg des Drogenkonsums in den Gefängnissen geführt. In beiden Haftanstalten seien etwa jeweils die Hälfte der Insassen von Drogen abhängig. Der Professor empfahl, nicht nur die hygienische Situation durch das Bereitstellen von Spritzen zu verbessern, sondern noch einen Schritt weiter zu gehen und auch eine Originalstoffabgabe durch den Staat in den Haftanstalten zu prüfen.²⁹

Wenn die Behörden den Drogenhandel und Konsum in Haftanstalten nicht verhindern können, dann sind sie verpflichtet, der Ausbreitung von Infektionskrankheiten mit allen Mitteln Einhalt zu gebieten, da die Gefängnisstrafe für drogenabhängige Insassen nicht durch parteipolitisch begründete Härte im Vollzug zum Todesurteil werden darf.

USA: Letal statt legal

USA: Drogenbekämpfer kontra Gesundheitspolitiker

In den USA heißen Spritzenaustauschprogramme *syringes exange programs* und Programme für den Austausch von Nadeln *needle exchange programs*, die üblichen Abkürzungen sind *SEP* und *NEP*, die Pluralform heißen *SEPs* und *NEPs*. In den USA werden bislang *NEPs* in keiner Weise mit Bundesmitteln gefördert und alle Versuche, eine solche Förderung zu erzielen, scheiterten in den letzten Jahren an der fundamentalistischen Weltanschauung von Clintons Drogenbeauftragten General Barry McCaffrey. In regelmäßigen Abständen versucht eine der großen amerikanischen wissenschaftlichen Gesellschaften wie das *U.S. Center for Diseases Control*, der *National Research Council*, die *National Commission on AIDS*, die *National Academy of Sciences*, die *American Medical Association* oder die *American Public Health Association* eine Legalisierung und Förderung von *NEPs* und *SEPs* durchzusetzen, doch bei den oft heftigen Auseinandersetzungen zwischen Gesundheitspolitikern und Drogenbekämpfern obzogen leider bis anhin immer die letzteren. US-Präsident Bill Clinton hat sich dagegen entschieden, Spritzenaustauschprogramme für „*Süchtige*“ in irgend einer Form öffentlich zu finanzieren. Solche Programme, die es in einigen US-amerikanischen Städten schon gibt, gelten als eines der effektivsten Mitteln, die Verbreitung von AIDS unter Drogenabhängigen einzuschränken. In dieser Gruppe ist die Hauptquelle für eine Infektion mit HIV der Gebrauch benutzter Nadeln beim Spritzen der Drogen.

Für die AIDS-Organisationen und für viele Gesundheitsexperten, einschließlich der zuständigen Ministerin Donna Shalala, stellt Clintons Entscheidung einen schweren Rückschlag dar. Nach offiziellen Schätzungen infizieren sich in den USA täglich 33 Menschen durch verschmutzte Nadeln. Annähernd

²⁶ R. Meyenberg, H. Stöver, J. Jakob, M. Pospeschill: Infektionsprophylaxe im Niedersächsischen Justizvollzug, Oldenburg 1996; vgl.: J. Jakob, H. Stöver: Minimierung gesundheitlicher Risiken bei Drogenkonsum unter Haftbedingungen. Ein methodisch-didaktisches Arbeitsbuch für die Praxis im Strafvollzug, Oldenburg 1998.

²⁷ o.A. (hab): Spritzen in allen Haftanstalten? Justizminister: Erfolgreicher Versuch, Neue Osnabrücker Zeitung vom 23.03.1999.

²⁸ Ebd.

²⁹ Ebd.

jeder zweite neue AIDS-Fall ist darauf zurückzuführen, wie der oberste Gesundheitsbeauftragte des Landes, David Satcher, mitteilte. Unter Frauen und Kindern liegt der Anteil sogar bei 75 Prozent. Bei den Beratungen im Weißen Haus setzte sich Clintons Drogenbeauftragter, General Barry McCaffrey, mit dem Argument durch, eine Finanzierung der Programme mit Bundesmitteln sei ein „*falsches Signal an die Kinder*“.³⁰

Seit 1988 hat der US-Kongreß mehreren Gesetzesvorlagen zugestimmt, in denen explizit Programme von jeglicher staatlicher Förderung ausgeschlossen werden, die eine Verteilung von sterilen Spritzen, Nadeln oder auch Materialien zur Desinfektion von Spritzbestecken vorsehen und diese Utensilien zur Applikation von illegalen Drogen genutzt werden könnten. So ist seit 1988 in der *Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Amendments (ADAMHA) Act of 1988* als auch in der Novellierung dieses Gesetzes, der *Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration (ADAMHA) Reorganisation Act of 1992*, ausdrücklich festgehalten, daß die einzelnen Bundesstaaten sich verpflichten müssen, um Förderung aus den staatlichen Mitteln der ADAMHA zu erhalten, keinerlei Mittel aus der staatlichen Förderung zur Unterstützung von Projekten zu verwenden, die sterile Nadeln zum Spritzen illegaler Drogen oder auch Reinigungsutensilien zur Desinfektion von Spritzen verteilen.

USA: Daten, Fakten und Zahlen

Studien, die vom *Lindesmith Center* in New York gefördert wurden, respektive deren Ergebnisse durch das *Lindesmith Center* veröffentlicht wurden, offenbarten folgende Daten, Fakten und Zahlen:³¹

In zahlreichen Bundesstaaten der USA wird der freie Verkauf von Spritzen und Nadeln durch besondere Vorschriften oder Gesetze (*drug paraphenalia and prescription laws*) stark eingeschränkt oder völlig verboten. In diesen Bundesstaaten dürfen aufgrund der gesetzlichen Regelungen keine sterile Spritzen ohne Vorlage eines ärztlichen Rezeptes verkauft werden. 1997 war der Besitz von Spritzen und Nadeln ohne dem dafür notwendigen Rezept in 47 Bundesstaaten strafbar. Im Bundesstaat Rhode Island kann der Besitz von Spritzwerkzeug mit bis zu fünf Jahren Gefängnis bestraft werden. Dieses Strafmaß ist jedoch nicht die Regel, sondern das höchste für diesen „*Straftatbestand*“ in den USA.³² Fixer haben somit keinen legalen Zugang zu sterilen Spritzen. Dadurch ist z.B. die HIV Infektionsrate von Fixern in New York, die an Zuckerkrankheit leiden, signifikant niedriger als bei Fixern, die nicht an Diabetes leiden. 1994 lag die Infektionsrate bei den Fixern mit Diabetes bei 9,8%, bei den Fixern ohne Diabetes bei 24,3%. Die Ursache dafür liegt in der Tatsache begründet, daß Fixer mit Diabetes legalen Zugang zu sterilen Spritzen haben, Fixer ohne Diabetes diesen legalen Zugang jedoch nicht haben.

1994 waren in New York 24% der Fixer HIV-positiv, in Toronto (Kanada), wo der freie Verkauf von sterilen Spritzen nicht eingeschränkt ist wie in New York und wo auch Spritzenaustauschprogramme nie illegal waren, sind 7,6% der Fixer HIV-positiv. Das entspricht einem Drittel der Quote von New York.

Im Bundesstaat Connecticut ist der gemeinsame Gebrauch von Spritzen gemäß Umfragen bei Fixern binnen Jahresfrist um mehr als 40% gesunken, nachdem dieser Bundesstaat die Gesetze betreffend Spritzenverkauf (*drug paraphenalia and prescription laws*) 1992 liberalisiert hatte.

Die *drug paraphenalia and prescription laws* verleiten Drogengebraucher zur gemeinsamen Nutzung der gleichen Spritzen und Nadeln. Gemäß einer Studie, in der über 400 intravenös injizierende Drogengebraucher in Richmond und Oakland (Kalifornien) zur Thematik befragt wurden, gaben 38,0% an, daß sie bereits wegen Besitzes von Spritzutensilien von der Polizei festgenommen wurden und 35,4% sagten, daß sie sich vor einer Festnahme durch die Polizei fürchten, wenn sie Spritzutensilien mit sich führten. Jene, die sich vor einer Festnahme fürchten, brauchten etwa doppelt so häufig das gleiche Spritzbesteck gemeinsam mit anderen (21,5% innerhalb der letzten 30 Tage) als diejenigen, die keine Angst vor einer Festnahme haben (11,1% innerhalb der letzten 30 Tage).³³

Trotz der äußerst restriktiven Gesetzgebung bezüglich Drogen in den USA und der hohen Intensität ihrer Umsetzung hat die dort Verbreitung des Gebrauchs von Heroin in den letzten Jahren zugenommen.

³⁰ o.A. (wtr): Drogenpolitik. Clinton gegen staatliche Programme für Süchtige, in: Frankfurter Rundschau vom 22.04.1998.

³¹ The Lindesmith Center: Needle availability, New York 1995.

³² R.N. Bluthenthal, A.H. Kral, E.H. Erringer, B.R. Edlin: Drug Paraphenalia Laws and Injection-Related Infectious Disease Risk among Drug Injectors, in: Journal of Drug Issues 1999, Nr. 29 (1), S. 2.

³³ Ebd. S. 5 ff.

Die hier aufgeführten Zahlen bezüglich der Lebenszeit-, Jahres- und Monatsprävalenz von Heroin bei Schülern der 12. Klasse basieren auf Befragungen von minimal 13.600 und maximal 16.300 Schülern der entsprechenden Schulklassen aus den ganzen USA. Die Anzahl der Schüler, die aktuell (Monatsprävalenz) Heroin konsumieren, hat sich von 1990 bis 1999 mehr als verdoppelt.

Lebenszeit-, Jahres- und Monatsprävalenz von Heroin bei Schülern der 12. Klasse in den USA

	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98
Lebens-	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1	1,2	1,1	1,3	1,3	0,9	1,2	1,1	1,2	1,6	1,8	2,1	2,0
Jahres-	0,5	0,5	0,6	0,6	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	0,6	0,5	0,4	0,6	0,5	0,6	1,1	1,0	1,2	1,0
Monats-	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,6	0,5	0,5	0,5

Quelle: The Monitoring the Future Study, the Universität of Michigan, 2000.

Der Gebrauch von Heroin ist in den USA heute stärker verbreitet als in Europa. So liegt zum Beispiel die Lebenszeitprävalenz von Heroin bei 17- bis 18jährigen in Amsterdam derzeit zwischen 0,4% und 0,3% und somit um ein Vielfaches niedriger als in den USA, jedoch auch niedriger als im Durchschnitt in den Niederländischen.³⁴ In der Europäischen Union ist die Beliebtheit von Heroin bei Schülern nur in vier Ländern annähernd so groß wie in den USA. Dänemark, Irland, Italien und England (UK) weisen eine Lebenszeitprävalenz von 2,0% bei 15- und 16jährigen Schülern auf und liegen somit auf gleicher Höhe wie die USA, in allen anderen europäischen Staaten sind die Werte deutlich niedriger.³⁵

Global: Kostenlose Ausgabe von Spritzen senkt HIV-Risiko

Die kostenlose Ausgabe von Spritzen an „Drogensüchtige“ senkt nach Erkenntnissen einer weltweiten Studie die Zahl der HIV-Infektionen. In Städten, die Drogenabhängige mit sauberen Spritzen versorgen, ist die Zahl der Neuinfektionen mit dem AIDS-Erreger seit Mitte der 80er Jahre um durchschnittlich 5,8 Prozent zurückgegangen. Demgegenüber ist die Zahl der HIV-Infektionen in Städten ohne solche Programme im gleichen Zeitraum um durchschnittlich 5,9 Prozent angestiegen.

Wissenschaftler der Universität von Melbourne (Australien) werteten die Daten von 81 Städten aus. Mehr als die Hälfte (54 Prozent) der untersuchten Städte lagen in den USA, etwa ein Drittel (32 Prozent) in Europa und der Rest in Asien und im Südpazifik.³⁶ Diese Ergebnisse führten immerhin dazu, daß in den USA in der *Appropriation Act* von 1993 das Verbot der Förderung von Spritzenaustauschprogrammen nur noch so lange gelten soll, bis die oberste Gesundheitsbehörde der USA eindeutig feststellt, daß solche Programme effektiv der Ausbreitung von HIV entgegenwirken und nicht zum Drogenkonsum animieren. Bis heute hat diese US-Behörde trotz zahlreicher Studien ihren prohibitiven Standpunkt beibehalten.

Amsterdam: Strategie der Kooperation mit den Drogengebrauchern

Amsterdam: Drogengebraucher installieren das erste Spritzenaustauschprogramm

Zu jenen Zeiten, als AIDS in Europa noch unbekannt war, benutzen viele der intravenös injizierende Drogengebraucher Nadeln und Spritzen gemeinsam. Mit dem Aufkommen von AIDS war dies nun mit einer großen Gefahr verbunden, der Gefahr sich mit einer unheilbaren Krankheit anzustecken. So wurde 1984 ein Programm entworfen, das zum Inhalt hatte, daß Fixer ihre gebrauchten Spritzen und Nadeln kostenlos gegen neue, steril verpackte, eintauschen konnten.

Die Initiative zur Installierung des ersten Spritzenaustauschprogramms in Amsterdam ergriff seinerzeit der damalige Interessenverband der Fixer, der „Junkie Bond“ (Fixer-Bund). Von Sozialarbeitern unterstützt, plädierte der Verband für ein solches Programm, da eine lokale Apotheke im Sommer 1984 den Verkauf von Nadeln und Spritzen an ungefähr 200 Fixer aufgrund von zahlreichen Beschwerden aus

³⁴ Council of Europe, Co-operative Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group): Multi-City Study of Drug Misuse. 1995 Data, Straßburg 1996, Amsterdam Update S. 16.

³⁵ E.M.C.D.D.A.: Annual report on the state of the drugs problem in the European Union, Lissabon 1998, S. 19.

³⁶ o.A. (dpa): Kostenlose Ausgabe von Spritzen senkt HIV-Risiko, in: Frankfurter Rundschau vom 21. Juni 1997.

der näheren Umgebung einstellte. Der Verband fürchtete, daß dieser Verkaufsstopp zu einer Steigerung der Übertragung von Infektionskrankheiten im Kreise der Fixer führen würde.

Das städtische Gesundheitsamt (GG & GD) und die Kommunalbehörden hatten zuerst ihre Bedenken. So wurde unter anderem als eventueller Nachteil dieses Vorhabens aufgeführt, daß dieses angestrebte Programm auch zum intravenösen Applizieren von Drogen ermutigen könne und somit den individuellen Ansporn zur Abstinenz mindere. Dennoch beschloß man auf amtlicher Seite, ein zeitlich beschränktes Experiment zu starten, da der Gebrauch von sterilen Spritzen mit deutlichen Vorteilen für die Gesundheit der Fixer verbunden ist. Außerdem spielte bei dieser Entscheidung auch die nicht geringe Gefahr, die durch weggeworfene infizierte Spritzen ausstrahlt, eine ausschlaggebende Rolle, da durch diese auch das Gemeinwohl auf dem Spiel stand. Die damalige Bereitschaft der Behörden in Amsterdam zur Kooperation mit Drogengebern und ihrem Interessenverband, dem „*Junkie Bond*“, hat nicht nur das frühzeitige Umsetzen einer Idee aus dem Kreise der Fixer in ein gut funktionierendes und vor allem nützliches Programm ermöglicht, sondern auch das Vertrauen in öffentliche Instanzen gefördert.

Das GG & GD kaufte große Mengen sterile Nadeln und Spritzen, lieferte sie einmal wöchentlich beim „*Junkie Bond*“ ab und nahm die abgegebenen gebrauchten Spritzen zur sachgerechten Entsorgung mit. Zu Beginn des Programms 1984 wurden etwa Tausend Spritzen pro Woche umgetauscht. Als die AIDS-Problematik 1985 einen besorgniserregenden Umfang annahm, beschlossen auch andere Institutionen sich an diesem Programm zu beteiligen. In der Folge wurden die angebotenen Möglichkeiten sehr oft und intensiv in Anspruch genommen. Die Zahl der umgetauschten Spritzen wuchs von 100.000 im Jahr 1985 auf 800.000 im Jahr 1989 und auf über eine Million im Jahr 1992. Mitte der neunziger Jahre sank dann die Zahl der umgetauschten Spritzen wieder auf etwa 750.000 pro Jahr, da die Anzahl intravenös injizierender Drogengebern in Amsterdam geringer geworden ist. Trotzdem gibt es immer noch zehn Stellen in der Stadt, die den Service des kostenlosen Spritzenaustausches gewährleisten.

Das Spritzenaustauschprogramm ist inzwischen wissenschaftlich ausgewertet (evaluiert) worden. Die Studien zeigen, daß der Drogenkonsum im allgemeinen nicht angestiegen ist und daß die teilnehmenden Drogengebern ihre Spritzen tatsächlich seltener mit anderen teilen. Von den Teilnehmern am Programm gaben knapp 29% an, innerhalb der letzten sechs Monate vermehrt Drogen konsumiert zu haben, hingegen vermeldeten 38% eine Minderung ihres Konsums in dieser Zeitspanne. Weiter belegen die Studien, daß die Wahrscheinlichkeit einer Infektion durch das Programm deutlich gesenkt wird, da nur 9% der Teilnehmer innerhalb des letzten Monats gemeinsam mit anderen eine Spritze oder andere Utensilien wie Tupfer zur Reinigung benutzt hatten. Bei Fixern hingegen, die nicht an dem Programm teilgenommen hatten, lag dieser Anteil bei 22%.³⁷

Hinsichtlich der Entwicklung der Amsterdamer Drogenpolitik waren und sind die um 1980 gegründeten Bünde der Junkies von ausschlaggebender Bedeutung. Wesentliches Handlungsziel dieser Junkie-Bünde ist in einer Akzeptanzsteigerung gegenüber Drogengebern zu sehen. Im Laufe der Zeit ist es ihnen auch gelungen, sich politisches Gehör zu verschaffen, so daß heute im Amsterdamer Drogenhilfegesetz wesentliche Aspekte der Forderungspalette der Junkie-Bünde verankert sind.

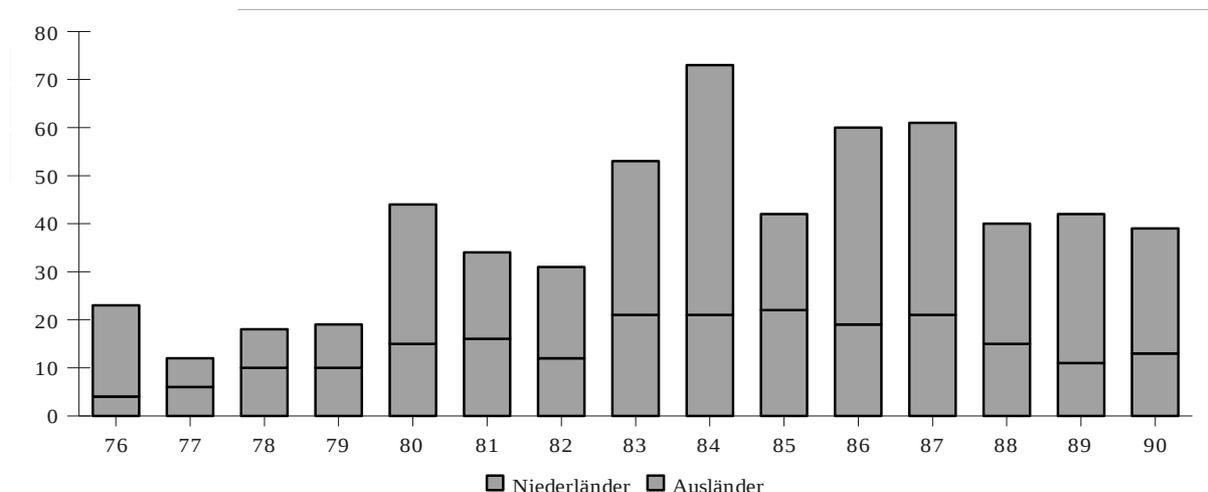
Amsterdam: Daten, Fakten und Zahlen

Ende der siebziger und auch noch in den achtziger Jahren hatte Amsterdam in Deutschland und anderen europäischen Ländern einen ganz besonderen Ruf, es galt als Paradies für Drogengebern. In der Tat war die Lebenssituation seinerzeit für Fixer in Amsterdam bei weitem nicht so angespannt und so von Ausgrenzung geprägt wie in den großen Städten Deutschlands. So flüchteten damals viele Fixer in die gelobte Stadt und in der Folge waren von den 5.000 bis 6.000 Junkies in Amsterdam die Mehrheit ausländischer Herkunft. So waren von den 73 „*Drogentoten*“ im Jahr 1984, die in Amsterdam registriert wurden, gerade mal 21 Niederländer (28,7%). Amsterdam hatte 1984 eine Häufigkeitszahl von mehr als 10 pro 100.000 Einwohner, während im gleichen Jahr Hamburg mit 9 „*Drogentoten*“ eine Häufigkeitszahl von 0,5 pro 100.000 Einwohner aufwies. In Amsterdam war das Drogenproblem viel früher akut als in den Städten Deutschlands. In Amsterdam reagierte man auf diese gesellschaftlich relevante neue Herausforderung in erster Linie rein pragmatisch und rational zugunsten der Gesundheitsförderung und betrieb eine sanfte Politik der Schadensminimierung. In Deutschland waren die drogenpolitischen

³⁷ Gemeinde Amsterdam, Abteilung Kommunikation der Gemeinde Amsterdam: Die Amsterdamer Drogenpolitik, Amsterdam 1997, S. 15 f.

Maßnahmen hingegen später weit mehr von rein ordnungspolitischen Gedanken geprägt, so daß die Probleme in einige Städten sichtlich mehr eskalierten als in Amsterdam.

„Drogentote“ in Amsterdam, aufgeschlüsselt nach Niederländer und Ausländer (Andere)

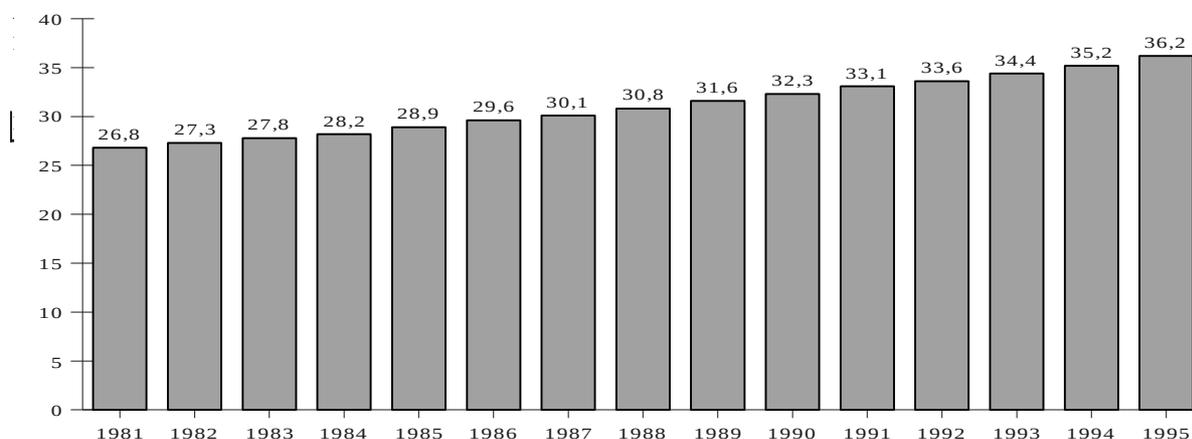


Quelle: GG & GD Amsterdam

Im Verlaufe der achtziger Jahre ebte aufgrund einer inzwischen verbesserten Fürsorge in Deutschland als auch in der Schweiz der Drogentourismus nach Amsterdam langsam ab. Die einst große Faszination des Heroins schwand zudem zusehends bei den Jugendlichen in der Stadt selbst, so daß der Nachwuchs zur Szene der Fixer immer geringer wurde. Dementsprechend stieg das Durchschnittsalter der Heroinabhängigen in Amsterdam stetig an, in den letzten Jahren um durchschnittlich 8 Monate pro Jahr. Das Durchschnittsalter der Heroinabhängigen in Amsterdam lag 1981 noch bei 26,8 Jahren, 1995 bereits schon bei 36,2 Jahren. Im Schnitt sind die Heroinabhängigen in Amsterdam etwa zehn Jahre älter als vor fünfzehn Jahren, was eine adäquate zeitgemäße Anpassung des Hilfesystems an die neuen Gegebenheiten erfordert.

Heroinabhängige, die jünger als 22 Jahre alt sind, trifft man immer seltener in Amsterdam an. Betrug ihr Anteil 1981 fast 15%, so sind es heute gerade noch etwa 1,5%. Die Zahl der ganz jungen Heroinabhängigen ist in den letzten 15 Jahren um den Faktor zehn kleiner geworden. Diese Tatsache bestätigt die Ansicht, daß Heroin die Jugendlichen kaum noch fasziniert.

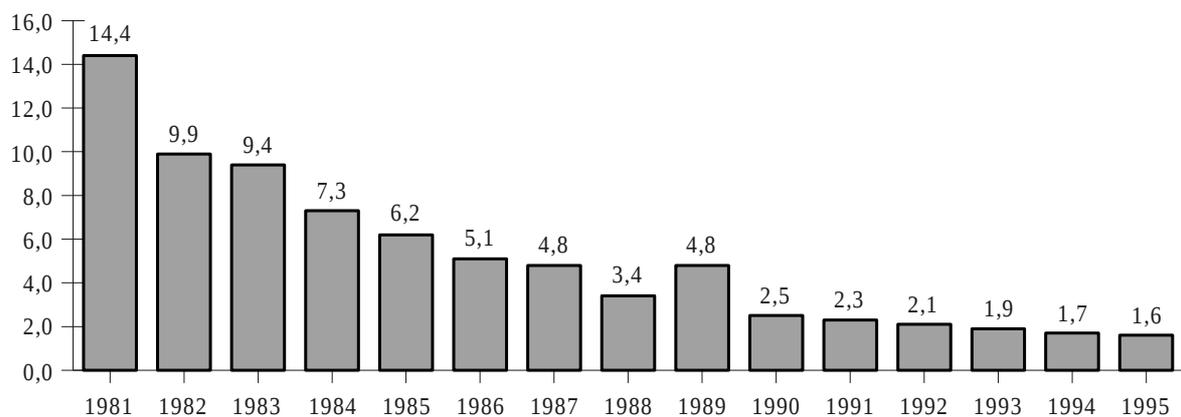
Durchschnittsalter der Heroinabhängigen in Amsterdam – Zeitreihe von 1981 bis 1995



Quellen: GG & GD Amsterdam, Zentralabteilung Informations- und Pressestelle der Gemeinde Amsterdam, 1992
Gemeinde Amsterdam, Abteilung Kommunikation der Gemeinde Amsterdam, 1997

Heroinabhängige in Amsterdam

Anteil der unter 22jährigen in Prozent – Zeitreihe von 1981 bis 1995



Quellen: GG & GD Amsterdam, Zentralabteilung Informations- und Pressestelle der Gemeinde Amsterdam, 1992
Gemeinde Amsterdam, Abteilung Kommunikation der Gemeinde Amsterdam, 1997

Fixerstuben

Schweiz: Fixerstuben haben eine lange Tradition

Die ersten Fixerstuben, die amtlich in der Schweiz Injektionsräume genannt werden, nahmen bereits 1986 den Betrieb auf. In Bern wurde die erste Fixerstube 1986 für das Publikum geöffnet. Zwei Jahre später war es dann in Basel soweit (1988), dann folgten Eröffnungen von Fixerstuben in St. Gallen (1989), in Luzern und Zürich (1992).³⁸ Die Einrichtung von Fixerstuben (Injektionsräume, Gesundheitsräume) sind eine effiziente Maßnahme zur Schadensverminderung und der Überlebenshilfe. Sie leisten einen Beitrag die Risiken und Schäden des Drogenmißbrauchs zu reduzieren, wobei die Angebote im medizinischen und sozialen Bereich in der Regel niedrigschwellig sein sollten, das heißt keine hohen Zugangsbedingungen an die Drogenkonsumierenden stellen.

In der Stadt Luzern war bereits Ende der achtziger Jahre das Projekt einer Fixerstube konkret aufgegriffen worden. Die Umsetzung des Konzeptes zur Einrichtung eines Aufenthalts- und Betreuungsraums für Drogenabhängige (ABfD) verzögerte sich dann aber wegen fehlender Räumlichkeiten und später wegen hartnäckigem juristischem und politischem Widerstand. Nach Unterstützung des Vorhabens seitens des Schweizerischen Bundesgerichtes konnte der ABfD im April 1992 schließlich im Erdgeschoß des Stadthauses in Betrieb gehen. Während zweier Jahre war der ABfD dann jeweils abends während vier Stunden für die Fixer geöffnet. Das Ergebnis des Zwischenberichts der wissenschaftlichen Begleitforschung zeigte 1993 positive Ergebnisse. Die Stimmberechtigten der Stadt Luzern lehnten dann aber gegen Ende der zweijährigen Projektphase die Kreditvorlage für den jährlichen Beitrag der Stadt an den Betrieb des ABfD nach einem gehässigen Abstimmungskampf mit 53,7 Prozent Nein-Stimmen ab, so daß die Fixerstube in Luzern 1994 ihre Pforten schließen mußte.³⁹ Als Wortführer im Abstimmungskampf betätigte sich auch eine Bäckerei, mit dem Argument, daß sich in der Eisengasse (in der diese Bäckerei ihr Geschäft betrieb) kein Geld mehr verdienen lasse. Ironischerweise vergrößerte gerade diese ihren Laden in der besagten Zeit um das Doppelte. Die besten Kunden waren zu jener Zeit die Leute von der Gasse aus dem Umfeld des ABfD.⁴⁰

Die Zürcher-Opiat-Konsum-Lokale (ZOKL I und II) der Arbeitsgemeinschaft für den risikoarmen Umgang mit Drogen (ARUD) sind ein interessantes Beispiel eines niedrigschwelligen Methadon-Abgabe-Programmes. Ausgehend von der Erkenntnis, daß orale Methadonangebote mit niedrigen Eintrittsanforderungen vermutlich mehr Opiatabhängige erreichen und halten können als hochschwellige Angebote mit restriktiven Indikationskriterien und Vergabebedingungen, sind ZOKL I und II eingerichtet worden. In denen aus rechtlichen Gründen allerdings nur Methadonpatienten nach einer ärztlichen Eingangsuntersuchung ein niedrigschwelliger Zugang zu einer EDV-gesteuerten Methadonabgabe geboten wird, wobei das Methadon möglichst an Ort und Stelle zu konsumieren sei. Diese Abgabelokale sind in hohem Maße „patientenfreundlich“ gestaltet und das computergesteuerte Verteilungsprogramm erlaubt eine Abgabe von Methadon, je nach individueller Initiative und Verantwortlichkeitsstufe, die eine Person erreicht hat. Die am Programm beteiligten Personen erhalten eine Magnetkarte, auf der (innerhalb bestimmter Grenzen) die selbstgewählte vor Ort eingenommene Dosis notiert wird. Wenn eine Stabilität der Dosierung erreicht ist, sind Mißbrauch, Überdosierungsgefahr und möglicher Methadonhandel sehr gering. Die Person erreicht damit eine zweite Stufe, in der sie das Methadon über das Wochenende, über die Ferien etc. ausgehändigt bekommen kann. Unter der Bedingung regelmäßiger Urinkontrollen, einer medizinischen Beobachtung und stabilen Konsums werden die Abgaberestriktionen graduell aufgehoben. In den ZOKL findet trotz Methadonabgabe ein Spritzenaustausch statt, es wird hier akzeptiert, daß die Besucher gegebenenfalls neben der oralen Methadoneinnahme auch noch Drogen intravenös injizieren, was jedoch eine Herabstufung der Eigenkompetenz bezüglich der individuellen Dosierungsvariabilität und der Bevorratungsmöglichkeiten mit Methadon zur Folge hat.

³⁸ M. Cattaneo et al.: Evaluation der Maßnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Phase I: Erste Bilanz 1990 – 1992, Lausanne 1993, S. 86 f.

³⁹ R. Calzaferri, M.R. Grünimger, Y. Uebelhard, P. Weber: Die Situation von Drogenpolitik und Drogenarbeit in Luzern aus der Sicht von BetreuerInnen in niederschwelligen Institutionen, in: J. Estermann (Hg.): Auswirkungen der Drogenrepression. Illegale Drogen: Konsum, Handel, Markt und Prohibition, Berlin und Luzern 1997, S. 167.

⁴⁰ P. Galbier: Die Repression und ihre Auswirkungen aus der Sicht der Betroffenen – Zürich und Luzern als Beispiele, in: J. Estermann (Hg.): Auswirkungen der Drogenrepression. Illegale Drogen: Konsum, Handel, Markt und Prohibition, Berlin und Luzern 1997, S. 163.

Die Methadonkonsumenten haben pro Tag für den Service und den Stoff 15 Franken zu bezahlen. Von den ursprünglich 850 Teilnehmern sind gut 450 im ZOKL-Programm verblieben. Von den 400 ausgeschiedenen Personen sind viele in andere hochschwellige Methadonprogramme übergetreten oder haben den Opiatkonsum völlig eingestellt.⁴¹

Fixerstuben wurden ausschließlich in Städten der deutschsprachigen Schweiz eingerichtet. In den anderen Sprachregionen, der französischsprachigen Schweiz (Romandie) und in der italienischsprachigen Schweiz (Ticino) wurden keine Fixerstuben installiert. Zwar weist die Romandie keinen tieferen Anteil an drogenkonsumierenden Menschen auf, setzt aber auf eine stark repressive Drogenpolitik. Trotzdem stieg der Anteil der Jugendlichen mit Konsumerfahrung bezüglich Opiate in der Romandie weit stärker an als in der deutschsprachigen Schweiz. Die Lebenszeitprävalenz bei 14- bis 16jährigen Jugendlichen lag 1986 in der deutschsprachigen Schweiz bei 0,6%, in der Romandie bei 0,7%. Acht Jahre später, 1994, lag diese in der deutschsprachigen Schweiz bei 0,7% (+0,1%) und in der Romandie bei 1,1% (+0,4%). Im Tessin (Ticino) sank diese im gleichen Zeitraum von 2,3% auf 0,9% (-1,4%), lag jedoch immer noch höher als in der deutschsprachigen Schweiz.⁴² Befürchtungen, Fixerstuben würden dem Heroinkonsum Vorschub leisten, haben sich gemäß Befragungen als Gegenstandslos erwiesen.

Die bisherigen Erfahrungen mit Angeboten der Schadensverminderung und der Überlebenshilfe haben ihren Erfolg belegt. Evaluationen von Spritzenabgabeprojekten haben ergeben, daß die Drogenkonsumierenden bereit und fähig sind, ihr Verhalten zu ändern und saubere Spritzen zu benutzen, wenn diese auf eine ihnen angemessene Art und Weise zur Verfügung gestellt werden. Dies ist ein wichtiger Beitrag zur Senkung der HIV-Infektionsrate und anderer ansteckender Krankheiten wie Hepatitis, Syphilis und andere mehr. Evaluationen von Fixerstuben haben ergeben, daß die Drogenkonsumierenden in diesen Einrichtungen auch die Gelegenheit zu Gesprächen mit den Betreuern und Betreuerinnen nutzen und sich so teilweise zu Therapien motivieren lassen⁴³. Darüber hinaus haben Erfahrungen in Bern, Zürich und Basel mit der Schließung der offenen Szenen gezeigt, wie wichtig ein gutes Netz von solchen bei Fixern akzeptierten Angeboten ist, damit es überhaupt möglich ist, die Drogenabhängigen aufzufangen und eine Schließung solcher offenen Szenen einigermaßen sozial verträglich bewerkstelligen zu können.

Frankfurt am Main: Fixerstuben haben sich bewährt

Hohe Akzeptanz des Angebots bei den Drogengebrauchern

Frankfurt am Main war die erste Stadt in Deutschland, die Fixerstuben zugelassen hat.⁴⁴ In Frankfurt am Main haben Fixerstuben den Segen des Oberstaatsanwaltes *Harald Körner*, der im Jahr 1993 in einem Rechtsgutachten (*Gutachten zur Zulässigkeit von Gesundheitsräumen für den hygienischen und streßfreien Konsum von Opiatabhängigen*)⁴⁵ die Zulässigkeit von Fixerstuben festgestellt hat. So war es verschiedenen Trägervereinen in der Mainmetropole möglich insgesamt vier Fixerstuben, die amtlich ursprünglich *Gesundheitsräume*, später dann *Konsumräume* genannt werden, einrichten zu können. Seit der Eröffnung der ersten Fixerstuben in der Bahnhofsgegend im Jahr 1994 sind die Notarzt-Einsätze dort drastisch zurückgegangen wie auch die Zahl der registrierten „Drogentoten“.

Bereits ein halbes Jahr nach der Eröffnung des ersten Konsumraumes im Dezember 1994, im Juni und im Juli 1995, als in Frankfurt erst drei Konsumräume ihre Pforten für die Fixer geöffnet hatten, wurden wöchentlich mehr als Tausend (1.219) Besucher pro Woche in den drei „*Druckräumen*“ gezählt. Damit erreichte das Angebot in Frankfurt am Main bereits einen gleich hohen Versorgungsgrad wie die drei seit 1992 in Zürich bestehenden Gesundheitsräume in Zürich, die im Jahr 1994 durchschnittlich 1.322

⁴¹ ARUD (Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen): DDD-F: Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich in der ARUD-Klinik ZOKL II. 1. Bericht über die Zeit vom 29. November 1993 bis 31. Mai 1994, Zürich 1994, S. 7 ff.

⁴² SFA (Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme): Zahlen und Fakten zu Alkohol und anderen Drogen 1997, Lausanne 1997, S. 62.

⁴³ Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel: Evaluation der Gassenzimmer I, II und III in Basel. Schlußbericht, Basel 1994.

⁴⁴ Im Zeitraum von Dezember 1994 bis August 1996 wurden in Frankfurt am Main vier Konsumräume (Injektionsräume) in Betrieb genommen. Dokumentiert in: Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main: Drogenpolitik in Frankfurt am Main. Jahresbericht 1.1.1995 – 30.8.1996, Frankfurt am Main 1997, S. 33.

⁴⁵ H. Körner: Gutachten zur Zulässigkeit von Gesundheitsräumen für den hygienischen und streßfreien Konsum von Opiatabhängigen. AZ 406/20-9, Frankfurt am Main 1993.

Besucher zählten.⁴⁶ Drei Jahre später erreichte die Anzahl der Besucher pro Woche weit mehr als das Vierfache. 1998 wurden die vier Konsumräume in Frankfurt am Main insgesamt 288.291 mal zum intravenösen Drogenkonsum genutzt, das entspricht einer Wochenfrequenz von mehr als 5.500 Besucher. Den Besuchern stehen dafür 35 „Applikationsplätze“ zur Verfügung.⁴⁷

Entwicklung der Konsumräume in Frankfurt am Main

Einrichtung	Eröffnung	Platzzahl	Offnungszeiten
Drogennotdienst Elbestraße 38	August 1996	8	Täglich 6.00-24.00 Uhr
Druckraum Niddastraße 49	September 1995	12	Mo. 9.00-23.00 Uhr Di.-So. 9.00-24.00 Uhr
La Strada Mainzer Landtstraße 93	Mai 1995	7	Mo.-Fr. 8.30-19.30 Uhr So. 8.30-12.30 Uhr
Eastside Schielestraße 26	Dezember 1994	8	Täglich 16.00-22.00 Uht

Quelle: Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main, Februar 2000.

Nutzungsfrequenz der Konsumräume in Frankfurt am Main und Anzahl der Notfälle

Einrichtung	Nutzung im Jahr 1998	Notfälle in Zahlen	Notfälle in Prozent
Drogennotdienst Elbestraße 38	95.108	208	0,219%
Druckraum Niddastraße 49	140.759	297	0,211%
La Strada Mainzer Landtstraße 93	29.161	45	0,145%
Eastside Schielestraße 26	23.263	15	0,06%

Quelle: Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main, Februar 2000.

Das Angebot der Konsumräume wurde in Frankfurt von der Szene gut angenommen. So verzeichnete das Eastside, das vom Verein *integrative drogenhilfe* betrieben wird, im Eröffnungsmonat Dezember 1994 gerade einmal durchschnittlich 12 Besucher täglich, im Januar 1995 waren es bereits 20, im Februar 22, im März 36 und heute sind es 60 bis 65 Besucher täglich. Das La Strada verzeichnet heute etwa 80 Besucher täglich, Drogennotdienst 260 und der Druckraum in der Niddastraße über 380. Das heißt, daß Konsumräume täglich für etwa 800 Konsumvorgänge genutzt werden.

Im Jahr 1998 wurden insgesamt 565 Notfälle registriert. Hierbei handelte es sich um Überdosierungen, die zu Atmungs- und/oder Kreislaufproblemen führten und die Intervention der Mitarbeiter sowie in einer nicht näher ausgewiesenen Anzahl von Fällen die Hinzuziehung eines Arztes erforderlich machten. Alle Notfälle konnten durch Interventionen vor Ort aufgefangen werden. In den Konsumräumen ist bisher kein Drogenkonsument gestorben.

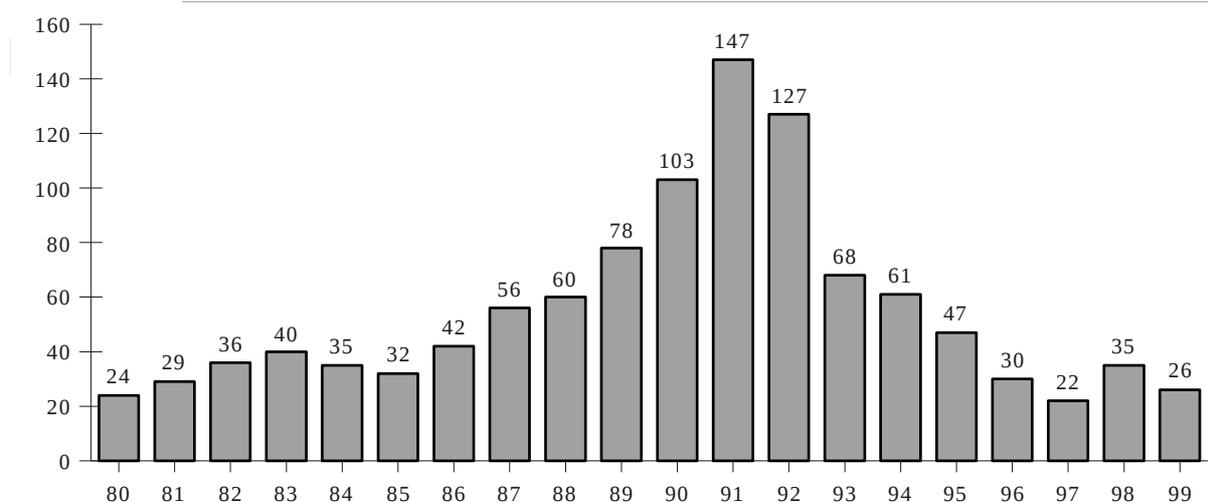
Auf etwa 500 Konsumvorgänge war ein Notfall zu verzeichnen, das sind 0,2% aller Konsumvorgänge. Durch rasche Intervention konnte unmittelbar nach Eintreten der Notfälle Soforthilfe geleistet werden, was bei Atemdepressionen oft lebensrettend ist.

⁴⁶ U.E. Kemmesies: Szenebefragung Frankfurt/Main 1995. Die „offene Drogenszene“ und das Gesundheitsraumangebot in Ffm, ein erster Erfahrungsbericht – Abschlußbericht, Frankfurt am Main und Wiesbaden 1995, S. 50.

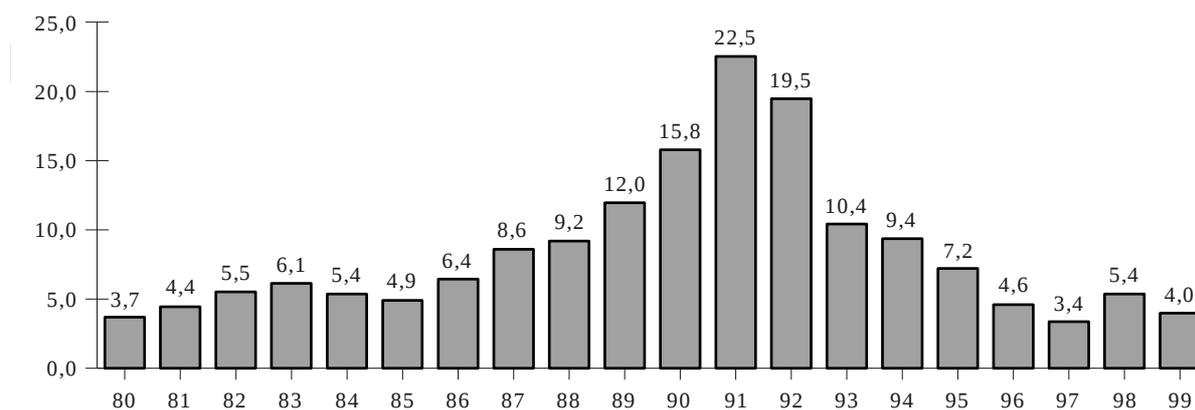
⁴⁷ Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main: Faxmitteilung vom 17.02.2000.

Frankfurt am Main: Daten, Fakten und Zahlen

Anzahl der „Drogentoten“ in Frankfurt am Main



Häufigkeitszahl



Datenquelle: 1980-1990: Bundeskriminalamt, Rauschgiftjahresberichte, 1991-1999: Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main. Für die Jahre 1991-1995 gibt das Bundeskriminalamt andere Zahlen an: 1991: 183; 1992: 124; 1993: 63; 1994: 53 und 1995: 44.

Frankfurt am Main ist eine der wenigen Städte in Deutschland, die nicht mit einer „Flickenteppich-politik“ in Sachen Drogen an die Bewältigung der Probleme herangegangen ist, sondern mit einer klaren Konzeption. Die Grundlage dieser Konzeption ist die Frankfurter Resolution, die anlässlich der „1. Konferenz: Europäische Städte im Zentrum des illegalen Drogenhandels“ im November 1990 in Frankfurt am Main von den Vertretern der Städte Amsterdam (NL), Frankfurt am Main (D), Hamburg (D) und Zürich (CH) verabschiedet und unterzeichnet wurde. Auf Basis der Frankfurter Resolution kooperieren die Städte, die im Städteverbund *European Cities on Drug Policy (ECDP)* zusammengeschlossen sind, bei der Umsetzung einer pragmatischen und akzeptierenden Drogenpolitik.

In Frankfurt wurde die Konzeption der Resolution konsequent umgesetzt, was in der Folge zu einer markanten Minderung der Drogenproblematik führte. Die Zahl der sogenannten „Drogentoten“ sank in der Zeit von 1991 bis 1997 um mehr als das Sechsfache. Keine andere Stadt konnte eine so erhebliche Minderung verzeichnen wie Frankfurt am Main.

Frankfurter Resolution

Wir, die Unterzeichner und Unterzeichnerinnen der Frankfurter Resolution, haben einen kontinuierlichen Erfahrungsaustausch und eine Kooperation in der Drogenpolitik vereinbart.

I. Wir stellen fest:

1. Der Versuch der Eliminierung des Drogenangebots und des Drogenkonsums aus unserem Kulturkreis ist gescheitert. Die Nachfrage nach Drogen hält trotz aller Aufklärungsbemühungen bis heute an und alle Anzeichen deuten darauf hin, daß wir auch in Zukunft mit Drogen und Drogenbenutzern und Drogenbenutzerinnen werden leben müssen.
2. Die Sucht nach Drogen ist ein gesellschaftliches Problem, das Drogenpolitik nicht verhindern, sondern nur regulieren und allenfalls begrenzen kann. Drogenabhängigkeit ist für viele Süchtige eine krisenhafte, vorübergehende Phase ihrer Biographie, die mit einem Prozeß des Heranwachsens aus der Abhängigkeit überwunden werden kann. Drogenpolitik darf diesen Prozeß nicht erschweren, sondern muß Hilfestellungen geben.
3. Eine Drogenpolitik, die Sucht ausschließlich mit Strafrecht und Zwang zur Abstinenz bekämpfen will und die Abstinenzmotivation zur Voraussetzung von staatlicher Hilfe macht, ist gescheitert.

Die Nachfrage nach Drogen ist unvermindert, die gesundheitliche und soziale Verelendung der Süchtigen nimmt zu, immer mehr Süchtige infizieren sich mit dem HI-Virus, immer mehr Süchtige sterben, der illegale Drogenhandel breitet sich aus und macht immer größere Profite, die Angst der Menschen in den Städten vor dem Drogenhandel und der Beschaffungskriminalität steigt.

4. Drogenprobleme beruhen nicht allein auf den pharmakologischen Eigenschaften der Drogen, sondern vor allem auf der Illegalität des Drogenkonsums. Die Illegalität macht die Drogen unrein und teuer und in der Dosis unkalkulierbar, sie ist hauptverantwortlich für die Verelendung der Süchtigen, die Todesfälle, die Beschaffungskriminalität.

Die Kriminalisierung steht Drogenhilfe und Drogentherapie im Weg und weist Polizei und Justiz eine Aufgabe zu, die sie nicht lösen können.

5. Drogenabhängige leben vorwiegend in Großstädten oder kommen in die Großstädte, denn hier ist der Markt, hier ist die Szene und hier sind auch die Hilfsangebote. Vor allem die Großstädte sind daher von dem Drogenproblem betroffen, ihr Einfluß auf die Drogenpolitik ist aber gering und steht im krassen Widerspruch zu ihrer Belastung.

II. Wir ziehen daher folgende Konsequenzen:

1. In der Drogenpolitik müssen die Prioritäten dramatisch geändert werden. Hilfe für die Süchtigen darf nicht im Schatten der strafrechtlichen Verfolgung stehen, sondern muß zusammen mit Prävention und Erziehungsarbeit gleichrangiges Ziel der Drogenpolitik sein.

Im Umgang mit Drogenabhängigkeit und Drogenabhängigen muß ein Höchstmaß an sozial- und gesundheitspolitischer Hilfe ermöglicht und repressive Interventionen auf ein Mindestmaß reduziert werden. Strafrechtliche Verfolgung sollte ihre Priorität auf die Bekämpfung des illegalen Drogenhandels legen. Insbesondere ist auch der Schutz der Bevölkerung eine Aufgabe der Polizei.

Wer Leid, Elend und Tod verringern will, muß die Süchtigen erstens vom Druck der polizeilichen Verfolgung wegen ihres Drogengebrauchs befreien und darf zweitens die Hilfsangebote nicht an das strikte Ziel totaler Drogenabstinenz koppeln. Hilfe soll nicht nur auf Ausstieg aus der Abhängigkeit abzielen, sondern muß auch ein menschenwürdiges Leben mit Drogen ermöglichen.

2. Wir brauchen in der Drogenpolitik eine Trennung zwischen Cannabis und anderen illegalen Drogen, deren Suchtpotential, Gefährlichkeit und kulturelle Eingebundenheit sich deutlich unterscheiden.
3. Die Vergabe von sterilen Spritzen an Abhängige und die Substitutions-Behandlung mit Methadon sind wichtige Hilfen zur Schadensbegrenzung.

4. Für die Einrichtung von Räumen, in denen unter Aufsicht Drogen konsumiert werden können, müssen die notwendigen rechtlichen Voraussetzungen geschaffen werden.
5. Die ärztlich kontrollierte Vergabe von Drogen an langjährig Drogenabhängige sollte aus dem Blickwinkel der Schadensminimierung vorurteilsfrei geprüft werden und eine Erprobung im wissenschaftlichen Rahmen ermöglicht werden.
6. Wir brauchen eine bessere Zusammenarbeit und Abstimmung der Drogenpolitik zwischen den Großstädten und ihren Regionen, zwischen den Großstädten untereinander und auch zwischen den Ländern Europas. Praktizieren nur einige Großstädte eine Drogenpolitik, die Sucht akzeptiert und niedrigschwellige Hilfsangebote möglich macht, werden diese Städte die Drogenabhängige wie Magneten anziehen und rasch überfordert sein.

III. Wir fordern deshalb:

1. Daß unsere Konzeption von Drogenpolitik bei den nationalen und regionalen Regierungen die erforderliche rechtliche, organisatorische und finanzielle Unterstützung erfährt.
2. Daß der Erwerb, Besitz und Konsum von Cannabis entkriminalisiert wird. Der Handel ist gesetzlich zu regeln.
3. Die Gebraucher und Gebraucherinnen anderer illegaler Drogen für Erwerb, Besitz und Konsum geringer Mengen zum Eigenbedarf nicht bestraft werden.
4. Daß die rechtlichen, organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen für die notwendige Ausdehnung der Vergabe von Methadon in unseren Städten geschaffen werden.
5. Daß der Gesetzgeber und die nationalen Regierungen die Voraussetzungen für eine niedrigschwellige Vergabe von Methadon (Amsterdamer Modell) und für eine medizinisch indizierte und wissenschaftlich begleitete Erprobung der Abgabe von Drogen schaffen. Das Angebot psychosozialer Begleitung muß in diesem Zusammenhang sichergestellt sein.

IV: Vereinbarungen:

Mit dem europäischen Einigungsprozeß und der Öffnung der Grenzen entsteht eine Situation, die nur auf internationaler Ebene und in der Koordination zwischen den betroffenen Städten bewältigt werden kann.

Wir, die Unterzeichner und Unterzeichnerinnen der Frankfurter Resolution, beschließen deshalb in enger Zusammenarbeit mit bestehenden Initiativen der Kommission der Europäischen Gemeinschaft, dem Europarat und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – Sektion Europa – den Aufbau eines Kooperationsnetzes, daß den regelmäßigen Erfahrungsaustausch zwischen den Städten gewährleistet. Neue Wege in der Drogenpolitik sollen gemeinsam vorbereitet und deren Ergebnisse und Erfahrungen ausgetauscht werden.

Zu diesem Zweck streben wir an:

- Die Verstärkung der europäischen Koordination in Drogenfragen.
- Regelmäßige Treffen der Drogenbeauftragten.
- Den Austausch von Fachkräften aus den Bereichen Drogenhilfe, Prävention, Polizei und Gesundheitswesen.
- Eine jährliche Städtekonferenz.

Der Kreis der Städte soll fortlaufend erweitert werden.

Als dringend erforderlich wird die Gründung einer Institution angesehen, die in Zusammenarbeit mit der Kommission der Europäischen Gemeinschaft, dem Europarat und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – Sektion Europa – wissenschaftliche Forschung zur Drogenfrage auf europäischer Ebene sowohl koordiniert und durchführt als auch wissenschaftlich begleitete Drogenhilfemaßnahmen, mit denen insbesondere neue Wege erprobt werden, initiiert.

Wir Sprechen uns dafür aus, daß die im Rahmen des europäischen Einigungsprozesses notwendige Harmonisierung nationaler Rechtssysteme auf der Grundlage einer Politik der Entkriminalisierung bzw. Entpönalisierung der Drogenabhängigen sowie der Schadensbegrenzung erfolgt.

Frankfurt am Main, im November 1990,

Amsterdam (NL), Frankfurt am Main (D), Hamburg (D) und Zürich (CH).⁴⁸

Die Resolution wurde in der Folge von folgenden Städten in Deutschland unterzeichnet: Dortmund (1994), Halle/Saale (1999), Hannover (1993), Karlsruhe (1996).

Die Resolution wurde in der Folge von folgenden Städten in der Schweiz unterzeichnet: Basel (1992), Bern (1993), Luzern (1992), St. Gallen (1994).

Die Resolution wurde in der Folge von folgenden Städten in den Niederlanden unterzeichnet: Arnhem (1991), Rotterdam (1991), Venlo (1992).

ECDP hat weitere Mitgliedsstädte in Belgien, Griechenland, Italien, Kroatien, Österreich und Slowenien.⁴⁹

Hamburg: Treibsand im Triebwerk der Hilfswerke

Hamburg: Vor den Fixerstuben kam der Fixerbus (im April 1991)

Ende der achtziger Jahre etablierte sich im Stadtteil Sankt Georg in der Nähe des Hauptbahnhofs am Hansaplatz eine große offene Drogenszene. Die Fixer nutzten die drei Kinderspielplätze rund um diesen Platz zum Dealen und Fixen. Entsprechend häufig wurden gebrauchte Spritzen auf denselben gefunden. Nach einer Protestkundgebung des „Einwohnervereins St. Georg von 1987 e.V.“ auf einem dieser drei Kinderspielplätze am 5. November 1988 wurde an einer Kreuzung unweit des Hansaplatzes ein erster Container zur Entsorgung von gebrauchten Spritzen aufgestellt, der jedoch so offensichtlich von der Polizei beobachtet wurde, daß viele Fixer sich nicht trautes, ihre Spritzen dort zu entsorgen.

Am 29. August 1990 wurde die offene Szene am Hansaplatz von der Polizei aufgelöst, der Platz wurde geräumt und über Wochen hin wurden alle alternativ aussehenden Personen strengstens kontrolliert. Die Szene verlagerte sich nun zum etwa 200 Meter weit entfernten Steintorplatz. Von dort wurde die Szene wiederum vertrieben, die sich darauf hin in die Eingangsbereiche des Hauptbahnhofs verzog. Genau gegenüber befand sich die einzige damals in Hamburg existierende niedrigschwellige Einrichtung zur Betreuung von Heroinabhängigen. Das am 7. September 1987 eröffnete „Drob Inn“ versorgte auf einer Fläche von 50 Quadratmetern täglich weit über 500 Fixer und tauschte (ebenfalls täglich) 10.000 bis 12.000 neue Spritzen gegen gebrauchte aus, über das Jahr verteilt mehr als 4.000.000 Spritzen. Die Mitarbeiter des *Drob Inns* waren dem Ansturm nicht mehr gewachsen und mit jeder Vertreibungsaktion der Polizei wurde immer offensichtlicher, daß die Junkies im Grunde nur im Kiez St. Georg gehetzt wurden. Eingedenk dieser Situation betrieb die „Soziale und pädagogische Initiative“ (SOPI) – der Zusammenschluß wichtiger sozialer und pädagogischer Einrichtungen und Bewohnerverbände St. Georg – am 8. Und 9. April 1991 einen „Fixerbus“, in dem sich Drogenabhängige ihren „Druck“ unter ärztlicher Aufsicht und unter hygienischen Bedingungen setzen konnten. Mit der Aktion ging die Forderung einher, im ganzen Stadtgebiet Fixerstuben einzurichten, um das „Drücken“ nicht mehr in den Hauseingängen, sondern in festen Räumen unter menschenwürdigen Bedingungen zu ermöglichen.⁵⁰

Im September 1991 stellte die Hamburger Polizei die Sondereinheit KORA (*Koordination Rauschgift*) auf, die für „Ordnung“ im Hauptbahnhof und am Hansaplatz wie in der näheren Umgebung sorgte. Bis zur Etablierung der ersten Fixerstuben dauerte es noch drei Jahre. Der *Verein Freiraum e.V.* richtete seit dem Jahr 1994 mehrere Gesundheitsräume (Injektionsräume) ein. Des weiteren betreibt der Verein ein „Drug-Mobil“, eine fahrbare Fixerstube. Im Gegensatz zu Frankfurt, wo die Konsumräume bereits damals einvernehmlich mit allen Behörden (inklusive Staatsanwaltschaft) betrieben wurden, wälzte

⁴⁸ European Cities on Drug Policy (ECDP): Frankfurter Resolution, Frankfurt am Main 1990.

⁴⁹ European Cities on Drug Policy (ECDP): Wer wir sind, was wir wollen, was wir tun, Frankfurt am Main 1996; European Cities on Drug Policy (ECDP): Newsletter No. 19, June 1999 + No. 20, September 1999, Frankfurt am Main 1999.

⁵⁰ M. Joho: Hamburg-St. Georg – ein Stadtteil im Umgang mit Drogen-KonsumentInnen und DrogenpolitikerInnen, in: akzept. E.V., Buntstift e.V.: Menschenwürde in der Drogenpolitik. Ohne Legalisierung geht es nicht!, Hamburg 1993, S. 64ff.

Hamburg das rechtliche Risiko auf die Beschäftigten der Drogenhilfe ab. Der Drogenbeauftragte *Horst Bossong* forderte öffentlich „*Zivilcourage*“ von den Beschäftigten und die *Sozialsenatorin Hegerit Fischer-Menzel (SPD)* ermutigte zu einer liberalen Rechtsauslegung. Im Frühling 1997, nachdem zwei Abhängige im „*Drug-Mobil*“ gleichzeitig eine Überdosis spritzten und ein Mitarbeiter beherzt zur Reanimation schritt und den Notarzt anrief, erschien im Schlepptau auch die Polizei. Die beiden Junkies überlebten mit knapper Not, ihr Retter aber handelte sich in der Folge ein Ermittlungsverfahren ein. Das Verfahren gegen die Mitarbeiter von Freiraum e.V. wurde im November „*auf Eis gelegt*“, dafür mußte der Geschäftsführer des Vereins, *Norbert Dworsky*, als „*Verdächtiger*“ herhalten.⁵¹ Hier muß sich allerdings die zuständige Staatsanwaltschaft die Frage gefallen lassen, weshalb eigentlich nur ein Repräsentant von Freiraum e.V. ins Visier genommen wurde und nicht auch die politisch Verantwortlichen des Senats, die ja die Finanzierung der entsprechenden Projekte in die Wege leiteten und somit gleichermaßen haftbar für die Vorgänge in den Fixerstuben waren.

In der Folge wartete *Norbert Dworsky* auf Post von der Staatsanwaltschaft. Während sich Delegationen aus ganz Deutschland bei *Dworsky* die Klinke in die Hand gaben, um von den Freiraum-Erfahrungen zu lernen, und die frisch gebackene rot-grüne Koalition in Hamburg vier weitere Fixerstuben versprach, sollte ein „*Pilotverfahren*“ klären, ob *Dworsky* sich nicht laufend strafbar gemacht habe. Die Gesundheitsbehörde, Fachaufsicht von Freiraum e.V., konnte ihm nicht einmal einen Anwalt stellen. Dies sei rechtlich unmöglich, bedauerte der Drogenbeauftragte *Horst Bossong*, „*es gehe schließlich um strafbare Handlungen*“, ließ er verlauten.⁵²

Im gleichen Jahr eröffnete der Bürgermeister *Ortwin Runde (SPD)* den Neubau des *Drob Inn* gegenüber des Hauptbahnhofs und präsentierte sich als „*Macher*“ einer aufgeschlossenen Drogenpolitik. Inzwischen werden dort 1.600.000 Spritzen pro Jahr ausgetauscht und bis 200-mal setzen sich täglich Junkies dort einen „*Druck*“.

Hamburg: Ausgeschrieben – abgeschrieben

Nicht nur die fehlende Rückendeckung in rechtlichen Fragen erschwert die Tätigkeit der Einrichtungen der Hamburger Drogenhilfe, sondern in letzter Zeit auch vermehrt die neue Ausschreibungspraxis für Projekte der ambulanten Drogenhilfe. Nach den Rahmenbedingungen über Qualitätsstandards in der ambulanten Sucht- und Drogenarbeit (Drogenberatung) vom 23. März 1996 sollen nur noch einzelne, tatsächlich erbrachte Leistungen abrechenbar sein. Die von der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS) am 1. Januar 1999 eingeleitete Ausschreibungspraxis hat auf das ganze Drogenhilfesystem eine verheerende Auswirkung und vergiftet die ohnehin schon angespannte Atmosphäre noch weiter. Zur Qualitätssicherungs- und Standardisierungsdiskussion stellt der erfahrene Experte in Sachen Drogenhilfe *Wolfgang Schneider* warnend fest:

„Es ist allerdings zu vermuten, daß diese Vermarktungswirtschaftlichung der Drogenhilfe dazu führt, daß auf der Kundenebene (Käufer-Verkäufer) die kapitalistische Zirkulation des lebenswürdigen Scheins auf der Ebene prinzipieller Gleichgültigkeit reproduziert wird. „Warenbesitzer“ (Drogenhelfer) und Käufer (Konsumenten als Kunden) stehen sich dann gegenüber. Wechselseitiges mißtrauen ist vorprogrammiert: Das Zusammentreffen der Individuen ist zufällig. Sie sind dann nicht mehr als Menschen, sondern ausschließlich als Waren (sprich Dienstleistungs- und Finanzierungsbesitzer), aneinander interessiert. Mit Hilfe von Freundlichkeit und Empathie stiehlt sich der Drogenhelfer in die Perspektive des Drogengebrauchers ein, um das Mißtrauen des „Kunden“ abzubauen, dessen Instrumentalisierung zu verschleiern und um auf dem Hilfemarkt konkurrenzfähig zu bleiben (Einzelfallabrechnung). Dies hat zur Konsequenz, daß die Drogenhilfe äußerst hart um die Zufriedenheit der Drogengebraucher kämpfen muß, allein aus Existenzsicherungsgründen. „Qualitätssicherung“, marktwirtschaftliche Kundenorientierung und Krankheitskonzept führen dazu, daß die Hilfsansprüche der Betroffenen mehr oder weniger organisationsfunktional – im Sinne einer Medizinalisierung und formalisierenden, routinisierenden Standardisierung (Zauberformel: Neues Steuerungsmodell, Ressourcenmanagement) der Hilfeleistungsvermittlung – instrumentalisiert werden.“⁵³

⁵¹ I. Stratenwerth: Helfer in der Illegalität. Mitarbeitern städtischer Fixerräume drohen Strafanzeigen, weil sie den Drogenkonsum zulassen. In Hamburg steht ein erster Prozeß an, in: Die Woche, Nr.1 Januar 1998, S. 33.

⁵² Ebd.: S. 33.

⁵³ W. Schneider: Zur Qualitätssicherungs- und Standardisierungsdiskussion, in: W. Schneider (Hg.): Brennpunkte akzeptierender Drogenarbeit, Berlin 1997, S. 147.

Aller Kritik zum Trotz, vor allem nach der Vergabe einer traditionsreichen Einrichtung an einen ortsfremden Träger, der nicht in den gewachsenen Strukturen eingebunden war, hält der Senat an seinem Konzept fest. Die Leitlinien aller getroffenen Maßnahmen wie auch die Arbeit aller Fachbehörden werden im „*innerbehördlichen Koordinierungskreis Drogen*“ und der „*Lenkungsgruppe Suchtprävention*“ erörtert und aufeinander abgestimmt. Diese beiden Gremien werden federführend vom Drogenbeauftragten des Senats, *Horst Bossong*, geleitet. Um schließlich auch gemeinsam mit den relevanten Freien Trägern die strukturelle Qualität und bedarfsorientierte Fortentwicklung der Hamburger Sucht- und Drogenhilfe zu sichern und gleichzeitig den 1994 begonnenen Modernisierungsprozeß weiter zu forcieren, ist seit 1996 ein „*Fachrat*“ eingerichtet worden, an dem Vertreter der Freien Träger sowie Vertreter der in der Sucht- und Drogenhilfepolitik federführenden Fachbehörde teilnehmen und der regelmäßig vom Drogenbeauftragten des Senats einberufen wird. Die Beratungsergebnisse fließen unmittelbar in die Arbeit der Trägervereine ein; gleichzeitig werden sie über die behördliche Hierarchie für die Drogenpolitik des Senats nutzbar gemacht.⁵⁴

In Hamburg bestand, im Gegensatz zu den anderen beiden ECDP-Mitgliedsstädten Frankfurt am Main und Hannover, die Fixerstuben einrichteten, für die Betreiber derselben bis März 2000 grundsätzlich Rechtsunsicherheit. Die Art, einen Nachweis der Qualitätssicherung leisten zu müssen, belastete die in Hamburg tätigen Trägervereine weit mehr als in den beiden anderen oben genannten Städte Frankfurt am Main und Hannover. Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, daß in den beiden zuletzt genannten Städte die Zahl der sogenannten „*Drogentoten*“ in den letzten Jahren stärker zurückgegangen ist als in Hamburg.

Rückläufigkeit der sogenannten „Drogentoten“ in Prozent (ECDP-Städte mit Fixerstuben)

Stadt	1991 bis 1999	1994 bis 1999	1995 bis 1999
Hamburg	-36,8%	-23,8%	-18,4%
Hannover	-72,4%	-48,4%	-46,7%
Frankfurt am Main	-82,3%	-57,4%	-44,7%

Datenquelle zur Berechnung der Prozentwerte: Hamburg und Hannover: BKA, Frankfurt am Main: Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main.

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt oder zu Berlin (bislang einziges Mitglied bei der Organisation *European Cities Against Drugs (ECAD)* in Deutschland) zeigt sich sehr deutlich, daß die Resultate im Hinblick auf die umgesetzten Maßnahmen in der Drogenhilfe in Hamburg, Frankfurt am Main und in Hannover weitaus besser sind als im Bundesdurchschnitt und in Berlin. Die Rückläufigkeit der Anzahl der sogenannten „*Drogentoten*“ von 1991 bis 1999 war in Hamburg um den Faktor 2,5, in Hannover um den Faktor 4,9 und in Frankfurt am Main um den Faktor 5,6 größer als im Bundesdurchschnitt. Die Relation zu Berlin verhält sich etwa gleich.

Der Vergleich von 1994 und 1995 zu 1999 zeigt, daß bei den ECDP-Städten mit Fixerstuben in allen Fällen ein signifikanter Rückgang zu verzeichnen ist, im Gegensatz zum Bundesdurchschnitt, wo eine Zunahme von jeweils über 10 Prozent festzustellen ist. Die hohe Zuwachsraten in Berlin im Zeitraum von 1994 bis 1999 von annähernd 90 Prozent und mehr als 65 Prozent im Zeitraum von 1995 bis 1999 sind ein deutliches Zeichen, daß die stetige Weigerung des Berliner Senats, Fixerstuben in der Stadt Berlin zuzulassen, verheerende Folgen für die Drogenabhängigen hat.

Entwicklung der Anzahl sogenannter „Drogentoten“ in Prozent (Berlin und Deutschland)

Land/Stadt	1991 bis 1999	1994 bis 1999	1995 bis 1999
Deutschland	-14,7%	+11,6%	+13,5%
Berlin	-14,6%	+89,8%	+65,3%

Errechnet auf Basis der Daten des BKA: Rauschgiftjahresbericht 1998, Wiesbaden 1999, Tabelle 31. In Berlin wurden für 1995 nachträglich 31 weitere „*Drogentodesfälle*“ festgestellt, die hier, jedoch nicht in der Falldatei des BKA betreffend „*Drogentote in der Bundesrepublik insgesamt*“ eingeflossen sind. Deshalb ist die zur Berechnung der Prozentwerte zugrundegelegte Zahl für Deutschland um 31 größer als die Zahl, die in der Falldatei des BKA angegeben ist (für 1995 Anzahl hier: 1.596, für 1995 Anzahl BKA: 1.565).

⁵⁴ Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg: Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft – Drogen und Suchtpolitik, Drucksache 16/2240, Hamburg 1999, S. 41.

Hamburg: Eine Fixerstube für Tausend Fixer

Die Zahl der Opiatabhängigen, die in Hamburg leben, wird auf etwa 7.000 bis 8.000 geschätzt. Für die stehen heute in der Hansestadt 7 Fixerstuben mit insgesamt 47 bis 49 Konsumplätzen zur Verfügung. Somit gibt es für etwa 1.000 Opiatabhängige eine Fixerstube und für etwa 150 Opiatabhängige einen Konsumplatz. Damit hat Hamburg derzeit weltweit das dichteste Versorgungsnetz.

Fixerstuben in Hamburg

Einrichtung	Träger	Standort	Anzahl der Konsumplätze	Öffnungszeiten pro Woche
Drob Inn	Jugendhilfe e.V.	St. Georg	10	48 Std.
Fixstern	Freiraum e.V.	Sternschanze	8	44 Std.
Abrigado	Freiraum e.V.	Harburg	6	33 Std.
Drug Mobil	Freiraum e.V.	Billstedt	3-5 (flexibel)	25 Std.
Kodrobs	Jugend hilft Jugend e.V.	Ottensen	6	34 Std.
Stay Alive	Jugendhilfe e.V.	St. Pauli	8	34 Std.
Café Drei	Drogenhilfe Eimsbüttel e.V.	Eimsbüttel	6	32 Std.

Stand: 15. Februar 1999

Als Gesundheitsräume gelten Räumlichkeiten, in denen Drogenabhängige ihre illegal erworbenen und mitgebrachten Betäubungsmittel (Konsumration zum sofortigen Verbrauch) unter Aufsicht von fachlich hinreichend in Fragen suchtbezogener (Erst-)Beratung und in erster Hilfe geschultem Personal und unter hygienischen Bedingungen konsumieren können. Dabei ist zu beachten, daß es sich hierbei nicht um ein „wertneutrales“ Zurverfügungstellen der entsprechenden Konsummöglichkeit, sondern darum handelt, über ein solches Angebot einen (ersten) helfenden und beratenden Kontakt insbesondere mit solchen Abhängigen aufzunehmen, die im allgemeinen als für Hilfsmaßnahmen schwer erreichbar gelten.⁵⁵

Öffnungszeiten der Konsumräume in Hamburg

Einrichtung	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Drob Inn	11.00-20.00	12.00-20.00	11.00-20.00	12.00-20.00	11.00-20.00	11.00-20.00	zu
Fixstern	14.00-20.00	10.00-20.00	17.00-20.00	10.00-20.00	10.00-20.00	14.00-20.00	zu
Abrigado	13.30-19.00	13.30-19.00	13.30-19.00	13.30-19.00	13.30-19.00	zu	13.30-19.00
Drug Mobil	14.00-19.00	14.00-19.00	14.00-19.00	14.00-19.00	14.00-19.00	zu	zu
Kodrobs	10.00-19.00	10.00-19.00	zu	10.00-19.00	10.00-19.00	zu	zu
Stay Alive	11.30-19.30	13.00-19.30	13.00-19.30	13.00-19.30	13.00-19.30	zu	zu
Café Drei	10.00-19.00	10.00-19.00	10.00-19.00	14.00-19.00	10.00-15.00	zu	14.00-19.00

Stand: 15. Februar 1999

Obwohl Hamburg mit sieben Fixerstuben über fast doppelt so viele Einrichtungen dieser Art verfügt wie Frankfurt am Main, wo es vier Fixerstuben gibt, müssen die Hamburger aufgrund der Öffnungszeiten oft wesentlich länger auf die nächste Möglichkeit warten, sich einen „Druck“ in einer Fixerstube unter hygienischen Bedingungen machen zu können. Die Öffnungszeiten aller Fixerstuben zusammen pro Woche beträgt in Hamburg 210 Stunden, in Frankfurt am Main 331 Stunden. Da ein Konsumvorgang durchschnittlich 20 Minuten beträgt, können pro Stunde und Konsumplatz drei Konsumvorgänge getätigt werden. Bei maximaler Auslastung wären somit in Hamburg 5.394 Konsumvorgänge pro Woche möglich, in Frankfurt hingegen 9.015.⁵⁶ Die Kapazität, die Hamburg effektiv den Heroinabhängigen zur Verfügung stellt, erreicht somit nur etwa 60 Prozent jener von Frankfurt. Die Qualitätssicherungs- und

⁵⁵ Ebd.: S. 29.

Standardisierungsdiskussion und die Ausschreibungspraxis in Hamburg führten, trotz wesentlich höherer Investitionen, zu einem Qualitätsstandard betreffend Verfügbarkeitszeiten der Konsumplätze für die Heroinabhängigen, der deutlich unter dem Niveau von Frankfurt am Main liegt. In Frankfurt wurde bis dato auch nicht über Regelungen bezüglich Ausschreibungspraktiken diskutiert, wie in Hamburg.

Die Öffnungszeiten der Fixerstuben in Hamburg scheinen sich mehr an ordnungspolitischen Kriterien zu orientieren als an den Bedürfnissen der Opiatabhängigen. Sie sind in den frühen Morgenstunden ebenso geschlossen wie in den späteren Abendstunden und an Samstagen und Sonntagen haben jeweils nur zwei Fixerstuben geöffnet. Es scheint, daß mit dem Betrieb der Fixerstuben vor allem das Erscheinungsbild der Stadt zu Geschäftszeit beeinflusst werden soll. In Frankfurt am Main ist hingegen an allen sieben Wochentagen ein Service von 6 Uhr in der Früh bis Mitternacht gewährleistet.

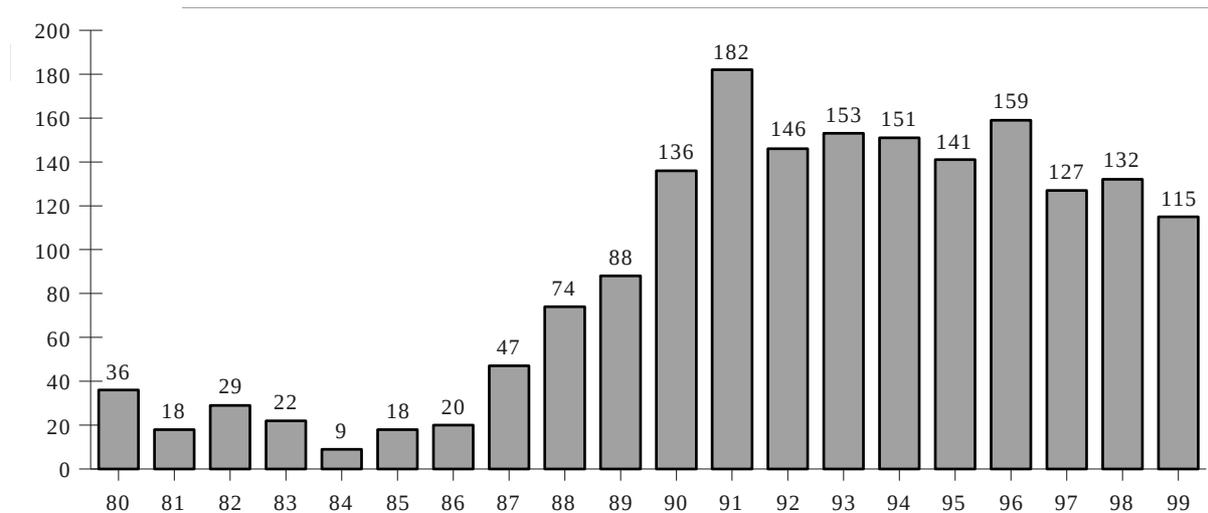
Besonders prekär ist die Situation am Sonntag, da im Zentrum der Stadt keine Fixerstube geöffnet hat. Wer am Sonntag in Hamburg eine Fixerstube aufsuchen will, muß entweder in den südlich der Elbe gelegenen Stadtteil Harburg fahren oder in den Nordwesten der Stadt nach Eimsbüttel. Dort sind die Fixerstuben dann jeweils nachmittags und am frühen Abend bis 19 Uhr geöffnet. An den Samstagen ist der *Fixstern* im Schanzenviertel nachmittags und am frühen Abend bis 20 Uhr geöffnet und das *Drob Inn* in St. Georg über die Mittagszeit bis zum frühen Nachmittag um 16 Uhr. Opiatabhängige, die am Wochenende gerne auf eine Party gehen, sind somit genötigt, sich ihren „*Druck*“ unter freiem Himmel oder auf der Toilette im Bahnhof oder im Bereich der Party zu geben. In Frankfurt hingegen stehen für Opiatabhängige, die Lust am Feiern auf Parties haben, 20 Konsumplätze bis Mitternacht zur Verfügung, auch am Freitag, Samstag und Sonntag.

Auch nach der Party sind die Frankfurter besser dran. Jeden Morgen ab sechs Uhr in der Früh stehen acht Konsumplätze zur Verfügung, ganz in der Nähe des Hauptbahnhofs. In Hamburg hingegen muß man am Samstag bis 11 Uhr warten, bis das *Drob Inn* in der Nähe des Hauptbahnhofs seine Pforten öffnet, am Sonntag gar bis 13.30 Uhr, bis das *Abrigado* ganz im Süden der Stadt in Harburg Einlaß gewährt. Die Experten der Qualitätssicherung in Hamburg können von den Frankfurtern wahrlich noch sehr viel lernen.

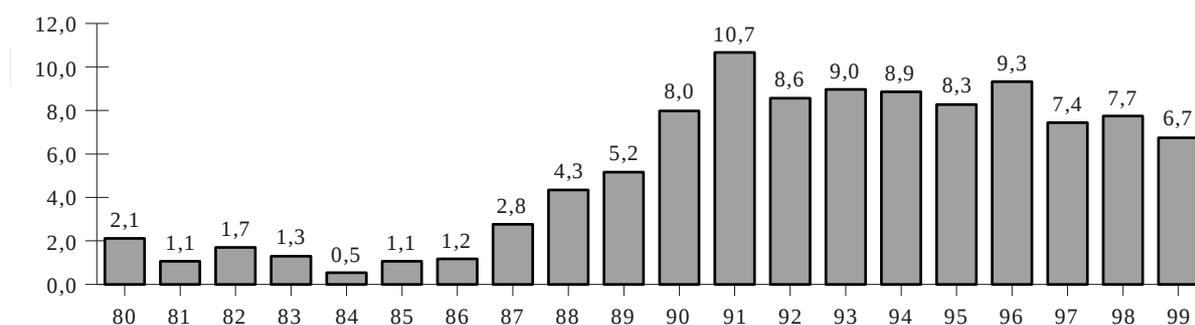
⁵⁶ Berechnet nach den Daten gemäß: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg: Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft – Drogen und Suchtpolitik, Drucksache 16/2240, Hamburg 1999, S. 28 f. Da das Drug Mobil im Hamburger Stadtteil Billstedt über eine variable Anzahl von 3 bis 5 Konsumplätzen verfügt, wurde für die Rechnung die Zahl von 4 Konsumplätzen eingesetzt.

Hamburg: Daten, Fakten und Zahlen

Anzahl der „Drogentoten“ in Hamburg



Häufigkeitszahl



Datenquelle: Bundeskriminalamt, Rauschgiftjahresberichte.

Berlin bleibt hart: Absage an Fixerräume

Berlin: (Gegen ?) Glaubenskriege in der Drogenpolitik

Im Dezember 1994 hielt Sozialsenatorin *Ingrid Stahmer (SPD)* es auch in Berlin für denkbar, Fixerstuben zu schaffen, in denen sich Süchtige unter hygienischen Bedingungen Heroin spritzen können. Zwar müsse man sich den Versuchen mit Fixerstuben, die es in der Schweiz gibt oder (seinerzeit) seit wenigen Wochen auch in Frankfurt am Main, nicht sofort anschließen, erklärte die Senatorin in einem Gespräch mit dem Berliner Tagesspiegel, das am 20. Dezember 1994 veröffentlicht wurde, aber Berlin sollte offen sein, neue Wege mitzugehen, wenn Erfolge anderswo dafür sprächen. Die Senatorin, die seit dem Ausscheiden von Jugendsenator *Thomas Krüger* aus dem Senat nun auch für das Thema Drogen in der Landesregierung verantwortlich wurde, bestritt unterdessen, daß die Berliner Drogenpolitik rückständig sei. Sie möchte aber Glaubenskriege um „richtige Drogenhilfe“ beenden. Das Ziel Drogenfreiheit sei jedoch nicht altmodisch.⁵⁷

Einen Tag nach Erscheinen dieser Meldung erklärte die Senatorin *Ingrid Stahmer* genau das Gegenteil, wie man in der Berliner Zeitung am 22. Dezember 1994 nachlesen konnte. Unter dem Titel „Sozialsenatorin lehnt Fixerräume ab“ vermeldete die Zeitung: „Gegen die Einrichtung von Fixerräumen in Berlin hat sich Jugendsenatorin *Ingrid Stahmer (SPD)* ausgesprochen. Aus ihrer Sicht sprechen sowohl

⁵⁷ B. Koch: Stahmer: Fixerräume auch in Berlin denkbar. Senatorin will abwarten, ob Frankfurter Modell erfolgreich ist. Gegen Glaubenskrieg in der Drogenpolitik, in: Der Tagesspiegel vom 20. Dezember 1994.

„rechtliche als auch inhaltliche Gründe“ dagegen, wie die Politikerin gestern sagte. Mit „Druckräumen“ allein sei die Reduzierung des Drogenproblems nicht möglich, wenn nicht zugleich die Lebensläufe und sozialen Umstände der Klientel berücksichtigt werden.“⁵⁸

Die Sozialsenatorin von Berlin bedachte wohl in ihrem Interview mit dem Tagesspiegel nicht, daß Berlin zu den Gründungsmitgliedern des Städteverbundes *European Cities Against Drugs (ECAD)* gehört, der am 28. April 1994 in Stockholm als Gegenreaktion zum stets an Bedeutung gewinnenden *ECDP*, der – im Gegensatz zum *ECAD* – eine fortschrittliche Drogenpolitik befördert, gegründet wurde. Auf der Drogenkonferenz der Weltmetropolen in Stockholm, an der der Regierende Bürgermeister *Eberhard Diepgen* und Jugendsenator *Thomas Krüger* teilnahmen, wurde die „*Stockholmer Resolution*“ verabschiedet. Auf den Inhalt hat Berlin entschiedenen Einfluß genommen. Die Resolution verfolgt das Ziel einer strikten und harten Drogenbekämpfungspolitik. Deshalb ist der Forderung nach Legalisierung von Drogen auch eine eindeutige Absage erteilt worden.⁵⁹ Nach dem Interview mit dem Tagesspiegel wurde die Sozialsenatorin wohl von dem Regierenden Bürgermeister zurechtgewiesen, was sie dann zur Revision ihrer „Einsicht“ bewegte.

Seit 1994 ist die Jugend- und Sozialsenatorin *Ingrid Stahmer* für die Drogenpolitik in der Hauptstadt verantwortlich und seit Weihnachten 1994 kann man regelmäßig in den Berliner Zeitungen lesen, daß sie strikt gegen die Einführung von Fixerstuben sei. Auch die Drogenbeauftragte des Landes Berlin und Leiterin des Referates Drogen und Sucht, *Elfriede Koller*, die auch Vorstandsmitglied im *ECAD* ist, ist strikt gegen die Einführung von Fixerstuben und für die Umsetzung einer rein auf Abstinenz orientierten Drogenpolitik. Beide gelten als Verfechterinnen der „*richtigen Botschaft*“ und wehren hartnäckig jedes Ansinnen von Bezirken zur Einführung von Fixerstuben ab. Ebenso lehnt die Innenverwaltung die Einführung von Fixerstuben stets ab, wie man immer wieder in den Berliner Gazetten nachlesen kann. So ließ Innenstaatssekretär *Kuno Böse* nicht nur einmal die Meldung verbreiten, daß gemäß des 3. Drogenberichtes des Senats Polizei und Staatsanwaltschaft „*strikte Gegner von Druckräumen seien und bleiben werden*“ und daß „*Druckräume ein falsches Signal seien und die Prävention gestärkt werden müssen*.“ Ähnlich äußerte sich der Vorsitzende des Verbandes Berliner Staatsanwälte, *Jörg Raupach*: „*Eine Duldung von Drogenkonsum käme einer Kapitulation gleich und mache es schwieriger, Mißbrauch an anderen Stellen als Straftat zu verfolgen*.“⁶⁰

Bereits im April 1988 hatte die Kreuzberger Bezirkverordnetenversammlung mit nur zwei Gegenstimmen von CDU-Abgeordneten beschlossen, am Kottbusser Tor einen „*Druckraum*“ einzurichten. Auch die beiden bündnisgrünen Jugendstadträtinnen von Tiergarten und Schöneberg, *Elisa Rodé* und *Ulrike Herpich-Behrens*, verlangten bereits zu jener Zeit die Einrichtung von Fixerstuben für die Opiatabhängigen in ihren Bezirken. Doch bei der Senatsverwaltung stießen sie auf wenig Gegenliebe. So erklärte der CDU-Generalsekretär *Volker Liepelt*, daß die Union eine konsequente Anti-Drogen-Politik fordere und daß überprüft werden müsse, ob man das Betäubungsmittelgesetz weiter verschärfen könne.⁶¹

Knapp drei Jahre später konnte man fast gleichlautende Formulierungen in der Berliner Presse lesen. In der Drogenpolitik der Hauptstadt hat sich bezüglich Fixerstuben nicht geändert, die Standpunkte sind nach wie vor die gleichen und die Formulierungen sind nahezu identisch, nur die Zahl der Opfer hat in der Zwischenzeit markant zugenommen. So ist seit 1994 die Zahl der sogenannten „*Drogentoten*“ um fast 90 Prozent angestiegen. In Städten mit Fixerstuben ist die Zahl der Opfer jedoch deutlich gesunken, wie die folgende Graphik zeigt.

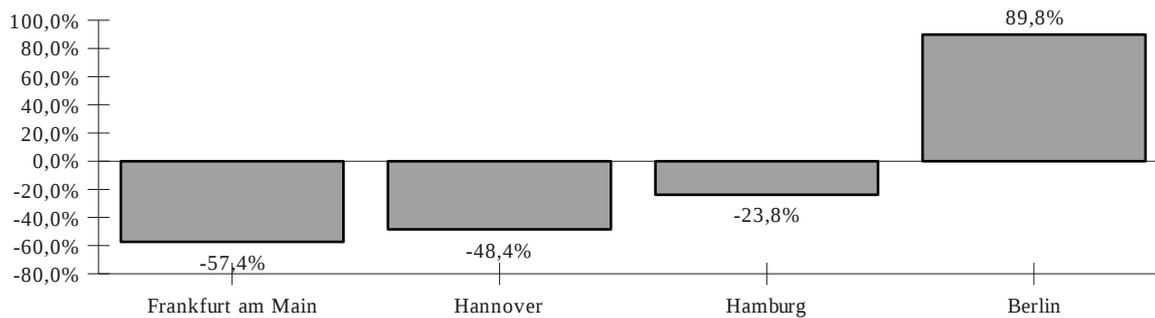
⁵⁸ o.A.: Sozialsenatorin lehnt Fixerräume ab, in: Berliner Zeitung vom 22. Dezember 1994.

⁵⁹ Landespressedienst Berlin: Diepgen: Stockholmer Resolution wichtiger Schritt zur konsequenten Drogenbekämpfung, Drucksache Nr. 83 (CR) vom 29. April 1994.

⁶⁰ U. Schirmack: Druckräume für Fixer spalten Anwohner und Senatsbehörden. Nur wenig Rückendeckung für die Pläne in vier Bezirken, in: Berliner Morgenpost vom 7. Mai 1998.

⁶¹ T. Miller: Nach Kreuzberg sollen auch Tiergarten und Schöneberg einen Druckraum bekommen. Gemeinsamer Vorstoß der Jugendstadträtinnen. Widerstand aus der Senats-Jugendverwaltung, in: Berliner Zeitung vom 21. April 1998.

Entwicklung der „Drogentotenzahl“ seit 1994 bis 1999 in verschiedenen Städten (Angaben in %)



Aufgrund dieser alarmierenden Entwicklung forderten die Berliner Drogenberatungsstellen im Februar nachdrücklich die Einführung von Fixerstuben in der Stadt. Nach dem endgültigen „Ja“ vom Bundesrat zur Legalisierung von Fixerstuben standen bei Berliner Drogenberatungsstellen die Zeichen auf Hoffnung: „Bitte, bitte, macht es hier auch“, drängte der Geschäftsführer von der Suchtberatungsstelle BOA, *Rolf Bergmann*, die Verantwortlichen in der Bundeshauptstadt. Unwürdig seien die Bedingungen, unter denen Berliner Junkies sich die Spritze setzten. Zum Beispiel in Tiergarten: „In den Büschen verrichten die Leute ihre Notdurft und daneben liegen die Instrumente zum Drücken. Sozusagen ein Freiluft-Lokus und Konsumplatz in einem“, schilderte Bergmann die Zustände in der Turmstraße, wo sich im vergangenen Sommer eine „Riesenszene“ versammelte. Angesichts dieser „verheerenden Konditionen“, so der Drogenexperte, sei es geradezu „zynisch, weiterhin nichts anzubieten“.⁶²

In Berlin werde gute Arbeit geleistet, was Prävention, Beratung und Ausstiegshilfe angehe, da waren sich Gegner und Befürworter von Fixerstuben einig. Doch im Gegensatz zur offiziellen Haltung des Senats und der Koalitionspartner SPD und CDU hielten Sozialarbeiter, Streetworker und Suchtberater die Einrichtung von „Konsum-“ oder „Druckräumen“ für unbedingt erforderlich. Bis dato könne allerdings in der Regel nur den Drogenabhängigen geholfen werden, die selbst „da raus wollen“, erklärte *Bergmann*. Dagegen seien Fixerstuben eben nicht nur medizinisch und hygienisch „sauber“, sondern ein wichtiger Ort zur Kontaktaufnahme. So könne auch denjenigen Hilfe beim Ausstieg aus der Drogenhölle gegeben werden, an die „man sonst nicht rankommt“.⁶³

„In ein bis zwei Jahren könnte es auch in Berlin Fixerstuben geben“, war der Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft Streetwork, *Jürgen Schaffranek*, zuversichtlich. Hierfür müsse allerdings im Vorfeld „sehr gute Öffentlichkeitsarbeit“ geleistet werden, um die Anwohnerschaft auf ihre neuen Nachbarn vorzubereiten, betonte er. Ähnlich optimistisch gab sich *Martin Buchweitz-Sautier*, Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft Drogenprobleme: „Mit ein wenig Zeit und Ruhe werde man bei den Verantwortlichen offene Ohren finden, und hoffentlich auch bei der Bevölkerung“. Für Vorbehalte zeigte *Buchweitz-Sautier* Verständnis: „Hätten Sie gerne einen Konsumraum bei sich im Haus?“ Wichtig sei daher auch die dezentrale Lage der einzurichtenden Räume. Sonst werde sich die Szene erneut an einigen wenigen Stellen konzentrieren, so wie derzeit an Kottbusser Tor, Zoo und Gedächtniskirche.⁶⁴

Rückendeckung erhielten die Drogenberatungsstellen von den Berliner Grünen. Endlich seien Konsumräume jetzt rechtlich möglich, begrüßte Gesundheitsreferent *Reiner Felsberg* die Gesetzesänderung. „Die Fixerstuben werden kommen“, war er sich ganz sicher. Innensenator *Eckart Werthebach* (CDU) müsse einen Rückzieher von seiner bisher ablehnenden Position machen, meinte *Felsberg*. *Werthebach* dachte jedoch gar nicht daran: Er werde massiv gegen Fixerstuben vorgehen, beharrte er im Rundfunk auf seiner alten Linie. „Wir werden dafür Sorge tragen, daß alles beim Alten bleibt“, bekräftigte sein Sprecher *Stefan Paris*.⁶⁵

Das SPD-geführte für Drogenprobleme zuständige Ressort für Schule, Sport und Jugend windete sich merklich bei der Bewertung des neuen Gesetzes. Man begrüße die so geschaffenen einheitlichen Richtlinien für Drogenkonsumräume, sagte Pressesprecher *Thomas John*. Man begrüße allerdings auch, daß den einzelnen Ländern frei gestellt geblieben sei, ob sie solche Räume tatsächlich einrichten wollten.

⁶² J. Pflüger: „Freiluft-Lokus und Fixer-Konsumplatz in einem“ – Berliner Drogenberatungsstellen kämpfen für Fixerstuben, in: AFP Journal: Tagesthema vom 26. Februar 2000.

⁶³ Ebd.

⁶⁴ Ebd.

⁶⁵ Ebd.

Mit anderen Worten: Für Berlin sah Senator *Klaus Böger (SPD)* keinen Grund, Druckräume einzurichten. Die Stadt tue bereits sehr viel, so verwies *John* auf Präventionsmaßnahmen, Szeneläden mit Beratungsangeboten, Hepatitisimpfungen und Busse, in denen Fixer ihre gebrauchten Spritzen gegen neue eintauschen könnten.⁶⁶

Die Fronten schienen verhärtet, doch die Befürworter von Fixerstuben hatten durch die jüngste Entscheidung spürbaren Rückenwind erhalten. „*Wir müssen eben Druck machen*“, versprach *Felsberg* und verwies auf frühere Erfolge: So sei es seit einem Jahr legal, Einwegspritzen an drogenabhängige Häftlinge zu verteilen. Früher sei auch das undenkbar gewesen.

In Berlin gibt es etwa 8.000 Opiatabhängige⁶⁷ und 1999 wurden in Berlin 205 „*Drogentote*“ gezählt. Dies entspricht einer Quote von 2,6%. In Frankfurt gibt es ebenfalls etwa 8.000 Opiatabhängige⁶⁸ und 1999 wurden dort 26 „*Drogentote*“ gezählt. Dies entspricht einer Quote von 0,3%. Die Quote in Frankfurt am Main war 1999 um den Faktor acht geringer als in Berlin. Vor diesem Hintergrund plädierten zu Beginn des Jahres 2000 erneut vier Bezirke in Berlin für die Einrichtung von Fixerstuben. Kreuzberg, Schöneberg, Tiergarten und Charlottenburg hatten schon in den vergangenen Jahren Räume für Drogenkonsumenten gefordert. Nachdem der Bundesrat im Februar 2000 der Änderung des Betäubungsmittelgesetzes zugestimmt hatte und Druckräume für den Konsum harter Drogen legalisierte, wollen Stadträte und Bürgermeister der vier Innenstadtbezirke diese nun so schnell wie möglich öffnen. „*Wir haben genug negative Erfahrungen mit einer Drogenszene auf der Straße gemacht*“, sagte Charlottenburgs Sozialstadtrat *Udo Maier (SPD)*. Er wolle Abhängigen das Spritzen unter Aufsicht in einem Raum möglichst im Gebäude des Bahnhofs Zoologischer Garten erlauben. Dort und am Breitscheidplatz hielten sich viele junge Junkies auf. Schöneberg und Tiergarten wollen gemeinsam Fixerstuben rund um die Potsdamer- und die Kurfürstenstraße einrichten, Kreuzberg am Kottbusser Tor. „*Es müssen viele Standorte sein, damit keine Zentrale für einen riesen Drogenumschlagplatz entsteht*“, sagte Schönebergs Bürgermeisterin *Elisabeth Ziemer (B 90/Grüne)*. Sie wolle dafür im Rat der Bürgermeister eintreten.⁶⁹

⁶⁶ Ebd.

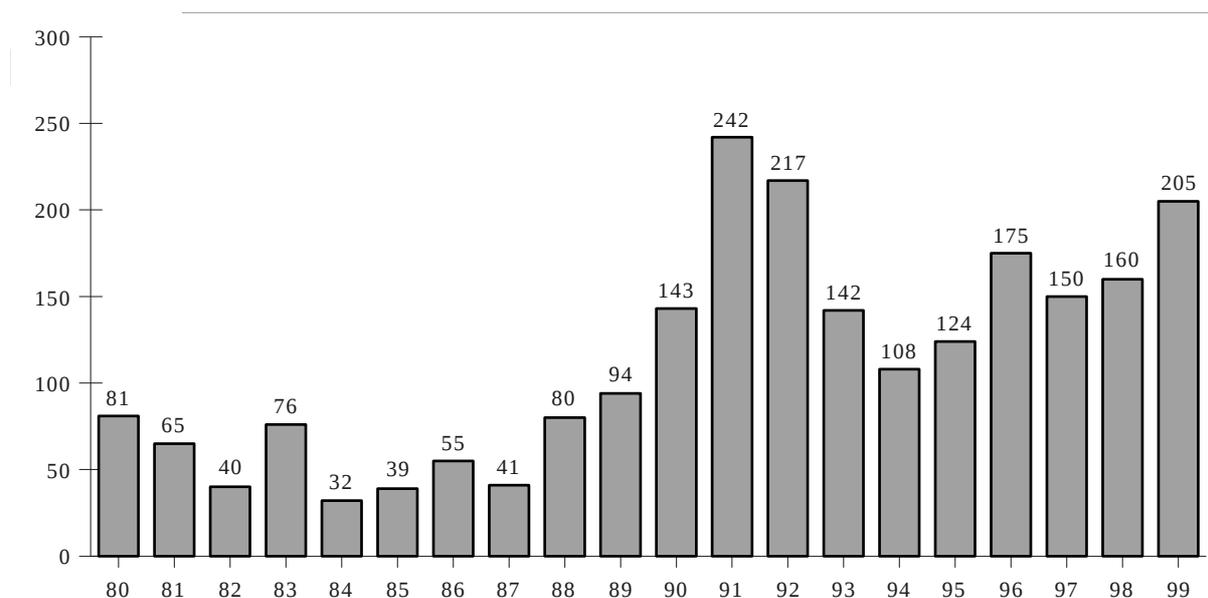
⁶⁷ Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport (Berlin), Referat: Drogen und Sucht: Drogen und Sucht: Jahresbilanz 1998, Berlin 1999, S. 1.

⁶⁸ ECDD – City Reader, Frankfurt am Main 1997, Dokumentation Frankfurt am Main S. 1.

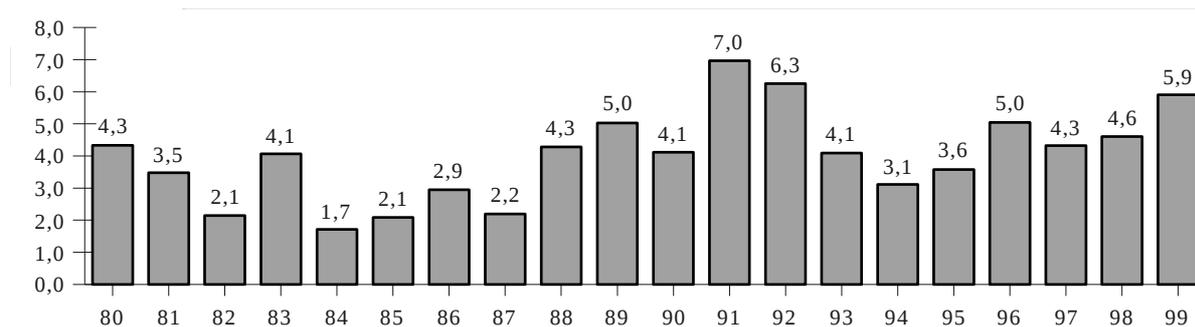
⁶⁹ J. Haak: Trotz Senats-Verbot: City-Bezirke wollen Fixerstuben einrichten. Bundesgesetz erlaubt Druckräume auch in Berlin, in: Berliner Zeitung vom 29. Februar 2000.

Berlin: Daten, Fakten und Zahlen

Anzahl der „Drogentoten“ in Berlin



Häufigkeitszahl (bis 1989 nur bezogen auf Westberlin, ab 1990 auf ganz Berlin)



Datenquelle: (1980-1998): Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, Referat: Drogen und Sucht, Jahresbilanz 1998, Berlin 1999. (1999): BKA.

Bremen: Hartnäckig gegen Fixerstuben

Das Bremer Notfallprogramm

Anders als zum Beispiel der Berliner Senat hat der Bremer Gesundheitssenat die Drogentestung (Drug-Checking) im Sinne einer Schutzmaßnahme für Verbraucher als nützliches Instrumentarium angesehen und mit einer ausnahmsweisen Duldung der Bremer Staatsanwaltschaft erfolgreich im Januar 1997 eingesetzt. Hintergrund dieser Maßnahme in Bremen war der Tod durch Überdosierung von fünf Heroinabhängigen an einem einzigen Wochenende. Entgegen der auf dem Schwarzmarkt üblichen Konzentration von 10 Prozent, wies das in Bremen gehandelte Heroin einen Reinheitsgrad von 60 Prozent auf. Für die Dauer von zehn Tagen konnten Heroinkonsumenten ihre Substanz untersuchen lassen, mit dem Resultat, daß weitere Tode vermieden werden konnten. Als Konsequenz dieser Erfahrung forderte die Bremer Gesundheitssenatorin *Christine Wischer (SPD)* eine Gesetzesänderung auf Bundesebene, um solche Projekte von der Duldung der Staatsanwaltschaften zu befreien.⁷⁰ Doch zu einer Zulassung von Fixerstuben, wo im Falle von Notfällen sofort Hilfe (Reanimation) gewährleistet werden kann, führten diese Zwischenfälle nicht. In der Folge, nach der Beschlagnahmung des „Drug-Mobils“ (Fahrbare Fixerstube) des Hamburger Vereins *Freiraum e.V.* im

⁷⁰ E. Stengel: Süchtige in Bremen können Heroin testen lassen. Wegen Todesfällen verlangt Gesundheitssenatorin außer Soforthilfe Gesetzesreform, in: Frankfurter Rundschau vom 21. Januar 1997.

Sommer 1997 in Bremen teilte das Stadtamt der Bremer Innenbehörde in geradezu zynischer Weise mit: „Die Gesundheit der Bevölkerung sowie die körperliche Integrität und das Leben des Einzelnen könnten dadurch [durch Fixerstuben, Anm. d. Red.] Schaden nehmen. Vor diesen Gefahren ist die Allgemeinheit zu schützen.“⁷¹

Bremer „Fixerstübli“ beschlagnahmt

Nach einer gemeinsamen Aktion mit dem „Drug Mobil“ des Hamburger Vereins *Freiraum e.V.* im Sommer 1997 wurden Strafanzeigen wegen Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG § 29 Abs. 10) „Verschaffen einer Gelegenheit zum unbefugten Konsum ...“ gegen die Organisatoren der Veranstaltung gestellt, die inzwischen eingestellt worden ist. Innensenator *Borttscheller (CDU)* kündigte daraufhin an, das Hamburger „Drug Mobil“ bei einem weiteren Besuch in Bremen als „Tatwaffe zu beschlagnahmen“. Auch das Stadtamt duldet daraufhin keine weiteren „Informationsveranstaltungen zum Thema Fixerräume“ mit der Begründung, daß dadurch die „Gesundheit der bremischen Bevölkerung“ gefährdet werde.⁷²

In Bremen wurden bislang keine Räume für den Drogenkonsum zur Verfügung gestellt. Drogen wurden und werden trotzdem konsumiert, und zwar in „öffentlichen Druckräumen“, so auf den Spielplätzen, in den Hauseingängen, auf der Straße und in den Toiletten von den Kneipen, von den Bahnhöfen und von den öffentlichen Gebäuden. Um den öffentlichen Grund als Fixerareal zu entlasten, haben Mitglieder und Freunde von *akzept e.V. Bremen* Anfang des Jahres 1998 einen alten Wohnwagen zum „Bremer Fixerstübli“ umgebaut und dieses mehrere Wochen in Bremen-Nord den Drogenkonsumenten zur Verfügung gestellt. Die Polizei schritt nicht ein.

Anlässlich der am 6. Mai 1998 in Bonn anberaumten öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit im Deutschen Bundestag zum Thema Fixerstuben war geplant, das „Bremer Fixerstübli“ in der Innenstadt eine Woche lang in der unmittelbaren Nähe der Szene einzusetzen. Am 28. April 1998 wurde dann das „Bremer Fixerstübli“ am Rembertring Ecke Salvatore-Allende-Straße beschlagnahmt. Die von *akzept e.V. Bremen* eingelegte Beschwerde war zwar zulässig, jedoch gemäß Entscheidung des Landgerichts (Große Strafkammer) vom 30. Juli 1998 erfolglos.⁷³ Das Verfahren gegen die Mitglieder von *akzept e.V. Bremen* wurde im November 1999 eingestellt.⁷⁴ Noch wird in Bremen die Drogenpolitik vornehmlich vom „fach-fremden“ Innensenator *Borttscheller* betrieben, obwohl viele Gesundheits- und Sozialpolitiker aller in der Bürgerschaft vertretenen Parteien der Einrichtung von Fixerstuben zustimmen.

Bremen: AIDS – Fixer überdurchschnittlich betroffen

Als Indikatoren für die Drogenproblematik gelten die Zahl der Drogenabhängigen und der Drogentoten, sowie zum besseren Vergleich der Städte drei einfache Indizes für die Problemdichte:

1. Drogenabhängige pro 100.000 Einwohner
2. Drogentote pro 100.000 Einwohner
3. Drogentote pro 1.000 Abhängige⁷⁵

Weitere Indikatoren sind der Anteil drogeninjizierender Personen an der Zahl der gemeldeten AIDS-Fälle und AIDS-Toten, sowie zum besseren Vergleich der Städte vier weitere Indizes für die Problemdichte:

4. Anteil drogeninjizierender Personen an der Gesamtzahl der AIDS-Fälle
5. Anteil drogeninjizierender Personen an der Gesamtzahl der AIDS-Toten
6. AIDS-Fälle drogeninjizierender Personen pro 100.000 Einwohner
7. AIDS-Todesfälle drogeninjizierender Personen pro 100.000 Einwohner

⁷¹ G. Kurz: Hintergrundmaterial zum Thema: Fixerräume in Bremen für Pressegespräch am 28. Oktober 1998, in: *Akzeptanz, Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik* Nr. 2/98, S. 58.

⁷² Ebd.: S. 58.

⁷³ Ebd.: S. 60.

⁷⁴ R. Winsenborg: „Bremer Fixerstübli“ ohne juristische Konsequenzen, in: *akzept-Info* Nr. 3, Münster, im Dezember 1999.

⁷⁵ G. Bühringer: Städte und Regionen als Gegenstand der Forschung zu substanzinduzierten Störungen, in: *Sucht, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis* 44 (6) Dezember 1998, S. 388.

Der Anteil drogeninjizierender Personen an der Gesamtzahl der AIDS-Fälle liegt in Bremen bei 34,6% und ist mehr als doppelt so hoch wie in Berlin (15,2%) oder Frankfurt am Main (14,3%) und sogar weit mehr als dreimal so hoch wie in Hamburg (9,7%). Nur Heilbronn 58,1%, Freiburg im Breisgau (36,3%) und Reutlingen/Tübingen (35,0%) in Baden-Württemberg und Hamm (38,6%) in Nordrhein-Westfalen weisen hier einen höheren Anteil drogeninjizierender Personen auf.⁷⁶

Die Zahl der AIDS-Fälle drogeninjizierender Personen pro 100.000 Einwohner liegt mit 12,9 (kumuliert) in Bremen nur halb so hoch wie in Frankfurt am Main (24,8) und auch deutlich niedriger als in Berlin (16,1), jedoch merklich höher als in Hamburg (9,1). In Heilbronn liegt die Zahl bei 12,1, in Freiburg im Breisgau bei 22,6 und in Reutlingen/Tübingen bei 4,1 und in Hamm bei 11,9. Die höchsten Zahlen weisen in Deutschland folgende Städte auf:

24,8	Frankfurt am Main
22,6	Freiburg im Breisgau
17,3	Karlsruhe
16,1	Berlin
13,7	München
12,9	Bremen
12,1	Heilbronn
11,4	Stuttgart
11,2	Hamm
9,2	Mainz
9,1	Hamburg ⁷⁷

In der Skala „Anteil drogeninjizierender Personen an der Gesamtzahl der AIDS-Fälle“ liegt Bremen auf dem 5. Platz und in der Skala „AIDS-Fälle drogeninjizierender Personen pro 100.000 Einwohner“ liegt Bremen auf dem 6. Platz. Nur Freiburg im Breisgau liegt in beiden Skalen noch weiter oben als Bremen (Plätze 3 und 2). Ähnlich stark belastet sind noch Heilbronn (Plätze 1 und 7), Karlsruhe (Plätze 9 und 3) und Hamm (Plätze 2 und 9).

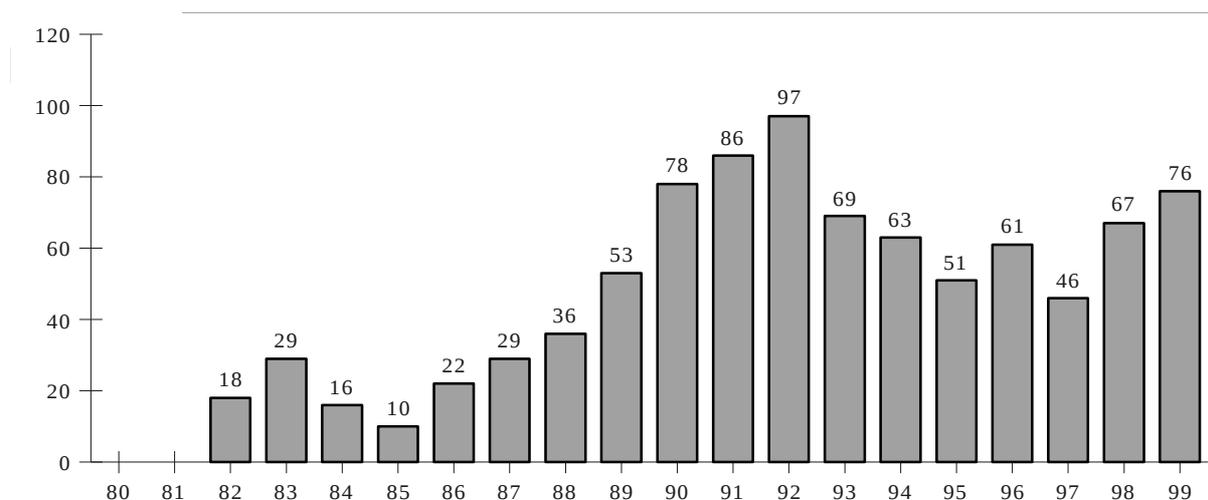
Bezüglich AIDS im Bereich drogeninjizierender Personen zählt Bremen zu den am stärksten belasteten Städten in Deutschland. Auch bezüglich Drogentote pro 100.000 Einwohner steht Bremen mit 11,2 (1999) weit oben in der Skala direkt hinter Mannheim mit 11,4 (1998). Bremen ist weit mehr als andere Städte vom Drogenelend belastet und benötigt dringend neue Maßnahmen zur Förderung der Überlebenshilfe für Heroinabhängige wie beispielsweise Fixerstuben und Originalstoffvergabe.

⁷⁶ RKI AIDS-Zentrum: AIDS/HIV Quartalsbericht IV 1997, ,S. 6 f.

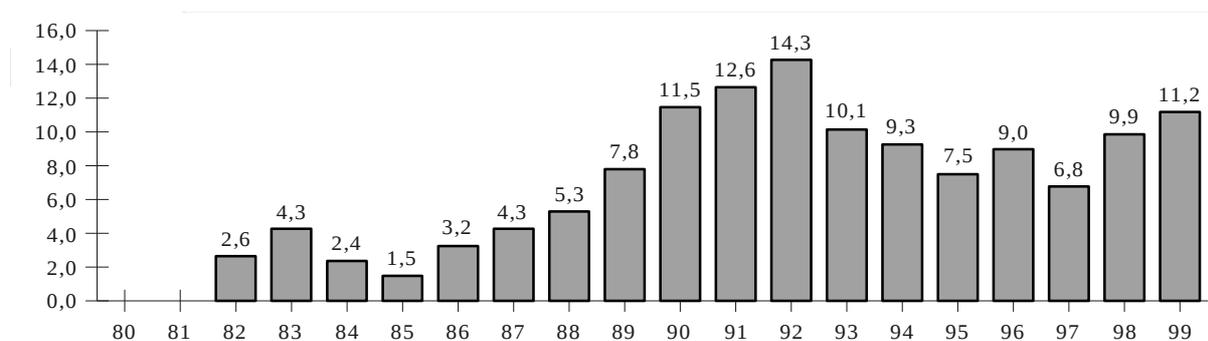
⁷⁷ Errechnet auf Basis der Daten von: RKI AIDS-Zentrum: AIDS/HIV Quartalsbericht IV 1997, ,S. 6 f.

Bremen: Daten, Fakten und Zahlen

Anzahl der „Drogentoten“ in Bremen



Häufigkeitszahl



Datenquelle: Bundeskriminalamt, Rauschgiftjahresberichte.

Bayern: Zuviel Ideologie, zuwenig Kompetenz

München: Fixerstuben: „Makabere Menschenversuche“ oder „humaner Akt“?

Weil bislang in München eine konstruktive Zusammenarbeit von Drogenhilfe, Polizei und Justiz – eine unabdingbare Voraussetzung für eine vernünftige und erfolgreiche Präventionsarbeit zur Förderung der Gesundheit – aus politischen Gründen nicht in Aussicht war, hatte der katholische Caritasverband, der eine Fachambulanz für Suchtkranke in München unterhält, im Herbst 1997 in einem Brief an den früheren Gesundheitsminister *Horst Seehofer* (CSU) gefordert, das Betäubungsmittelgesetz zu ändern und den Betrieb von Fixerstuben von der Strafandrohung auszunehmen.⁷⁸ Doch für *Horst Seehofer* kam die Duldung von Fixerstuben einer Kapitulation vor dem Drogenproblem gleich. Für den ehemaligen Drogenbeauftragten der früheren Bundesregierung unter Helmut Kohl, *Eduard Lintner* (CSU) wie auch für den Münchner CSU-Vorsitzenden *Peter Gauweiler* sind Fixerstuben „makabere Menschenversuche mit absehbar katastrophalem Ausgang.“⁷⁹ Anstatt seiner Fürsorgepflicht gegenüber den Drogenabhängigen und der gesundheitlichen Schadensbegrenzung nachzukommen, erstickte der Drogenbeauftragte a.D. lieber gleich jede konstruktive Diskussion im Keime mit populistischen Sprüchen, wobei er vermeidbar hohe Infektionsraten von Drogenkonsumenten und deren Umfeld (z.B. Freier) billigend in Kauf nahm.

⁷⁸ M. Thureau: Zuviel Ideologie, zuwenig Kompetenz. Suchthelfer beklagen Defizite im Drogenhilfesystem und eine mangelhafte Zusammenarbeit mit Polizei und Justiz, in: Süddeutsche Zeitung Nr. 230 vom 7. Oktober 1997, S. 38.

⁷⁹ A. Makowsky, M. Thureau: Fixerstuben: „Menschenversuch“ oder „humaner Akt“? Die Münchner Vorsitzenden von CSU und SPD, Peter Gauweiler und Franz Maget, im politischen Schlagabtausch, in: Süddeutsche Zeitung Nr. 227 vom 2./3. Oktober 1997, S. 49 f.; vgl.: P. Fahrenholz: „Fixerstuben sind makabere Menschenversuche“. Münchens CSU-Chef Peter Hauweiler für Zwangszug, in: Berliner Zeitung vom 5. August 1997.

Fremd schien ihm zu sein, daß die Ablehnung von Gesundheitsräumen nicht nur einer unterlassenen Hilfeleistung gleichkam, sondern auch der Verbreitung von Infektionskrankheiten Vorschub leistete.

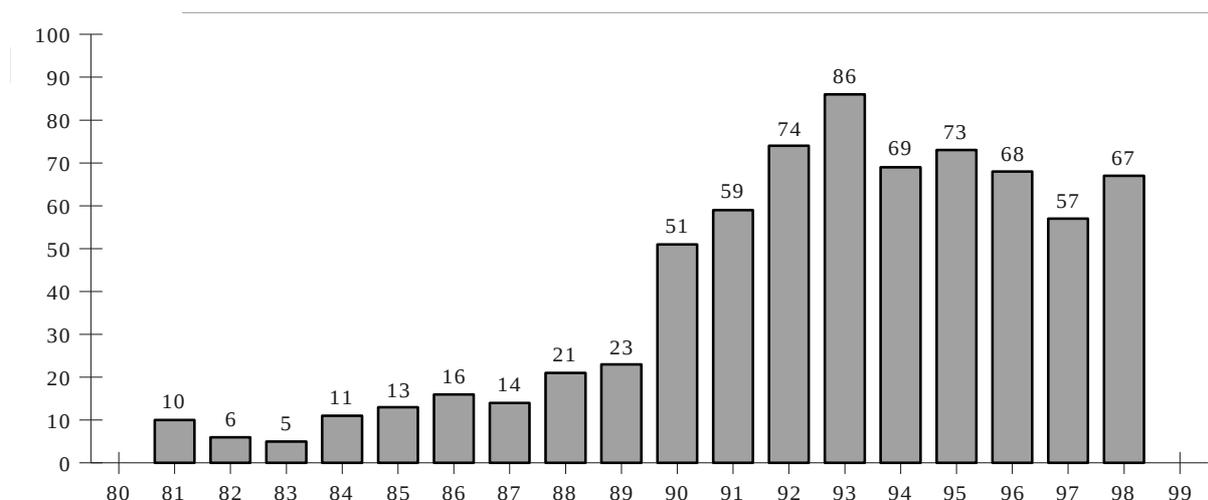
In München hatte der Plan der rot-grünen Stadtregierung, 1997 Fixerstuben für Drogensüchtige einzurichten eine heftige Kontroverse ausgelöst. Die Befürworter versprachen sich nicht nur eine erhebliche Senkung der Infektionen mit Hepatitis und AIDS, sondern erhofften auch, über kontrollierte Drogenräume Fixer für den Entzug zu gewinnen, bei denen jeder andere Weg gescheitert war. Die Münchner CSU unter ihrem Vorsitzenden *Peter Gauweiler* sah (und sieht auch heute noch) darin einen großen drogenpolitischen Irrweg. Für *Gauweiler* sei eine Anti-Suchtarbeit nach Frankfurter Vorbild „*der helle Wahnsinn*“ und Fixerstuben böten „*die Humanität einer Opiumhöhle*“. Dem Wunsch ihres Parteichefs folgend, meidete die CSU konsequent solche Orte mit dem „*Geruch von Gewalt und Gesetzlosigkeit*“ wie der Teufel das Weihwasser. So boykottierte die CSU im Herbst 1997 die „*Propagandareise*“ des Gesundheitsausschusses der Stadt München nach Frankfurt am Main, der sich dort vor Ort von der Wirksamkeit des Frankfurter Konzeptes überzeugen wollte.⁸⁰ Seit Einführung der Fixerstuben (1994) in Frankfurt am Main sank die Zahl der sogenannten „*Drogentoten*“ bis zum Zeitpunkt der Kontroverse (1997) um 64%, in München hingegen im gleichen Zeitraum nur um 17%. Seit 1996 lag in Frankfurt am Main die Häufigkeitszahl sogar niedriger als in München: 1996: Frankfurt: 4,6; München: 5,5; 1997: Frankfurt: 3,4; München: 4,6. Bezüglich der AIDS-Fälle drogeninjizierender Personen pro 100.000 Einwohner belegte München per Ende 1997 den fünften Platz unter den deutschen Großstädten mit 13,7 Fällen nach Frankfurt am Main (24,8), Freiburg im Breisgau (22,6), Karlsruhe (17,3) und Berlin (16,1) und lag vor Bremen (12,9) und auch deutlich vor Hamburg (9,1). Aufgrund dieser Gegebenheiten beklagte die *Drogen AG*, ein Zusammenschluß von etwa 50 Suchthilfeeinrichtungen im Großraum München, erhebliche Defizite im Drogenhilfesystem und bezeichnete die in Bayern geführte Debatte um die Einrichtung von Fixerstuben als einseitig. Die Kontrahenten führten die Diskussion „*ausschließlich aus politischer, teilweise ideologischer Sicht*“ erklärte *Gerhard Eckstein* vom Trägerverein *Condrops*. Fachliche Argumente, meinte der Psychologe, kämen zu kurz. Der Streit gehe vielfach an der Realität der Suchtkranken vorbei und zeige oft wenig Verständnis für deren Lage. „*Es sei skandalös*“, erklärte *Wolfgang Rieger* von der Fachambulanz für Suchtkranke der Caritas, „*daß in München die Drogenhilfe von der Politik an die Wand gedrückt würde.*“⁸¹

⁸⁰ o.A.: Verkorkste Lage. Der Münchner Stadtrat will Fixerstuben einrichten, die CSU fordert dagegen Zwangstherapien für Süchtige, in: *Der Spiegel* Nr. 41/1997, S. 96.

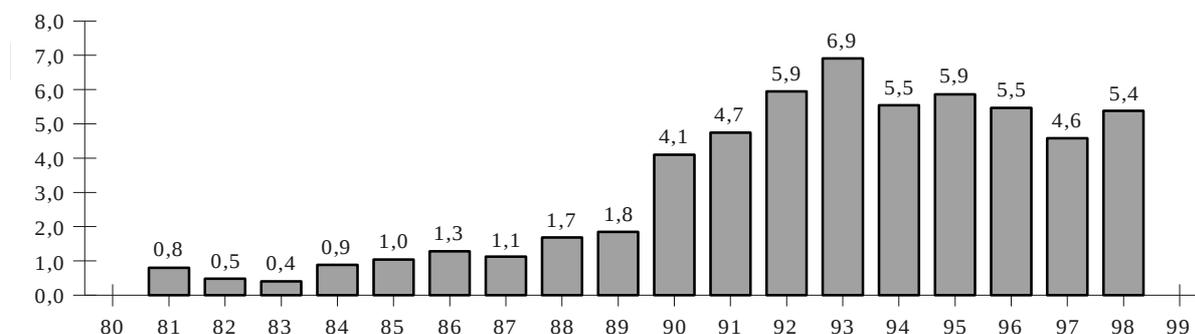
⁸¹ M. Thureau: Zuviel Ideologie, zuwenig Kompetenz. Suchthelfer beklagen Defizite im Drogenhilfesystem und eine mangelhafte Zusammenarbeit mit Polizei und Justiz, in: *Süddeutsche Zeitung* Nr. 230 vom 7. Oktober 1997, S. 38.

München: Daten, Fakten und Zahlen

Anzahl der „Drogentoten“ in München



Häufigkeitszahl



Datenquelle: Bundeskriminalamt, Rauschgiftjahresberichte.

Bayern: Ächtung als Leitmotiv der Drogenpolitik

Besonders verfehlt erschien die Tatsache im drogenpolitischen Disput um die Fixerstuben in München, daß Politiker aus den Reihen der CSU (Mehrheitspartei im Bayerischen Landtag) den Frankfurtern, die eine erfolgreiche Drogenpolitik umsetzten mit einer Minderung der Opferzahlen, wie sie sonst in keiner anderen Großstadt in Deutschland zu verzeichnen war, vorwarfen, sie hätten durch die Zulassung von Fixerstuben „makabere Menschenversuche“ ermöglicht. Die Herstellung einer Analogie zwischen den drogenpolitischen Maßnahmen in Frankfurt mit den grausamen Praktiken von Politikern und Ärzten aus dem Dritten Reich war nicht nur diffamierend und jenseits des guten Geschmacks, sondern auch im höchsten Grad verleumderisch, da in keinem Fall bis dato jemand in den Fixerstuben verstorben war und andererseits gerade durch das Betreiben dieser Fixerstuben die Opferzahl deutlich gesenkt werden konnte.

Im Gegensatz dazu wies das Institut für Kriminologie an der Universität in Heidelberg der Justiz in Bayern nach, daß ihre Vorgehensweise den vorzeitigen Tod von Drogenabhängigen mitverschuldet habe. Kranke Menschen seien in Bayern Opfer einer fundamentalistische Ideologie geworden, die Staatsräson höher bewertete als das Wohlergehen des Individuums. Als der damalige Justizminister *Hermann Leeb* (CSU) am 28. August 1998 in München dies anlässlich einer Pressekonferenz eingestand und feststellte, daß Strafrichter öfters den Drogentod hätten verhindern können, wenn sie mehr von präventiven und therapeutischen Möglichkeiten Gebrauch gemacht hätten, versäumte er die Gelegenheit, sich bei den Angehörigen für diese fatalen Gegebenheiten zu entschuldigen.

Die Untersuchung des Instituts für Kriminologie der Universität in Heidelberg, die unter der Leitung des Institutsdirektors *Dieter Dölling* erarbeitet wurde, basierte auf den Unterlagen (Gerichtsakten, Gesundheitsberichte, etc.) von 254 „Drogentoten“ in Bayern aus den Jahren 1988 bis 1990 und zeigte auf, daß Strafrichter den Drogentod öfters hätten verhindern können, wenn sie mehr von ihren präventiven und therapeutischen Möglichkeiten Gebrauch gemacht hätten. Das in Deutschland gültige Strafgesetzbuch schreibt nämlich in § 46 (Grundsätze der Strafzumessung) in Abs. 1 dem Strafrichter explizit vor, daß die Wirkungen, die von der Strafe für das künftige Leben des Täters in der Gesellschaft zu erwarten seien, berücksichtigt werden müssen. Diese Maßgabe haben wohl einige Strafrichter im Freistaat nicht hinreichend und genügend beachtet und so gegen die Vorschriften des Strafgesetzbuches verstoßen. Nach Bekanntwerden der Untersuchungsergebnisse hätten umgehend entsprechende Ermittlungen im Einzelfall eingeleitet werden müssen. Da dies jedoch bislang nicht geschah, liegt hier der Verdacht auf einer Strafvereitelung im Amt nahe.

Die restriktiv ausgeprägte Auslegung des Betäubungsmittelgesetzes hat in Bayern Tradition, genau wie der Widerstand gegen niedrigschwellige Angebote für Drogenabhängige. Als sich beispielsweise nach der Häufung von Todesfällen im Zusammenhang mit Heroinkonsum in Bremen im Januar 1997 sich die Polizeidirektoren der meisten deutschen Großstädte für eine ärztlich kontrollierte Abgabe von Heroin an schwer abhängige Personen aussprachen, hielt der Polizeichef *Roland Koller (CSU)* von München wie die gesamte Polizeiführung Bayerns fest an der Doktrin der CSU und widersetzte sich vehement gegen derartige Neuerungen ein. Mit dem Argument, „daß Drogen in hohem Maße schädlich und deshalb zu ächten seien“, begründete er seinen Widerstand gegen die Ambitionen der Kollegen aus den anderen Großstädten. Außer Bremens Polizeichef *Rolf Lücken* befürworteten alle Polizeichefs der Städte mit mehr als 500.000 Einwohnern (Berlin, Dortmund, Düsseldorf, Duisburg, Essen, Frankfurt, Hamburg, Hannover, Köln und Stuttgart) eine Heroinabgabe.⁸²

Die Novelle des Betäubungsmittelgesetzes mit der damit verbundenen Änderung der Richtlinien für die Substitution (1998) barg die Gefahr einer Ausweitung des illegalen Marktes von Codein und Methadon in sich. Diese war besonders stark in Bayern ausgeprägt, da dort wegen der restriktiven Handhabung der Methadonsubstitution die Verschreibung von Codein sehr verbreitet war. Ein Viertel des deutschen Codeinumsatzes fand in München statt.⁸³

Am 1. Februar 1998 war die 10. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (10. BtMÄndV) in Kraft getreten. Diese neue Verordnung stellte die einschneidendste Veränderung in der Geschichte der deutschen Substitutionspraxis seit der Einführung der Methadonsubstitution 1991 dar. Für die Substitution mit Methadon wurden wichtige Verbesserungen eingeführt, die sich inzwischen als Erleichterung ausgewirkt haben. Dennoch hatte die 10. BtMÄndV auch starke Erschütterungen ausgelöst. Sie verbot nämlich die bisherige Art der Substitution mit Codein, die innerhalb eines halben Jahres, also bis zum 1. Juli 1998, aufzugeben sei. Die Patienten (mehrere Zehntausend in Deutschland) sollten auf Methadon umgestellt werden.⁸⁴

Viele Ärzte waren entweder nicht in der Lage oder auch nicht bereit, sich dem Regelwerk der neuen Verordnung auszusetzen, die mit einem großen bürokratischen Aufwand verbunden waren. So wurde bald aus allen Teilen Deutschlands, vorwiegend aber aus Bayern, von abgebrochenen Behandlungen in großer Zahl berichtet. Die 10. BtMÄndV hatte also als erstes die Zahl der unbehandelten Opiatabhängigen erhöht. Dieser Effekt war vorhersehbar und das Gesundheitsministerium wurde im Vorfeld eindringlich vor den Folgen der 10. BtMÄndV gewarnt, insbesondere auch davor, daß dieser Effekt für die Patienten (Opiatabhängigen) lebensgefährlich sei. Alle Untersuchungen zeigten seit Jahren, daß nichts gefährlicher sei, als die Patienten unbehandelt zu lassen. Der Abbruch einer Substitutionsbehandlung ohne weitere Betreuung durch den Arzt erhöht die Lebensgefahr für die Patienten um ein Vielfaches.⁸⁵

⁸² A. Barth: Ein Tabu wird gebrochen. Die Polizei hat das Drogendesaster täglich vor Augen. In ihren Reihen entstand eine Reformbewegung für eine „Notstandslösung“: Süchtige, denen nicht anders zu helfen ist, sollen Heroin vom Staat erhalten, in: *Der Spiegel* Nr. 5/1997, S. 40 ff.

⁸³ E. Müller-Jentsch: Codein-Mißbrauch – München liegt an der Spitze. „Dealern in Weiß“ soll das Handwerk gelegt werden, in: *Süddeutsche Zeitung* vom 24. Februar 1997.

⁸⁴ Mit der 11. BtMÄndV vom 23. Juni 1998 (BGBl. I S. 1510) wurde die Übergangsfrist für die Umstellung von mit Codein / Dihydrocodein (DHC) versorgten Betäubungsmittelabhängigen verlängert. Die Übergangsfrist galt nun bis zum 31. Dezember 1998.

⁸⁵ A. Ulmer: Substitution für opiatabhängige Patienten seit dem 1. Februar 1998. Ernste Konsequenzen der Neuregelung und Neues von der Dihydrocodein-Substitution, in: *Akzeptanz, Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik* Nr. 1/98, S. 28.

Bevor die 10. BtMÄndV in Kraft getreten war, wurden 74,8% der Patienten mit Methadon oder Levomethadon substituiert und 25,2% mit Codein oder DHC.⁸⁶ Die bewährte Substitution mit Codein oder DHC, die im Unterschied zur Substitution mit Methadon eine 20jährige Tradition in Deutschland vorzuweisen hatte, wurde ohne Notwendigkeit von praxisfernen Politikern auf dem Rechtsweg entsorgt. Aus pharmakologischer Sicht ist kein wissenschaftlich relevantes Argument bekannt, das dafür sprechen würde, dem Methadon als Substitut prinzipiell den Vorzug vor dem Codein zu geben. Kriterium für die Wahl des Mittels zur Substitution sollte mit Einschränkungen allein die individuelle (körperliche und psychische) Verträglichkeit sein.

Den Schaden, den die neue Verordnung anrichtete, trugen in erster Linie die Opiatabhängigen. Mutmaßlich als Folge der Umsetzung der neuen Richtlinien stieg in Bayern, wo die Substitution mit Codein weit mehr verbreitet war als in den anderen Bundesländern, die Zahl der sogenannten „Drogentoten“ von 1997 auf 1998 von 220 auf 313 (+93) um mehr als 40% an. Die Zunahme betrug im gleichen Zeitraum in ganz Deutschland 11,5%, erreichte also nur etwa ein Viertel des entsprechenden Wertes von Bayern.

Der leitende Medizinaldirektor der Regierung von Oberbayern, *Martin Stübner*, konnte die Entwicklung des Bedarfs an Codein in München in Zahlen fassen: 1993 wurden 13.688 Liter Codeinsaft verschrieben, 1996 waren es bereits 22.840 Liter. Da die Dihydrocodeinlösung maximal 2,5% DHC enthalten durfte, enthielt jeder Liter Codeinsaft 25 Gramm DHC entsprechend 250 „Konsumeinheiten“.⁸⁷ Somit verkauften die Apotheken in München 1993 mehr als drei Millionen „Konsumeinheiten“ DHC und 1996 weit mehr als fünf Millionen.

Felix Tretter, Suchtexperte des Bezirkskrankenhauses in Haar (Psychiatrie), warnte jedoch eindringlich davor, den Codeinmarkt schlagartig auszutrocknen. Es sei eine längere Übergangszeit notwendig und den chronischen Konsumenten von Codein müsse die Aufnahme in ein Methadonprogramm ermöglicht werden.⁸⁸ Dem wurde nicht genügend Rechnung getragen und das Drogenelend nahm in der Folge zu.

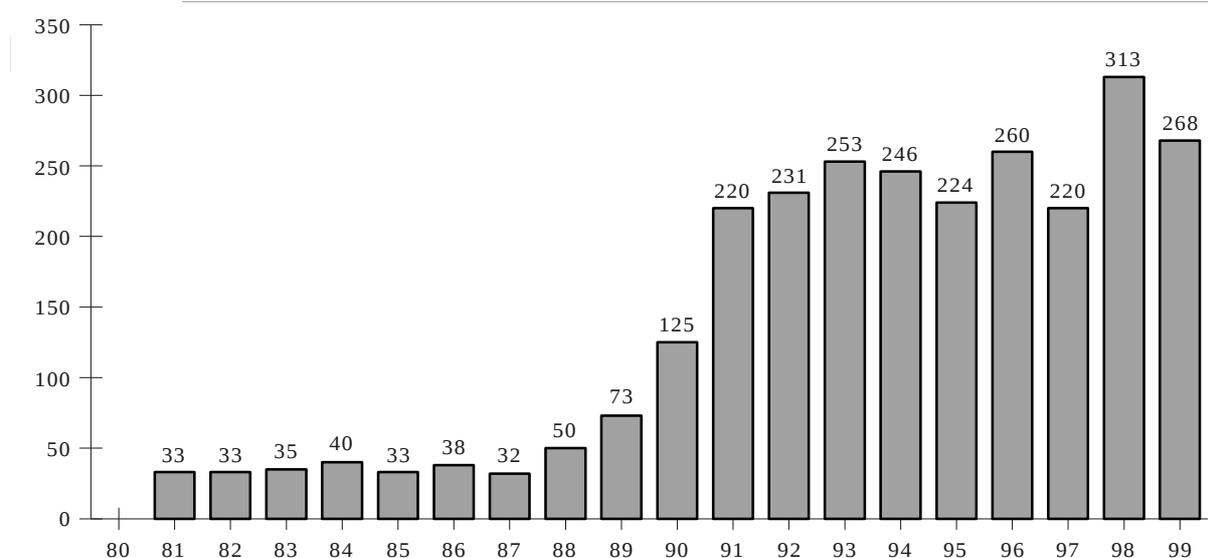
⁸⁶ I. Weber: Psychosoziale Betreuung bei Substitutionsbehandlung, in: Sucht, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis 44 (6) Dezember 1998, S. 412.

⁸⁷ E. Müller-Jentsch: Codein-Mißbrauch – München liegt an der Spitze. „Dealern in Weiß“ soll das Handwerk gelegt werden, in: Süddeutsche Zeitung vom 24. Februar 1997.

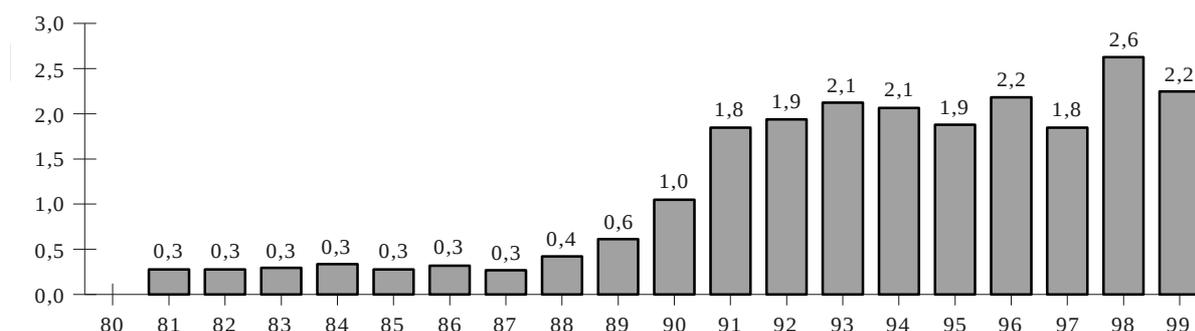
⁸⁸ Ebd.

Bayern: Daten, Fakten und Zahlen

Anzahl der „Drogentoten“ in Bayern



Häufigkeitszahl



Datenquelle: Bundeskriminalamt, Rauschgiftjahresberichte.

Der folgende Abschnitt wiedergibt einen Text aus dem Frühjahr 1998

Fixerstübli – ein Dialektwort aus der Schweiz bürgert sich in Deutschland ein

Das Thema „*Fixerstübli*“ offenbart das Dilemma der Drogenpolitik in Deutschland, bei der Recht und Realität immer weiter auseinander klaffen. Es offenbart aber auch die einseitige Orientierung der Drogenpolitik der von der CDU/CSU und *Helmut Kohl* dominierten Bundesregierung, die sich jeder Liberalisierung in diesem Bereich starrköpfig widersetzt. Der Bundesgesundheitsminister *Horst Seehofer* (CSU) verkündet immer wieder gebetsmühlenartig, daß die Einrichtung von Fixerräumen nach dem Betäubungsmittelgesetz illegal und außerdem politisch indiskutabel sei, weil sie das „Suchtverhalten verlängern“. In dieser Phrase verbirgt sich eine gehörige Portion Scheinheiligkeit, besonders was die Illegalität anbelangt, denn es stünde dieser Regierung nichts im Wege, im Rahmen der wahrlich oft vorgenommenen Änderungen des Betäubungsmittelrechts im § 29 Abs. 1 Nr. 10 ein einziges Wort einzufügen um das Problem zu lösen, und das Wort heißt *unerlaubt*. Heute lautet der Gesetzestext: „*Mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer eine Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch, (...) von Betäubungsmitteln öffentlich oder eigennützig mitteilt, eine solche Gelegenheit einem andern verschafft oder gewährt oder ihn zum unbefugten Verbrauch von Betäubungsmitteln verleitet.*“ Würde es jedoch heißen: „...wer *unerlaubt* eine Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch, ...“ könnte das

Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte die entsprechenden Genehmigungen, sprich Erlaubnisse, die zum betreiben von Fixerstuben dann nötig wären, auf dem verwaltungsrechtlichen Weg problemlos erteilen.

Die Medien in der Bundesrepublik gehen zunehmend auf Distanz zur regierungsamtlichen Drogenpolitik und verweisen laufend auf die Fixerstübl in der Schweiz und in Frankfurt als außerordentlich effiziente Einrichtungen zur Überlebenshilfe für kranke Menschen.

Pro und Kontra Fixerstübl – eine drogenpolitische Zonengrenze teilt Deutschland Mehrheit der Länder will Gesetzeslage ändern – Bonn spricht vom falschen Weg

Am 21. November 1997 haben sich die Gesundheitsminister der Deutschen Bundesländer in Saarbrücken für die Einrichtung von Fixerstuben ausgesprochen. Schutzräume, in denen Schwerstabhängige Drogen einnehmen können, sollten bundesweit als feste Einrichtungen und nicht nur als Modellversuche eingeführt werden. Hamburg und Frankfurt hatten bereits zuvor ihre Bedenken gegen Druckräume zugunsten krankheitsvermindernde Maßnahmen zurückgestellt, dort gibt es bereits Fixerstuben.

Am 2. Juli 1998 beschloß der Landtag von Saarbrücken in der Drogenpolitik parteiübergreifend den Weg „weg von der Ideologie hin zur Praxis“ zu beschreiten und offiziell Fixerstuben einzurichten. Der Konsens aller im Landtag vertretenen Parteien SPD, CDU und Grüne – bundesweit bisher einmalig – der einen gesellschaftlichen Wandel in der Hilfe für Drogenabhängige dokumentiere, habe die Gespräche mit Polizei und Staatsanwaltschaft, zu einer reduktiven Interpretation des Betäubungsmittelgesetzes zu kommen, wesentlich erleichtert, hieß es in der abschließenden Erklärung. Das Saarland war das erste Flächenland, in dem eine solche politische Übereinstimmung zustande gekommen ist. Damit wurde die „Verschaffung von Gelegenheiten“ zum Spritzen von Drogen strafrechtlich nicht mehr verfolgt.

Im Dezember 1997 beschloß auch die rot-grüne Landesregierung von Nordrhein-Westfalen in Düsseldorf Fixerstuben einzurichten, vorerst in der Landeshauptstadt Düsseldorf. Das Kabinett von Ministerpräsident *Rau* unterstützte die entsprechende Initiative der Hauptstadt mit der Begründung, es gebe Tausende von Menschen, bei denen die bisherigen Drogenhilfeangebote versagt haben und die sich – allein gelassen – selbst zugrunde richten und der Gesellschaft schweren Schaden zufügen.

In gewohnter Manier äußerten sich der Bundesgesundheitsminister und der Bundesdrogenbeauftragte: Zulassungen für Fixerstuben würden ein falsches Signal setzen, Fixerstuben würden jeglichen Glauben an das Ziel einer „drogenfreien Gesellschaft“ unterminieren, Fixerstuben seien eine Einladung zur Drogensucht, etc. ...

Pro und Kontra Heroinabgabe – eine drogenpolitische Zonengrenze teilt Europa

Im Jahr 1992 bewilligte der Bundesrat in Bern die Versuche ärztlich kontrollierter Abgabe von Betäubungsmitteln. 1994 startete in Zürich das Abgabeprojekt *Lifeline*. 1995 bewilligte der Bundesrat dem Sozialamt in Zürich die Erweiterung des Projektes. Unter der Bezeichnung Poliklinik *Crossline* wurde eine zweite Abgabestelle eröffnet. Die Stadt beantragte deshalb einen Kredit von 4,7 Millionen Franken. Dagegen ergriff die Zürcher SVP (Schweizerische Volkspartei) das Referendum. Am 1. Dezember 1996 stimmten die Zürcher über die Heroinvergabe ab: 62,9 Prozent der Zürcher stimmten für das Heroinprojekt.

Auch in Winterthur stimmten die Bürger und Bürgerinnen am 1. Dezember 1996 über die Fortführung der Heroinvergabe in ihrer Stadt ab. Dort votierten 59,1 Prozent für die Heroinprojekte. Im Kanton Basel-Stadt haben die Stimmberechtigten im Juni 1994 mit einem Ja-Stimmenanteil von 66 Prozent die Heroinprojekte unterstützt und im September 1995 sprachen sich in Zug sogar 74 Prozent für den neuen Kurs in der Drogenpolitik aus.

Wie sich diese neue Politik auf die Drogenmortalität ausgewirkt hat, zeigt die folgenden Tabelle.

Drogenmortalität in Zürich und St. Gallen, Entwicklung von 1991 bis 1997

Jahr	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Stadt Zürich							
Absolut	70	52	62	50	52	41	38
Relativ	20,0	14,9	17,7	14,3	14,9	11,7	10,9
Veränderung		-25,7%	19,2%	-19,4%	4,0%	-21,2%	-7,3%
Kanton Zürich							
Absolut	116	82	94	100	87	65	56
Relativ	9,9	7,0	8,1	8,6	7,5	5,6	4,8
Veränderung		-29,3%	14,6%	6,4%	-13,0%	-25,3%	-13,8%
Stadt St. Gallen							
Absolut	8	13	5	14	14	15	9
Relativ	11,0	17,8	6,8	19,2	19,2	20,5	12,3
Veränderung		62,5%	-61,5%	180,0%	0,0%	7,1%	-40,0%
Kanton St. Gallen							
Absolut	16	22	15	27	27	33	16
Relativ	3,7	5,1	3,5	6,2	6,2	7,6	3,7
Veränderung		37,5%	-31,8%	80,0%	0,0%	22,2%	-51,5%

Quellen: Kantonspolizei St. Gallen und NZZ Nr.9 vom 13.1.1993, Nr. 5 vom 7.1.1994 und Nr. 53 vom 11.3.1998.

Effizienz einer vernünftigen Drogenpolitik

In der Stadt Zürich ist in diesem Jahrzehnt die Drogenmortalität um über 45 Prozent zurückgegangen, im Kanton sogar um mehr als die Hälfte. Auch im Kanton St. Gallen ist ein Rückgang um mehr als die Hälfte zu verzeichnen, wobei dort im Jahr 1996 ein trauriger Rekord mit über 20 Opfern pro 100 000 Einwohner im Stadtgebiet und 7,6 im ganzen Kantonsgebiet zu beklagen war. Die niederschweligen Hilfs- und Überlebensangebote wie Fixerstübli und Heroinvergabe scheinen nun auch in St. Gallen zu greifen.

Am 11. Februar 1993 stellte das Drogenreferat der Stadt Frankfurt, einen Antrag zur Genehmigung eines Forschungsprojektes der kontrollierten Heroinvergabe beim früheren Bundesgesundheitsamt in Berlin, dem heutigen Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, der jedoch am 13. Januar 1994 vom Bundesgesundheitsamt und dann am 16. September 1994 vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte abgelehnt wurde. Die Stadt Frankfurt verklagte die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, beim Verwaltungsgericht Berlin. Dieses gab mit Urteil vom 27. Juni 1996 der Klage statt und verpflichtete das beklagte Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, den Antrag der Klägerin, der Stadt Frankfurt, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Das Gericht bestätigte, daß das durch das Drogenreferat konzipierte und beantragte Projekt sowohl im wissenschaftlichen als auch im öffentlichen Interesse liegt. Daraufhin hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte Berufung beim Oberverwaltungsgericht in Berlin eingelegt.

Wenn in einer Stadt die Drogenmortalität innerhalb von wenigen Jahren um den Faktor acht reduziert wurde, dann sind in dieser Stadt mit Sicherheit fähige Experten am Werk, die etwas von der Materie verstehen, wie zum Beispiel in Frankfurt am Main. Wenn nun diese Stadt eine Heroinvergabe plante, wie sie in der Schweiz durchgeführt wird, dann sicherlich nicht, um ein „falsches Signal zu setzen“, wie das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Ablehnungsbescheid meinte, sondern um Krankheit, Verwahrlosung und Elend zu mindern. In Deutschland sind derzeit viele Projekte in Richtung einer vernünftigen Drogenpolitik wegen der Starrköpfigkeit der konservativen Regierung in Bonn nicht durchführbar. Insbesondere der Gesundheitsminister *Horst Seehofer* und der Bundesdrogenbeauftragte *Eduard Lintner*, beide aus Bayern und beide CSU-Mitglieder, verhindern immer wieder auf das Neue jegliche Änderung in der Drogenpolitik.

Das NEIN des Souveräns zu „Jugend ohne Drogen“ in der Schweiz: Ein anregender Impuls für die Heroin-Abgabe-Debatte in Deutschland

Am 28. September 1997 wurde in der Schweiz über die von der SVP (Schweizerische Volkspartei) und dem VPM (Verein zur Förderung der Psychologischen Menschenkenntnis) protegierte Volksinitiative „Jugend ohne Drogen“ abgestimmt. Mit 70,6 Prozent Nein-Stimmen wurde die Initiative deutlich verworfen. Das Resultat zeigte klar, daß die SchweizerInnen keine einseitig restriktive, nur auf Abstinenz ausgerichtete Drogenpolitik wollten. Drogenpolitischer Streitpunkt Nummer Eins war die staatliche Heroinabgabe. Sie sollte durch „Jugend ohne Drogen“ verhindert werden. Menschenwürde und Verantwortungsbewußtsein obsiegten hier jedoch gegenüber Dogmatismus und der Illusion einer „drogenfreien“ Gesellschaft.

In den drei Kantonen, in denen bereits früher bezüglich Heroinabgabe die StimmbürgerInnen zu den Urnen gerufen wurden, Basel-Stadt, Zürich und Zug, wurde die Initiative stärker verworfen als im Landesdurchschnitt: in Basel-Stadt mit 81,5% (+10,9%), in Zürich mit 73,0% (+2,4%) und in Zug mit 72,1% (+1,5%). In der Stadt Zürich, die durch die Folgen einer sträflichen Drogenpolitik in den früheren Jahrzehnten am stärksten vom Drogenelend betroffen war, stimmten 76,6% gegen die Initiative, was mit genau +6% über dem Landesdurchschnitt lag und mit +13,7% über dem vor knapp einem Jahr für die Heroinabgabe erzielten Resultat. In der Industriestadt Winterthur stimmten 29,6% für die Initiative, das heißt die Befürworter einer modernen, realistischen Drogenpolitik kamen in Winterthur auf „nur“ 70,4%, das sind 0,2% weniger als im Landesdurchschnitt, jedoch 11,3% mehr als seinerzeit Ja-Stimmen für die Heroinprojekte gezählt wurden.

In Basel-Stadt und in Genf wurden die fatalen Zusammenhänge zwischen einer strikten und konsequent durchgeführten Repressionspolitik zur Durchsetzung der Drogenprohibition auf der einen Seite und den dadurch bedingten individuellen und gesellschaftlichen Beeinträchtigungen wie die grausame Verelendung der Abhängigen und die beängstigende soziale Spaltung der Gesellschaft auf der anderen Seite am besten durchschaut. In den beiden kleinen Kantonen mit großer Hauptstadt, die beide unmittelbar an der Landesgrenze liegen, votierten mehr als in allen anderen Kantonen, das heißt über 80 Prozent, für die Weiterführung einer vernünftigen Drogenpolitik und verworfen am deutlichsten eine einseitige nur auf Abstinenz ausgerichtete Vorgehensweise.

Die Abstimmungsergebnisse aus der Schweiz machte vielen Politikern in Deutschland deutlich, daß eine von den bisherigen Leitmotiven der reinen Abstinenz und totalen Repression geprägten Drogenpolitik abweichende Strategie mit pragmatischen und akzeptierenden Grundzügen zur Umsetzung einer humanen und vernünftigen Drogenpolitik durchaus auch in Deutschland mehrheitsfähig sein könnte. Deshalb wird das Thema wieder offener und vor allem häufiger diskutiert und die Medien beginnen auch langsam, vermehrt sachlich über die Thematik Drogen und Drogenpolitik zu berichten, was früher nur sehr selten in einigen wenigen Zeitungen und Fernsehsendungen geschah.

Bislang distanzierte sich in Deutschland die Bundesärztekammer von der Heroinvergabe und lehnte zum Beispiel den Hamburger Vorstoß zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes mit dem Ziel, die kontrollierte Heroinvergabe zu ermöglichen, ab. Die positiven Erfahrungen, die in der Schweiz im Rahmen des Modellversuchs gemacht wurden, führten zu einer Kurskorrektur bei der Bundesärztekammer. Diese empfiehlt heute die Vergabe von Originalstoffen und vertritt die Ansicht, daß die Ärzteschaft eine federführende Rolle bei den neuen Therapiemodellen übernehmen sollte. Im Vorschlag der Bundesärztekammer, der am 3. März 1998 vom Vorstandsmitglied *Ingo Flenker* in Bonn verkündet wurde, wird von der Bundesregierung eine deutliche Kurskorrektur in der Drogenpolitik gefordert, wobei die Bundesregierung die kontrollierte Heroinvergabe als Alternative für Schwerstabhängige prüfen und die gesetzlichen Voraussetzungen für einen großangelegten Modellversuch schaffen sollte.

Die Städte Frankfurt, Hannover, Karlsruhe und Köln wollen bei der Bundesregierung einen Modellversuch zur kontrollierten Abgabe von Heroin an Drogensüchtige beantragen, da, nach einer Erklärung vom 4. März 1998 des Drogenbeauftragten von Hannover, *Alfred Lessing*, nur auf diesem Weg wissenschaftlich fundierte Daten über diese Form der Therapie gesammelt werden könnten. Der Senat von Hamburg plädiert seit langem für eine diesbezügliche Änderung des Betäubungsmittelgesetzes und hatte schon vor Jahren eine entsprechende Initiative beim Bundesrat eingereicht. Auch der Magistrat der Stadt Mannheim hat im November 1997 ein umfassendes Konzept für eine Drogenpolitik zwischen „Abstinenz und Akzeptanz“ verabschiedet, in dem die Einrichtung von Fixerstuben wie auch eine kontrollierte Heroinvergabe vorgesehen sind.

Gesellschaftsidee, Staatsideologie und das Individuum

„Die innere Logik einer Gesellschaftsidee, die die Rolle des Individuums niedriger veranschlagt als das Gemeinwohl eines abstrakten Menschheitsbegriffes, treibt zu Inhumanität. (...) Ich habe öffentlich nicht nur einmal gesagt, daß keine Weltverbesserungsideologie es rechtfertigen könne, daß ihretwegen nur ein Mensch mit dem Leben bezahlen müßte.“

Diese Worte sind der Erklärung von *Günter Schabowski* (früheres SED-Plitbüromitglied in der DDR) vom 26. Februar 1996 vor dem Berliner Landgericht entnommen. Günter Schabowski, der an der Öffnung der Mauer in Berlin mitwirkte, legte dem Gericht dar, wie sich seine „*Ideologische Blockade*“ im Lauf der Jahre gelöst habe und hat die Angehörigen der Toten an der deutsch-deutschen Grenze um Verzeihung gebeten.

„Die wichtigste Lehre lautet: Wenn es zum Konflikt zwischen dem Individuum einerseits und dem Staat, der Gesellschaft andererseits kommt, müssen die Ärzte stets die Rechte des Individuums verteidigen. Der Mensch gehört niemals dem Staat, der Gesellschaft oder einer politischen Gruppe, sondern nur sich selbst.“

Diese Worte sprach *Ellis Huber*, Präsident der Berliner Ärztekammer, auf dem jüdischen Friedhof in Straßburg im Oktober 1996 in Gedenken an die Opfer der „*Menschenversuche*“ von deutschen Ärzten in der Zeit des Nationalsozialismus im Dritten Reich. In der schlichten Feier auf dem Friedhof in Straßburg – genau 50 Jahre nach Beginn der Nürnberger Prozesse gegen NS-Mediziner – betonten Standesgenossen das Recht des Individuums und die Notwendigkeit, daß aus der Geschichte auch für Ärzte Grundsätze erwachsen müssen.

„Man darf nicht weiterhin wissentlich zulassen, daß sich Drogenkonsumenten vermeidbaren Risiken aussetzen. Die Tatsache, daß Personen ein Verbot übertreten (sei es moralischer oder rechtlicher Art), rechtfertigt nicht, ihnen Hilfsmaßnahmen zu verweigern, die notwendig sind, um die negativen Folgen ihres Verhaltens zu mildern. Dies insbesondere dann nicht, wenn von dieser Hilfe ihre Gesundheit oder gar ihr Leben davon abhängt. Die medizinische Ethik verlangt, daß unabhängig von einer allfälligen Mißbilligung eines Verhaltens eine Pflicht zur Hilfeleistung besteht, wenn die Gesundheit einer Person gefährdet ist.“

Dieser Satz steht in der Stellungnahme des Zentralvorstandes der Verbindung Schweizer Ärzte FMH zur Drogenpolitik vom Februar 1996: „*FMH und Drogenpolitik, grundsätzliche Überlegungen und ihre Konsequenzen für die Ärzteschaft*“ in Schweizerische Ärztezeitung, Band 77, Heft 9/1996, 28. Februar 1996.

Die Staatsideologie im Dritten Reich oder in der DDR waren von einer Gesellschaftsidee geprägt, in der die Staatsräson über das Wohl des Individuums gesetzt wurde. In Bayern scheint diese Rangfolge der Prioritäten immer noch salonfähig zu sein, denn wenn heutzutage in Städten wie München aus einer Staatsideologie heraus verhindert wird, daß Fixerstuben für Drogenabhängige eingerichtet werden, so nimmt die amtierende Staatsregierung vorsätzlich in Kauf, daß die Gesundheit von Menschen vermeidbaren Risiken ausgesetzt wird – Risiken die nachweislich zum Tod der Betroffenen führen können.

Ebenso bedrückend ist die Frage, warum in Zürich der in den achtziger Jahren amtierende Gesundheitsdirektor *Peter Wiederkehr* und der Kantonsarzt *Gonzague Kistler*, obwohl beide gegen alle Prinzipien der ärztlichen Ethik verstoßen haben, für ihr Mitverschulden am Tod von zahlreichen Drogenabhängigen durch die Verweigerung einer Spritzenabgabe, von der Staatsanwaltschaft nicht wegen fahrlässigen oder vorsätzlichen Totschlags angezeigt wurden. Kantonspolitiker in der Schweiz oder Landespolitiker in Bayern können nicht als mildernde Umstände den Druck eines totalitären Regimes anführen, wie etwa politische Entscheidungsträger in der früheren DDR, die für die Toten an der innerdeutschen Grenze verantwortlich waren. Das Ausbleiben einer juristischen Klärung drogenpolitischer Fehlentscheidungen mit Todesfolge erschüttert das Rechtsbewußtsein vieler Bürger und trägt sicherlich nicht zur Stabilisierung des Gefüges und der Glaubwürdigkeit eines demokratischen Rechtsstaates bei.

In der bereits erwähnten Stellungnahme des Zentralvorstandes der Verbindung Schweizer Ärzte heißt es unmißverständlich:

„Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit können von vorübergehender Natur sein, da sie mit einer bestimmten Lebensphase und mit psychologischen oder sozialen Anpassungsschwierigkeiten einhergehen. Es ist von großer Bedeutung, diesen Menschen die Zukunft nicht zu verbauen und ihnen zu helfen, diese Phase mit möglichst wenigen gesundheitlichen und sozialen Schäden zu überstehen. (...) Das zurzeit auf nationaler und internationaler Ebene angewandte repressive Kontrollsystem hat weder erlaubt, den Drogenmarkt auszutrocknen, noch konnte damit der Zugang zu Drogen wesentlich beschränkt werden. (...) Ein reglementierter Zugang zu einem legalen Markt ist dem praktisch freien Zugang zum Schwarzmarkt vorzuziehen.“

Heroinabgabe

Ausgangsstoffe und pharmakologische Substanzkunde

Opium – Laudanum – Mekonium

Der Schlafmohn (*Papaver somniferum*) ist eine der ältesten Kulturpflanzen der Menschheitsgeschichte. Sein Anbau diente einerseits der Gewinnung von Opium⁸⁹, das seit alters her rituell, medizinisch und hedonistisch gebraucht wurde, andererseits aber auch zur Gewinnung von Samen und Öl zur Herstellung von Nahrungsmitteln. Ursprünglich stammte der Schlafmohn aus dem östlichen Mittelmeerraum, heute wächst er auch in ganz Süd- und Mittelasien und in Europa, vereinzelt auch in der übrigen Welt. In der Türkei zeugt der Name einer traditionsreichen Stadt von der Bedeutung der Opiumgewinnung in der Vergangenheit wie auch in der Gegenwart: *Afyonkarahisar* (*Afiun Karahissar*) ist die Hauptstadt der türkischen Provinz *Afyon* und beherrscht die Zugänge von der ägäischen Küste zum Hochland. Der Name *Afyon* bedeutet auf Türkisch *Opium* und *Karahissar* heißt *Schwarzburg*.

Der Mohn gehört zu den ältesten Kulturpflanzen, und für die Bekanntschaft mit seiner schlafmachenden Wirkung sprechen viele Zeugnisse. Schon zu Homers Zeiten muß es in Kleinasien angebaut worden sein. *Theophrast* und *Dioskorides* beschrieben die Gewinnung des Mohnsaftes und *Plinius* überlieferte die Art der Herstellung von Opium und daß man seinerzeit Opium mit Wein mischte und als Schlaftrunk genoß. Als Arzneimittel wird Opium zum ersten Mal sehr ausführlich von *Scribonius Largus* (um 47 nach Chr.) erwähnt und als taugliches Mittel gegen Ruhr, Koliken und Diarrhöe beschrieben. Im späten Mittelalter war Opium Bestandteil vieler medizinischer Rezepturen in ganz Europa. Einen Höhepunkt erreichte der Opiumgebrauch im 15. und 16. Jahrhundert zu Lebzeiten des Arztes und Naturphilosophen *Paracelsus* (*Theophrastus Bombastus von Hohenheim*) mit der Verbreitung der von ihm entwickelten Mixtur *Laudanum* (lat. *laudo*: lobend anerkennen, rühmen, preisen) zur Schmerzlinderung, zur Beruhigung und zum Entspannen und Einschlafen. Auch heutzutage wird Opium immer noch zur Herstellung von unterschiedlichen hochwirksamen Medikamenten benutzt. Die verschiedenen Alkaloide des Opiums können in den unterschiedlichsten Bereichen eingesetzt werden. Mehr als zwei Dutzend unterschiedliche wirksame Substanzen sind im Opiumsaft nachgewiesen worden.

Die Mohnpflanze wird bis zu anderthalb Meter hoch und trägt oben auf dem Stengel eine Blüte, die sich in mit den Farben Violett, Rosa und Weiß präsentieren. Aus den Blütenständen wachsen gegen Ende des Sommers große Kapseln heraus, die bereits vor der vollen Reife mit Messern fein eingeritzt werden müssen, damit der klebrige weiße Saft aus den Kapseln austreten kann um sodann an der Pflanze klebend in der Sonne einzutrocknen. Am nächsten Morgen wird dann die klebrige Masse von den Pflanzen abgeschabt und in kleinen Gefäßen gesammelt. Diese Masse ist das Rohopium und die Ausbeute beträgt etwa 0,02 bis 0,05 Gramm pro Kapsel. Aus der Masse werden mit den Händen dann Brote, Kegel oder Kugeln geformt, die mit Mohnblättern umwickelt werden. Will man das Opium zum Rauchen gebrauchen, dann muß man es noch in diesen Blättern fermentieren lassen, bis sein würziges und charakteristisches Bukett entsteht.⁹⁰

Geraucht wird das Opium in dünnen langen Pfeifen. In kleinen Dosierungen wirkt es leicht anregend, es entrückt und weckt zugleich, es löst die Seele aus ihrer Verflechtung mit den Dingen des Alltags und der Außenwelt, es macht still und sanft während die Phantasie inspiriert und beflügelt wird.⁹¹ In höheren Dosierungen wirkt Opium stark betäubend und ermüdend und läßt die Umwelt mehr und mehr aus dem Fokus der Wahrnehmung entrücken. Euphorisch und genußvoll kann man sich dabei den Tagträumen hingeben, die sich geschmeidig in Form und Ausdruck küssen und lieblosen ohne sich wirklich in Halluzinationen zu verwandeln. Bei allzu hohen Dosierungen machen sich zum Teil recht unangenehme Nebenwirkungen bemerkbar, insbesondere, wenn man parallel zum Opiumkonsum Alkohol getrunken hat. In solchen Situationen kann es zu Brechreiz, Schweißausbrüchen im Wechsel mit Kälteschauern kommen oder zum Gefühl völlig auszutrocknen. Bei Überdosierungen und heftigem Mischkonsum können bedrohliche Atemlähmungen und Herz- und Kreislaufprobleme auftreten, die oft von den Betroffenen wegen zeitweiliger Bewußtlosigkeit nicht bemerkt werden und deshalb sterben.

⁸⁹ Opium: (gr. *Οπιον* Mohnsaft, abgeleitet von gr. *οποζ* Saft).

⁹⁰ D. Leu: Drogen – Sucht oder Genuß, 3. Auflage, Basel 1984, S. 49 ff.

⁹¹ R. Gelpke: Drogen und Seelenwanderung, München 1966, S. 41.

Morphium und die Erfindung der Injektionsspritze

Der wirksamste Bestandteil des Mohnsaftes ist das *Morphin*, auch *Morphium* genannt. Namenspathe des *Morphins* ist der antike Gott des Traumes *Morpheus*, der den Menschen beim Träumen in den verschiedenen „Gestalten“ erscheint. (*Morphe*, griechisch: Form, Gestalt). In der griechischen Mythologie ist *Morpheus* der Sohn des Gottes des Schlafes *Hypnos*, der wie sein Sohn *Morpheus* mit Flügeln dargestellt wird und den gewöhnlichen Attributen des Mohnzweigs und des Schlummerhorns, aus dem der Schlaf und die Träume auf die Ruhenden niederträufeln.

Das wichtigste Alkaloid für die betäubende und schmerzstillende Wirkung des Opiums, das *Morphin*, wurde 1804 von dem Apotheker *Friedrich Wilhelm Sertürner* in Paderborn entdeckt und isoliert. Zwei Jahre später folgte dann die erste Veröffentlichung, doch erst durch *Sertürners* berühmte Arbeit in Gilberts Annalen der Physik im Jahr 1817 wurde das Morphium allgemein bekannt. In dieser Publikation wurde zum erstenmal der von *Sertürner* im Opium gefundene Wirkstoff mit dem Namen *Morphium* benannt. Der hessische Apotheker *Heinrich Emanuel Merck* gründete eigens für die Produktion von Morphin eine Fabrik in Darmstadt. In der Chemischen Fabrik E. Merck & Co. wurde dann 1827 mit der industriellen Herstellung von Morphin in großen Mengen begonnen. In der Folge konnte das natürliche Opium, das etwa 5 bis 15 Prozent reines Morphin enthält, seine einst völlig unangefochtene Vormachtstellung im Bereich der Medizin nicht behaupten.

Am Ende der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts war der traditionelle Gebrauch von Opium im Bereich des Gesundheitswesens neben der Nutzung des neuen hochwirksamen Medikaments Morphin immer noch weit verbreitet. Eine neue revolutionäre Erfindung aus Schottland veränderte dann plötzlich das ganze Erscheinungsbild der medizinischen Medikation. Mit der Erfindung der Injektionsspritze und ihrer Einführung in die ärztliche Praxis im Jahr 1855 durch *Alexander Wood* in Edinburgh eröffneten sich ganz neue Möglichkeiten bezüglich eines gezielten Einsatzes von Medikamenten. Die Tatsache, daß man im Vergleich zu früheren Jahrhunderten nun plötzlich über Substanzen mit einem zuvor nie erreichten Wirkungsgrad verfügte und zudem auf einmal in der Lage war, dieselben unmittelbar in die Blutbahn zu bringen, brachte nicht nur die Medizin einen großen Schritt weiter, sondern animierte auch jene gesellschaftlichen Kreise, die bereits zuvor dem hedonistischen Genuß von Opium gefrönt hatten, die neuen Errungenschaften aus Heilkunde nun für sich in lustvoller Art und Weise nutzbar zu machen. Natürlich war das Opium bei den Künstlern, insbesondere bei den Dichtern der Romantik, beliebt. Illustre Namen wie *Novalis*, *E.T.A. Hoffmann*, *Edgar Allan Poe*, *Baudelaire*, *Heinrich Heine* oder *Thomas de Quincey* zierten die Listen der kreativen Opiumkonsumenten, Literaten wie *Jules Verne* und *Hans Fallada* griffen mit Vergnügen zum Morphin. Diverse Gesellschaftskreise pflegten damals eine stilvolle Drogenkultur und fanden es unterhaltsam, interessant und anregend, sich gelegentlich ein wenig Morphin zu Spritzen und zahlreiche Mitglieder der vornehmen Salons in Paris, vor allem die Damen, trafen sich zu Injektionskränzchen.⁹²

Morphin wird aufgrund seiner starken analgetischen (schmerzstillenden) und antitussiven (hustenhemmenden) Wirkung therapeutisch eingesetzt. Analgetische Anwendungsgebiete sind zum Beispiel die Schmerzkontrolle bei Geburtswehen und während der Entbindung, die Behandlung postoperativer Schmerzen und die langzeitige Schmerzlinderung bei Krebs im Endstadium. Morphin wird in der Regel durch intramuskuläre, subkutane oder intravenöse Injektion verabreicht.

Unmittelbar nach der Injektion bewirkt Morphin eine massive Linderung seelischer und körperlicher Schmerzen, wobei die nach intravenöser Applikation äußerst rasch einsetzende Herabsetzung der Schmerzintensität und Schmerzbelastung etwa vier bis fünf Stunden andauert. Diese als Erleichterung empfundene Eigenschaft macht eine Selbstverabreichung von Morphin äußerst reizvoll.⁹³ Das bewirkte Gefühl der Gleichgültigkeit gegenüber akuten Schmerzen löst einen angenehmen euphorischen Zustand hervor, wobei allfällige Verspannungen und Angstgefühle sich in ein abstraktes „Nichts“ verwandeln können. Morphin dämpft den akuten Hustenreiz sehr effektiv, die Anwendung bei chronischem Husten ist jedoch wegen der Toleranzentwicklung eher ungeeignet.⁹⁴

Morphin verursacht eine ausgeprägte Atemdepression, indem es die Empfindlichkeit des Atemzentrums gegenüber einem erhöhtem Gehalt von CO₂ (Kohlendioxid) vermindert. Dadurch verlangsamt sich die Atemfrequenz und die Atmung wird flach und unregelmäßig, wobei es bei hohen Dosierungen zum

⁹² B. Fässler: Drogen zwischen Herrschaft und Herrlichkeit. Der Umgang mit Drogen als Spiegel der Gesellschaft, Solothurn 1997, S.258.

⁹³ A. Goldstein: Addiction: From Biology to Drug Policy, New York 1994, S. 138.

⁹⁴ R.M. Julien: Drogen und Psychopharmaka, Heidelberg und Berlin und Oxford 1997, S. 255 ff.

Atemstillstand kommen kann. Die Atemdepression ist die wichtigste akute Nebenwirkung von Morphin und als Folge von Überdosierungen die häufigste Todesursache. Die Gefahr in Folge einer Atemdepression zu sterben ist vor allem dann gegeben, wenn der Konsument des Morphins sich alleine ohne Begleitung in einer Wohnung oder in der freier Natur aufhält, weil in diesem Fall niemand in Kenntnis seiner akuten Lebensgefahr gelangen kann und somit auch niemand adäquate Maßnahmen zur Reanimation treffen kann. Ist der Konsument des Morphins jedoch zum Zeitpunkt eines plötzlichen Atemstillstandes mit Bewußtlosigkeit in Gesellschaft, so daß jemand notfallmäßige Sofortmaßnahmen wie Atemspende (Mund zu Mund Beatmung) ergreifen kann, ist in den allermeisten Fällen der Tod abwendbar, da sofort eingeleitete Maßnahmen wie Atemspende in vielen Fällen zum Wiedereinsetzen der Spontanatmung beim Bewußtlosen führen.⁹⁵

Dieser Erkenntnis folgend kann festgestellt werden, daß der Konsum von Opiaten in einem Fixerraum oder in einer belebten Wohngemeinschaft mit einem deutlich geringerem Risiko verbunden ist als der Konsum in einer Privatwohnung ohne Begleitpersonen!

Der wiederholte Gebrauch von Morphin führt zu schwerer physischer und psychischer Abhängigkeit sowie zur Toleranzentwicklung, das heißt, für die gleiche Wirkung werden im Laufe der Zeit immer höhere Dosen benötigt. Sinkt die Toleranz nach einer Unterbrechung des Konsums ab, besteht bei erneuter Zufuhr die Gefahr einer Überdosierung, da die bisher tolerierte Dosis zu hoch ist. Etliche „*Drogentodesfälle*“ lassen sich mit einer versehentlichen Überdosierung nach Entwöhnung des Körper durch Therapie oder Haft erklären.⁹⁶

Morphium wird in der Leber rasch metabolisiert (abgebaut) und über die Nieren ausgeschieden. Seine Halbwertszeit beträgt etwa zwei Stunden und die Wirkungsdauer etwa vier bis sechs Stunden. Dieser Umstand ist für Abhängige von großer Bedeutung, da sie sich die Droge dementsprechend in Abständen von nur vier bis sechs Stunden verabreichen müssen und folglich unter einem ständigen Streß und nie aufgehenden Beschaffungsdruck stehen.⁹⁷ Abhängige wissen genau, daß bei Enthaltung von der Droge es zu starken Entzugserscheinungen wie Angst, Schlaflosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Fieberanfällen, Schweißausbrüchen und anderen Unannehmlichkeiten kommen kann. Im fortgeschrittenen Stadium der Abhängigkeit greift deswegen der Morphinist nicht wegen der wohligen Wirkung zur Spritze, sondern vor allem, um den schrecklichen Peinigungen des Entzuges zu entgehen.⁹⁸

Obwohl es bereits auch im 19. Jahrhundert zahlreiche Opiatabhängige gab, wurde der sogenannte „*Morphiumhunger*“ nicht als feindseliger Angriff auf die normative Verfassung der Gesellschaft und des Staates definiert, der mittels prohibitiver Maßnahmen abzuwehren sei, sondern als eine Krankheit. Es bestand in der öffentlichen Anschauung wie in der rechtlichen Normierung kein qualitativer Unterschied zwischen solchen Substanzen, die später unter das Betäubungsmittelgesetz fallen sollten und als besonders gefährlich angesehen wurden und solchen, die als eher harmlose Substanzen auch heute noch nach dem allgemeinen Arzneimittelrecht behandelt werden.

In Deutschland begann die Verteufelung des Morphiums als schädliche Droge erst im 20. Jahrhundert nach der Einführung der ersten Verordnung betreffend den Handel mit Opium und anderen Betäubungsmitteln am 22. März 1917. Bis dahin gab es keinerlei Beschränkungen, weder für die Produktion noch für den Handel und schon gar nicht für die Konsumenten.⁹⁹

Codein – Dihydrocodein (DHC)

Knapp dreissig Jahre nach der Entdeckung des Morphins und seiner Isolierung aus dem Opium fand der in Paris tätige Professor der Pharmazie *Pierre Jean Robiquet* im Jahr 1832 ein weiteres wirksames Alkaloid des Opiums. Das dem Morphin chemisch verwandte Methylmorphin wurde *Codein* genannt und ist als Hustenmittel dem Morphin überlegen, da es weniger Allgemein- und Nebenwirkungen hat und sein längerer Gebrauch bei weitem nicht so schnell zur Gewöhnung führt. *Codein* besitzt nur ein Zehntel der Potenz des Morphins, wird aber bei oraler Einnahme weit besser resorbiert als Morphin. *Codein* kann aus dem Opium extrahiert oder synthetisch aus Morphin hergestellt werden.

⁹⁵ Psyhyrembel: Medizinisches Wörterbuch, 257. Auflage, Hamburg 1993, S. 1295.

⁹⁶ G. Roeder, G. Drasch, L. v. Meyer, W. Eisenmenger: Der Gebrauch von Dihydrocodein als Drogenersatz, in: PZ, Pharmazeutische Zeitung Nr. 16 141. Jahrgang vom 12. April 1996, S. 12 f.

⁹⁷ R.M. Julien: Drogen und Psychopharmaka, Heidelberg und Berlin und Oxford 1997, S. 255 ff.

⁹⁸ D. Leu: Drogen – Sucht oder Genuß, 3. Auflage, Basel 1984, S. 58.

⁹⁹ Erlaß des Bundesrates vom 22. März 1917, RGBl. S. 256.

Das erstmals 1911 chemisch dargestellte *Dihydrocodein (DHC)* ist ein halbsynthetisches Codeinderivat und wirkt ähnlich wie Codein, das heißt in niedrigen Dosierungen lindert es den Hustenreiz und in hohen Dosierungen die Schmerzen. Die unerwünschten Begleiterscheinungen sind die typischen Nebenwirkungen der Opiate, das heißt *Codein* und *DHC* wirken sedierend (entspannend, dämpfend), sie verlangsamen die Darmtätigkeit und bei längerer Anwendung kommt es zur Obstipation (Verstopfung) und in höheren Dosierungen bewirken sie die für Opiate typische Atemdepression bis hin zur Lähmung der Atmungsorgane und besitzen darüber hinaus ein abhängigkeitsinduzierendes Potential. Nach langer Anwendung muß nach Absetzen der Medikation mit akuten Entzugssymptomen gerechnet werden.

Die Halbwertszeit von *Codein* liegt nach oraler Einnahme bei etwa drei Stunden, die von *DHC* liegt bei vier Stunden und ist somit etwas länger als die von *Codein* und doppelt so lang wie die von *Morphin*. Die Wirkung von *DHC* hält somit länger an als diejenige von *Codein* oder *Morphin*. Vorgesehene Anwendungsgebiete von *Codein* und *DHC* sind akuter und chronischer Reizhusten und Erkrankungen der Atemwege. Eine Verschreibung zur Substitution ist in Deutschland generell nicht mehr zulässig.

Heroin – Diacetylmorphin

Ein vor über hundert Jahren mit Aufzeichnungen des Chemikers *Felix Hoffmann* versehenes Laborjournal belegt, daß am 21. August 1897 die erstmalige Synthese von *Diacetylmorphin* in den Elberfelder Farbenfabriken erfolgreich bewerkstelligt wurde. Grundlage dieser Synthese war ein von *Hoffmann* entwickeltes Veredelungsverfahren, das eine Acetylierung¹⁰⁰ technisch gut realisieren ließ und mit dem ihm wenige Tage zuvor, am 10. August 1897, die Synthese der Acetylsalicylsäure (*Aspirin*) in reiner und haltbarer Form gelang. Der Pharmakologe *Heinrich Dreser*, der möglicherweise die Synthese des *Diacetylmorphins* durch *Hoffmann* angeregt hatte, prüfte mit dem Werksarzt *Floret* das neue Mittel im Vergleich zu *Codein* und *Morphin*. Die Untersuchungen ergaben als wesentlichen Befund, daß *Diacetylmorphin* durch eine Vertiefung der einzelnen Atemzüge die krankhafte Atmung wesentlich besser und nachhaltiger beeinflusste, als *Codein* und *Morphin*. Dieser äußerst subjektive Befund war der alleinige Grund dafür, daß *Diacetylmorphin* als sogenanntes Atmungssedativum mit dem Prädikat „*Digitalis der Atmung*“ auf den Markt gebracht wurde.¹⁰¹

Die Farbenfabriken vorm. Friedrich Bayer & CO brachten das halbsynthetische Morphinderivat mit der chemischen Bezeichnung *Diacetylmorphin* ein Jahr später, am 27. Juni 1898, als pharmazeutische Spezialität zur symptomatischen Behandlung von Atemwegserkrankungen unter dem Namen *Heroin* auf den Arzneimittelmarkt. Der Name *Heroin* stand für den altgriechischen Begriff *heros*, der das Ideal männlicher Kraft verkörperte und Sinnbild der verehrten Helden war. Die Heroen waren männliche Abkömmlinge der Vereinigung von Unsterblichen (Götter und Göttinnen) mit sterblichen (Männern und Frauen) und gemäß ihrer Abstammung die irdischen Repräsentanten des Olympos, jener von Zeus beherrschten patriarchalen Götterwelt, und als solche zur Herrschaft auf Erden berufen.¹⁰² Die *heroine* war ursprünglich das Heldenweib, später bezeichnete man auch die Darstellerin einer Heldenrolle auf der Bühne als Heroine.

Heroin wurde ursprünglich als Medikament zur Behandlung von akutem und chronischem Hustenreiz abgegeben, später gingen dann die Indikationen weit über die Erkrankungen der Atemwege und Lungen hinaus und *Heroin* wurde vornehmlich als sehr wirksames Medikament gegen Schmerzen verordnet. Aufgrund des hohen Suchtpotentials wurde 1924 die Herstellung von *Heroin* in den USA verboten. In der Folge entbrannte eine in der Öffentlichkeit und in den Medien äußerst kontrovers geführte Debatte um den therapeutischen Wert des *Heroin*s, die indes bis heute nicht verstummte. In Deutschland war *Heroin* bis 1924 niedrigdosiert als Hustenmittel auf dem Markt frei (ohne Rezept) erhältlich und erst dann wurde *Heroin* aus der allgemeinen Arzneimittelliste gestrichen und bis 1971 war *Heroin* ein verkehrs- und verschreibungsfähiges Betäubungsmittel¹⁰³.

Im St. Mary Hospital in London synthetisierte *C.R.A. Wright* bereits im Jahr 1874 *Diacethylmorphin* im Rahmen von medizinisch-wissenschaftlichen Forschungen auf der Suche nach einem Opiat, daß

¹⁰⁰ Acetylieren = eine bestimmte Molekülgruppe (Essigsäurerest) in eine organische Verbindung einführen.

¹⁰¹ M. de Ridder: Heroin: Geschichte, Legende, Fakten, in: G. Grözinger (Hg.): Recht auf Sucht? Drogen, Markt, Gesetze, Berlin 1991, S. 22.

¹⁰² Vgl.: M. Kappeler: Odysseus bei den Lotophagen. Paradigma für Drogenpolitik und Drogenarbeit, in: R. Ludwig, J. Neumeyer: Die narkotisierte Gesellschaft. Neue Wege in der Drogenpolitik und akzeptierende Drogenarbeit, Marburg 1991, S. 21-31.

¹⁰³ Verordnung zur Veränderung über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien und ihre Abgabe in den Apotheken vom 6. April 1971, BGBl. I S. 315.

dieselbe schmerzlindernde Wirkung wie Morphin haben sollte, jedoch nicht dessen Suchtpotential. In England erforschte man gerade stoffspezifische Suchtkonzepte, da vor allem in den gesellschaftlichen Unterschichten der Konsum von billigen opiumhaltigen Heil- und Genußmittel sehr verbreitet war. Obwohl *Diacetylmorphin* im gleichen Jahr auch noch von *F.M. Pierce* hergestellt wurde, verfolgte man damals in England die Forschung mit diesem hochwirksamen Alkaloid nicht weiter.¹⁰⁴

Heroin hat einen analgetischen (schmerzstillenden) Wirkungseffekt, der doppelt bis dreimal so stark ist wie derjenige von Morphin. *Heroin* übt selbst keine Opiatwirkung aus, da es als Folge einer sehr schnellen hydrolytischen¹⁰⁵ Biotransformation im Blut zuerst in 6-Mono-Acetylmorphin verwandelt wird und dann weiter in einer anschließenden etwas langsameren Transformationsstufe zu Morphin deacetyliert.¹⁰⁶ Dies bedeutet, daß die pharmakologische Wirkung des *Heroin*s nach den zwei nur kurz andauernden Transformation völlig identisch mit derjenigen des Morphins ist. Vor der Umwandlung kann das *Heroin* allerdings – im Gegensatz zum Morphinium – durch seine größere Fettlöslichkeit rasch die Blut-Hirn-Schranke überschreiten. *Heroin* erreicht so das Gehirn bevor es zu Morphin umgewandelt wird und bewirkt durch den erst dort einsetzenden Transformationsprozeß jenen von vielen Fixern so ersehnten Effekt, der *Heroin* wesentlich „schneller“ und „stärker“ als das Morphin erscheinen läßt.¹⁰⁷ Dieser Effekt wird „kick“, „rush“ oder auch „flash“ genannt und kann oft als eine durch und durch überwältigende Euphorie in Verbindung mit einer intensiven Lustempfindung und einem sorglosen Wohlbefinden erlebt werden. Hernach pflegt ein länger andauernder dösiger Traumzustand, der zuweilen für ein paar Augenblicke mit der äußeren Realität verwechselt werden kann, das Geschehen zu dominieren.

Heroin kann (als Hustenmittel) gegessen oder getrunken werden und beginnt dann sehr langsam seine schmerzstillende und beruhigende Wirkung zu entfalten. Wird es durch die Nase geschnupft, dann macht sich die Wirkung bereits innerhalb von wenigen Minuten bemerkbar. Die schnellste und stärkste Wirkung wird bei intravenöser Injektion oder beim Rauchen erzielt. Nach wenigen Sekunden ist man dann bereits völlig überwältigt.¹⁰⁸

Da *Heroin* (Diacetylmorphin) nach der intravenösen Applikation innerhalb weniger Minuten zuerst zu Monoacetylmorphin und dann weiter zu Morphin deacetyliert wird, ist die Halbwertszeit von *Heroin* extrem kurz und erstreckt sich so nur über wenige Minuten. Da sich das *Heroin* nach der Einnahme rasch zu Morphin gewandelt hat ist für den weiteren pharmakologischen Verlauf die Halbwertszeit des Morphins relevant und die liegt bei etwa zwei Stunden. Das Abhängigkeitspotential von *Heroin* ist höher einzustufen als dasjenige von Morphin. Die „mißbräuchliche“ Verwendung von *Heroin* ist weit mehr verbreitet als die von Morphin.¹⁰⁹

Die klinische analgetische Potenz von *Heroin* im Vergleich zu Morphin liegt um den Faktor 1,6 bis 2,7 höher nach akuter i.m. Gabe¹¹⁰ beziehungsweise 1,5 nach chronischer oraler Anwendung.¹¹¹

Die analgetische Wirkung setzt bei *Heroin* rascher ein als bei *Morphin*. Die euphorisierende Wirkung von *Heroin* nach i.v. Gabe ist derjenigen von *Morphin* vergleichbar.¹¹² Allerdings erzeugt Morphin mehr Benommenheit und Hautsensationen als *Heroin*.¹¹³

¹⁰⁴ H. Schmidt-Semisch: Die prekäre Grenze der Legalität. DrogenKulturGenuß, München 1994, S. 50.

¹⁰⁵ hydrolytisch = durch Wasser bedingte Spaltung einer chemischen Verbindung (meist unter Mitwirkung eines Katalysators oder Enzyms).

¹⁰⁶ deacetylieren = eine bestimmte Molekülgruppe (Essigsäurerest) aus einer Organischen Verbindung herauslösen.

¹⁰⁷ Stadt Frankfurt am Main. Der Magistrat. Dezernat für Frauen und Gesundheit – Drogenreferat: Projektbeschreibung Frankfurter Diamorphin-Projekt DIAPRO. Wissenschaftliche Erforschung der kontrollierten Verabreichung von Diamorphin (*Heroin*) an spezifische Gruppen von Opiatabhängigen durch das Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt am Main, Frankfurt am Main 1993, S. 25 f.

¹⁰⁸ Ebd.: S. 26.

¹⁰⁹ G. Roeder, G. Drasch, L. v. Meyer, W. Eisenmenger: Der Gebrauch von Dihydrocodein als Drogensatz, in: PZ, Pharmazeutische Zeitung Nr. 16 141. Jahrgang vom 12. April 1996, S. 12 f.

¹¹⁰ R.F. Kaiko, S.L. Wallenstein, A.G. Rogers, P.Y. Grabinski, r.W. Houde: Analgesic and mood effects of heroin and morphine in cancer patients with postoperative pain, in: New England Journal of Medicine No. 304/1981, S. 1501 f.

¹¹¹ R.G. Twycross: The equipotent dose ratio of diamorphine and morphine administered by mouth, in: British Journal of Pharmacology No. 46/1972, S. 554.

¹¹² R.F. Kaiko, S.L. Wallenstein, A.G. Rogers, P.Y. Grabinski, r.W. Houde: Analgesic and mood effects of heroin and morphine in cancer patients with postoperative pain, in: New England Journal of Medicine No. 304/1981, S. 1501 f.

¹¹³ W.J. Dundee, R.S.J. Clarke, W.B. Loan: Comparative toxicity of diamorphine, morphine and methadone, in: Lancet 1967, S. 221 f.

Eine mögliche Gesundheitsschädigung, die durch den Konsum von reinem *Heroin* verursacht werden kann, ist im wesentlichen nur in einer Form zu erwarten: Nach einer entsprechenden Überdosierung kommt es zu einer Atemdepression, die auf einer verminderten CO₂-Empfindlichkeit des Atemzentrums beruht. Die aus der Überdosierung resultierende und durch die Atemdepression bedingte akute Hypoxie (Herabsetzung des Sauerstoffgehaltes in bestimmten Körperregionen) kann zu einer weiteren typischen Komplikation im Lungenbereich in Form eines Lungenödems (wässrige Schwellung in den Lungen) führen.¹¹⁴

Erfahrungen mit Schmerzpatienten, Morphinisten und Heroinabhängigen, die nur klinisch reine und korrekt dosierte Zubereitungen gebrauchen, haben gezeigt, daß Opiate wie *Heroin* im Gegensatz zu Alkohol über Jahre und selbst über Jahrzehnte hinweg konsumiert werden können, ohne daß damit irgendwelche relevanten Schädigungen von Organen einhergehen. Gesundheitliche Beeinträchtigungen oder akute Gefährdungen für die Patienten durch die Applikation von reinem *Heroin* treten gemäß diesen Beobachtungen nur nach Überdosierungen ein.¹¹⁵

Methadon – Levomethadon (L-Polamidon)

L-Polamidon[®] ist der Markenname für ein Medikament, daß von den Farbwerken Hoechst im Jahr 1941 als Morphinersatz entwickelt wurde. Das synthetische Opiat ist auch unter der gebräuchlichen chemischen Kurzbezeichnung *Levomethadon* bekannt. *Levomethadon* ist eine optisch aktive Substanz, die aus linksdrehenden Molekülen besteht. *Methadon* ist ein Racemat (Gemisch) bestehend aus jeweils 50% linksdrehendem Methadon (*L-Methadon* = *Levomethadon*) und 50% rechtsdrehendem Methadon (*R-Methadon*). Da die rechtsdrehende R-Form des *Methadons* nur etwa 10% der Wirkungsstärke der linksdrehenden L-Form erreicht, wirkt das racemische *Methadon* nur halb so stark wie das *Levomethadon* und muß darum doppelt so hoch dosiert werden.¹¹⁶

Der Einsatz des racemischen *Methadons* senkt die Substitutionskosten erheblich, da es wegen des geringeren Produktionsaufwandes wesentlich billiger als *Levomethadon* ist. Der Einsatz des synthetischen Opiats *Methadon* in der Drogenhilfe wurde in Deutschland über viele Jahre hinweg kontrovers diskutiert. Erst nach einem Grundsatzentscheid des Bundesgerichtes zur Therapiefreiheit wurden die notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen für eine Substitution mit *Levomethadon* durch die Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vom 9. September 1992 bezüglich der Behandlung der Betäubungsmittelabhängigkeit mit Betäubungsmitteln (§ 13 BtMG)¹¹⁷ und durch der 4. Verordnung zur Änderung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften vom 23. Dezember 1992¹¹⁸ mit der Aufnahme von *Levomethadon* als verschreibungsfähiges Betäubungsmittel, geschaffen. Die rechtliche Grundlage für eine Substitution mit *Methadon* wurde durch der 5. Verordnung zur Änderung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften vom 18. Januar 1994 geschaffen.¹¹⁹

Von Anfang an stand die Frage im Raum, ob *Polamidon* in das Opiumgesetz aufgenommen werden sollte. Das Interesse an dem neuen Präparat war sehr hoch und weit mehr als hundert Einzelanfragen erreichten täglich die Herstellerfirma Farbwerke Hoechst. Als sich 1950 Meldungen über Polamidon-Mißbrauch häuften, versuchte die Hoechst AG das Medikament unter Rezeptpflicht zu stellen, um eine Aufnahme in das Opiumgesetz zu verhindern. Doch der Rezeptzwang ließ sich nur allmählich durchsetzen und die entstandene Publicity ließ die Mißbrauchsrate schnell ansteigen. Die Gerüchte um ein

¹¹⁴ K.C. Hubell: Opiates and narcotics, in: L.M. Haddad, J.F. Winchester (Hg.): Clinical management of poisoning and drug overdose, Philadelphia und London 1990, s. 706 ff.

¹¹⁵ B. Fässler: Drogen zwischen Herrschaft und Herrlichkeit. Der Umgang mit Drogen als Spiegel der Gesellschaft, Solothurn 1997, S.205.

¹¹⁶ G. Roider, G. Drasch, L. v. Meyer, W. Eisenmenger: Der Gebrauch von Dihydrocodein als Drogenersatz, in: PZ, Pharmazeutische Zeitung Nr. 16 141. Jahrgang vom 12. April 1996, S. 13.

¹¹⁷ Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vom 9. September 1992, in Kraft getreten am 16. September 1992, BGBl. I S. 1593. § 13 Abs. 1 (Verschreibung und Abgabe auf Verschreibung) wurde dahingehend ergänzt, daß eine Verschreibung und eine Verabreichung auch zum Zweck der ärztlichen Behandlung einer Betäubungsmittelabhängigkeit zulässig wurde. § 29 Abs. 1 (Straftaten) wurde dahingehend ergänzt, daß die Abgabe von sterilen Einmalspritzen an Betäubungsmittelabhängige kein Verschaffen von Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch darstellt.

¹¹⁸ 4. Verordnung zur Änderung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften vom 23. Dezember 1992, in Kraft getreten am 31. Januar 1993, BGBl. I S. 2483. Die Zulassung von Levomethadon zur Substitution erfolgte durch Eintragung in Anlage III, Teil A und Einfügung in den Katalog des § 2 Abs. 1 Betäubungsmittelverschreibungsverordnung.

¹¹⁹ 5. Verordnung zur Änderung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften vom 18. Januar 1994, in Kraft getreten am 1. Februar 1994, BGBl. I S. 99. Die Zulassung von Methadon zur Substitution erfolgte durch Eintragung in Anlage III, Teil A und Einfügung in den Katalog des § 2 Abs. 1 Betäubungsmittelverschreibungsverordnung.

mögliches Verbot von *Polamidon* verdichteten sich dann im Jahre 1952 immer mehr, bis dann am 1. Oktober 1953 schließlich die endgültige Aufnahme des in das Opiumgesetz erfolgte.¹²⁰

Methadon besitzt eine Morphin-Teilstruktur und weist die allgemeinen Eigenschaften und Wirkungen der Opiate auf. Methadon wird nach oraler Aufnahme rasch resorbiert, seine Bioverfügbarkeit ist hoch und die Halbwertszeit beträgt 15 bis 60 Stunden, im Mittel etwa 18 Stunden. Daher reicht eine einmal tägliche Einnahme aus, um die erwünschte Wirkung zu erreichen, das heißt die Absättigung der Opiat-rezeptoren. Dies ermöglicht die Unterdrückung der Entzugserscheinungen und den Verzicht auf Heroin. Die täglich benötigte Methadondosis muß individuell schrittweise ermittelt werden und hängt im wesentlichen von der physischen und psychischen Konstitution des Abhängigen sowie seinen bis dato gepflegten Konsummustern ab. Die richtige Dosierung liegt in der Spannbreite zwischen dem Auftreten von leichten Entzugserscheinungen und der Methadon bedingten Euphorie angesiedelt. Bei oraler Applikation und richtiger Dosierung ist der von vielen erhoffte „kick“ mit Methadon alleine praktisch nicht erreichbar. Diese Tatsache wie auch die als nachteilig empfundene starke Sedierung (Beruhigung, Dämpfung) führen zu einem oft erheblichen Beikonsum anderer Opiate oder sonstiger psychoaktiver Substanzen.¹²¹

Substitution mit Ersatzstoffen

Substitution mit Methadon

Substituieren heißt ersetzen. Bei der Substitution wird der (zumeist illegale) primäre Suchtstoff (z.B. Heroin) durch ein legales Opiat (z.B. Codein) oder Opioid (z.B. Methadon) ersetzt. In der Regel wird eine Substitutionsbehandlung von einer Drogenberatungsstelle psychosozial begleitet. Die wichtigsten medizinischen Behandlungsziele sind die Senkung der Sterblichkeit und die Verbesserung des körperlichen Allgemeinzustandes. Des weiteren bezweckt die Substitution die Verhinderung von Infektionen, die Minderung unkontrollierten Drogenkonsums und die Überwindung des „süchtigen“ Verhaltens und damit verbunden das Absetzen des verordneten Methadons nach Ausheilen der Abhängigkeit.

In Deutschland war die Substitution aufgrund der starren Weigerung der deutschen Ärzteschaft, im Rahmen einer Behandlung Drogenabhängiger diesen Ersatzdrogen zu verschreiben, wie auch aufgrund der restriktiven auf Abstinenztherapie fixierten rechtlichen Vorgaben seitens der Bundesregierung, bis zu Beginn der neunziger Jahre praktisch nur in wenigen Ausnahmefällen durchführbar. Ausnahmen waren beispielsweise die ersten Versuche zur Methadon-Erprobung im Jahr 1971 mit 20 Patienten in Hannover. Erfolgskriterium war hier das Erreichen der Abstinenz. Da dieses Ziel nicht erreicht werden konnte, wurde das Vorhaben 1975 abgebrochen. In Nordrhein-Westfalen begann dann 1988 eine Art „Erprobungsverfahren“ in dem 250 Probanden in einem Praxisversuch unter wissenschaftlicher Begleitung substituiert wurden. Aufgrund der herrschenden Rechtslage konnten außer Pilotprojekte mit wissenschaftlicher Begleitforschung keine regulären Substitutionen durchgeführt werden; erst nach der Grundsatzentscheidung durch das Bundesgerichtshof am 17. Mai 1991 zur Therapiefreiheit des Arztes und zur Zulässigkeit der Methadonbehandlung¹²² wurde vom Gesetzgeber das Betäubungsmittelgesetz am 9. September 1992 dahingehend geändert, das bei bestimmten Indikationen, auch sozialen, die Substitution zulässig war.¹²³

Nach der Änderung des Betäubungsmittelgesetzes im September 1992 wurde auch die Verschreibungsverordnung für Betäubungsmittel 1992 und 1994 den richterlichen Vorgaben angepaßt und erweitert, so daß sich die ärztliche Verschreibung von Ersatzdrogen wie Methadon und Levomethadon in den neunziger Jahren als anerkannte Methode zu Behandlung der Heroinabhängigkeit etablieren konnte. Nach § 5 der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) besteht das Ziel der Behandlung in einer schrittweisen Wiederherstellung der Abstinenz von Betäubungsmitteln wie auch der Besserung und Stabilisierung des allgemeinen Gesundheitszustandes.

¹²⁰ Bundesgesetzblatt 1953, BGBl I, S. 402.

¹²¹ G. Roeder, G. Drasch, L. v. Meyer, W. Eisenmenger: Der Gebrauch von Dihydrocodein als Drogenersatz, in: PZ, Pharmazeutische Zeitung Nr. 16 141. Jahrgang vom 12. April 1996, S. 14.

¹²² AZ: 3/Str/91

¹²³ Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vom 9. September 1992, in Kraft getreten am 16. September 1992, BGBl. I S. 1593. § 13 Abs. 1 (Verschreibung und Abgabe auf Verschreibung) wurde dahingehend ergänzt, daß eine Verschreibung und eine Verabreichung auch zum Zweck der ärztlichen Behandlung einer Betäubungsmittelabhängigkeit zulässig wurde. § 29 Abs. 1 (Straftaten) wurde dahingehend ergänzt, daß die Abgabe von sterilen Einmalspritzen an Betäubungsmittelabhängige kein Verschaffen von Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch darstellt.

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat am 2. Juli 1991 mit diversen Änderungen am 16. Februar 1994 „*Neue Untersuchungs- und Behandlungsrichtlinien zur Methadon-Substitutionsbehandlung*“ (kuz: NUB-Richtlinien) bei i.v. Heroinabhängigen beschlossen, die zum Ziel haben, Kriterien für eine als Kassenleistung abrechenbare Substitutionsbehandlung zu entwickeln. Hier ist jedoch noch eine Absenkung der Eingangsschwellen, die Aufhebung der rigiden Indikationskriterien und vor allem die Aufhebung der Ultima-Ratio-Klausel der Drogenfreiheit als Diktum erforderlich. Die Festlegung, daß die Drogensucht selbst keine Indikation zur Drogensubstitution im Sinne einer Krankenbehandlung darstelle, weil das therapeutische Ziel einer Behandlung der Sucht grundsätzlich die Drogenabstinenz bleibe, hat eine Ausgrenzung von vielen Abhängigen, die Bedarf an Behandlung haben, zur Folge. Die Eingangskriterien sind eindeutig viel zu hochschwellig angesetzt, so daß es mit dem vorgegebenen Instrumentarium nicht gelingen wird, dem selbst gestellten gesundheitspolitischen Anspruch zu entsprechen.

Zunächst befreit die Substitution nicht von der Abhängigkeit, sondern ersetzt einen illegalen durch einen (eingeschränkt) legalen Suchtstoff. Aus kriminalisierten Heroinabhängigen werden durch die Substitution legale Opiatabhängige. Die erste Linderung erfahren die Opiatabhängigen somit auf der Ebene ihres rechtlichen Status – Substitution befreit die Abhängigen vom Verfolgungsdruck.

Die zweite Linderung erfahren die Opiatabhängigen in der Beseitigung des Beschaffungsdrucks, denn ein Substituierter ist nicht darauf angewiesen, auf dem Schwarzmarkt teures Heroin zu erwerben und sich dabei möglicherweise finanziell zu ruinieren, sondern bezieht seine Opiate unter legalen und kontrollierten Bedingungen vom Arzt. Der Zwang zur Illegalität sowie der finanzielle und soziale Abstieg können oft durch die Substitution gestoppt werden. Die Voraussetzungen für eine mögliche psychische Stabilisierung können dadurch grundlegend positiver angesehen werden.

Substitution führt im allgemeinen zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation. Zahlreiche Heroinabhängige werden durch die Substitution erstmals überhaupt in das medizinische Versorgungssystem einbezogen. Der Patient, der mit Methadon substituiert wird, muß im Normalfall täglich die Arztpraxis aufsuchen, während Patienten, die mit Codein substituiert wurden, konnten ihre Rezepte selbst in der Apotheke einlösen. Das Codein wurde also nicht vom Arzt, sondern vom Patienten selbst eingeteilt. Obwohl nicht zu bestreiten ist, daß sich aus dieser Praxis auch Mißbrauchsmöglichkeiten ergeben konnten, bleibt positiv festzuhalten, daß die bislang praktizierte Substitution mit Codein dem Patienten eine relativ selbstbestimmte und eigenverantwortliche Lebensführung ermöglichte. Deshalb wurde Codein vorzugsweise von sozial integrierten Opiatabhängigen als Substitutionsmittel gewählt.¹²⁴

Heroinabhängige Patienten müssen möglichst lange in Behandlung bleiben, um das angestrebte Ziel, die Abstinenz, zu erreichen. Ein vorzeitiger Abbruch der Therapie mit eingegliedeter Substitution führt zumeist zu einem Rückfall in die Heroinabhängigkeit, wobei es hier völlig unerheblich ist, ob die Therapie auf Initiative des Patienten oder des Arztes abgebrochen wurde. Die sogenannte Haltequote beziehungsweise die Zahl der Teilnehmer, die eine zeitlich befristete Therapie regulär beenden, ist ein wichtiges Maß (Merkmal) bezüglich des Qualitätsstandards der Therapieeinrichtung. Die Haltequote der Behandlung mit Methadon beträgt in Hamburg nach 3 Jahren 80% und nach 5 Jahren 70%. In diesem Zeitraum können die meisten Patienten eine erfreuliche Stabilisierung der psychischen und physischen Verfassung erleben und durch die Abhängigkeit verloren gegangene soziale Kompetenz wiedererlangen.¹²⁵

Die Behandlung mit Methadon und anderen Opioiden senkt die Sterblichkeit drastisch. Notwendig ist also, möglichst viele Heroinabhängige in eine Behandlung zu bringen. Wenn Abhängige gezwungen sind, Methadon auf dem Schwarzmarkt zu kaufen, weil sie keinen Behandlungsplatz finden oder weil die Regularien zur Aufnahme wochenlang dauern oder gar, weil ihr Arzt die Dosierungen regelmäßig zu tief ansetzt, dann sind sie denselben Risiken ausgesetzt wie unbehandelte Heroinabhängige.

¹²⁴ R. Bischoff: Aus für die Codein-Substitution?, in: Akzeptanz, Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik Nr. 1/1998, S. 20 f.

¹²⁵ R. Ullmann: Antworten der Deutschen Gesellschaft für Drogen- und Suchtmedizin e.V. (DGDS) auf den Fragenkatalog des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Methadonsubstitution, in: Akzeptanz, Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik Nr. 1/1998, S. 22 ff.

Substitution und Beikonsum: Symptom der Krankheit oder Delikt?

Methadon hat eine wesentlich längere Wirkungsdauer als Heroin. Die Wirkung von Methadon hält etwa 24 Stunden an, diejenige von Heroin jedoch nur vier bis sechs Stunden. Die orale Einnahme von Methadon läßt keine Entzugssymptome aufkommen, aber auch kein euphorisches Hochgefühl, das heißt, Methadon kann Leid reduzieren aber nicht generell den Drogenhunger stillen. Diese Eigenschaft von Methadon ist die Ursache für einen häufig zu beobachtenden Beikonsum anderer Drogen während der Therapie, wobei eine Dosierung des Methadons im unteren Schwellenbereich die Neigung zu vermehrtem Konsum anderer Drogen eher befördert während eine hohe Dosierung diese hingegen eher mindert.¹²⁶

Methadon hat ein hohes „Suchtpotential“. Insofern bestehen bei Dauersubstitution sowohl physische als auch psychische Abhängigkeit, Toleranzentwicklung und Entzugssymptomatik. Methadon verweilt länger im Körper als Heroin, deshalb setzen die ersten Entzugssymptome später (nach 12 bis 24 Std.) als bei Heroin (nach 10 bis 12 Std.) ein und der körperliche Entzug dauert etwa doppelt so lange wie bei Heroin (zwei statt eine Woche). Die Substitution mit Opiaten führt per Definition nicht zur Drogenfreiheit. Abstinenz muß aber nicht das einzige oder vorrangigste Ziel einer Therapie sein. Im Sinne der Schadensbegrenzung oder der allgemeinen körperlichen Regeneration kann auch die zweitbeste Lösung von Wert sein.¹²⁷

Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, daß es unter der Einnahme von Methadon zu einer Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten (Aufmerksamkeit, Reaktionsfähigkeit und Konzentrationsfähigkeit) sowie der Wachheit kommt, so daß eine Verminderung der Fähigkeit zur Teilnahme an der Psychotherapie oder am Straßenverkehr von dieser Seite her nicht zu erwarten ist.¹²⁸

Zusätzlicher Beikonsum anderer Substanzen kann sehr wohl die kognitiven Fähigkeiten beeinträchtigen und eine deutliche Verminderung der Kommunikationsfähigkeit oder auch der Fahrtüchtigkeit zur Folge haben. Nicht nur deshalb lautet bei vielen Ärzten die Regel, daß bei wiederholtem Beikonsum mit dem Abbruch der Therapie zu drohen sei. Zwar sprechen sich 71,6% der Ärzte, die Behandlungen mit Methadon durchführen, für eine versuchsweise Erhöhung der Dosis bei Patienten mit Parallelgebrauch von Heroin aus, doch wird dann von 58% der Ärzte beim fortgesetzten Beikonsum mit dem Abbruch der Behandlung reagiert. Da vermutlich etwa die Hälfte der Ärzte die Dosierung des Methadons ohnehin zu niedrig veranschlagt, weil fast die Hälfte der Ärzte (48,1%) gerade immer nur so viel Methadon verabreicht, daß die akuten Entzugssymptome unterdrückt werden, muß leider stets damit gerechnet werden, daß nach einem Beikonsum der Arzt die Dosis nicht genügend erhöht und deshalb ein weiterer Beikonsum von Heroin sehr wahrscheinlich wird (mit der Folge des Abbruchs der Therapie). Schon auf den gelegentlichen Konsum von Benzodiazepin und Kokain sowie auf exzessiven Alkoholkonsum wird mehrheitlich mit Behandlungsabbruch reagiert, obwohl gerade die (polytoxikomane) Drogenabhängigkeit der eigentliche Grund für die Aufnahme des Patienten in die Behandlung ist. Die besorgniserregende These, daß es immer noch in vielen Kreisen der Ärzteschaft üblich sei, Beigebrauch nicht als weiteres Symptom der Krankheit anzusehen, sondern als Delikt, daß bestraft werden muß, wurde durch die Befragung von 247 substituierenden Ärzten in Westfalen-Lippe bestätigt. Dieses Beispiel zeigt, daß die Mehrheit dieser Ärzte für die Durchsetzung einer strikten Einhaltung eigener klinischer Regeln das eigentliche Ziel des Handelns, die Genesung der Patienten, bereitwillig aufs Spiel setzt, wohl wissend, daß dieselben sich im Falle eines vorzeitigen Abbruchs der Behandlung bald wieder in der alten Situation vorfinden werden im Angesicht der Verelendung und des Todes.¹²⁹

Eine hohe Methadondosierung blockiert die euphorisierende Wirkung zusätzlich konsumierten Heroins. Diese Erkenntnis ist die Basis der Behandlung mit Methadon. Dennoch sind sich fast ein Viertel (23,9%) der Ärzte unsicher, ob dies wirklich so ist und 12,6% verneinen gar diesen Effekt!

¹²⁶ Stadt Frankfurt am Main. Der Magistrat. Dezernat für Frauen und Gesundheit – Drogenreferat: Projektbeschreibung Frankfurter Diamorphin-Projekt »DIAPRO´. Wissenschaftliche Erforschung der kontrollierten Verabreichung von Diamorphin (Heroin) an spezifische Gruppen von Opiatabhängigen durch das Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt am Main, Frankfurt am Main 1993, S. 8.

¹²⁷ D. Hellenbrecht: Kontroversen zur Drogentherapie, Frankfurt am Main 1993, S. 8.

¹²⁸ Ebd. S. 11.

¹²⁹ R. Gerlach, INDRO e.V. Münster: Einstellungen substituierender Ärzte: Ausgewählte Ergebnisse eines australisch-deutschen Gemeinschaftsprojektes, in: BINAD Nr. 8 September 1997, S. 28 f.

Substitution mit Codein und Dihydrocodein

Eine Folge bundesdeutscher standes-, straf- und verwaltungsrechtlicher Verfolgung von mit Polamidon substituierenden Ärzten war der Rückgriff einzelner Ärzte auf Ersatzstoffe wie Codein, die nicht unter das Betäubungsmittelgesetz subsummiert waren. Der Vorteil der Substitution mit Codeinpräparaten lag eindeutig in den größeren Freiräumen sowohl für den Arzt, als auch für den Patienten. Der Arzt konnte die Behandlung sehr viel flexibler und mit weniger bürokratischem Aufwand betreiben und der Patient konnte seinen Alltag viel freier gestalten, weil er nicht täglich zur Abholung des Substituts in der Praxis erscheinen mußte. Für beide Seiten relevant war, daß keine hochschwellige Eingangskriterien und keine langwierige Antragsverfahren existierten und keine Notwendigkeit bestand, sich einer Begutachtung von Experten zwecks Indikation stellen zu müssen.

Als Substitutionsmittel sind in Deutschland nach der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung nur noch Levamethadon und Methadon oder ein zur Substitution zugelassenes Arzneimittel wie zum Beispiel Orlaam mit dem Wirkstoff Levacetymethadol erlaubt (BtMVV § 2a). Codein und Dihydrocodein dürfen ab 1. Januar 1999 nur noch „in anders nicht behandelbaren Ausnahmefällen“ verschrieben werden und „die Unmöglichkeit einer Methadonsubstitution muß sehr genau dokumentiert und belegt werden. Eine Überprüfung dieser ‘Unmöglichkeit’ kann durch Ermittlungsbehörden jederzeit ab dem 1. Januar 1999 stattfinden.“ Durch die 10. Verordnung zur Änderung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften vom 20. Januar 1998¹³⁰ neu gegebene rechtliche Situation wird die Codein-Substitution in Zukunft nur noch ein karges Schattendasein führen, da wohl nur wenige Ärzte die Neigung verspüren dürften, sich nervenden Überprüfungen von Ermittlungsbehörden auszusetzen.

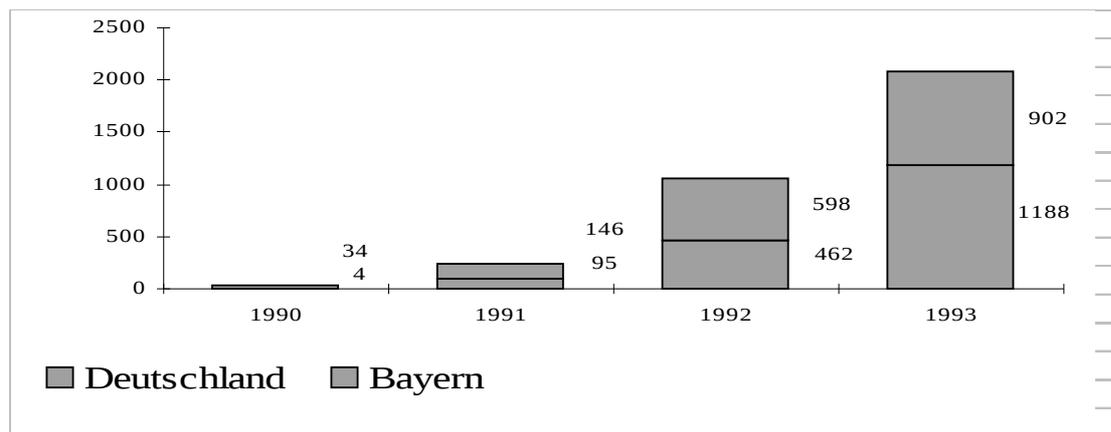
Der Staat ist mit der Prohibition nicht in der Lage, seine Bürger vor den Gefahren des Heroinkonsums zu schützen. Das Angebot auf der Straße ist reichlich vorhanden und leicht zugänglich. Notwendig ist dementsprechend in erster Linie, Behandlungsmöglichkeiten und Therapieangebote ebenso leicht für die potentiellen Adressaten zugänglich zu machen, um helfend einwirken zu können.

In diesem Zusammenhang sei hier einmal auf einen landesspezifischen Vergleich zwischen Hessen und Bayern anhand konkreter Zahlen eingegangen. Bezogen auf die Einwohnerzahl der alten Bundesländer entfielen 1993 auf Bayern 18% der Wohnbevölkerung, doch stellte dieses Bundesland nur einen Anteil von 4% der Substituierten, wohingegen in Hessen 18% der Substituierten Deutschlands lebten, bei einem Anteil Hessens von lediglich 9% der Gesamtbevölkerung.¹³¹ Dem sehr deutlichen Unterschied im Versorgungsgrad und der leicht daraus ersichtlichen drogenpolitischen Gewichtung von Substitutionsbehandlungen stand in Bayern seinerzeit die größte Nachfrage nach Dihydrocodein (DHC) gegenüber. Die Steigende Verwendung von DHC als Drogensersatz läßt sich durch die Zunahme der Abgabemengen an öffentliche Apotheken verdeutlichen. Aufgrund der vom Betäubungsmittelgesetz vorgeschriebenen Meldungen kann die Bundesopiumstelle die Menge DHC bestimmen, die in Apotheken für Rezepturen eingesetzt wird. Während es 1990 nur 38 Kg im gesamten Bundesgebiet waren (wovon 34 Kg allein in Bayern verbraucht wurden), stieg diese Menge 1991 auf 241 Kg an, davon 146 Kg in Bayern. Im Jahr 1992 wurde bereits über eine Tonne des Wirkstoffs von den Apotheken bezogen, davon fast 600 Kg in Bayern. Diese Zahl verdoppelte sich 1993 auf über zwei Tonnen in ganz Deutschland, davon über 900 Kg nur in Bayern. Dieses Dihydrocodein wurde nur zu Rezepturzwecken und somit zur Herstellung des sogenannten Codeinsaftes, einer meist 2,5prozentigen DHC-Lösung verwendet. In Bayern errechnet sich so für 1993 die Herstellung von 36.000 Litern DHC-Lösung.

¹³⁰ 10. Verordnung zur Änderung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften (BtMÄndV) vom 20. Januar 1998, in Kraft getreten am 1. Februar 1998, BGBl. I S. 74. Die Zulassung von Codein und Dihydrocodein zur Substitution wird auf nicht anders behandelbare Ausnahmefälle beschränkt. Codein und Dihydrocodein werden dem BtM-Recht unterstellt, sofern sie zu Substitutionszwecken verordnet werden. Die Übergangsfristen zur Umstellung der bislang mit Codein und Dihydrocodein versorgten Drogenabhängigen auf das Ersatzmittel Methadon wird mit der 11. BtMÄndV vom 23. Juni 1998, BGBl. I. S. 1510, bis zum 31. Dezember 1998 verlängert.

¹³¹ G. Chorzelski, P. Degkwitz, M. Krausz, H.-G. Meyer-Thompson: Substitutionsbehandlung in der BRD – eine Bestandaufnahme, zit. aus: U.E. Kemmesies: Kompulsive Drogengebraucher in den Niederlanden und Deutschland. Die offene Drogenszene in Amsterdam und Frankfurt am Main, Berlin 1995, S. 55.

Erwerb von DHC durch Apotheken in Deutschland und in Bayern, Menge DHC in Kilogramm



Quelle: Pharmazeutische Zeitung PZ Nr. 16, 141 Jahrgang, 18. April 1996, S. 11 (1369).

Der übermäßige Verbrauch von DHC in Bayern hatte auch einen Einfluß auf die Drogenmortalität. So wurde in einer am Münchner Institut für Rechtsmedizin ausgeführten Studie eine starke Zunahme von „Drogentodesfällen“ unter Beteiligung von DHC im südbayerischen Raum festgestellt. Im Jahr 1994 verstarben von 183 „Drogentoten“ 36 Abhängige (20%) an einer alleinigen Überdosierung von DHC. In weiteren 22 Fällen konnte DHC entweder als Co-Todesursache (meist zusammen mit der Aufnahme von Heroin) oder als nicht todesursächlichen Beigebrauch festgestellt werden. Insgesamt wurde bei einem Drittel (32%) der „Drogentoten“ eine Beteiligung von DHC nachgewiesen. Diese Häufung von mit DHC assoziierten Todesfällen im südbayerischen Raum korreliert örtlich und zeitlich mit entsprechenden ärztlichen Verschreibungen sowie dem vorher erwähnten enormen Anstieg des Verbrauchs von DHC in Apotheken. In Einzelfällen wurden bis zu fünf Liter einer 2,5prozentigen DHC-Lösung verordnet und abgegeben. Während früher Medikamente zum Beigebrauch, in der Regel Diazepam oder Flunitrazepam, oft auf dem gleichen Rezept mitverordnet wurden, wurden dazu ab 1994 meist zwei verschiedene Rezepte verwendet, teilweise mit dem Hinweis, diese auch in unterschiedlichen Apotheken einzulösen.¹³²

Um der durch DHC bedingten Mortalität entgegenzuwirken wurde seitens des Gesetzgebers mit der 10. Verordnung zur Änderung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften vom 20. Januar 1998 die Verschreibung von DHC erschwert, um der sorglosen Abgabe, den qualitativ schlechten Behandlungen mit DHC und dem allgemeinen Mißbrauch vorbeugend entgegenzuwirken. Der Effekt war, wie einige vorausgesehen hatten und entsprechend vor der Art des Vorgehens gewarnt hatten, daß einige Ärzte daraufhin die Behandlung mit DHC einstellten und die verbliebenen Behandlungsmöglichkeiten nicht ausreichten, um die vielen Opiatabhängigen, die unversehens nun ohne behandelnden Arzt waren, zu betreuen. So waren sie genötigt, ihre Substitutionsmittel auf dem Schwarzmarkt zu besorgen und diese ohne ärztliche Betreuung einzunehmen. Dies ist mit einem hohen Risiko verbunden, dem zahlreiche der Betroffenen nicht gewachsen war. In der Folge stieg die Mortalität, die durch den unkontrollierten Gebrauch von Medikamenten und Ausweichmitteln (Substitutionsmitteln) bedingt war, innerhalb eines Jahres in Bayern um 155%. Im Jahr 1998, als die neuen Vorschriften zur Verschreibung von Codein und DHC in Kraft gesetzt wurden, war in der Mehrheit der Fälle (58%) die Todesursache bei den sogenannten „Drogentoten“ in Bayern keine herkömmliche Droge wie Heroin, sondern Medikamente oder Ausweichmittel.

In den anderen Bundesländern, in denen zuvor die Substitution nicht so restriktiv gehandhabt wurde wie in Bayern, war die absolute Anzahl der registrierten Fälle deutlich kleiner, jedoch die Zunahme von 1997 auf 1998 fiel noch größer aus als in Bayern und betrug 187%. Im Jahr 1997 lag der Anteil der Fälle mit Todesursache Medikamente / Ausweichmittel in Bayern um den Faktor 13, im Jahr 1998 sogar um den Faktor 28 über dem entsprechenden Anteil für die übrigen Bundesländer. Hier zeigt sich sehr deutlich, daß die drogenpolitischen Maßnahmen, die in Bayern umgesetzt werden, das heißt eine Verschärfung der Prohibitionspolitik und ein rigides Festhalten am apodiktischen Abstinenzparadigma zur Gegensteuerung auch bei neu auftretenden Problemkonstellationen nicht effektiv sind.

¹³² G. Roeder, G. Drasch, L. v. Meyer, W. Eisenmenger: Der Gebrauch von Dihydrocodein als Drogensatz, in: PZ, Pharmazeutische Zeitung Nr. 16 141. Jahrgang vom 12. April 1996, S. 18.

Medikamente und Ausweichmittel als Todesursache von „Drogentoten“

Bayern	1997	1998
Drogentote insgesamt	220	313
Todesursache Medikamente / Ausweichmittel (Substitutionsmittel)	71	181
Prozentsatz Medikamente / Ausweichmittel (Substitutionsmittel)	32%	58%
Deutschland (ohne Bayern)		
Drogentote insgesamt	1.281	1.361
Todesursache Medikamente / Ausweichmittel (Substitutionsmittel)	31	89
Prozentsatz Medikamente / Ausweichmittel (Substitutionsmittel)	2,4%	6,5%

Berechnet auf Basis der Daten in: BKA: Rauschgiftjahresbericht Bundesrepublik Deutschland 1997, 1998, jeweils Tabelle 32.

Bis zur 10. Änderungsverordnung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften war das Lager der in Deutschland tätigen Ärzte im Bereich Substitution zweigeteilt. Neben den Medizinerinnen, die sich an den NUB-Richtlinien der gesetzlichen Krankenversicherung orientierten und entsprechend als Ersatzmittel Methadon oder Levomethadon einsetzten, gab es auch Ärzte, die die Substitution für Opiatabhängige außerhalb dieser Regeln praktizierten. Sie verordneten häufig Codein oder DHC, Medikamente, die offiziell nicht für diesen Zweck vorgesehen waren, als Ersatzmittel und unterlagen damit nicht dem Betäubungsmittelrecht. Bei diesem „*ungeregelten*“ Verfahren der Substitution mit Codein gab es aber im Gegensatz zur Substitution gemäß den NUB-Richtlinien neben anderen Unterschieden keinerlei Verpflichtung oder Empfehlung für den Arzt, bei den so behandelten Patienten auf eine psychosoziale Betreuung hinzuwirken.¹³³

Es gibt gute Gründe für die Annahme, daß von der Substitution mit Codein oder DHC vorzugsweise solche Patienten profitieren sollten, die eine starke Motivation zur Überwindung ihrer Abhängigkeit hatten, die weitgehend stabilisiert waren und bei denen ein Mißbrauch mit dem verordneten Präparat als nicht wahrscheinlich angesehen wurde. Diese Ärzte könnten der Meinung gewesen sein, für Abhängige in vergleichsweise günstigen Umständen sei eine psychosoziale Betreuung nicht oder selten erforderlich gewesen. Entsprechend wäre denkbar, daß seitens der Ärzteschaft Patienten mit einem vermeintlich geringem Betreuungsbedarf bevorzugt Codein oder DHC als Ersatzmittel angeboten und von ihnen eine Inanspruchnahme von Betreuungsangeboten nicht gefordert wurde.¹³⁴

Auf Basis der Angaben aller zur Substitution berechtigten Ärzte aus einer Vollerhebung im Jahr 1996, die in sechs Regionen Westdeutschlands durchgeführt wurde und bei der standardisierte Fragebögen von 937 Ärzten, die zum Befragungszeitpunkt für 13.067 Patienten die Ersatzmittelbehandlung durchführten, wurde ermittelt, daß 70% der die Substitution durchführenden Ärzte mit entsprechender Berechtigung einer kassenärztlichen Vereinigung das geregelte Methadonverfahren anwendeten und keine Substitution mit Codein oder DHC durchführten. Nicht wenige Ärzte (29%) wendeten beide Substitutionsverfahren an und nur 1% gab an, ausschließlich Codein oder DHC zu verordnen. Diese Angaben beziehen sich ausschließlich auf Vertragsärzte, die gemäß den NUB-Richtlinien zur Drogensubstitution berechtigt waren.¹³⁵

Häufigkeit des Einsatzes verschiedener Ersatzmittel durch Vertragsärzte*

Eingesetzte Ersatzmittel	Anzahl Ärzte
ausschließlich Methadon oder Levomethadon	70%
ausschließlich Codein oder DHC	1%
verschiedene Mittel, überwiegend Methadon und/oder Levomethadon	22%
verschiedene Mittel, überwiegend Codein und/oder DHC	7%

* Zur Drogensubstitution gemäß den „*Neuen Untersuchung- und Behandlungsrichtlinien (NUB)*“ berechtigte Ärzte

¹³³ I. Weber: Psychosoziale Betreuung bei Substitutionsbehandlung, in: Sucht, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis 44 (6) Dezember 1998, S. 411.

¹³⁴ Ebd.: S. 414 f.

¹³⁵ Ebd.: S. 412.

Zahl substituierter Patienten nach Art eingesetzter Ersatzmittel

Eingesetzte Ersatzmittel	Anzahl Patienten
Methadon oder Levomethadon	74,8%
Codein oder DHC	25,2%

Was das tatsächliche Ausmaß von begleitender psychosozialer Betreuung bei Patienten – auf Grundlage der Angaben ihrer Ärzte – betrifft, so zeigten sich unterschiedlich hohe Betreuungsraten in Abhängigkeit vom Substitutionsverfahren, das der behandelnde Arzt anwendete. So gaben 59% der Methadon anwendenden Ärzte an, bezogen auf die mit diesem Ersatzmittel behandelten Patienten, daß sich mindestens zwei Drittel ihrer Patienten in Betreuung befanden. Demgegenüber nannten nur 25% der Codein oder DHC verordnenden Ärzte gleichermaßen hohe Raten ihrer Patienten mit Betreuung.¹³⁶

Ausmaß psychosozialer Betreuung¹ der mit Methadon/Levomethadon substituierten Patienten

Betreuungsrate der Methadon- und Levometadonpatienten je Praxis	Anzahl Praxen
bis zu einem Drittel	16%
ein Drittel bis zwei Drittel	25%
mindestens zwei Drittel	59%

¹ laut Angabe der behandelnden Ärzte

Ausmaß psychosozialer Betreuung¹ der mit Codein/DHC substituierten Patienten

Betreuungsrate der Codein- und DHC-Patienten je Praxis	Anzahl Praxen
bis zu einem Drittel	48%
ein Drittel bis zwei Drittel	27%
mindestens zwei Drittel	25%

¹ laut Angabe der behandelnden Ärzte

Bedenkt man, daß die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und der Krankenkassen, die die Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung regeln, immer eindeutig ausschließlich den Einsatz von Methadon oder Levomethadon als dem einzigen für Substitutionszwecke zugelassenen Ersatzmittel gefordert hatten, so muß dennoch davon ausgegangen werden, daß Codein oder DHC einsetzende Ärzte für sich gewichtige Gründe geltend gemacht haben, wenn sie als Vertragsärzte von diesen Richtlinien abwichen. Seit Inkrafttreten der 10. Änderungsverordnung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften am 1. Februar 1998 ist die generelle Wahlfreiheit der Behandlungsmethode nicht mehr gegeben und das im Vergleich zu Heroin oder Methadon mildere DHC war für Patienten nicht mehr verfügbar.

¹³⁶ I. Weber: Psychosoziale Betreuung bei Substitutionsbehandlung, in: Sucht, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis 44 (6) Dezember 1998, S. 413.

Beikonsum von Benzodiazepinen

Im Unterschied zu den Neuroleptika oder den Antidepressiva zeichnen sich die Benzodiazepine (Schlafmittel und Tranquilizer) durch das weitgehende Fehlen störender vegetativer Nebenwirkungen, aber auch durch ein psychisches und physisches Abhängigkeitspotential aus. Sie sind aus verschiedenen Anwendungsgebieten in der Medizin nicht mehr wegzudenken, bergen jedoch auch ein Risiko des schädlichen Gebrauchs, sowohl was die Verschreibungspraxis, als auch was ihre Handhabung durch die Benutzer angeht. Wegen des hohen Abhängigkeitspotentials wird in den letzten Jahren zunehmend eine restriktive Verordnungspraxis für die Benzodiazepine als Schlaf- und Beruhigungsmittel gehandhabt. Entsprechend sind in den meisten Ländern die Umsatzzahlen deutlich rückläufig.

Für die Population der Opiatabhängigen ist bekannt, daß der Konsum von Diazepinen besonders stark verbreitet ist und das Medikamente dieser Gruppe oft in selbstschädigender Weise konsumiert werden. Eine falsche Anwendung kann zu Benommenheit (als additive Wirkung zu anderen Drogen) oder Enthemmung führen und damit zu einer erhöhten Bereitschaft, sich unkontrolliert oder aggressiv zu verhalten.¹³⁷ Besonders das Schlafmittel Flunitrazepam (Rohypnol[®]) wird in der Szene der Opiatabhängigen häufig konsumiert, da seine Wirkung vergleichbar ist mit derjenigen von Opiaten. Sobald der Originalstoff (Heroin) knapp wird, weichen die Fixer auf Flunitrazepam aus. Dabei kommt es, besonders wenn Flunitrazepam in Kombination mit Alkohol eingenommen wird, zu motorischen Störungen, der Gang wird unsicher und die Sprache verwaschen und unverständlich. Hinzu stellt sich nicht selten eine schwerwiegende enthemmende Wirkung ein und es kommt manchmal zu einem völligen Verlust des Gedächtnisses für die Zeit der Medikamentenwirkung. Oft werden auch Beschaffungsdelikte unter der enthemmenden Wirkung von Flunitrazepam durchgeführt. Flunitrazepam ist für Fixer eine weitaus problematischere Substanz als Opiate, denn es zeigt sich, daß es ihnen eindeutig besser geht, wenn sie Heroin, Morphin oder Methadon zu sich nehmen.¹³⁸

Flunitrazepam ist ein Medikament zur Behandlung klinisch bedeutsamer akuter und chronischer Schlafstörungen, die zum Beispiel durch Angst, Erregung oder innerer Unruhe hervorgehoben werden. Das Medikament darf nicht eingenommen werden, wenn Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol, Medikamente, Drogen) in der Vorgeschichte des Patienten in Erscheinung getreten sind oder solche derzeit akut vorhanden sind. Flunitrazepam besitzt eine suchtfördernde Eigenschaft (primäres Abhängigkeitspotential). Bereits bei täglicher Einnahme über wenige Wochen ist die Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung gegeben. Dies gilt nicht nur für den mißbräuchlichen Gebrauch besonders hoher Dosen, sondern auch für den therapeutischen Dosisbereich.¹³⁹

Das Schlafmittel Flunitrazepam hat den höchsten Bekanntheitsgrad von allen Benzodiazepinen bei Opiatabhängigen, gefolgt von den Tranquilizern Diazepam (Valium[®]), Oxazepam (Adumbram[®]) und Bromazepam (Lexotanil[®]). Die Häufigkeit der Einnahme von Benzodiazepinen bei Opiatabhängigen ist in der folgenden Tabelle zusammengestellt:¹⁴⁰

Einnahmehäufigkeit von Benzodiazepine bei Opiatkonsumenten

Häufigkeit	Prozent
täglich	25%
3-5mal pro Woche	14%
1-3mal pro Woche	24%
seltener	17%
nie	20%

Befragung von (n=254) Opiatabhängigen in Basel im Zeitraum von Mai 1993 bis Mai 1994

¹³⁷ D. Ladewig, H. Simoni: Basler Befragung von Opiatabhängigen zur Medikamentengruppe der Benzodiazepine, in: Sucht, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis 42 (3) Juni 1996, S. 168.

¹³⁸ M. Rufer: Glückspillen. Ecstasy, Prozac und das Comeback der Psychopharmaka, München 1995, S. 184 f.

¹³⁹ Hoffman-La Roche AG: Gebrauchsinformation Rohypnol[®] 1, Grenzach-Wyhlen 1998.

¹⁴⁰ D. Ladewig, H. Simoni: Basler Befragung von Opiatabhängigen zur Medikamentengruppe der Benzodiazepine, in: Sucht, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis 42 (3) Juni 1996, S. 171.

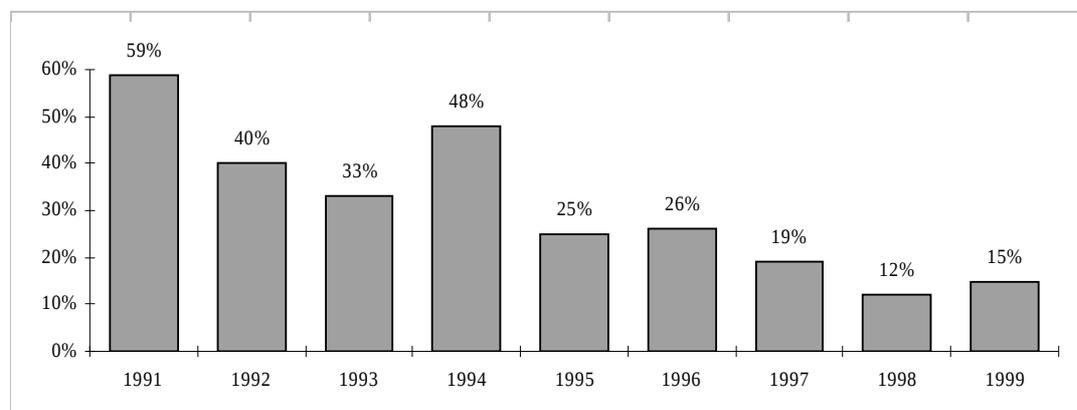
Bei den befragten Opiatabhängigen wurden insbesondere Störungen aus dem affektiven, dem phobischen und dem schizophränen Formenkreis erfaßt. So waren in der Befragung für die Diagnose einer affektiven Störung etwa das Vorhandensein wiederkehrender depressiver Stimmungen oder Suizidversuche (beides schon vor dem Beginn der Opiatabhängigkeit) notwendige Kriterien. Die Erhebung zeigte hier eine Prävalenz von 24%. Im Bereich der Angststörungen wurde auf eine Differenzierung in generalisierte Anstörungen, in Panikattacken sowie in soziale Phobien geachtet. Hier wurde eine Prävalenz von 18% diagnostiziert. Für Störungen aus dem schizophränen Formenkreis galten Denkstörungen, akustische Halluzinationen und Wahnerlebnisse als Indikatoren für die Diagnose, die eine Prävalenz von 4% zeitigte. Die Prävalenzen liegen deutlich höher als das Vorkommen psychischer Erkrankungen aus diesen drei Strömungsgruppen in der Gesamtbevölkerung. Neben der normalen Indikation scheinen die Benzodiazepine für die Opiatabhängigen in zweierlei Richtungen wichtige Funktionen zu haben: Einerseits als individuelle Heilungs- oder als Linderungsversuche subjektiv erlebter Störungen wie Ängste, Depressionen und soziale Phobien, andererseits im Dienste, respektive als üble Folge des harten Überlebenskampfes auf der Gasse.¹⁴¹

Die enorme Häufigkeit des Beikonsums von Benzodiazepinen wird auch durch eine Untersuchung des Instituts für Rechtsmedizin an der Universität von München belegt. Von insgesamt 1254 Probanden, bei denen im Blut und/oder Urin DHC nachgewiesen wurde, war bei 67% der Proben auch ein positiver Befund bezüglich Benzodiazepine festgestellt worden, deutlich mehr als zum Beispiel bei Cannabis, wo die Quote bei 56% lag. Da das Untersuchungsmaterial nur eine Aussage über den Beigebrauch innerhalb der letzten zwei bis maximal drei Tage vor der Probeentnahme erlaubt, lassen die Ergebnisse den Rückschluß zu, daß 2/3 der DHC-Abhängigen aktuell auch Benzodiazepine gebrauchten.¹⁴²

Mischkonsum als häufigste Todesursache

In den siebziger und achtziger Jahre waren Überdosierungen von Heroin die am häufigsten festgestellte Todesursache bei Drogentodesfällen. Seit Beginn der neunziger Jahre ging der Anteil von Heroin als alleinige Todesursache deutlich zurück wie die folgende Übersicht anhand der registrierten Fälle in Berlin veranschaulicht.

Heroin als alleinige Todesursache (in Prozent aller Drogentodesfälle) in Berlin



Datenquelle: Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport: Referat: Drogen und Sucht: Drogentodesfälle in Berlin, Stichtag 31.12.1999, Berlin Februar 2000.

Obwohl 1999 Heroin als alleinige Todesursache lediglich in 14,6% der registrierten Fälle festgestellt wurde, war Heroin dennoch ein erheblicher Risikofaktor für versehentliche Überdosierungen gewesen. Mischkonsum unter Beteiligung von Heroin war 1999 in 56,6% der Fälle Todesursache, so daß in mehr als drei Viertel (76,6%) der Todesfälle Heroin ursächlich entweder allein oder in Kombination mit anderen Substanzen beteiligt war, wie man der folgenden Übersicht entnehmen kann.

¹⁴¹ Ebd.: S. 172 f.

¹⁴² G. Roeder, G. Drasch, L. v. Meyer, W. Eisenmenger: Der Gebrauch von Dihydrocodein als Drogensatz, in: PZ, Pharmazeutische Zeitung Nr. 16 141. Jahrgang vom 12. April 1996, S. 16.

Häufigkeit von Heroin und Methadon als Todesursache in Berlin

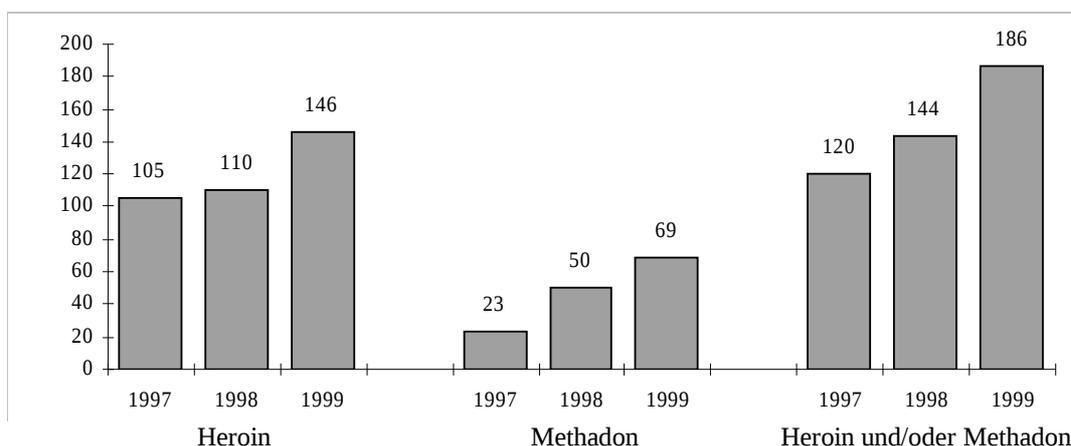
Todesursache	1998	1999
Überdosis Heroin (Anzahl)	19	30
Prozent	11,9%	14,6%
Überdosis Methadon (Anzahl)	6	7
Prozent	3,8%	3,4%
Mischkonsum unter Beteiligung von Heroin (Anzahl)	91	116
Prozent	56,8%	56,6%
Mischkonsum unter Beteiligung von Methadon (Anzahl)	44	62
Prozent	27,5%	30,2%
Beteiligung von Heroin und/oder Methadon allein oder in Kombination (Anzahl)	144	186
Prozent	90,0%	90,7%

Datenquelle: Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport: Referat: Drogen und Sucht: Drogentodesfälle in Berlin, Stichtag 31.12.1999, Berlin Februar 2000.

Als großes Problem bei den Todesursachen ist inzwischen auch die Überdosierung mit Methadon zu konstatieren. So war bei etwa einem Drittel aller Verstorbenen in den Jahren 1998 und 1999 in Berlin Methadon alleine oder neben anderen Substanzen ursächlich am „Drogentod“ beteiligt.

Gegenüber 1997 war ein deutlicher Anstieg von Methadon als auch von Methadon in Kombination mit anderen Substanzen als Todesursache zu verzeichnen. 1997 kam es in 3 Fällen (2,0%) zu einer reinen Methadonüberdosierung, 1998 in 6 Fällen (3,8%) und 1999 in 7 Fällen (3,4%). Des Weiteren war Methadon 1997 in 20 Fällen (13,3%) an den tödlichen Mischintoxikationen beteiligt, 1998 in 44 Fällen (27,5%) und 1999 in 62 Fällen (30,2%). Ursächlich entweder allein oder in Kombination mit anderen Substanzen war Methadon 1997 an 23 Todesfällen (15,3%) beteiligt, 1998 an 50 Todesfällen (31,3%) und 1999 an 69 Todesfällen (33,7%).¹⁴³

Todesfälle in Berlin mit Beteiligung von Heroin und/oder Methadon allein oder in Kombination



Datenquelle: Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport: Referat: Drogen und Sucht: Drogentodesfälle in Berlin, Stichtag 31.12.1999, Berlin Februar 2000.

Im Jahr 1999 wurden in Berlin 2.800 Opiatabhängige mit Methadon substituiert. Somit war mit einem Anstieg der Methadonbeteiligung an den Drogentodesfällen zu rechnen. Ein Teil der Verstorbenen, bei denen Methadon an den tödlichen Intoxikationen beteiligt war, hatte das Methadon nicht regulär vom Arzt oder Apotheker erhalten, sondern auf dem Schwarzmarkt besorgt. Eine Recherche ergab, daß sich

¹⁴³ Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport: Referat: Drogen und Sucht: Drogentodesfälle in Berlin, Stichtag 31.12.1999, Berlin Februar 2000, Tabellen 2 und 3.

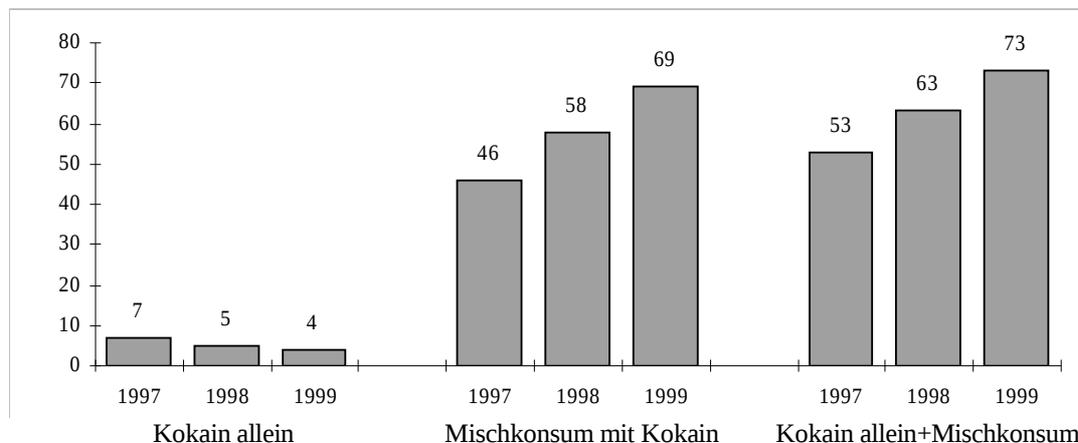
28 der Verstorbenen in einer laufenden Substitutionsbehandlung befanden.¹⁴⁴ Folglich starben in Berlin 1999 genau ein Prozent der Substituierten an einer tödlichen Überdosierung.

Nach Angaben der Berliner Behörden war die Zahl der Opiatabhängigen seit mehreren Jahren stabil und lag bei 8.000. Von diesen waren 2.800 oder 35% Substituierte, die regelmäßig ihr Methadon vom Arzt oder Apotheker erhielten, die restlichen 5.200 oder 65% waren Abhängige, die ihre Opiate und andere Drogen ausschließlich auf dem Schwarzmarkt besorgen konnten. 1999 starben von den letzteren 177 oder 3,4% an einer tödlichen Intoxikation. Die Mortalitätsrate war somit bei Opiatabhängigen, die keinen regulären (legalen) Zugang zu ihrem Stoff hatten, um ein Vielfaches höher als bei jenen, die ihr Methadon vom Arzt verordnet bekamen. Die Wahrscheinlichkeit einer tödlichen Intoxikation innerhalb eines Jahres zum Opfer zu fallen, war 1999 für Substituierte mehr als dreimal kleiner als für andere Opiatabhängige.

Im Zeitraum von Dezember 1987 bis Dezember 1989 erhielten in Berlin gerade einmal 50 Abhängige Methadon im Rahmen einer Substitutionsbehandlung. 1990 waren es dann schon beinahe 200, zwei Jahre später (1992) waren es schon 500, dann drei Jahre später (1995) bereits mehr als doppelt so viele, das heißt mehr als Tausend und dann abermals zwei Jahre später (1997) bereits mehr als Zweitausend.

Kokain war in den Jahren 1997 bis 1999 immer an mehr als einem Drittel aller Todesfälle in Berlin, die durch eine Überdosierung bedingt waren, ursächlich beteiligt. Dabei waren Überdosierungen mit Todesfolge im Zusammenhang mit Kokainkonsum allein von der Häufigkeit her etwa zehnmal seltener aufgetreten als im Zusammenhang mit Mischkonsum unter Beteiligung von Kokain. Die Anzahl der registrierten Todesfälle bezüglich Kokainkonsum sind in der folgenden Übersicht zusammengestellt, wobei die Fälle betreffend Kokainkonsum allein links dargestellt sind, in der Mitte die Fälle betreffend Mischkonsum unter Beteiligung von Kokain und rechts die Summe aller Fälle unter Einwirkung von Kokain.

Todesfälle in Berlin mit Beteiligung von Kokain allein oder/und in Kombination



Datenquelle: Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport: Referat: Drogen und Sucht: Drogentodesfälle in Berlin, Stichtag 31.12.1999, Berlin Februar 2000.

Seit langem werden Lokalanästhetika wie Lidocain und Tetracain als Streckstoffe zu Kokain zugesetzt, obwohl sie keine wesentliche psychostimulierende Wirkung aufweisen. Die Ursache liegt in der lokal-anästhetischen Wirkung, durch die zum Beispiel beim Zungentest Kokain leicht vorgetäuscht werden kann. Bei überlebten oder tödlichen Vergiftungsunfällen durch Schnupfen oder Rauchen von Kokain-Zubereitungen wird in der Regel den Streckstoffen eine untergeordnete Rolle zugewiesen und die Hauptwirkung der Droge selbst zugeordnet.¹⁴⁵

Seit einigen Jahren wird jedoch auch Kokain in erhöhtem Maße intravenös appliziert. Gleichzeitig tritt der Gebrauch von Kokain im Gemisch mit Heroin und anderen Opiaten vermehrt in Erscheinung. In Berlin wurden in einer größeren Anzahl von Drogentodesfällen sehr hohe Blutkonzentrationen an Lido-

¹⁴⁴ Ebd.: S. 2.

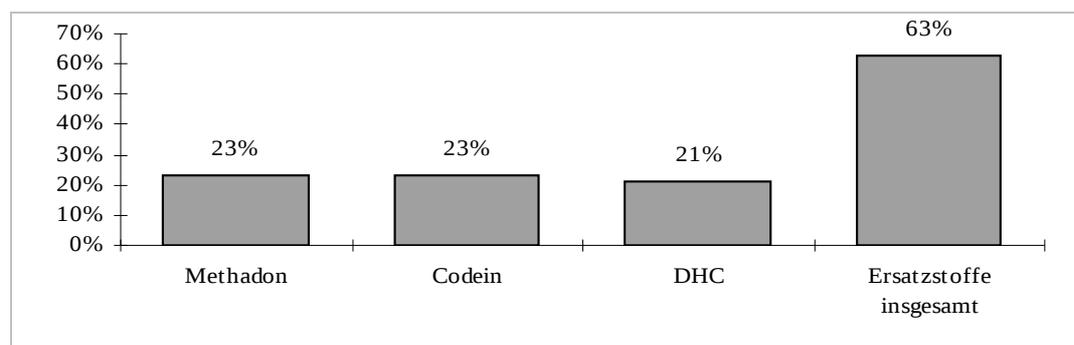
¹⁴⁵ S. Herre, F. Pragst, B. Rießelmann, S. Roscher, J. Tencer, E. Klug: Zur toxikologischen Bewertung der Lokalanästhetika Lidocain und Tetracain bei Drogentodesfällen, in: Rechtsmedizin (1999) 9, S. 174.

cain oder einem Tetracain-Metaboliten festgestellt. Lidocain konnte im Zeitraum von 1995 bis 1998 insgesamt 46mal nachgewiesen werden, Tetracain-Metaboliten insgesamt 13mal. Die Aufnahme des Drogengemisches erfolgte jeweils durch Injektion, wie durch das Vorhandensein frischer Injektionsstellen oder aufgefundenen Injektionsspritzen festgestellt werden konnte. Neben den Lokalanästhetika wurde in der Gesamtheit der 59 Fälle 35mal sowohl Kokain als auch Heroin, 17mal nur Kokain und dreimal nur Heroin nachgewiesen. Daneben traten nicht ganz so häufig Methadon, Codein, DHC und Benzodiazepine auf.¹⁴⁶

In den 30 Fällen, bei denen mehr als 5 µg/ml (Mikrogramm pro Milliliter) Lidocainkonzentrationen im Herzblut festgestellt wurden, wurde Methadon in 9 Fällen (30%), Codein in 7 Fällen (23%), DHC in 5 Fällen (17%), Diazepam und Nordiazepam jeweils in 2 Fällen (je 7%) nachgewiesen. In den 13 Fällen, bei denen Tetracain festgestellt wurde, wurde Methadon in einem Fall (8%), Codein in 3 Fällen (23%), DHC in 4 Fällen (31%), Diazepam und Nordiazepam in 2 Fällen (15%) nachgewiesen.

In zwei Fällen wurden zwei verschiedene Ersatzstoffe vorgefunden, einmal Codein und Methadon und einmal Codein und DHC. Damit ergibt sich in 27 Fällen (63%) ein Beigebrauch von Ersatzstoffen bei den hier dokumentierten 43 Fällen. Die folgende Übersicht zeigt die Prozentwerte des Beigebrauchs von Ersatzstoffen bei den Drogentodesfällen mit positivem Lidocainbefund (mehr als 5 µg/ml im Herzblut) und positivem Tetracainbefund.¹⁴⁷

Beteiligung von Ersatzstoffen bei Drogentodesfällen mit positivem Lidocain- und Tetracainbefund



Datenquelle: S. Herre, F. Pragst, B. Rießelmann, S. Roscher, J. Tencer, E. Klug: Zur toxikologischen Bewertung der Lokalanästhetika Lidocain und Tetracain bei Drogentodesfällen, in: Rechtsmedizin (1999) 9, S. 178 f.

Eine Überdosis von Lidocain war 1998 in einem Fall in Berlin alleinige Todesursache und der Mischkonsum unter Beteiligung von Lidocain war 1998 in 19 Fällen (11,8%) und 1999 in 28 Fällen (13,6%) ausschlaggebend für Todesfälle in Berlin.¹⁴⁸

Benzodiazepine waren 1997 in 17 Fällen (11,3%) und 1998 in 24 Fällen (15,0%) und 1999 in 23 Fällen (11,2%) mit verantwortlich für Todesfälle in Berlin.¹⁴⁹

Todesursachen waren in Berlin 1999 in 45 Fällen (22%) Monokonsum (Heroin 14,6%, Methadon 3,4%, Kokain 2,0%, Amphetamin 2,0%) und in 160 Fällen (78%) Mischkonsum. Mit verantwortlich für die Todesfälle waren der Mischkonsum unter Beteiligung von Heroin in 116 Fällen (56,6%), von Kokain in 69 Fällen (33,6%), von Methadon in 62 Fällen (30,2%), von Alkohol in 56 Fällen (27,3%), von Lidocain in 28 Fällen (13,6%) und von Benzodiazepinen in 23 Fällen (11,2%). Die folgende Übersicht veranschaulicht die Relationen.

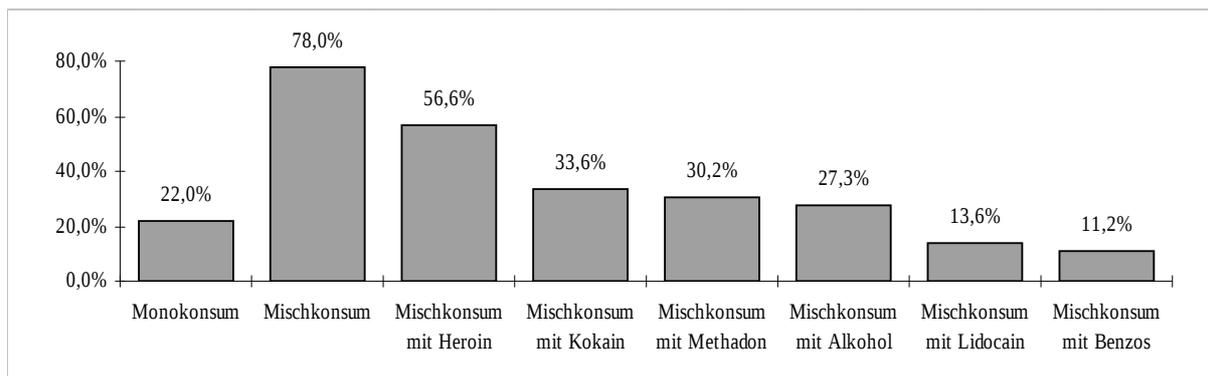
¹⁴⁶ Ebd.: S. 177.

¹⁴⁷ S. Herre, F. Pragst, B. Rießelmann, S. Roscher, J. Tencer, E. Klug: Zur toxikologischen Bewertung der Lokalanästhetika Lidocain und Tetracain bei Drogentodesfällen, in: Rechtsmedizin (1999) 9, S. 178 f.

¹⁴⁸ Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport: Referat: Drogen und Sucht: Drogentodesfälle in Berlin, Stichtag 31.12.1999, Berlin Februar 2000, Tabelle 2.

¹⁴⁹ Ebd.: Tabelle 2.

Monokonsument und Mischkonsum als Todesursache bei Drogentodesfällen in Berlin (1999)

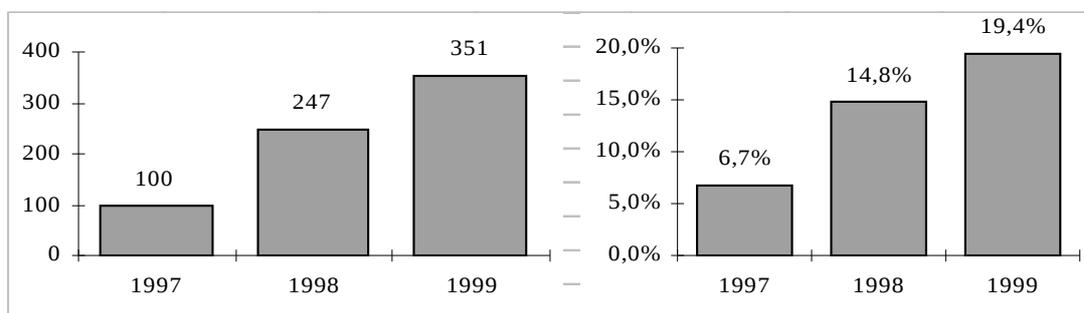


Datenquelle: Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport: Referat: Drogen und Sucht: Drogentodesfälle in Berlin, Stichtag 31.12.1999, Berlin Februar 2000, Tabelle 2.

Die teilweise freizügige ärztliche Vergabepaxis von Methadon war nicht nur in Berlin für eine nicht zu unterschätzende Beteiligung dieses Substitutionsmittels an Drogentodesfällen verantwortlich. So stieg der Anteil von Todesfällen, bei denen zuvor Methadon konsumiert wurde, von 1997 in 100 Fällen bis 1999 um 250% auf 351 Fälle. 1999 starben in Deutschland 323 Personen (17,8% aller Drogentodesfälle) an ihrer Drogenabhängigkeit unter Beikonsum von Methadon und 28 Personen (1,5%) an einer reinen Überdosis Methadon.¹⁵⁰

Von den 1999 registrierten Drogentodesfällen im Zusammenhang mit Methadon waren 8% Opfer einer reinen Überdosis Methadon und 92% verstarben an einer Mischintoxikation.

Drogentodesfälle unter Beteiligung von Methadon in Deutschland



Auf der Übersicht links sind die absoluten Zahlen der Fälle angegeben, auf der Übersicht rechts ist jeweils der Anteil in Prozent in Bezug zur Gesamtzahl der Drogentodesfälle in Deutschland aufgeführt. Datenquelle: (1997 und 1998): BKA: Rauschgiftjahresbericht 1998, Wiesbaden 1999; (1999): BMG: Drogen- und Suchtbericht 1999 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Berlin und Bonn, 9. März 2000.

Hinsichtlich der Todesursachen fiel in Bayern 1998 der hohe Anteil der verwendeten Substitutionsmittel Methadon (30,7%) und Codeinpräparate (28,1%) auf. Auch Baden-Württemberg lag mit einer Sterblichkeitsrate von 24,3% durch eine Kombination aus Heroin und/oder Kokain und Substitutionsmitteln sowie von 13,7% nur durch Substitutionsmittel weit über dem Bundesdurchschnitt.¹⁵¹ Auch in Hamburg soll 1998 die Zahl der Opfer von Methadon überdurchschnittlich hoch gewesen sein. Gemäß einer Studie, an der sich Mitarbeiter des Instituts für Rechtsmedizin in Hamburg beteiligt haben, seien von 78 untersuchten Todesfällen 38 auf Methadon, 32 auf Heroin und acht auf eine Mischung von Methadon und Heroin zurückzuführen gewesen.¹⁵² Demnach wären 28,8% der Drogentodesfälle 1998 in Hamburg durch Methadon verursacht worden und 6,1% durch eine Mischung von Methadon und

¹⁵⁰ (1997 und 1998): Bundeskriminalamt (BKA): Rauschgiftjahresbericht 1998, Wiesbaden 1999, Abschnitt 3.4.6.; (1999): BMG: Drogen- und Suchtbericht 1999 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Berlin und Bonn, 9. März 2000, S. 84.

¹⁵¹ Bundeskriminalamt (BKA): Rauschgiftjahresbericht 1998, Wiesbaden 1999, Abschnitt 3.4.7.

¹⁵² o.A. (dpa): Tod durch Ersatzdroge Methadon. Hamburger Studie alarmiert Gesundheitsexperten, in Frankfurter Rundschau vom 4. März 1999.

Heroin. Für den Sprecher der Hamburger Gesundheitsbehörde, *Stefan Marks*, stellte sich die zentrale Frage, ob die 38 an Methadon verstorbenen Opiatabhängigen überhaupt im Substitutionsprogramm gewesen seien, da es Indizien dafür gebe, daß sie sich das Methadon auf dem Schwarzmarkt besorgt hatten, um sich selbst zu substituieren. Darum müsse geprüft werden, ob die Hürden zur Aufnahme in ein Methadonprogramm nicht zu hoch seien.¹⁵³

Im Zusammenhang mit dem Substitutionsmittel Levomethadon wurden weit weniger Drogentodesfälle registriert als mit Methadon. 1997 standen 29 Drogentodesfälle und 1998 weitere 38 Drogentodesfälle (+31%) in Verbindung mit dem Konsum von Levomethadon.¹⁵⁴ Dies waren 1997 im Vergleich zu den registrierten Drogentodesfällen im Zusammenhang mit Methadon lediglich 29% und 1998 nur noch 15% und bezüglich aller Drogentodesfälle in Deutschland 1997 geringfügig weniger als 2% und 1998 geringfügig mehr als 2%.

Originalstoffvergabe (Heroinabgabe)

Gründe für eine kontrollierte Heroinabgabe

Ersatzstoffe wie Methadon, Levomethadon, Dihydrocodein oder Codein können die Entzugssymptome lindern, sie können jedoch nicht das durch Heroin herbeigeführte Konsumerlebnis ersetzen. Dies gilt insbesondere für den sogenannten „flash“ nach der intravenösen Applikation oder dem Rauchen des Heroins. Deshalb ist der Beigebrauch von Heroin neben der Substitution erfahrungsgemäß recht hoch. In einer Umfrage auf der Drogenszene in Frankfurt am Main zur kontrollierten Heroinabgabe gaben 75% der befragten Opiatabhängigen, die sich in einer Substitutionsbehandlung befanden, daß sie außer dem verabreichten Substitutionsmittel noch weitere Substanzen konsumierten, vornehmlich Heroin, Benzodiazepine, Kokain und Crack.¹⁵⁵

Die Mehrheit der Befragten erwarten für sich durch eine Originalstoffvergabe eine Verbesserung ihres Lebens. Finanzielle Verbesserungen, gesundheitliche Verbesserungen und ein beruflicher (Wieder-)Einstieg waren die größten Erwartungen, die die Befragten an eine Heroinvergabe hatten. Somit haben diese Kriterien vorrangig die Thematik der Begleitmaßnahmen zu determinieren. Bemerkenswert ist die Tatsache, daß die „*finanzielle Verbesserung*“ häufiger genannt wurde als die „*Verbesserung der Gesundheit*“.

Erwartungen an die Heroinvergabe seitens der Opiatabhängigen

Erwartung	Prozent
Finanzielle Verbesserung	28,75%
Verbesserung der Gesundheit	24,55%
Beruflicher Wiedereinstieg und/oder berufliche Qualifikation	17,96%
Verbesserung der Wohnsituation	4,79%
Neuer Freundeskreis und/oder neue Partnerschaft	4,19%
Sonstige Erwartungen	19,16%

Datenquelle: D. Fink: Umfrage auf der Drogenszene Frankfurt am Main zur kontrollierten Heroinvergabe. (1998) (Mehrfachnennungen, n=167)

Die Begleitmaßnahmen sollten auf freiwilliger Basis stattfinden, fanden 80% der Befragten. Nur 20% sprachen sich für eine Pflicht zur Teilnahme an Begleitmaßnahmen aus. Ein Begleitangebot scheint für die Betroffenen nur dann sinnvoll sein, wenn diese es von sich aus auch verlangen. Bei der Art der gewünschten Begleitangebote stand die Nachfrage nach Hilfe im lebenspraktischen Bereich wie zum

¹⁵³ Ebd.

¹⁵⁴ Bundeskriminalamt (BKA): Rauschgiftjahresbericht 1998, Wiesbaden 1999, Abschnitt 3.4.6.

¹⁵⁵ D. Fink: Umfrage auf der Drogenszene Frankfurt zur kontrollierten Heroinvergabe, in: Akzeptanz, Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik Nr. 1/1999, S. 40.

Beispiel Maßnahmen zur Verbesserung der Wohnsituation, zur Klärung juristischer Probleme oder zur Verbesserung der beruflichen und der finanzielle Situation im Vordergrund. Die Rangfolge der von den Befragten gewünschten Begleitmaßnahmen zeigt deutlich, daß die soziale Verelendung als das schlimmstes Symptom der Opiatabhängigkeit wahrgenommen wurde, ein Symptom, das allerdings nicht substanzspezifisch, sondern gesellschaftsbedingt ist.

Gewünschte Begleitmaßnahmen zur Heroinvergabe seitens der Opiatabhängigen

Gewünschte Begleitmaßnahme	Prozent
Lebenspraktische Hilfe	41,50%
Medizinische Versorgung	26,53%
Psychosoziale Betreuung	26,53%
Psychiatrische Therapie	5,44%

Datenquelle: D. Fink: Umfrage auf der Drogenszene Frankfurt am Main zur kontrollierten Heroinvergabe. (1998) (Mehrfachnennungen, n=147)

Aufgrund der durch die Prohibition bedingten Gegebenheiten führt eine Opiatabhängigkeit häufig zu einer sukzessiven gesellschaftlichen Desintegration und in der Folge zu einer fortlaufend zunehmenden sozialen Isolation. Ebenso ist, durch die Drogenprohibition bedingt, für Heroinabhängige kriminelles Verhalten unausweichlich, da der Erwerb des benötigten Heroins illegal ist und zudem durch den stets zu begleichenden hohen Anschaffungspreis die finanziellen Ressourcen eines durchschnittlichen Lohnempfängers alsbald erschöpft sind und sodann notgedrungen durch Diebstahl oder Raub aufgestockt werden müssen.

Die Folge der durch die Prohibition verursachten juristischen, ökonomischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für die Lebensgestaltung von Heroinabhängigen, die nicht in der Lage sind, ihren Konsum unauffällig und unentdeckt zu bewerkstelligen, offenbart sich auf jeder Drogenszene durch die Existenz einer nicht unerheblichen Zahl von Drogengebern, die unter völlig katastrophalen Lebensumständen zusehends verelenden. Hierzu gehören Personen ohne festen Wohnsitz, ohne festes Einkommen, ohne stabilisierende soziale Bindungen und ohne Zukunftsperspektiven in schlechtem gesundheitlichen Zustand, die in stetiger Angst vor dem langen Arm der Justiz und unter dem Druck einer schier unabänderlichen Notwendigkeit die tägliche Beschaffung des Endgeldes für ihren Stoff bewerkstelligen müssen. Für diese Gruppe der Abhängigen in einer bisher ausweglosen Situation ist das Angebot der Heroinabgabe eine dringend benötigte Überlebenshilfe, da sie bislang überhaupt nicht oder nur sehr begrenzt von bestehenden Hilfsangeboten erreicht wurde, bestenfalls vom Angebot in Fixerstuben sich ohne Streß unter hygienischen Bedingungen einen „Druck“ verpassen zu können.

Spritzenaustausch, Methadonsubstitution und Fixerstuben sind primär Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit durch Reduzierung des Infektionsrisikos als auch durch eine allgemeine Minderung des mit intravenösem Drogengebrauch verbundenem Gefahrenpotentials. Nutznießer dieser Maßnahmen oder Einrichtungen wurden in erster Linie Heroinabhängige, die sich nicht von den herkömmlichen rein abstinenzorientierten Programmen der Drogenhilfe angesprochen fühlten oder an den Anforderungen dieser Programme scheiterten. Nicht wenige dieser Nutznießer konnten durch die Inanspruchnahme der Angebote eine spürbare Verbesserung ihrer Lebensqualität erzielen, meistens durch eine Stabilisierung der psychischen Verfassung als auch der körperlichen Konstitution, jedoch oft auch durch Klärung von juristischen Problemen und durch Regulierung der sozialen Situation. Die Abhängigen, die aus den unterschiedlichsten Gründen bislang überhaupt nicht oder nur unzureichend von den bestehenden Hilfsangeboten erreicht wurden oder die mit dem Versuch diese Angebote zu nutzen, gescheitert sind, sollen durch die Projekte der ärztlich kontrollierten Heroinabgabe in Verbindung mit begleitenden Hilfsangeboten die für sie dringend benötigte Überlebenshilfe erhalten, um einer weiteren Verelendung entgegenzuwirken. Daher scheint es sinnvoll, daß die Aufnahme in Projekte der ärztlich kontrollierten Heroinabgabe auch über niedrigschwellige Einrichtungen der bestehenden Drogenhilfe wie Fixerstuben eingeplant werden, wobei diesen ein vorrangiges Vorschlagsrecht für die Belegung der Plätze in den Modellprojekten eingeräumt werden sollte.¹⁵⁶

¹⁵⁶ W. Schneider: Heroin als Chance? Zielgruppe und Zieldefinition sind der Schlüssel zum Erfolg, in: Akzeptanz, Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik Nr. 1/1999, S. 33.

In der Eingangs erwähnten Befragung brachte fast die Hälfte der Befragten (45%) zum Ausdruck, eine Heroinabgabe nur für eine befristete Zeit in Anspruch nehmen zu wollen. Etwas mehr als die Hälfte (51%) bekundete hingegen, eine solche Abgabe als zeitlich unbefristetes Angebot nutzen zu wollen. Demnach kann davon ausgegangen werden, daß ein Teil der Befragten Zukunftspläne hatte, bei denen Heroin keine oder nur eine untergeordnete Rolle spielt.¹⁵⁷ Das sind zum Beispiel Heroinabhängige, die ihre Abhängigkeit überwinden wollen um sich wieder „drogenfrei“ sozial integrieren zu können. Bei diesen ist nach einer Phase der Stabilisierung innerhalb der Heroinbehandlung eine Therapie mit dem Ziel der Abstinenz angezeigt oder eine Fortsetzung der Substitution mit Substanzen, die sich durch eine gleichmäßige und lang anhaltende Wirkung wie Methadon oder LAAM auszeichnen. Hingegen gibt es gute Gründe zur Annahme, daß unter denen, die das Angebot der Heroinabgabe unbefristet nutzen wollen, sich Heroinabhängige befinden, deren Lebenserwartung durch AIDS oder chronischer Hepatitis bereits erheblich gemindert ist und die angebotene Möglichkeit zu einem menschenwürdigen Durchleben der Krankheit und einem würdevollen Sterben für sich in Anspruch nehmen möchten. Drogenabstinenz kann hier als Ziel eines Heroinabgabeprojektes kaum in Betracht gezogen werden, wobei auch von regelmäßigen Überprüfungen eines allfälligen Beikonsums mittels Urinkontrollen in einem solchen Fall abgesehen werden kann. Andere Heroinabhängige, die beispielsweise auf Grund starker psychiatrischer Probleme nicht in der Lage sind, auf die euphorisierende Drogenwirkung zu verzichten, brauchen starke Medikamente wie Heroin oder Morphin.¹⁵⁸ Dem tendenziellen Nachlassen der Heroinwirkung versuchen gut 90% der Abhängigen in einer solchen Situation durch den zusätzlichen Konsum von Kokain und/oder Crack zu entgehen. Die zusätzliche psychische Abhängigkeit von Kokain birgt die stete Gefahr des Beikonsums und kann für viele dieser Patienten ein weiterer Grund zum vorzeitigen Verlassen eines restriktiv ausgelegten Programms darstellen. Darum müssen vorab im Rahmen der Erarbeitung des Forschungsdesigns des Vorhabens Lösungsvorschläge entwickelt werden, die sicherstellen, daß Personen solcher Zielgruppen in ihrer schwierigen Ausgangssituation trotzdem erreicht, abgeholt und auf Dauer im Projekt gehalten werden können.¹⁵⁹

Begründete Aufnahmekriterien in Projekte der Heroinvergabe aus Sicht der Opiatabhängigen

Aufnahmekriterium	Prozent
Langjährige Heroinabhängigkeit	31,15%
Gesundheitliche Gründe	23,50%
Soziale Verelendung	20,77%
Gescheiterte Therapien	14,74%
Unauffällige Konsumenten (ohne Szenebezug)	9,84%

Datenquelle: D. Fink: Umfrage auf der Drogenszene Frankfurt am Main zur kontrollierten Heroinvergabe. (1998) (Mehrfachnennungen, n=183)

Ansprechpartner für eine Aufnahme in Heroinprogramme aus Sicht der Opiatabhängigen

Ansprechpartner	Prozent
Drogenberatungsstelle	34,19%
Hausarzt	32,42%
Methadonvergabestellen	18,80%
Gesundheitsamt	10,26%
Fixerstube (Druckraum)	4,27%

Datenquelle: D. Fink: Umfrage auf der Drogenszene Frankfurt am Main zur kontrollierten Heroinvergabe. (1998) (Mehrfachnennungen, n=117)

¹⁵⁷ D. Fink: Umfrage auf der Drogenszene Frankfurt zur kontrollierten Heroinvergabe, in: Akzeptanz, Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik Nr. 1/1999, S. 41.

¹⁵⁸ R. Ullmann: Heroingestützte Behandlung von Heroinabhängigen. Stellungnahme der DGDS, in: Akzeptanz, Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik Nr. 1/1999, S. 8.

¹⁵⁹ W. Schneider: Heroin als Chance? Zielgruppe und Zieldefinition sind der Schlüssel zum Erfolg, in: Akzeptanz, Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik Nr. 1/1999, S. 33.

Eine kontrollierte Abgabe von Heroin an Abhängige bietet denselben nicht nur einen nachhaltigen Schutz vor Überdosierungen sondern befreit diese selbst wie auch andere vor dem leidigen Streß der Stoffbeschaffung auf dem Schwarzmarkt im Rahmen strafbewehrter Handlungen. Durch den Konsum der verschriebenen Substanz unter ärztlicher Aufsicht vor Ort ist ein Abfließen des staatlichen Heroins in den Schwarzmarkt der Szene ausgeschlossen. Statt dessen bietet die Abgabe von Originalstoffen im Rahmen der geplanten Projekte an die Abhängigen im Programm die reale Chance einer Reduzierung des Straßenhandels in den vom Drogenhandel belasteten Metropolen. Unter diesen Voraussetzungen könnten die derzeit geplanten Modellprojekte einen wichtigen Beitrag zur Entflechtung von Kleinkriminalität und Krankheit in den städtischen Drogenszenen leisten und neue Perspektiven für Gesundheit und Sicherheit in den Städten eröffnen.¹⁶⁰

Schweizer Heroinabgabeprojekte

Ausgangssituation

Zu Beginn der neunziger Jahre war das Erscheinungsbild der größeren Städte in der deutschsprachigen Schweiz von großen offenen Drogenszenen geprägt. An schönen Sommertagen hielten sich oft weit mehr als Tausend Personen (zumeist Fixer) gleichzeitig in der offenen Drogenszene im Zentrum von Zürich am *Platzspitz* auf und bis zu 6.000 Personen deckten sich dort zum Teil täglich mit Drogen ein. In der gleichen Zeit erreichte die Zahl der Drogentodesfälle in der Schweiz ein zuvor nie gekanntes Ausmaß. 1991 waren in der Schweiz 405 Opfer zu beklagen und 1992 waren es sogar 419. Letzteres entspricht einer Häufigkeitszahl von 6 Toten pro 100.000 Einwohner – absoluter Rekord in Europa. In den frühen neunziger Jahren war die Schweiz zudem das Land mit der höchsten HIV-Infektionsrate und der höchsten Quote von AIDS-Toten in Europa, wobei im Jahr 1991 weit über ein Drittel davon drogeninjizierende Personen waren, 1992 sogar 44%. Diese Gegebenheiten veranlaßten die Behörden zum Handeln.

In den Jahren 1992 bis 1995 wurden die offenen Drogenszenen systematisch von der Polizei aufgelöst und die Bildung neuer offener Szenen wurde durch eine große Polizeipräsenz verhindert. Die letzte große offene Szene am Bahnhof *Letten* in Zürich wurde im Februar 1995 mit einem Großaufgebot der Polizei geräumt und in der Folge geschlossen gehalten.

Für die vielen verstreuten Fixer wurden in einigen Städten Fixerstuben (zum Teil auf Initiative und unter Mitwirkung der AIDS-Hilfen) als Auffangstationen eingerichtet. Somit verfügte der harte Kern der Fixerszene über Treffpunkte und war nicht mehr genötigt, Parkanlagen und Kinderspielplätze als Freiluft-Fixerstuben zu mißbrauchen. Zeitgleich wurde landesweit das Angebot an niedrigschwellig ausgelegten Programmen zur Substitution mit Methadon ausgebaut.¹⁶¹

Leitmotiv

Vor dem geschilderten Hintergrund turbulenter Ereignisse und gestützt auf den amtlichen Bericht „*Aspekte der Drogensituation und Drogenpolitik in der Schweiz*“ einer Regierungskommission¹⁶² hat die Schweizer Regierung (Bundesrat) 1990 eine drogenpolitische Lagebeurteilung durchgeführt und am 20. Februar 1991 seine Strategie zur Verminderung der Drogenprobleme in der Schweiz für die kommenden Jahre formuliert. Das Konzept umfaßt die vier Säulen:

- 1 Repression und Kontrolle (*strafrechtliche Verfolgung*)
- 2 Prävention (*Verhinderung des Einstiegs in den unbefugten Konsum*)
- 3 Therapie (*Behandlung und Reintegration der Drogenabhängigen*)
- 4 Schadensverminderung (*Risikoverminderung und Überlebenshilfe für Abhängige*)

Diese vier Strategien werden ergänzt und unterstützt durch geeignete Maßnahmen zur Förderung der Suchtforschung, zur der Evaluation von Hilfsangeboten und zur Berichterstattung über Trends und

¹⁶⁰ Ebd.: S. 34.

¹⁶¹ 1982 waren in der Schweiz 873 Patienten in einer Methadonsubstitution, 1987: 1.804 Patienten, 1988: 3.668 Patienten, 1994: ca. 14.000 Patienten, 1999: ca. 14.000 Patienten. Vgl.: Methadonbericht III. EDMZ. Bern 1996.

¹⁶² Subkommission »Drogenfragen« der Eidgenössischen Betäubungsmittelkommission: Aspekte der Drogensituation und Drogenpolitik in der Schweiz, Bern im Juni 1989. Vgl.: Vernehmlassungsergebnis zum Bericht vom Juni 1989 der o.g. Subkommission: Zusammenfassung: BAG, Bern 1. Oktober 1991.

Konsumverhalten sowie zur Ausbildung der im Drogenbereich tätigen Personen. Der vierten Säule *Schadensverminderung* sollte mit Maßnahmen zur Risikoverminderung und zur Überlebenshilfe eine besondere Bedeutung zukommen, da in diesem Bereich seinerzeit große Defizite festgestellt wurden.

Überlebenshilfe und Grundversorgung beziehen sich auf Abhängige, die von ihrer Abhängigkeit nicht oder noch nicht lassen können oder wollen. Pragmatisch ausgerichtete Überlebenshilfe ist Ausdruck eines Suchtverständnisses, daß Abhängige nicht nur als Süchtige versteht, sondern als Menschen mit vielfältigen Bedürfnissen und Problemen. Die ärztliche Verschreibung von Originalstoffen kann diesen Bedürfnissen in problematischen Fällen besser gerecht werden als alle anderen Maßnahmen.

Ziele der ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln (Originalstoffen)

Trotz des vielfältigen Angebotes an Therapieeinrichtungen und Substitutionsprogrammen existiert ein Personenkreis von verelendeten Junkies und dahinsiechenden Fixern, welcher mit den bestehenden Programmen betreuerisch und medizinisch überhaupt nicht oder nur schwer erreicht werden kann. Mit den Versuchen zur ärztlichen Verschreibung von Originalstoffen soll dieser bislang oft stigmatisierte Personenkreis angesprochen werden.¹⁶³

Für die Gesamtstudie wird folgendes Ziel angestrebt:

- Prüfung der Machbarkeit der ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln (Originalstoffen) an schwer Abhängigen im Rahmen einer multizentrischen Untersuchung

Für die an den Versuchen beteiligten Patienten werden folgende Ziele angestrebt:

- Gefahrenabwehr und Risikominderung bei schwer Abhängigen
- Verbesserung des körperlichen und psychischen Gesundheitszustandes
- Verbesserung der Voraussetzungen für eine soziale Integration
- Verbesserung der Arbeitsfähigkeit
- Begünstigung einer Distanzierung zur Drogenszene
- Verminderung des deliktischen Verhaltens

Verschiedene andere Ziele betreffen die Abklärung von pharmakologischen und physiologischen rein wissenschaftlichen Fragen, insbesondere in Bezug auf Pharmakokinetik, metabolische Prozesse und substanzspezifische Fragen. Um sowohl die mit den pharmakologischen Wirkungen der verschiedenen Substanzen verbundenen Fragen, als auch Fragen zur Entwicklung der physischen und psychischen Gesundheit abklären zu können, basiert der Forschungsplan einerseits auf einer multifaktoriellen Versuchsanordnung, andererseits auf einer Langzeitstudie der gesamten Kohorte.¹⁶⁴

Gesetzliche Grundlagen

Am 29. September 1991 schlug die Eidgenössische Kommission „Drogen“ vor, die ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln auszudehnen. Im November 1991 wurde ein Vorschlag für eine bundesrätliche Verordnung (ohne Einschluß von Heroin) den Kantonsregierungen und den politischen Interessengruppen sowie den Standesorganisationen zur Stellungnahme unterbreitet. Die Auswertung der Vernehmlassung zeigte, daß eine Mehrheit der Befragten den Einbezug von Heroin in die geplante erweiterte Verschreibung von Betäubungsmitteln befürwortete. Der Bundesrat schloß sich in der Folge der Mehrheit an und beschloß am 13. Mai 1992, Heroin in den Versuchsplan einzubeziehen, hieß am 21. Oktober 1992 die Verordnung gut und setzte sie am 15. November 1992 in Kraft.¹⁶⁵

Die Verordnung regelt die Förderung der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Drogenprävention und stellt den äußeren Rahmen für die ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln dar. Gemäß der Verordnung sollte die Kohorte mindestens 700 Personen (substituierte Patienten) umfassen, wobei 250 Heroin-, 250 Morphin- und 200 Methadonpatienten angedacht waren. Knapp zwei Jahre später, am 3. Oktober 1994, beschloß der Bundesrat, die Verordnung vom 21. Oktober 1992 mit der Maßgabe von

¹⁶³ A. Uchtenhagen, F. Gutzwiler, A. Dobler-Mikola: Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln, Studienprotokoll der Begleitevaluation, Gesamtversuchsplan und Ausführungsbestimmungen (Sozialpsychiatrischer Dienst und Institut für Sozial- und Präventivmedizin), Zürich 1993.

¹⁶⁴ Kohorte = eine nach bestimmten Kriterien ausgesuchte Personengruppe, deren Entwicklung und Veränderung in einem bestimmten Zeitablauf soziologisch untersucht wird.

¹⁶⁵ Der Schweizerische Bundesrat: Verordnung über die Förderung der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Drogenprävention und Verbesserung der Lebensbedingungen Drogenabhängiger vom 21. Oktober 1992, SR812.121.5.

250 Plätzen für die Heroinverschreibung innerhalb der „*Versuche für eine Verschreibung von Betäubungsmitteln*“ an die veränderten Gegebenheiten anzupassen und die Anzahl der Bewilligungen für Heroinverschreibungen von den für die Forschung notwendigen wissenschaftlichen Fragestellungen abhängig zu machen.¹⁶⁶

Die Zahl der Heroinverschreibungen wurde durch Beschluß des Bundesrates vom 30. Januar 1995 von maximal 250 um 100% auf maximal 500 heraufgesetzt. Das Forschungsprotokoll wurde durch einen neuen umfassenden Fragebogen zur Erfassung des delinquenten Verhaltens ergänzt. Kein halbes Jahr später, im Mai 1995, beschloß der Bundesrat erneut eine Ausweitung der Versuche mit zusätzlichen Fragestellungen und zusätzlichen Pilotversuchen. Die Anzahl der Plätze für Heroinverschreibungen wurde diesmal auf maximal 800 erhöht und die Gesamtzahl der Verschreibungsplätze wurde auf 1.000 limitiert. Für die Zusatzfragen sind neue Zusatzprotokolle entwickelt worden, wobei das ursprüngliche Forschungsprotokoll nicht verändert wurde.¹⁶⁷

Beschreibung des Versuchsplans

Alle Daten aus den Projekten, einschließlich der Patientendaten, wurden aufgrund eines einheitlichen Evaluationsprotokolls ausgewertet. Dieses war von den Forschungsbeauftragten unter Hinzuziehung weiterer Experten und Mitarbeitern des Bundesamtes für Gesundheitswesen konzipiert und erstellt worden. Die Hauptverantwortung für die Begleitforschung lag bei Professor *Ambros Uchtenhagen*, Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrische Universitätsklinik Zürich. Der Gesamtversuchsplan präziserte 5 teilaspekte.¹⁶⁸

1. Einen Doppelblindversuch mit randomisierter Kontrollgruppe. Dieser Versuch diente der Abklärung der unterschiedlichen Wirkungen von Heroin und Morphin. Hier sollten die objektiven und die subjektiven Substanzwirkungen miteinander verglichen werden.
2. Eine Verschreibung von Heroin, Morphin und Methadon an einem einzigen Ort zwecks Vergleichsstudie, wobei die Zuweisung zu den einzelnen Substanzen nach dem Zufallsprinzip erfolgte.
3. Eine Verschreibung von Heroin, Morphin und Methadon aufgrund individualisierter ärztlicher Indikationsstellung in verschiedenen Projekten zur Abklärung des Einflusses von Kontextfaktoren.
4. Eine Verschreibung von Heroin, Morphin und Methadon aufgrund individualisierter ärztlicher Indikationsstellung in einer Stadt (Kontrollgruppe für Versuch 2 und 3).
5. Eine Verschreibung von Heroin, Morphin und Methadon aufgrund individualisierter ärztlicher Indikationsstellung in einem speziell für drogenkonsumierende Frauen konzipierten Projekt. Die Frauen aus anderen Projekten dienten hier als Kontrollgruppe.

In allen Versuchen wurden intravenös injizierbare Substanzen verabreicht und, soweit erforderlich, mit der Abgabe von oralem Methadon kombiniert. Dies geschah, um die soziale Reintegration zu fördern, um die Abhängigkeit von der Nadel zu vermindern, um weniger risikoreiche Konsumformen zu unterstützen und um die allfällige spätere Teilnahme an einem oralen Substitutionsprogramm zu erleichtern. Diese Zusatzmedikation erfolgte auch, um die Betriebskosten der Betreuungsprojekte zu reduzieren. Zusätzlich zum oralen Methadon wurden andere risikoärmere Formen des Drogenkonsums geprüft. Monatliche Urinproben wurden nach dem Zufallsprinzip gezogen. Außerdem wurden mindestens alle sechs Monate Blutproben durch spezialisierte Laboratorien analysiert. Aus Vergleichsgründen wurde gleichzeitig eine Studie mit oraler Methadonverschreibung an einer großen Anzahl Patienten durchgeführt, die hier nicht im Detail beschrieben wird. Diese Patienten wurden anhand eines verkürzten Evaluationsprotokolls analysiert.

¹⁶⁶ Der Schweizerische Bundesrat: Beschluß zur Änderung der Verordnung über die Begleitforschung und Finanzierung der Versuche mit der ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln vom 3. Oktober 1994, SR812.121.5.

¹⁶⁷ A. Uchtenhagen, F. Gutzwiller, A. Dobler-Mikola: Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Abschlußbericht der Forschungsbeauftragten. Synthesebericht, Zürich 1997.

¹⁶⁸ M. Rihs, P. Affentanger (Bundesamt für Gesundheitswesen, Sektion Evaluation, Forschung und Weiterbildung, Bern): Statusbericht über das Projekt »Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln in der Schweiz«, in: SPD: Heraus aus der Sackgasse – Neue Wege in der Drogenpolitik, Bonn 1995, S. 110 ff.

Bewilligungen

Die Bewilligungen für die Heroinverschreibung wurden vom jeweiligen Kantonsarzt und der Abteilung Pharmazie des Bundesamtes für Gesundheitswesen (BAG) ausgestellt. Die Abteilung Pharmazie des BAG war auch für die Beschaffung, Herstellung und Verteilung der Substanzen verantwortlich.

Für alle anderen Verschreibungen war eine Bewilligung des jeweiligen Kantonsarztes nötig, der von Gesetzes wegen generell für Bewilligungen von Morphin-, Kokain- und Methadonverschreibungen zuständig ist. Die Abteilung Pharmazie des BAG registrierte alle Verschreibungen protokollarisch im Rahmen der Versuche.

Der gesamte Versuchsplan wurde von der *Überregionalen Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften* auf ethische Vertretbarkeit hin geprüft. Für jedes lokale Projekt war außerdem eine Prüfung der regionalen Ethikkommissionen vorgelegt worden. Das *International Narcotics Control Board (INCB)* mußte zudem noch die Bewilligungen für die alljährlichen Schätzungen zur Einfuhr der benötigten Betäubungsmittel erteilen.¹⁶⁹

Aufnahmeverfahren

Basierend auf der Verordnung des Bundesrates vom 21. Oktober 1992 waren die Kantone und Städte aufgefordert, bis spätestens 15. Mai 1993 detaillierte Konzepte zum obengenannten Versuchsplan vorzulegen. Im Juni 1993 beschloß das Bundesamt für Gesundheitswesen, 9 Projekte in 8 Städten zu bewilligen.¹⁷⁰

Übersicht über die verschiedenen Versuche der ersten Reihe

Stadt/Kanton	Plätze	Substanzen	Versuchsgruppen und Forschungsfragen	Beginn
Thun/BE	2x25	He:25/Mo:3	Doppelblind: Heroineffekte/Morphineffekte	August 94
Olten/SO	2x25	He:25/Mo:*	Zuteilung nach Zufall, Kontrollgruppe zu Thun	Juni 94
Basel/BS	3x50	He:25/Mo:20/Me:31	Zuteilung nach Zufall	Nov. 94
Zürich I/ZH	1x50	He:50		Januar 94
Fribourg/FR	1x50	Me:15	Versuche mit individueller Indikation	Mai 94
Schaffhausen/SH	1x25	Mo:0	Unterschiede im Kontext	Januar 95
Zug/ZG	1x25	Mo:0		Januar 95
Bern/BE	3x50	He:48/Mo:12/Me:20	Individuelle Indikation an einem einzigen Ort	Juni 94
Zürich II/ZH	3x50	He:49/Mo:1/Me:0	Individuelle Indikation für Frauen	Januar 94

Status vom 28. November 1994, He = Heroin, Mo = Morphin, Me = Methadon, die mit einem * markierten Projekte haben die indizierte Verschreibung während 42 Tagen durchgeführt.¹⁷¹

Die ersten Projekte starteten im Januar 1994 in Zürich. Im Mai folgte Fribourg, im Juni folgten Bern und Olten, im August dann Thun und im November schließlich Basel. Ein Jahr nach dem Beginn der ersten Projekte wurden dann die Verschreibungen der Opiate im Januar 1995 in Schaffhausen und Zug aufgenommen. Innerhalb der ersten elf Monaten nach dem Start der Versuchsreihen wurden bis zum 28. November 1994 insgesamt 404 Bewilligungen für Patienten erteilt, davon entfielen 277 (69%) auf Heroin, 69 (17%) auf Morphin und 58 (14%) auf Methadon.

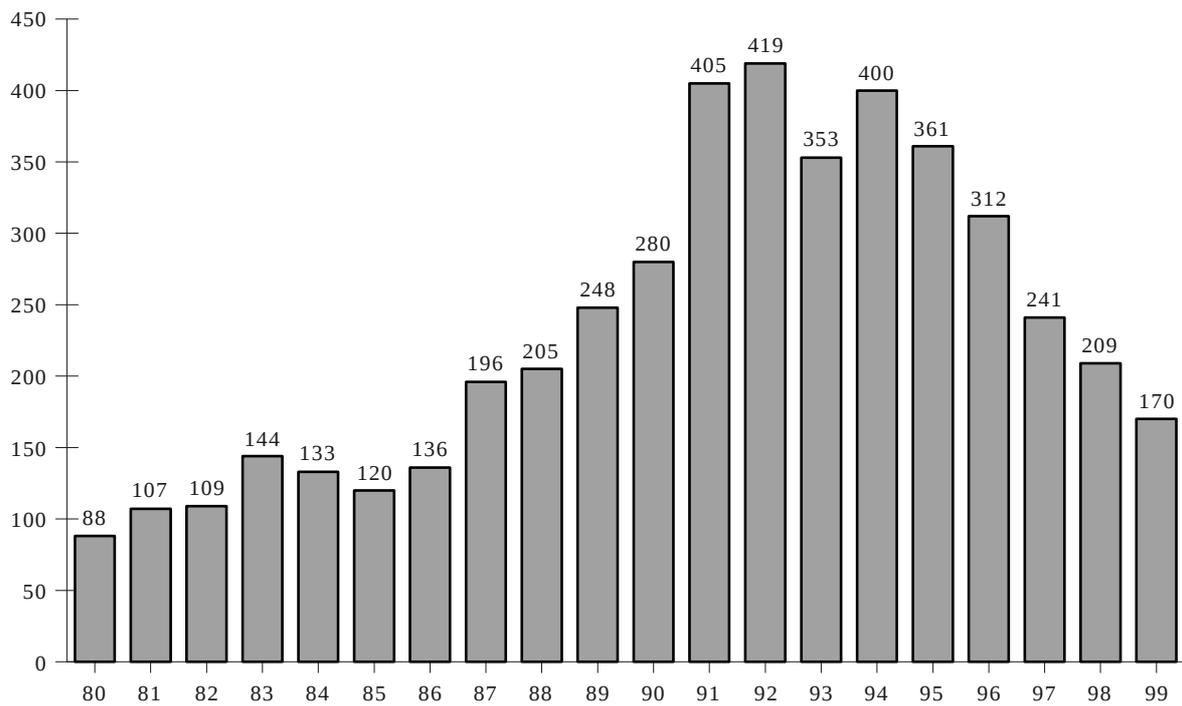
¹⁶⁹ M. Rihs, P. Affentanger (Bundesamt für Gesundheitswesen, Sektion Evaluation, Forschung und Weiterbildung, Bern): Statusbericht über das Projekt »Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln in der Schweiz«, in: SPD: Heraus aus der Sackgasse – Neue Wege in der Drogenpolitik, Bonn 1995, S. 111 f.

¹⁷⁰ Ebd.: S. 108 ff.

¹⁷¹ Ebd.: S. 114.

Schweiz: Daten, Fakten und Zahlen

Anzahl der „Drogentoten“ in der Schweiz



Häufigkeitszahl

