

Zeitschrift: Reihe Kriminologie / Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie =
Collection criminologie / Groupe suisse de travail de criminologie

Band: 15 (1997)

Artikel: Betäubungsmittelkonsum : Beobachtungen eines Psychiaters zu
Ausgrenzung und Integration

Autor: Ladewig, Dieter

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1051220>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 07.10.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

DIETER LADEWIG

**BETÄUBUNGSMITTELKONSUM –
BEOBACHTUNGEN EINES PSYCHIATERS
ZU AUSGRENZUNG UND INTEGRATION**

Kürzlich telefonierte mir ein Freund. Entrüstet stellte er fest, seine Frau habe im Anschluss an einen operativen Eingriff im Spital, Methadon erhalten – sie sei doch nicht drogensüchtig. Seit den Vierzigerjahren hat sich Methadon als Mittel gegen starke Schmerzen in der Medizin gut bewährt. Seit Ende der Sechzigerjahre wird es aber auch in vielen Ländern als Heroinersatz benützt. Diese Behandlung lässt sich mit biologischen und mit psychosozialen Argumenten begründen. Die Indikation starke Schmerzen mit Methadon zu behandeln, ist jedermann einsichtig – die anfallenden Kosten dieser Behandlung werden problemlos von den Krankenversicherungen übernommen. Hingegen stösst die Behandlung eines Heroinabhängigen mit einem Substitutionsmedikament immer wieder auf Widerstände. Eine derartige Behandlung sei, wenn überhaupt nötig, dann doch zeitlich zu begrenzen. Es sei dies doch eine einfache Art, sich von Staates wegen mit Drogen versorgen zu lassen. Andere Formen der Behandlung seien erfolgversprechender: Drogenabhängige in ein Dorf zu bringen oder auf eine Insel oder besser noch in ein anderes Land. Ausgrenzung oder Integration? Für das eine wie für das andere gibt es genügend Erfahrungen.

Das Spannungsfeld Ausgrenzung und Integration ist ein altes und immer wieder neues Thema der Geschichte des Menschen und der Geschichte jedes einzelnen. Die heute im Alltagsverhalten erkennbare Bereitschaft, sich über ideologische Grenzen hinweg in lebenspraktischen Dingen zu verständigen und im Falle von Interessenskonflikten eine Lösung zu finden, die eine Verbesserung der Lage verspricht und für möglichst viele akzeptierbar ist und damit auch Aussicht auf Durchsetzung verspricht, ist das Resultat eines Ent-

wicklungsprozesses. Die Rationalität heutiger pluralistischer Gesellschaften beinhaltet eher einen ständig zu leistenden Prozess als ein auf Dauer angelegtes Regelsystem. Dieser Prozess läuft zwischen einzelnen und Gruppen einer Gesellschaft und ganzer Sozietäten. Die *Labeling-Theorie* der Sechzigerjahre, aus einer gesellschaftskritischen Sicht der Ausgrenzung des Marihuana-Konsumenten entstanden ist ein Negativbeispiel. Ein anderes betrifft die Gemeinschaft «Synanon», die sich umgekehrt selber den Stempel des Anderssein aufsetzte, um daraus identitätsbildende Kraft zum Überleben zu schöpfen. Ein ähnlicher Gedanke liegt den weltweit funktionierenden anonymen Alkoholikern (AA) zugrunde, die sich selber ausgrenzen bezüglich der Fähigkeit eines kontrollierten Alkoholkonsums und sich durch ihr gemeinsames Schicksal und die Anonymität nach aussen, in die AA-Gruppe integrieren. Nach meiner über 30-jährigen Erfahrung resümiere ich: Drogenkonsumenten sind Ausenseiter, weil Drogenkonsum kulturell nicht zu unserer Normalität gehört. (Es gibt unter dem Aspekt von Ausgrenzung und Integration vielseitige Interaktionen mit der Umwelt des Drogenkonsumenten.)

Warum konsumiert jemand Drogen?

Vielfältig sind auch die Funktionen, die psychotrope Substanzen im Kampf um die Erlangung einer psychischen Stabilität übernehmen können. Die intrapsychische Bedeutung der Drogeneinnahme variiert von Mensch zu Mensch. Darüber hinaus kann die Droge zu verschiedenen Zeiten selbst innerhalb derselben Person und ihrer Entwicklung verschiedene Funktionen erfüllen. Damit ist der adaptive Wert des Drogengebrauchs als eine spezielle Art des «Coping» angesprochen. Dies gilt sowohl für normalpsychologische wie für psychopathologische Verhältnisse, z. B. beim Vorliegen einer Angststörung oder einer Depression. Zweifellos wird damit im allgemeinen eine passive Problemlösung angestrebt und damit die Tendenz zur mal-adaptiven respektive zur pathologischen Ich- und Triebregression aufrechterhalten oder sogar verstärkt. Damit können Dro-

gen *à la longue*, psychoanalytisch gesprochen, bestimmte Abwehrmechanismen verstärken, insbesondere in dem mit dem Drogenkonsum die Projektion und Externalisation und die Förderung narzisstischer Strebungen verstärkt wird. Das Gefühl innerer Leere oder depressiv gefärbter Hoffnungslosigkeit oder hilfloser Fremdbestimmung verstärkt erfahrungsgemäss entsprechende Tendenzen der Umwelt. Hilft die Umwelt dem Hilflosen nicht, verstärkt sie sein Gefühl der Hilflosigkeit; hilft ihm die Umwelt, verstärkt dies u. A. das Gefühl der Abhängigkeit. Nicht selten lassen sich regelrechte Ketten sozialer Interaktionen beobachten. Zunahme der persönlichen Problematik, Zunahme der Isolierung, Steigerung des Drogenkonsums, erhöhte Übernahme der Normen und Einstellungen der kriminogenen Drogensubkultur mit nachfolgend erhöhter Devianz, verstärkte soziale Reaktion der Umgebung mit Übernehmen des Stereotyps der Ausgrenzung, erhöhte Isolation, Zunahme von Abhängigkeit, damit verbunden auch von zusätzlichen kriminogenen Elementen der Beschaffungskriminalität, erhöhte Devianz und Abbruch des Kontaktes zur «normalen» Gesellschaft bis zum «*sick addict*», zunächst in der Phantasie und dann in der Realität. Dies sind etwa die Stufen eines ungünstigen oder sogar malignen Entwicklungsprozesses. Unübersehbar ist dabei das Moment der Illegalität des Drogenkonsums und das damit verbundene Moment der sekundären Kriminalisierung, etwa über Aufenthalte in Untersuchungshaft und Strafanstalten.

Die sogenannten illegalen Drogen haben in unserer heutigen pluralistischen Gesellschaft, in der Suchtmittelkonsum nach gesundheitlichen und sozialem Risikopotential bemessen wird, wie erwähnt einen Sonderstatus, der sich rational schwierig begründen lässt. Die periodische Überprüfung vorhandener oder neu auftauchender Stoffe im Hinblick auf Ihre Unterstellung unter eine der internationalen Konventionen geschieht prinzipiell nach Erkenntnissen über ein wahrgenommenes Risiko. Die Illegalität des Konsums verbotener Stoffe ist so nicht durchgehend zu begründen; sie ist aber auch von der ethischen Sicht her zu hinterfragen. Die Begründung des

Konsumverbots stösst auf das Problem der Glaubwürdigkeit, dies sowohl im Hinblick auf die Prävention wie auch auf die Therapie. Wo immer Suchtfreiheit nicht zu erreichen ist, entstehen Konflikte zwischen den Zielen einer Schadensminderung, die durch weniger schädliche Konsumformen oder durch Reduktion des Konsums erreicht werden soll und dem absoluten strafrechtlichen Konsumverbot. Schliesslich entsteht das Problem der individuellen Verantwortung und Schuldfähigkeit für Gesetzesübertretungen, die unter den Bedingungen einer Suchtentwicklung zustande kommen.

In unserer Demokratie ist das Kernstück bürgerlicher Freiheit die Selbstverantwortung und die Möglichkeit, dass der einzelne im Rahmen der gegebenen gesetzlichen Normen seinen Lebensstil und seine Lebensziele wählen kann. Dies gilt auch dann, wenn seine Wahl – scheinbar oder tatsächlich – seinen Interessen wenig förderlich ist. Er bestimmt, was seine Interessen sind, welche ihm die wichtigsten sind und was seine Lebensqualität ausmacht. Basis dieser Freiheitsrechte ist die europäische Menschenrechtskonvention. Diese Freiheitsrechte werden heute auch für Kinder und Entmündigte in Anspruch genommen, soweit nicht Risiken im Spiel sind, welche die Betroffenen nicht abzuschätzen vermögen. Gelten diese Freiheitsrechte nun auch für Suchtverhalten? Es gibt keinen rationalen Grund, der es nahelegen würde, ein in seinen Auswirkungen so unterschiedliches Verhalten generell zu sanktionieren. Krankheit, Fehlentwicklung und sozial geprägte Verhaltensmuster sind erst dann nicht akzeptierbar, wenn sie eine Gefahr oder einen Schaden für andere bilden, und dies in einem Ausmass, das auch sonst zu Sanktionen führt. Dies setzt einen hohen Grad von Akzeptanz voraus. Es gibt Grenzen der Akzeptanz. Typische Grenzsituationen liegen vor, wenn die Interessen anderer tangiert werden z. B. durch Lästigkeit und Ausbeutung, oder wenn für Dritte unzumutbare Risiken und Gefahren entstehen durch Gewalt und Unfallgefährdung, oder wenn erhebliche Selbstgefährdung besteht durch Suizidgefahr und Unfallgefährdung. Nicht für alle derartigen Situationen liegen klare gesetzliche Regelungen vor. Es ist letztlich Ermessensspiel-

raum unter welchen Umständen Lästigkeit und Ausbeutung ein Eingreifen rechtfertigen. Kriterien für Annahme von Suizidalität oder Gemeingefährlichkeit sind nicht immer eindeutig umschreibbar. Eine Selbstgefährdung besteht überdies dann, wenn eine chronische Intoxikation zu schweren Ernährungsmängeln, Infektionskrankheiten, Erfrierung, Verbrennung etc. führt. Diese rechtfertigen eine Zwangsmassnahme, um im Sinne eines Moratoriums die vorhandenen Risiken zu unterbrechen und die Voraussetzung für eine Situationsabklärung zu schaffen. Schwierig ist ebenfalls die Beurteilung dessen, was als öffentliches Ärgernis und Störung der öffentlichen Ordnung gelten soll. Bei all den Massnahmen ist der Frage der Tauglichkeit der Massnahmen Rechnung zu tragen. Sucht und Suchtfolgen setzen enorme Kosten: Unfall- und Krankheitskosten, Fürsorgekosten, Kosten durch Arbeitsausfall und Folgekosten einer suchtbedingten Delinquenz. Wieweit rechtfertigt dies Massnahmen im Sinne einer Einschränkung der individuellen Freiheitsrechte? Die Praxis wird sich in der Regel aus den positiven respektive an den nachteiligen Folgen der Interventionen ableiten lassen. Wichtig ist, Regelungen und deren Anwendungen auf diese Auswirkungen hin zu überprüfen und anzupassen.

Bei der Beurteilung eines Betäubungsmittelkonsums und insbesondere einer Betäubungsmittelabhängigkeit und ihrer Folgen kann nicht ausser acht gelassen werden, in welchem Umfeld dies sich ereignet. In Situationen einer militärischen, politischen oder wirtschaftlichen Bedrohung wird die Toleranzgrenze gegenüber Entgleisungen des Verhaltens Suchtbetroffener anders aussehen, als in einer entspannten Situation wirtschaftlicher Blüte und politischer Stabilität. Kulturelle Umbruchphasen bedingen einen Orientierungsverlust des Individuums und ziehen erfahrungsgemäss einen zunehmenden Konsum von Suchtmitteln zur Stabilisierung des inneren Gleichgewichtes nach sich. Der derzeitige rasche soziokulturelle Wandel mit entsprechenden Anpassungsforderungen stellt für viele Menschen eine Überforderung dar. Neue Lebensgewohnheiten, ein Überangebot an Suchtmitteln, wirtschaftliche Unsicherheit fördern

die Bereitschaft, Suchtmittel zu konsumieren. Für den einen bedeutet dies Hilfe, für den anderen Risiko. Reduktionistische Betrachtungsweisen, in denen Suchtmittelkonsum ausschliesslich z. B. als kriminelles Verhalten, als krankhaft, als Lebensstil etc. interpretiert wird, und einseitig daraus abgeleitete Massnahmen sind wenig effizient. Ein rationales Vorgehen orientiert sich an der Unterschiedlichkeit der Phänomene und an der empirischen Überprüfung seiner Auswirkungen. Diese bestimmen letztlich die «Sozialverträglichkeit» (Uchtenhagen). Gesellschaftlich gesehen findet die Thematik Drogenkonsum heute noch nicht selten zu Polarisierungen. Idealtypisch lassen sich drei Modelle von drogenpolitischen Szenarien denken.

- Mit dem Bestreben alle Möglichkeiten zum Drogenkonsum zu beseitigen. Die Drogenpolitik wäre dann vor allem technokratischer Art, jede Intervention schwerpunktmässig Sache der Polizei und des Justizwesens, die quasi mittels «chirurgischer Eingriffe» die Gesellschaft von Drogen und Drogenabhängigen reinigen sollen. Diese Politik repräsentiert eine «idealisierte» Form des repressiven Eingreifens.
- Mit einer alles akzeptierenden Haltung, indem die Ursache der «Belästigung» einer fehlenden Flexibilität der Gesellschaft zugeschrieben wird. Ein politisches Verbot der Drogen würde nur verhindern, dass die Gesellschaft lernt, sich neuen Problemen anzupassen. Politische Verbote werden demnach abgelehnt, das Problem wird allein der gesellschaftlichen Selbstregulierung überlassen. Drogen werden also durch eine Legalisierung normalisiert, das ehemalige Chaos damit zu einem Teil der neuen Ordnung erklärt. Diese Ansicht entspricht einer «idealisierten» Form einer durchgängigen Liberalisierung.
- Mit einer begrenzten Akzeptanz und im Bewusstsein, dass das Drogenproblem nicht definitiv aus der Welt geschafft werden kann. Es bestehen aber eine Reihe verschiedener sozialpolitischer Programme, die Gefahren, die mit dem Drogenkonsum einhergehen, zu reduzieren. Die Drogenpolitik bleibt mit dieser Einstellung flexibel und passt sich etwaigen Veränderungen im

Drogenbereich an. Diese Reaktion kann als pragmatisch bezeichnet werden.

Derartige Szenarien (Cattacin, Lucas, Vetter) haben orientierenden Charakter und erklären, warum in einzelnen Ländern, Städten oder Kulturen unterschiedliche, teilweise sich polarisierende Handlungsstrategien zur Anwendung kamen und kommen.

Im Zusammenhang mit Veränderungen, die mit dem Jahre 1968 attribuiert werden, haben sich über Phasen der Unsicherheit, des Experimentierens, des Überprüfen und neuerlicher Veränderungen, im Bewusstsein und in der Handlungspraxis der Öffentlichkeit Erfahrungen angesammelt, die gesamthaft gesehen auf eine grössere Sicherheit im Umgang mit dem Problem Betäubungsmittelkonsum schliessen lassen. Es gibt klar definierte und teilweise umfassende Behandlungsmodalitäten für Drogenabhängige, die die Behandlung auf ein Minimum an institutionellen Hilfen reduzieren sollen und eine integrationserhaltende, respektive integrationsfördernde Absicht erkennen lassen. Die Schaffung und die Aufrechterhaltung dieser Behandlungsstruktur und das Wissen um die Ausstiegchancen reduzieren das Risiko der Ausgrenzung. Dass Spätstadien AIDS-Betroffener, Siechtum und Tod eine entsprechende respektvolle Abgeschiedenheit erfordern, gehört zur gleichen Integration. Die gleiche Intention einer Integrationsbejahung liegt den zahlreichen Präventionskampagnen zu Grunde. Wenn heute, aus meiner Sicht und Erfahrung zu Recht, auf eine strafrechtliche Verfolgung von Drogenkonsumenten verzichtet werden soll, bedeutet dieser Schritt nicht Nichtstun, sondern Förderung einer aktiven Auseinandersetzung mit Konsum und Konsumfolgen.

Die verfügbare Datenlage zur empirischen Überprüfung des Gesagten ist noch mangelhaft. Es fehlen epidemiologische Längsschnittuntersuchungen, um über Konsumententwicklungen Aussagen zu machen. Es gilt die Erfahrung, dass die meisten Drogenkonsumenten ihren Konsum sistieren und damit integriert bleiben. Auch bei der

Drogenabhängigkeit gilt, dass die Sozialisierungschancen günstiger sind als allgemein angenommen wurde. Dies galt für abstinenzorientierte Langzeiterfahrungen aus Studien in Zürich und Basel (Uchtenhagen, Ladewig). Das gilt aber auch für die PROVE-Projekte des BAG. Wir fanden im Basler Projekt Janus Verbesserung der Wohnsituation (Abb. 1), eine rückläufige Quote von Szenenkontakten, von Prostitution (Abb. 2), von Delinquenzverhalten (Abb. 3) und von Inanspruchnahme stationärer Spitalaufenthalte. Die Bereitschaft und die Chancen einer Integration werden gesellschaftlich mitbestimmt. Die Chancen einer Erwerbstätigkeit sind heute bei der angespannten Arbeitsmarktlage begrenzt. Einige vergleichende Daten aus Methadonbehandlungen zeigen dies. So betrug der Anteil der von eigener Arbeit (Vollzeit/Teilzeit) lebenden im Tessin 52% gegenüber in Basel von 42% (Abb. 4). Das Spannungsfeld von Ausgrenzung und Integration bleibt bestehen. Nur eine in sich kohärente Drogenpolitik in der Prävention, Überlebenshilfe, Rehabilitation und Repression Platz haben – also ein weites und möglicherweise auch widersprüchliches Bündel von Interventionen Gestalt finden kann – erhält die Chance einer längerfristigen Stabilisierung.

Abb. 1 PROVE-Projekte / Projekt «Janus» Basel-Stadt
Wohnsituation

	bei Eintritt	per 31.05.96
Geschützter Wohnraum	6	12
anderes Provisorium	9	0
Wohnen bei Eltern	14	11
ohne Unterkunft	22	3
eigene Wohnung (inkl. Wohnprojekt Janus)	83	108

Abb. 2 PROVE-Projekte / Projekt «Janus» Basel-Stadt
Prostitution

	früher		in den letzten 6 Monaten	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
ja	13	11	1	2
nein	64	18	74	27
keine Antwort	7	3	19	2

Abb. 3 PROVE-Projekte / Projekt «Janus» Basel-Stadt
*Ermittlungsverfahren im Jahr vor Projekt-Eintritt
und im ersten Jahr danach*

	Anzahl Teilnehmende		Anzahl der Ermittlungsverfahren im Jahr	
			vor Projekteintritt	nach Projekteintritt
Gesamt	128	100,0%	3,4	1,3
Gruppe 1	38	29,7%	4,0	0
Gruppe 2	48	37,5%	6,0	3,0
Gruppe 3	30	23,4%	0	0
Gruppe 4	12	9,4%	0	1,8

Abb. 4 Methadonbehandlungen Basel/Tessin 1995
Tabelle: Erwerbstätigkeit/Fürsorgeabhängigkeit/Berentung

	Kanton:	
	TI (N=955)	BS (N=830)
Mit eigener Arbeit (Vollzeit und Teilzeit)	52%	42%
Arbeitslos mit Unterstützung (ALV)	21%	13%
Fürsorgeabhängig/Arbeitslos ohne Unterstützung	14%	23%
Berentung (IV-Rente)	6%	26%
Unterstützung durch Familie, PartnerIn	12%	–
Illegale Einkünfte	0,5%	1%
Anderes	2%	3%

