

# Neue Wege in der Drogenpolitik

## Ein Kommentar zur „Stellungnahme der Drogen- und Suchtkommission zur Verbesserung der Suchtprävention“ von Hans Cousto

### Inhalt

1	Neutralität der Politik	2
2	Sucht und Abhängigkeit	3
2.1	Der Begriff <i>Sucht</i>	3
2.2	Sucht (Definition gemäß WHO)	4
2.3	Drogenabhängigkeit (Definition gemäß WHO)	4
2.4	Psychische und physische Abhängigkeit (Definition gemäß ICD-10-Kriterien)	5
2.5	Psychische und physische Abhängigkeit (Definition gemäß DSM-IV-Kriterien)	6
3	Gesunder Drogenkonsum ist möglich	7
4	Drogenmündigkeit als Teil der Gesellschaftsfähigkeit	8
5	Leitmotiv Glaubwürdigkeit	8
6	Nutzen und Schaden des Drogenstrafrechts	8
7	Empfehlungen der Kommission zum Drogenstrafrecht	9
8	Neue Wege in der Drogenpolitik?	10
	Anmerkungen	10

Zum Zitieren: Cousto, H. (2002): Neue Wege in der Drogenpolitik. Ein Kommentar zur „Stellungnahme der Drogen- und Suchtkommission zur Verbesserung der Suchtprävention“, Berlin 2002, Version 1.0, PDF-Datei, 12 Seiten, <http://www.DroGenKult.net/?file=text003>

# Neue Wege in der Drogenpolitik

**Eine hochkarätige Drogen- und Suchtkommission hat im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit die Auswirkungen der gegenwärtigen Drogenpolitik analysiert. In ihrem Bericht übt die Kommission mitunter heftige Kritik an der Vorgehensweise der politisch Verantwortlichen und fordert neue Wege in der Drogenpolitik und empfiehlt zudem die ersatzlose Streichung bestimmter Paragraphen aus dem Betäubungsmittelgesetz.**

Am 4. Juni 2002 hat die Drogen- und Suchtkommission beim Bundesministerium für Gesundheit, die aus einem zwölfköpfigen Gremium aus Wissenschaftlern unterschiedlicher Fachrichtungen zusammengesetzt ist,<sup>1</sup> der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt und der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk, ihren Abschlußbericht zur Verbesserung der Suchtprävention<sup>2</sup> übergeben. Die Drogen- und Suchtkommission hat in ihrem Bericht die Zielsetzungen der Suchtprävention und die aktuellen Strategien und Steuerungsstrukturen untersucht und Empfehlungen erarbeitet, wie Maßnahmen der Suchtprävention verbessert werden können.

Die Politik der Bundesregierung sehe sich durch das Votum der Drogen- und Suchtkommission bestätigt, ließ das Gesundheitsministerium in einer Pressemitteilung<sup>3</sup> vom gleichen Tag verlautbaren, obwohl in dem Bericht eben diese Politik heftig kritisiert wird und in vielen Punkten eine völlige Neuorientierung gefordert wird.

## 1 Neutralität der Politik

Gleich zu Beginn des Berichts wird die „wichtigste“ Empfehlung der Kommission an die Adresse der Bundesregierung zur Geltung gebracht. Darin fordert die Kommission von der Bundesregierung mehr Neutralität in der drogenpolitischen Diskussion und eine Abkehr von der einseitigen Propagierung einer drogenfreien Gesellschaft. Wörtlich heißt es diesbezüglich im Bericht [S. 3]:

*„Die Bundesregierung sollte sich einer zu engen eigenen inhaltlich-konzeptionellen Ausrichtung und damit einer vom Grundsatz her zwangsläufig immer auch einseitig wertenden Sicht der Dinge enthalten. So stünde es ihr weder gut an, sich bspw. auf die Seite derer zu schlagen, die etwa eine „suchtmittelfreie Gesellschaft“ postulieren, umgekehrt ebenso wenig, sich denen zu verschreiben, die das Konzept der „Drogenakzeptanz“ favorisieren. Der Meinungs- und Wertestreit sollte vielmehr im gesellschaftlichen Raum stattfinden, seitens der Bundesregierung dort auch ohne eigene Bewertung zugelassen und schließlich konkreten operativen Entscheidungen der Akteure vor Ort überlassen bleiben.“*

Folgerichtig formuliert die Kommission in der „Zusammenfassung der wichtigsten Empfehlungen“ die erste Empfehlung an die Bundesregierung und dem Bundesministerium für Gesundheit mit den unmißverständlichen Worten [S. 38]:

*„In der gesellschaftlichen, fachdisziplinären und verbandlichen Diskussion über die Zielsetzungen und Methoden der Suchtprävention sollten staatliche Verwaltung und Politik nicht vorschnell bestimmte Richtungen (implizit oder explizit) durch eigene Wertungen vorgeben und dadurch Freiräume für einen offenen und ggf. auch kontroversen Dialog einengen.“*

## 2 Sucht und Abhängigkeit

Was man im Volksmund *Sucht* und *Drogen* nennt, heißt in der medizinischen Fachsprache *Abhängigkeit* und *psychotrope Substanzen*. Die Kommission empfiehlt der Bundesregierung vermehrt die international üblichen medizinischen Fachbegriffe zu gebrauchen anstelle der im Volksmund üblichen Begriffe (Fußnote 7, S. 6). Zum näheren Verständnis der Bedeutung dieser Empfehlung werden in den folgenden Absätzen die Begriffe *Sucht* und *Abhängigkeit* genau erklärt und definiert.

Die Begriffe *Sucht* und *Abhängigkeit* werden häufig synonym angewandt, obwohl *Sucht* ein veralteter medizinischer Fachbegriff ist, der eigentlich nur noch in der Umgangssprache Verwendung findet.<sup>4</sup> Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat den Begriff *Sucht* (engl. *addiction*) bereits 1964 durch den Begriff der *Abhängigkeit* (engl. *dependency*) ersetzt. Dennoch werden in Deutschland heute beide Begriffe nicht nur in der Boulevardpresse, sondern auch immer noch in amtlichen Publikationen wie dem „Drogen- und Suchtbericht“ der Drogenbeauftragten der Bundesregierung nebeneinander genutzt.<sup>5</sup> Im politischen Raum hat sich hierzulande eine Angleichung an die international übliche Terminologie noch nicht durchgesetzt.

### 2.1 Der Begriff *Sucht*

Der Begriff der *Sucht* stammt von dem alten germanischen Adjektiv *siech* (krank) beziehungsweise dem Verb *siechen* (krank sein) ab. Im 15. Jahrhundert wurde der Begriff *siech* von dem Wort *krank* abgelöst und *siech* wurde besonders für den ansteckenden Zustand der Aussätzigen (Leprakranken) gebraucht, weshalb *siech* und *siechen* nicht nur eine Wortsippe mit *Sucht* bilden, sondern auch mit dem Wort *Seuche*.<sup>6</sup> Einige damals gebildete Krankheitsbegriffe sind auch heute noch gebräuchlich, so vor allem *Bleichsucht* (spezielle Form der Blutarmut), *Brech-* und *Eßsucht* (*Bulimia nervosa*), *Gelbsucht* (Hepatitis), *Fallsucht* (Epilepsie), *Schwindsucht* (Tuberkulose) oder *Wassersucht* (Aszites).

Die *Trunksucht* betrachtete man bis ins 18. Jahrhundert als Laster oder verkorkste Leidenschaft. Erst im Jahre 1784, als der einflußreiche Mediziner und Sozialforscher Benjamin Rush den Alkoholismus in seiner Untersuchung über die Wirkungen des Branntweins auf den menschlichen Körper und Geist als Krankheit definierte, erhielt der Begriff *Sucht* seine heutige Bedeutung: krankhafte Abhängigkeit. Sprachgeschichtlich wurde die *Trunksucht* damit zur Brücke für einen generellen Bedeutungswandel des Wortes *Sucht*, denn nicht nur weitere extreme Erscheinungsformen des Drogenkonsums wurden in der Folge als *Sucht* bezeichnet, sondern auch zunehmend andere durch übermäßig starkes Verlangen geprägte Verhaltensformen: *Eifersucht*, *Sehnsucht*, *Herrschaftsucht*, *Spielsucht*, *Sexsucht*, *Fernsehsucht*, *Konsumsucht*, *Arbeitssucht* und andere mehr.

Der Begriff *Sucht* ist im gesellschaftlichen Diskurs negativ besetzt. Besonders deutlich kann man das an Begriffsbildungen wie *Geldsucht*, *Gewinnsucht*, *Rachsucht*, *Ruhmsucht* oder *Zanksucht* erkennen, die alle für moralisch verwerfliche Eigenschaften stehen. Kaum eine Assoziation zu diesen Begriffen ist frei von Abneigung und Abscheu. Begriffe wie *Drogen-sucht* und weit mehr noch *Rauschgiftsucht* sind für nicht wenige hierzulande die verbale Verkörperung eines bedrohlichen Schreckgespenstes, das einer Sturmflut gleich die liebge gewordenen traditionellen Werte der eigenen leibhaftigen Kultur hinwegfegt und wie eine Welle über die abendländische Zivilisation hinwegrollt und in der Folge nur Krankheit, Elend und Tod zurückläßt. Verkörperung dieses einst über Jahre hinweg in den Medien kolportierten Szenarios seien willensschwache, haltlose und selbstzerstörerische *Drogensüchtige* und asoziale, verwahrloste, verkommen und gemeingefährliche *Rauschgiftsüchtige*.<sup>7</sup>

Heute werden mitunter Substanzen als *Suchtstoffe* oder *Suchtgifte* bezeichnet, die im klassischen Sinn des Begriffes *Sucht* überhaupt kein *Suchtpotential* haben. Die Klassifizierung dieser Substanzen klingt somit gefährlicher als der Umgang mit denselben ist. Zur Kontrolle und vor allem zur Verhinderung des Umgangs mit *Suchtstoffen* und anderen psychotropen Substanzen haben die Vereinten Nationen eine *Suchtstoffkommission*, ein *Suchtstoffkontrollamt* und ein *Suchtstoffkontrollprogramm* geschaffen.

## 2.2 Sucht (Definition gemäß WHO)

Im Jahre 1952 definierte die WHO *Sucht* als einen „Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation, die für das Individuum und für die Gesellschaft schädlich ist und hervorgerufen wird durch den wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Droge“, wobei für das Vorliegen einer Sucht das unbezwingbare Verlangen zum fortgesetzten Konsum, Dosissteigerung und psychische und/oder physische Abhängigkeit als charakteristisch galten.<sup>8</sup>

Der Jurist Sebastian Scheerer, Professor an der Universität Hamburg, stellt zu dieser Definition fest, daß sie vor allem unter dem Eindruck einer Besorgtheit über den Opiatkonsum zustande gekommen sei und dementsprechend auf die meisten anderen Substanzen nicht recht paßte. „So wurden Kokain und Cannabis rechtlich als Suchtstoffe behandelt, obwohl sie die Definitionsmerkmale der Sucht gar nicht erfüllten. Auch die barbiturathaltigen Schlafmittel und die stimulierenden Amphetamine schienen in den fünfziger Jahren einerseits dringend einer intensiven Kontrolle zu bedürfen, andererseits aber nach dem damaligen Stand des Wissens keine Sucht zu verursachen.“ Die WHO habe daher 1957 zusätzlich den Begriff der Gewöhnung eingeführt, um den aufgetretenen Widersprüchen und Irritationen entgegenzutreten. Doch auch dieser Schachzug sollte nicht alle Ungereimtheiten bei der Begriffswahl beseitigen, so daß man sich bei der WHO 1964 dazu entschloß, auf den Begriff der Sucht gänzlich zu verzichten und statt dessen von Abhängigkeit zu sprechen und zwar in ihrer Zweigliedrigkeit als psychische oder physische Abhängigkeit.<sup>9</sup>

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat *Sucht* 1957 folgendermaßen definiert: *Sucht* ist „ein Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung, hervorgerufen durch den wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Droge und ist gekennzeichnet durch vier Kriterien:

1. Ein unbezwingbares Verlangen zur Einnahme und Beschaffung des Mittels,
2. eine Tendenz zur Dosissteigerung (Toleranzerhöhung),
3. die psychische und meist auch physische Abhängigkeit von der Wirkung der Droge,
4. die Schädlichkeit für den einzelnen und/oder die Gesellschaft.“

## 2.3 Drogenabhängigkeit (Definition gemäß WHO)

*Drogenabhängigkeit* wurde 1964 definiert als „ein Zustand, der sich aus der wiederholten Einnahme einer Droge ergibt, wobei die Einnahme periodisch oder kontinuierlich erfolgen kann. Ihre Charakteristika variieren in Abhängigkeit von der benutzten Droge [...]“<sup>10</sup> Die *Drogenabhängigkeit* wurde dann in sieben Kategorien nach sieben Stoffgruppen respektive Stoffe eingeteilt:

1. Morphine,
2. Barbiturate und Alkohol,
3. Kokain,
4. Cannabis,
5. Amphetamine,
6. Khat und
7. Halluzinogene.

Auch diese Kategorisierung löste zahlreiche Irritationen aus. So fragte man sich, warum die in ihrem Gebrauch fast ausschließlich auf den Jemen und Osten Afrikas beschränkte Khat-Pflanze als eigene Kategorie aufgenommen wurde; warum für die beiden Halluzinogene LSD und Cannabis gleich zwei getrennte Abhängigkeitskategorien eingerichtet wurden; und, nicht zuletzt, warum eigentlich Alltagsdrogen, wie etwa Nikotin oder Koffein, gar nicht erst thematisiert worden waren. Solche und ähnliche Fragen wurden von der WHO allerdings nicht erklärt, so daß zahlreiche Experten auf dem Gebiet der internationalen Drogenpolitik wie Sebastian Scheerer wohl zu recht konstatieren, alle Definitionen der WHO seien stets vom Leitmotiv geprägt gewesen, eine plausible Verbindung der vorherrschenden wissenschaftlichen Ansätze zur terminologischen Erklärung und Begründung der internationalen Suchtstoffabkommen herzustellen, da immer wieder neue Substanzen deren strengen Kontrollen unterworfen wurden. So mußte der Suchtbegriff immer weiter und notwendigerweise auch immer vager gefaßt werden. Offiziell wurde mit der Definition von 1964 die begriffliche Aufspaltung in *psychische* und *physische Drogenabhängigkeit* festgeschrieben und mit ihr ein substanzzentriertes Verständnis des Suchtbegriffs, der aber in seiner Präzisierung so undeutlich war, daß diese Definition wohl als eine strategische gedeutet werden muß, mit der „endlich der Weg frei war zur Einbeziehung aller irgendwie verdächtigen Stoffe in zukünftige Kontrollabkommen.“<sup>11</sup>

#### **2.4 Psychische und physische Abhängigkeit (Definition gemäß ICD-10-Kriterien)**

Gemäß den Richtlinien der WHO zur Klassifizierung der Krankheiten (International Classification of Diseases, ICD) ist *Abhängigkeit* ein in verschiedenen Formen ausgeprägtes Angewiesensein auf bestimmte Substanzen oder Verhaltensweisen. Die Spannweite geht dabei von einfachen Gewohnheiten bis hin zur Abhängigkeit mit erheblichem Zerstörungspotential. Als „verschiedene Formen“ werden die körperliche (*physische*) Abhängigkeit und die seelische (*psychische*) Abhängigkeit unterschieden und nach dem folgenden Kriterienkatalog festgelegt:<sup>12</sup>

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanzkonsums
3. Substanzgebrauch mit dem Ziel, potentielle Entzugssymptome zu vermeiden oder akute Entzugssymptome zu mildern
4. ein körperliches Entzugssyndrom nach Absetzen des Substanzgebrauchs
5. Entwicklung und Nachweis einer Toleranz (Der Betroffene muß immer mehr von einer Substanz einnehmen, um die gleiche Wirkung zu erzielen. Die Dosis muß immer mehr gesteigert werden)
6. Ein eingegengtes Verhaltensmuster im Umgang mit der Substanz, wie beispielsweise die Tendenz, die Substanz nicht nur an den Wochenenden sondern auch an Werktagen zu konsumieren und die Regeln eines gesellschaftlich üblichen Konsumverhaltens (kulturabhängig) außer acht zu lassen
7. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen oder Vergnügungen zugunsten des Substanzkonsums (Verschiebung der Prioritäten)
8. Anhaltender Substanzkonsum trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen. Die schädlichen Folgen können körperlicher Art sein (z.B. Leberschädigung durch exzessiven Alkoholkonsum), oder sozialer Art (z.B. familiäre Trennung oder Arbeitsplatzverlust) oder psychischer Art (z.B. „Hangover“ mit depressiven Zuständen nach Abklingen der Substanzwirkungen)

Sind drei oder mehr der acht Punkte innerhalb der letzten Monate erfüllt, dann ist man abhängig! Die Punkte (3), (4) und (5) definieren die *körperliche Abhängigkeit*. Sind unter den zutreffenden Punkten die Punkte (3), (4) oder (5) enthalten, dann ist eine *körperliche Abhängigkeit* angezeigt, sind diese nicht enthalten, dann ist eine *psychische Abhängigkeit* gegeben. Die Kriterien zur Bestimmung einer Abhängigkeit orientieren sich also vor allem an den Folgen des Suchtverhaltens. Die Menge einer Substanz, die jemand konsumiert, ist für die Abhängigkeitsdiagnose nach ICD-10 unwichtig!

## 2.5 Psychische und physische Abhängigkeit (Definition gemäß DSM-IV-Kriterien)

Das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) wird von der *American Psychiatric Association* (APA) herausgegeben. Das Hauptaugenmerk richtet das DSM-IV auf vier Störungsbilder, die im unmittelbaren Zusammenhang mit einer psychotropen Substanz stehen. Es wird unterschieden zwischen Störung durch Substanzkonsum und substanzinduzierten Störungen. Erstgenannte sind für alle Substanzen gleich allgemein definiert (Abhängigkeit und Mißbrauch). Letztere bezeichnet substanzspezifische Folgeerscheinungen hervorgerufen durch übermäßigen Konsum (Intoxikation und Entzug).

**Substanzabhängigkeit:** Patienten zeigen ein charakteristisches Muster kognitiver, verhaltensbezogener und physiologischer Symptome, trotz Einsicht in die Schädlichkeit des Konsum und seiner Folgen. Drei oder mehr der folgenden Symptome sind für eine Diagnose von Substanzabhängigkeit notwendig:

Kriterium 1: Toleranz

Kriterium 1a: Verlangen nach Dosissteigerung

Kriterium 1b: Verminderte Wirkung bei gleicher Dosis

Kriterium 2: Entzugssymptome

Kriterium 2a: charakteristisches Entzugssyndrom

Kriterium 2b: Wiederaufnahme der Substanz zur Linderung oder Vermeidung

(mit körperlicher Abhängigkeit, falls wenigstens ein Symptom aus Kriterium 1 oder 2 vorliegt)

Kriterium 3: vermehrter Konsum als beabsichtigt

Kriterium 4: Wunsch, den Gebrauch zu reduzieren, trotzdem keine Kontrolle möglich

Kriterium 5: übermäßiger Zeitaspekt (Verfügbarkeit, Konsum, Erholung)

Kriterium 6: Aufgabe oder Reduktion von sozialen, beruflichen oder Freizeitaktivitäten

Kriterium 7: trotz Einsicht in körperliche oder psychische Probleme

(ohne körperliche Abhängigkeit, falls kein Symptom aus Kriterium 1 oder 2 vorliegt).

**Substanzmißbrauch :** Patienten zeigen ein fehl angepaßtes Muster von Substanzgebrauch, das zu sozialen Schwierigkeiten und einem klinisch bedeutsamen Leiden führt. Mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb derselben 12 Monatsperiode muß erfüllt sein:

Kriterium A: Substanzgebrauch trotz wiederholten und deutlich nachteiligen Konsequenzen

Kriterium A1: Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen

Kriterium A2: Inkaufnahme körperlicher Gefährdung

Kriterium A3: Probleme mit dem Gesetz

Kriterium A4: soziale oder zwischenmenschliche Probleme

Kriterium B: Kriterien für Substanzabhängigkeit sind nicht erfüllt

Das psychiatrische Klassifikationssystem der American Psychiatric Association DSM-IV und auch das Klassifikationssystem der WHO ICD-10 dienten hinsichtlich ihrer pharmakologisch-substanzorientierten Sichtweise ursprünglich dazu, das Phänomen der Abhängigkeit zu beschreiben, doch führten sie in der Folge – in Zirkelschluß – vielfach dazu, das Phänomen zu erklären.<sup>13</sup>

### 3 Gesunder Drogenkonsum ist möglich

In ihrem Bericht stellt die Kommission fest, daß ein gesunder Drogenkonsum durchaus möglich sei. Dies gelte auch für illegalisierte Substanzen. So führe bei weitem nicht jeder Konsum von (illegalisierten) Drogen in die Abhängigkeit. Deshalb sei die in der Prävention der Bundesregierung übliche Polarisierung der Alternativen zwischen *Abstinenz* einerseits und *Abhängigkeit* andererseits kritisch zu hinterfragen. Wörtlich heißt es hierzu [S. 9]:

*„Wenngleich Präventionsbemühungen eine Entwicklung durchlaufen haben, in der sie sich stetig professionalisiert und institutionalisiert haben, erweist sich mehr denn je als brisant, daß weithin auch heute noch das Instrumentarium der Suchtprävention dem hergebrachten Konzept von prinzipiell stets gesundheitsgefährdenden Konsum- und Mißbrauchskarrieren folgt und auf dem binären Code „Abstinenz vs. Abhängigkeit“ fußt.*

*Dabei gilt es heute als wissenschaftlich akzeptiert, daß bestimmte Formen des Konsums psychoaktiver Substanzen – und zwar auch illegaler Drogen – durchaus mit physischer, psychischer und sozialer Gesundheit vereinbar sein können, Drogenkonsum nicht nur destruktive Komponenten haben kann und er keineswegs zwangsläufig mit somatischen und/oder psychischen Störungen einhergeht und/oder per se die Gesellschaftsfähigkeit und Gesundheit der Konsumenten/innen unterminiert.“*

Selbst Phasen des Mißbrauchs hätten bei weitem nicht immer eine Abhängigkeit zur Folge, ja zuweilen könnten diese Phasen geradezu eine Notwendigkeit im Lernprozeß des kompetenten Umgangs mit psychoaktiven Substanzen sein. Beispielhaft wird hier der Alkoholmißbrauch im jugendlichen Alter angeführt [S. 7]:

*„Die Kompetenz, einen verantwortlichen Umgang mit psychoaktiven Substanzen zu erlernen, kann allerdings durchaus auch kurze Phasen des Mißbrauchs einschließen. Möglicherweise müssen z.B. manche Jugendliche hin und wieder die aversiven (mit Abneigung und Widerwillen empfundenen) Folgen eines Alkoholrausches erleben, um im Normalfall kontrolliert mit Alkohol umgehen zu können.“*

Präventive Botschaften, welche im Sinn einer sozialen Regulation Handlungsmaxime benennen, sollten mit Systematik und Nachdruck das Ziel verfolgen, die Wahrscheinlichkeit von Mißbrauch und Abhängigkeit zu verringern. [S. 14]

Rein auf Abstinenz ausgerichtete Botschaften sind erfahrungsgemäß nicht tauglich, die Wahrscheinlichkeit von Mißbrauch und Abhängigkeit zu verringern. Demgegenüber vermag eine Gesundheitsförderung, die Menschen in die Lage versetzt, mehr Einfluß auf ihren Gesundheitszustand und damit auf ihr physisches, psychisches und soziales Wohlbefindens zu nehmen, hierzu weit mehr leisten. Deshalb wird eine Gesundheitsförderung mit substanzbezogenen Zielen sowie drogen- und suchtspezifischen Ansätzen für unverzichtbar gehalten [Anhang 1/G. Barsch, S. 49]. *„Zu den wichtigsten substanzbezogenen Zielen gehören:*

- *Methoden der Vermittlung von Drogenkunde*
- *Methoden der Vermittlung von Genußfähigkeit*
- *Methoden der Vermittlung von Risikofähigkeiten*
- *Methoden der Vermittlung von Kritikfähigkeit“*

Der Wechsel weg von der Abstinenzorientierung hin zur Entwicklung von Drogenmündigkeit (Grundlage für einen gesunden Drogenkonsum) erfordere deshalb nicht nur eine generelle Neuorientierung der Gesundheitsförderung in Theorie und Praxis, sondern gezielt einen Prozeß der Entwicklung, Reflexion und Evaluierung von Methoden zur Vermittlung von Drogenkunde, Genußfähigkeit, Risikomanagement und Kritikfähigkeit in bezug auf den Umgang mit psychoaktiven Substanzen anzustoßen und zu fördern. [Anhang 1/G. Barsch, S. 50]

## 4 Drogenmündigkeit als Teil der Gesellschaftsfähigkeit

Das Pendant zu Sucht und exzessivem Drogenkonsum sei nicht Abstinenz, sondern Drogenmündigkeit, betont G. Barsch im Anhang 1 [S. 45] und definiert *Drogenmündigkeit* wie folgt:

*„Die Entwicklung von Drogenmündigkeit zielt darauf Menschen zu befähigen, sich eigenständig in vielfältigen Alltagssituationen orientieren und zu jeweils angemessenen Formen im Umgang mit Drogen finden zu können. Drogenmündigkeit beinhaltet insofern keinesfalls Fertigkeiten, Willensqualitäten und Selbstkontrolle, um durch Experten formulierte Vorgaben buchstabengetreu umzusetzen. Drogenmündigkeit ist vielmehr ein sehr komplexes Handeln, in das u.a. Fähigkeiten und Motivationen für Risikomanagement, Kritikfähigkeit, Genußfähigkeit, Drogenwissen eingehen und die Basis dafür schaffen, daß Menschen in den vielfältigsten Alltagssituationen in bezug auf Drogen autonom und kundig handeln. Gerade mit dem Bezug auf Kritikfähigkeit und Risikomanagement wird deutlich, daß Drogenmündigkeit nicht dem nur sich selbst verpflichteten Individuum das Wort redet, das sich mit seinem Drogenkonsum rücksichtslos in der Gemeinschaft plaziert. Drogenmündigkeit soll vielmehr ausdrücklich als Aspekt der Gemeinschaftsfähigkeit verstanden werden.“*

## 5 Leitmotiv Glaubwürdigkeit

Die Drogen- und Suchtpolitik könne im Hinblick auf Präventionsbemühungen nur dann erfolgreich sein, wenn sie glaubwürdig und in sich konsistent sei, betont die Kommission in der Zusammenfassung der wichtigsten Empfehlungen. [S. 38] So sei es durchaus denkbar, daß bestimmte, einseitig und stereotyp gestaltete Formen der Aufklärung – beispielsweise über die Wirkungen bestimmter Drogen – Jugendliche vom Konsum abhalten, dafür aber unter den Konsumerfahrungen die Glaubwürdigkeit der Aufklärung in Frage stellen und den Übergang zu „härteren“ Drogen begünstigen. [S. 36]

Glaubwürdigkeit ist Voraussetzung für Akzeptanz. Dies gilt nicht nur für präventive Botschaften, sondern auch für das Strafrecht und dessen Nutzen für die Gesellschaft. Da am Nutzen des derzeitigen Betäubungsmittelgesetzes<sup>14</sup> erhebliche Zweifel bestehen, widmet die Kommission in ihrem Bericht dem Drogenstrafrecht große Aufmerksamkeit.

## 6 Nutzen und Schaden des Drogenstrafrechts

Bezüglich der Gesetzgebung im Zusammenhang mit legalen und illegalisierten Drogen betont die Kommission, daß keine überzogenen Erwartungen an (neue) Gesetze zu stellen seien. Vielmehr sei besonderes Augenmerk auf mögliche schädliche Nebenwirkungen solcher Gesetze (z.B. Stigmatisierung bestimmter Personengruppen, negative Effekte durch Inhaftierungen etc.) zu richten. Zudem sollten Gesetze regelmäßig evaluiert und daraufhin überprüft werden, ob die in sie gesetzten Erwartungen auch tatsächlich erfüllt worden sind. Sollte die (unabhängige) Evaluation zu dem Ergebnis kommen, daß dies nicht der Fall sei, dann seien die Gesetze abzuschaffen, im Ausnahmefall auch zu ändern. [S. 29] Einen akuten Handlungsbedarf sieht hier die Kommission im Zusammenhang mit den gesetzlichen Einschränkungen im Bereich der praktischen Drogenhilfe. Wörtlich heißt es [S. 29 f.]:

*„So hat z.B. der Gesetzgeber z.B. die Ausgabe von Einmalspritzen an Drogenabhängige<sup>15</sup> und die Einrichtung und das Betreiben von nach §10 a BtMG<sup>16</sup> erlaubten Konsumräumen aus der Strafbarkeitszone herausgenommen. Es bleiben aber trotz des Dritten Betäubungsmittel-Änderungsgesetzes zahlreiche Formen akzeptierender Drogenhilfe, die eine Verfestigung des Drogenmißbrauchs verhindern, Lebenshilfe und Überlebenshilfe gewährleisten wollen, strafbar. Die Plakataktion der AIDS-Hilfe, die Opiatabhängige zu Safer-Use-Techniken gewinnen*



wollte, wurde wegen Verstoßes gegen § 29 Abs. 1 Nr. 12 BtMG (= öffentliche Aufforderung zum Verbrauch von Betäubungsmitteln, die nicht zulässiger Weise verschrieben worden sind) verfolgt. Sozialarbeiter oder Ärzte, die für einen AIDS-Kranken Marihuana zu Therapiezwecken beschaffen, machen sich wegen unerlaubten Betäubungsmittelerwerbes strafbar. Wenn eine Mutter, ein Leiter einer betreuten Wohngemeinschaft oder eines Übernachtungsheimes für Drogenabhängige, ein Polizeibeamter oder ein Sozialarbeiter eine Tochter/Sohn, einen Mieter/in, einen Besucher oder Straßenpassanten in einen hygienischen Raum zum Konsum weisen, so ist dies nach den §§ 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 und 11 BtMG (neue Fassung)<sup>17</sup> immer noch strafbar. Wenn außerhalb der staatlichen Untersuchungsstellen, die gemäß § 4 BtMG von der Erlaubnispflicht befreit sind, Drogenberatungslehrer, Chemiker oder Drogenhelfer (wie die Organisation Eve & Rave in Berlin)<sup>18</sup> am Rande von großen Musikveranstaltungen Betäubungsmittel-Proben auf ihre Zusammensetzung untersuchen, um Drogenkonsumenten vor gefährlichen Designerdrogen zu warnen, so stellt dies nach herrschender Meinung ein strafbares Verschaffen von Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch nach § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 BtMG dar. Wenn Drogenhelfer auf der Drogenszene verelendenden Opiatabhängigen mit vereiterten und zerstochnen Venen beim Injektionsvorgang durch Hilfe beim Abbinden, bei der Venensuche oder beim Setzen der Spritze helfen, so verschaffen sie mit dieser Hilfeleistung eine Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch und machen sich nach § 29 Abs. 1 Nr. 10 BtMG strafbar.

Das BtMG und teilweise auch das Strafgesetzbuch bedrohen bisweilen Präventionsmaßnahmen mit Strafe, anstelle Präventionsmaßnahmen zu fördern und eine Rechtsgrundlage zu bieten. Der Gesetzgeber hat in den vergangenen Jahren<sup>19</sup> aus politischen Erwägungen mit den §§ 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10, 11 und 12 BtMG besondere Tatbestandsformen der Beihilfe zum Konsum geschaffen und mit Strafe bedroht, obwohl von Seiten der Strafverfolgung hier kein Bedürfnis bestand. So zeigen denn auch die Statistiken der Strafverfolgungsbehörden, daß diese Vorschriften nicht zu Verurteilungen führen, aber von den politischen Parteien bei der Bewertung von Drogenhilfe und Therapiemaßnahmen häufig zitiert werden. Die Lösung der Probleme wäre deshalb eine ersatzlose Streichung dieser Vorschriften.“

## **7 Empfehlungen der Kommission zum Drogenstrafrecht**

- *Der häufig unterstellte verhaltenssteuernde Effekt von (Straf-)Gesetzen ist kritisch zu hinterfragen.*
- *Die Nebenwirkungen von bestehenden und neuen Gesetzen sind intensiver als bisher zu untersuchen und zu dokumentieren.*
- *Von den Möglichkeiten experimenteller Gesetzgebung (Befristungen/Evaluationsgebot/Berichtspflichten) sollte verstärkt Gebrauch gemacht werden. Insbesondere sollte eine durch unabhängige Gutachter durchzuführende Evaluation von (neuen) Gesetzen gewährleisten, daß nur solche Gesetze in Kraft bleiben, die ihre (klar definierten) Ziele auch tatsächlich erreichen.*
- *Repressive Vorschriften sollten regelmäßig daraufhin überprüft werden, ob sie präventive Maßnahmen behindern. Im Zweifel sollte der Grundsatz „Prävention vor Repression“ gelten. Es böte sich in diesem Zusammenhang möglicherweise an, in einer Präambel zum BtMG nicht nur das vier Säulen Prinzip: a) Prävention, b) Therapie, c) Überlebenshilfe und d) Repression zu verankern, sondern auch eine Zielklausel aufzunehmen, die besagt, daß bei Widerstreit von Prävention (bzw. Drogenhilfe) und Repression dem Präventions- und Hilfedanken den Vorrang einzuräumen ist.*

- *Die Polizeigesetze der Länder und die Richtlinien für das Straf- und Bußgeldverfahren (RiStBV) sind dahin zu ergänzen, daß Polizei und Staatsanwaltschaft alle Präventionsmaßnahmen nach Kräften zu unterstützen haben.*
- *Das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in Bonn sollte durch vermehrte Ausnahmegenehmigungen Erprobungsprojekte ermöglichen, ob zukünftig auf bestimmte repressive Bestimmungen verzichtet werden kann (z.B. Untersuchung von Betäubungsmittelproben zur Schadensminimierung – „drug checking“)*

## 8 Neue Wege in der Drogenpolitik?

Die Drogen- und Suchtkommission hat deutliche Schwachpunkte im Konzept der staatlichen Drogenpolitik aufgedeckt und präzise beschrieben. Viele der angeführten Erkenntnisse sind jedoch nicht neu, sondern seit vielen Jahren auch bei den jetzt regierenden Parteien SPD und Grüne bekannt. Die folgenden Auszüge aus dem Text „Grundzüge sozialdemokratischer Drogenpolitik“ aus dem Jahre 1995 von Gudrun Schaich-Walch<sup>20</sup> belegen dies aufs trefflichste. Die Textanalyse wirft zwangsläufig die Frage auf: Wird in Deutschland Drogenpolitik wider besseren Wissens gemacht?

„Wer sich über Drogenpolitik unterhält und über Hilfe diskutieren will, darf nicht vor der willkürlich gesetzten Grenze zwischen legal und illegal halt machen. Tatsache ist, daß es in keiner Kultur, zu keiner Zeit bisher eine drogenfreie Gesellschaft gab. Diese Zielvorstellung, – so achtsenswert sie ist – wird Illusion bleiben. Eine an ihr orientierte Drogenpolitik verhindert zwangsweise die notwendige Neuorientierung und begrenzt damit auch erfolgreiche neue Hilfsmaßnahmen, die nicht an Abstinenz orientiert sind“

„Der Wiesbadner Parteitag der SPD hat in seinem Beschluß von 1993 »Akzente einer neuen Drogenpolitik« recht eindeutige Aussagen getroffen und fordert eine »grundsätzliche Neuorientierung« in der Drogenpolitik und damit einhergehend die Änderung des BtMG. Zur Rolle des Strafrechts wird deutlich festgestellt, daß »es kein geeignetes Mittel zur Bekämpfung der Drogensucht [ist]«. Das bedeutet, daß »nicht Strafe, sondern die Förderung eines verantwortlichen Umgangs mit allen Rauschmitteln, die Vorsorge gegen gesundheitliche Schäden und die Hilfe für diejenigen, die solche benötigen [...] im Vordergrund stehen [muß]«. Zunehmend wird in der SPD zur Kenntnis genommen, daß nicht jeder Konsum illegaler Drogen mit einem »Mißbrauch« gleichzusetzen ist, wie auch nicht jeder Konsum legaler Drogen gleich »Mißbrauch« ist.“

„Oft ist der Konsum von Drogen für den Lebensweg eines jungen Menschen weniger schädlich, als eine Vorstrafe oder die soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung als illegaler Drogenkonsument. So ist niemandem geholfen, wenn er oder sie aufgrund von Drogenkonsum Strafverfahren am Hals hat oder gar ins Gefängnis gesperrt wird.“

## Anmerkungen

---

<sup>1</sup> **Mitglieder der Drogen- und Suchtkommission**

**Vorsitzende der Kommission:**

Prof. Dr. Alexa Franke

Professorin für Rehabilitationspsychologie an der Universität Dortmund

**Stellvertretender Vorsitzender der Kommission:**

Prof. Dr. Horst Bossong

Professor für Verwaltungswissenschaften, insbesondere Sozialverwaltung, an der Universität Essen

---

**Kommissionsmitglieder:**

Prof. Dr. Gundula Barsch

Professorin mit dem Schwerpunkt Drogen und soziale Arbeit an der Fachhochschule Merseburg Privatdozentin am Institut für Sozialpädagogik der Technischen Universität Berlin

Prof. Dr. Thomas Feltes

Rechts- und Erziehungswissenschaftler, Rektor an der Hochschule für Polizei in Villingen-Schwenningen; Vertretung des Lehrstuhls für Kriminologie an der juristischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum

Prof. Dr. med. Felix Gutzwiller

Direktor des Instituts für Sozial- und Präventionsmedizin der Universität Zürich

Prof. Dr. Cornelia Helfferich

Professorin für Soziologie an der Evangelischen Fachhochschule - Hochschule für Soziale Arbeit, Diakonie und Religionspädagogik Freiburg

Oberstaatsanwalt Dr. Harald-Hans Körner

Leiter der Zentralstelle für die Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität (ZfB) bei der Generalstaatsanwaltschaft beim Oberlandesgericht Frankfurt am Main

Prof. Dr. Karl-Artur Kovar

Geschäftsführender Direktor des Pharmazeutischen Institutes an der Universität Tübingen

Prof. Dr. Karl Mann

Lehrstuhl für Suchtforschung Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim Universität Heidelberg

Prof. Dr. Karl-Heinz Reuband

Professor für Soziologie, Methoden der empirischen Sozialforschung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Prof. Dr. Rainer K. Silbereisen

Professor für Entwicklungspsychologie, Friedrich-Schiller-Universität Jena und Adjunct Professor of Human Development and Family Studies, The Pennsylvania State University, USA

Prof. Dr. Klaus Wanke

Prof. an der Universitätsnerven- und Poliklinik, Bereich Psychiatrie des Saarlandes in Homburg/Saar

<sup>2</sup> Stellungnahme der Drogen- und Suchtkommission zur Verbesserung der Suchtprävention (pdf-Datei 1,1 MB)

<http://www.bmggesundheit.de/themen/drogen/info/stellungnahme.pdf>

<sup>3</sup> Politik der Bundesregierung sieht sich durch das Votum der Drogen- und Suchtkommission bestätigt

<http://www.bmggesundheit.de/themen/drogen/pm/040602.htm>

<sup>4</sup> Pschyrembel – Medizinisches Wörterbuch (1993, 257. Auflage), Berlin, S. 1487

<sup>5</sup> Im „Drogen- und Suchtbericht“ der Drogenbeauftragten der Bundesregierung vom Mai 2002 erscheint der Begriff *Sucht* dreimal häufiger als der Begriff *Abhängigkeit*. Auch der Begriff *Suchterkrankung* kommt wesentlich häufiger vor als der Begriff *Drogenabhängigkeit* (Häufigkeiten im einzelnen: *Sucht*: 58; *Abhängigkeit*: 17; *Suchterkrankung*: 11; *Drogenabhängigkeit*: 7). Der „Drogen- und Suchtbericht“ ist im Internet abrufbar unter der Adresse:

<http://www.bmggesundheit.de/themen/drogen/bericht/drogenundsuchtbericht.pdf>

<sup>6</sup> Duden – Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache (1989), Mannheim, S. 725

<sup>7</sup> Schmidt, V. (1998): ‚Alte‘ Politik gegen ‚neue‘ Drogen? Deutungsmuster in der Drogenpolitischen Debatte – die Beispiele Cannabis und Ecstasy. Eine Inhaltsanalyse der bundesdeutschen Tages- und Wochenpresse 1967-1972 und 1992-1997, Berlin, S. 34 ff.

<sup>8</sup> WHO EXPERT COMMITTEE ON ADDICTION-PRODUCING DRUGS (1952): WHO Technical Series, 3. Report, Genf

<sup>9</sup> Scheerer, S. (1995): rororo special: Sucht, Reinbek, S. 14

<sup>10</sup> WHO EXPERT COMMITTEE ON ADDICTION-PRODUCING DRUGS (1964): WHO Technical Series, 14. Report, Genf

<sup>11</sup> Scheerer, S./Vogt, I. (Hg.) (1989): Drogen und Drogenpolitik. Ein Handbuch, Frankfurt a.M. und New York, S. 14 f.; Vgl.: <http://www.bisd.ro.uni-bremen.de/quensel/Internet%20Reader/kiffen.pdf>

<sup>12</sup> Gemäß ICD-10-Richtlinien, veröffentlicht durch die WHO unter dem Titel International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Volume 3, 1994 © World Health Organization 1994 (Volume 3)

<sup>13</sup> Soellner, R. (2000): Abhängig von Haschisch? Cannabiskonsum und psychosoziale Gesundheit, Bern, S. 55 f.

<sup>14</sup> Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz – BtMG)

<http://www.eve-rave.net/abfahrer/download/eve-rave/btm10.pdf>

- 
- <sup>15</sup> Mit dem Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vom 9. September 1992 wurde § 29 BtMG wie folgt geändert: An Absatz 1 wird folgender Absatz 2 angefügt: „Die Abgabe von sterilen Einmalspritzen an Betäubungsmittelabhängige stellt kein Verschaffen von Gelegenheit zum Verbrauch im Sinne von Satz 1 Nr. 10 dar.“  
<http://www.eve-rave.net/abfahrer/download/eve-rave/aendges1.pdf>
- <sup>16</sup> Der § 10 a (Erlaubnis für den Betrieb von Konsumräumen) wurde mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (Drittes BtMG-Änderungsgesetz – 3. BtMG-ÄndG) vom 28. März 2000 eingeführt und trat am 1. April 2000 in Kraft.  
<http://www.eve-rave.net/abfahrer/download/eve-rave/aendges3.pdf>
- <sup>17</sup> § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10: Mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer einem anderen eine Gelegenheit zum unbefugten Erwerb oder zur unbefugten Abgabe von Betäubungsmitteln verschafft oder gewährt, eine solche Gelegenheit öffentlich oder eigennützig mitteilt oder einen anderen zum unbefugten Verbrauch von Betäubungsmitteln verleitet.  
§ 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11: Mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer ohne Erlaubnis nach § 10 a einem anderen eine Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch von Betäubungsmitteln verschafft oder gewährt, oder wer eine außerhalb einer Einrichtung nach § 10 a bestehende Gelegenheit zu einem solchen Verbrauch eigennützig oder öffentlich mitteilt.
- <sup>18</sup> Eve & Rave e.V. Berlin ist ein Verein zur Förderung der Party- und Technokultur und zur Minderung der Drogenproblematik. Eve & Rave führte in Berlin in den Jahren 1995/96 ein Drug-Checking-Programm durch. Aufgrund einer Anzeige von Amts wegen ermittelte die Staatsanwaltschaft gegen drei Mitglieder des Vereins wegen unerlaubten Inverkehrbringens von Betäubungsmitteln. Amtsgericht und Landgericht lehnten jedoch die Eröffnung eines Hauptverfahrens in dieser Sache aus rechtlichen Gründen ab und die den Beschuldigten entstandenen Kosten wurden dem Land Berlin auferlegt. Die Gerichte konnten keinen Verstoß gegen betäubungsmittelrechtliche Vorschriften erkennen.  
Eine Chronologie der staatlichen Repressionsmaßnahmen gegen das Drug-Checking-Programm von Eve & Rave in Berlin ist detailliert mit allen Einzelheiten und Angaben aller Aktenzeichen im „Vereinskonzept und Tätigkeitsbericht“ vom Januar 2000 beschrieben [S. 25-36]:  
[http://www.eve-rave.net/abfahrer/download/eve-rave/bericht\\_2000.pdf](http://www.eve-rave.net/abfahrer/download/eve-rave/bericht_2000.pdf)  
Im „Drug-Checking-Konzept für die Bundesrepublik Deutschland“ vom Techno-Netzwerk Berlin (erarbeitet im Jahr 1999 für das Bundesministerium für Gesundheit) sind diverse Drug-Checking-Modelle im internationalen Vergleich sowie ein konzeptioneller Vorschlag zur Durchführung von Drug-Checking in Deutschland dargestellt:  
[http://www.eve-rave.net/abfahrer/download/eve-rave/dcm\\_april.pdf](http://www.eve-rave.net/abfahrer/download/eve-rave/dcm_april.pdf)  
„26 Fragen und Antworten zu Ecstasy und Drug-Checking“ – Kleine Anfrage zu Ecstasy von H. Hüppe und W. Lohmann und der CDU/CSU-Bundestagsfraktion zum oben genannten „Drug-Checking-Konzept; Antwort vom 4. Januar 2000 von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung; Text der vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eingereichten Stellungnahme vom 18. Januar 2000 zur kleinen Anfrage; Fußnotenkommentare von Hans Cousto / Eve & Rave  
[http://www.eve-rave.net/abfahrer/download/eve-rave/bt\\_drs\\_14\\_2392.pdf](http://www.eve-rave.net/abfahrer/download/eve-rave/bt_drs_14_2392.pdf)  
Die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. und Eve & Rave e.V. Berlin sind zwei Organisationen, die in ihrer präventiven Arbeit aufgrund einer repressiven Gesetzgebung durch staatliche Organe behindert wurden. Die Behinderungen beider Organisationen fanden Eingang im Bericht der Drogen- und Suchtkommission und wurden dort moniert. Die AIDS-Hilfe und Eve & Rave sind die einzigen nicht staatlichen Organisationen, die im Bericht der Drogen- und Suchtkommission namentlich genannt werden.
- <sup>19</sup> Mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (3. BtMG-ÄndG) vom 28. März 2000 wurden u.a. die Nr. 10, 11, 13 und 14 in § 29 Absatz 1 Satz 1 neu gefaßt und verschärft.  
<http://www.eve-rave.net/abfahrer/download/eve-rave/aendges3.pdf>
- <sup>20</sup> Gudrun Schaich-Walch (SPD) ist seit 1990 Mitglied des Deutschen Bundestages und seit dem 22. Januar 2001 parlamentarische Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Gesundheit. Von 1990 bis 1997 war Schaich-Walch stellvertretende drogenpolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion, 1997 bis 1998 stellvertretende, ab 1998 bis 2000 gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion. Der Text „Grundzüge sozialdemokratischer Drogenpolitik“ erschien in Band IX „Heraus aus der Sackgasse – Neue Wege in der Drogenpolitik“ der Schriftenreihe Jugendpolitik, herausgegeben in Bonn im Jahre 1995 von der „Kommission Jugend“ des SPD-Parteivorstandes.