

Niermann: Wir haben uns bisher immer an den Grundsatz gehalten, daß es keine spezielle Friedensethik der Militärseelsorge gibt. Es ist Aufgabe der Militärseelsorger, die Soldaten unverkürzt und verlässlich über die friedensethischen Positionen, Entwicklungen und Tendenzen im deutschen Katholizismus zu informieren und auf der Grundlage kirchlicher Friedenslehre einen Beitrag zur Urteilsfindung und Gewissensbildung derer zu leisten, die ihm als Seelsorger anvertraut sind. Wenn wir vom Soldaten erwarten, daß er sich auch ein ethisches Urteil bildet, muß er wissen, was in seiner Kirche in Sachen Friedenslehre und Friedenspraxis geschieht. Auf diese Weise leisten wir auch einen Beitrag dazu, daß die Militärseelsorge sich nicht von der Gesamtpastoral abkoppelt und zu einem Hort von friedensethischen Sondermeinungen wird, die von der Kirche vielleicht gerade noch toleriert werden können.

HK: Welche Resonanz findet heute die Militärseelsorge, wenn sie friedensethische Positionen und Diskussionen aus dem kirchlich-theologischen Raum den Soldaten nahebringen möchte?

Niermann: Vielleicht ist die Zeit vorbei, in der viele Soldaten sehr wach friedensethische Entwicklungen und Auseinandersetzungen in der katholischen oder evangelischen Kirche verfolgt haben. Die Aufmerksamkeit war in den Jahren besonders groß, in denen auch das Hirtenwort der deutschen Bischöfe entstand. Heute ist eher eine gewisse Sättigung zu beobachten. Die Frage, wie die Kirche zu Auslandseinsätzen steht, wird von Soldaten zwar gestellt, ist aber nicht so beherrschend wie seinerzeit das Thema Nachrüstung bzw. nukleare Abschreckung überhaupt.

HK: Und wie verträgt sich die Militärseelsorge mit den

Gruppen und Strömungen im deutschen Katholizismus, die schon in der Friedensdiskussion der achtziger Jahre von der Mehrheitsmeinung abweichende Positionen vertreten haben und auch derzeit Kritik an der Entwicklung der deutschen Sicherheitspolitik üben?

Niermann: Während meiner ganzen Amtszeit war mir ein wichtiges Anliegen, nie den Kontakt zu denjenigen zu verlieren, die aus Evangelium und kirchlicher Lehre bezüglich der Friedenssicherung und Friedensförderung andere Konsequenzen ziehen als beispielsweise die Militärseelsorge. Die deutschen Bischöfe haben beim ersten Aufkommen innerkirchlicher Auseinandersetzungen um die Friedensfrage Anfang der 70er Jahre einen eigenen Ausschuß „Dienste für den Frieden“ gegründet, in dem die Spitzen aller Organisationen vertreten sind, die sich um die Begleitung junger Menschen in den staatlichen Pflichtdiensten (Wehrdienst, Zivildienst) bemühen und praktisch tätig sind. Ich nenne beispielsweise Pax Christi, die Gemeinschaft Katholischer Soldaten, Verbände der Zivildienstleistenden und die Zivildienstseelsorge. Dieser Ausschuß existiert noch heute im Rahmen der Deutschen Kommission Justitia et Pax. Er hat dazu beigetragen, durch menschliches Kennenlernen, offene Gespräche und Vertrauensbildung den Respekt vor den Positionen der jeweils anderen zu fördern und damit für die Einheit der Kirche einzutreten. Diese Arbeit hat funktioniert, nicht zuletzt auf der Grundlage des Würzburger Synodenbeschlusses mit seinem Versuch, die verschiedenen Dienste für den Frieden einander zuzuordnen. Was damals beschlossen wurde, ist heute noch wirksam und könnte es uns ermöglichen, auch neue Konflikte um die kirchliche Friedensethik und ihre Anwendung auf gewandelte Verhältnisse auszuhalten und aufzufangen.

# Der Wahn absoluter Lösungen

## Thesen zur Neuorientierung der Drogenpolitik und Drogenhilfe

*Die Diskussion um die „richtige“ Drogenpolitik ist durch Extreme und die massive Verdrängung gesellschaftlicher Realitäten gekennzeichnet. Bernhard Schmidtbreich, Leiter des Referates Gefährdetenhilfe des Deutschen Caritasverbandes, mahnt in seinen Thesen demgegenüber zu mehr Bescheidenheit in Drogenpolitik und Drogenhilfe. Vor allem aber müsse sich bei den politisch Verantwortlichen ebenso wie in der Bevölkerung die Erkenntnis durchsetzen, daß Drogenabhängigkeit eine Krankheit sei.*

1. *Die ganze Wahrheit akzeptieren:* Vor fast 30 Jahren begann mit dem Gebrauch von Haschisch, LSD und Opium-Tinktur die Renaissance der sogenannten illegalen Drogen. Damit waren nur wenige Jahre einer trügerischen „Ruhe“ in der Drogenproblematik beendet. Morphinismus war bis in die 60er Jahre unter Ärzten und Pflegepersonal weit verbreitet. Das gleiche gilt für die Zeit vor und nach dem Ersten Weltkrieg. Ende der 20er Jahre schätzte man, daß jeder hun-

dertste Arzt im Deutschen Reich morphiumsüchtig war. Zudem gab es in den 20er Jahren, mindestens in den deutschen Großstädten, eine riesige Zahl von Kokain-Konsumenten und Kokain-Abhängigen, insbesondere im Milieu der sogenannten Halbwelt. Allein in Berlin, man nannte die Stadt damals auch Reichshauptstadt des Kokains, schätzte man zwischen 10 000 und 20 000 Kokser.

Dieser Rückblick macht deutlich, daß unsere heutigen Dro-

genprobleme weder neu noch einmalig sind. Das gleiche gilt auch für alle Problemlösungsstrategien, die wir in den Begriffen Drogenpolitik und Drogenhilfe zusammengefaßt haben. Unsere heutige Drogenpolitik steckt genauso voller Irrungen und Wirrungen wie ihre historischen Vorläufer. Wir könnten uns viele der schrillen und maßlosen Töne heutiger Drogenpolitik ersparen, wenn wir öfter und genauer zurückblicken würden auf frühere Entwicklungen und die damaligen Aktionen, mit denen man darauf reagierte.

---

## Die heutigen Drogenprobleme sind nicht neu

---

Weder unsere heutige Drogenpolitik, noch unsere Drogenhilfe und Drogentherapie sind so originell, so fortschrittlich oder gar so hilfreich, wie wir uns das oft einbilden. Andererseits sind aber auch weder unsere Drogenpolitik noch unsere Drogenhilfe so schlecht und so wenig effektiv, wie wir und andere das oft glauben oder behaupten. Warum denken und diskutieren wir beim Thema Drogen derart extremistisch und fundamentalistisch? Freigabe von Drogen oder nicht Freigabe, gescheitert oder nicht gescheitert, ja oder nein, schwarz oder weiß? Ist das Drogenproblem zu bunt geworden und reduzieren wir es um unseres emotionalen Haushalts willen auf die Kategorien Schwarz und Weiß?

Wir diskutieren deshalb in Extremen, weil wir es mit einem stark *emotional besetzten* Thema zu tun haben: Wir sind schlicht Teil des Problems! Emotional so stark besetzte Themen sind immer ein Hinweis auf eine selektive Wahrnehmung und auf eine Verdrängung anderer Themen, die wesentlich unangenehmer wären, wenn wir uns darauf einlassen würden. Wir sind Teil einer Gesellschaft, die sich sehr intensiv und eigenartig mit dem Problem der illegalen Drogen befaßt.

Wir befassen uns mit den 150 000 Drogenabhängigen und übersehen und verdrängen die weit über 3 Millionen Alkohol- und Medikamentenabhängigen. Und das ist noch nicht die komplette Verdrängungsleistung. Da sind noch die etwa 10 Millionen Nikotinabhängigen; von ihnen sterben 80 000 bis 140 000 pro Jahr. In einer Woche sterben mehr Menschen an den Folgen ihrer Nikotinabhängigkeit, als es Drogentote im ganzen Jahr gibt. Wir blenden das aus, weil wir alle mitbeteiligt sind, als Konsumenten oder als Abhängige. Wenn jeder 15. Erwachsene alkohol- oder medikamentenabhängig und jeder fünfte Erwachsene nikotinabhängig ist, müssen diese ja irgendwo zu finden sein.

2. *Das Drogenproblem ist nicht lösbar*: Es gibt keine Lösung des Drogenproblems im Sinne des Verschwindens der Abhängigkeit von illegalen oder legalen Substanzen aus unserer Gesellschaft. Es kann nur um Eingrenzung des Problems, um die Milderung der Folgen für die Allgemeinheit und um Linderung oder Heilung für die betroffenen Menschen gehen. Wir müssen uns von der Vorstellung verabschieden, daß Suchtmittel aus unserer Gesellschaft entfernt werden können. Suchtmittel sind unlösbarer Teil dieser Gesellschaft,

und wenn wir genau hinschauen, so tragen sie neben dem unendlichen Leid, das sie bringen, auch zum Funktionieren dieser Gesellschaft bei.

Statt gegen die Suchtmittel zu kämpfen, sollten wir versuchen, ihre *Funktion für unsere Gesellschaft* zu begreifen. Wir sollten zur Kenntnis nehmen, daß es zwischen der Existenz von Suchtmitteln auf der einen Seite und der Suchtmittelabhängigkeit auf der anderen Seite eine Vielzahl von Varianten des Umgangs mit Drogen gibt: Gelegentlicher Gebrauch und Konsum, Dauergebrauch, Mißbrauch. Niemand beginnt den Suchtmittelgebrauch, um Diplom-Fixer oder Diplom-Alkoholiker zu werden, und immer noch werden die meisten Menschen, die anfangen, Suchtmittel zu gebrauchen, nicht abhängig. Wir denken und werten zu sehr von unserer Problemsicht des Endzustandes aus und stellen Kausalitäten her, die es nicht gibt. Fast jeder Heroinabhängige hat vorher Alkohol getrunken, Zigaretten geraucht oder Haschisch probiert. Aber: Nicht jeder der Alkohol trinkt, wird heroinabhängig, genausowenig wie jeder heroinabhängig wird, der Zigaretten raucht oder Cannabis konsumiert.

Menschen mit Drogenproblemen haben, wenn wir genau hinsehen und unseren Blick nicht auf die Drogen oder das Defizit begrenzen, eine erstaunliche Fähigkeit zur *Selbstorganisation* und Kompetenzen zur Lebensbewältigung. Das gleiche gilt auch für das sie umgebende System. Es gibt in diesem System eben nicht nur die Abhängigkeit und die Co-Abhängigkeit. Wir nehmen diese Fähigkeiten nicht wahr, weil die Art der Lebensbewältigung uns fremd ist und wir die Ergebnisse als destruktiv erleben. Wir können die Fähigkeiten des Fixers zum täglichen Überleben und zur Organisation seiner Sucht gedanklich nicht abkoppeln von der negativen Zielsetzung und den krankheitserhaltenden Ergebnissen. Wir sollten aber lernen, daß fehlgeleitete Fähigkeiten und Kompetenzen noch nicht die Fähigkeiten und Kompetenzen an sich in Frage stellen.

---

## Weg von der Machtausübung durch Definition und Diagnose

---

Für die Drogenpolitik und Drogenhilfe bedeutet das zunächst *mehr Bescheidenheit*. Wir müssen den Wahn der absoluten Lösungen aufgeben zugunsten von realistischen und *pragmatischen Hilfesritten*, die ein Leben und Überleben in einer unvollkommenen Gesellschaft ermöglichen. Ob dieses Leben oder Überleben zeitweise mit oder ohne Drogen stattfindet, ist dann eher zweitrangig. Wir könnten dann auch den drogenabhängigen Menschen mit etwas mehr professioneller Bescheidenheit begegnen und deren Fähigkeiten und Kompetenzen zum Leben und Überleben wahrnehmen und unterstützen. Wir müssen dann aber auch weg von der so sehr verinnerlichten *Machtausübung* durch Definition und Diagnose und müssen hin zu dialogischen Lösungsansätzen. Dabei hat dann der Helfer nicht die Aufgabe, die Verantwortung für den Hilfesuchenden zu übernehmen, sozusagen eine schleichende Entmündigung einzuleiten.

3. *Drogenabhängigkeit ist Krankheit*: Menschen, die abhängig von Suchtmitteln sind, können ihr Leben in diesem Bereich nicht mehr eigenständig und selbstverantwortlich steuern. Zwischen der Gruppe von Menschen mit Suchtmittelabhängigkeit und einer ähnlich großen Zahl von Menschen, die ihr Leben völlig suchtmittelfrei, also ohne jede chemische Manipulation der Hirnfunktionen, gestalten können, gibt es 80 bis 90 Prozent der Erwachsenen, die mehr oder weniger sinnvoll mit Suchtsubstanzen umgehen können.

## Gesetze und Appelle bleiben gegenüber der Sucht wirkungslos

Diese Mehrheit hat nun die fatale Angewohnheit, die relativ kleine Gruppe der sich anders Verhaltenden mit negativen Begriffen zu belegen und sie damit unter anderem auch auszugrenzen. Menschen, die suchtmittelfrei leben, werden etwa als Abstinenzler, als Sektierer, als genuß- und lebensfeindlich diffamiert. Abhängige von Suchtmitteln wiederum werden als haltlos, willensschwach, lasterhaft und kriminell bezeichnet.

Vor mehr als einem Vierteljahrhundert wurde das berühmte Urteil des Bundessozialgerichts verkündet, in dem die Sucht als eine *eigenständige Erkrankung* gewertet wurde. Vor dieser Zeit galten rechtlich nur die körperlichen oder psychischen Folgen einer Sucht als Krankheit, nicht die Sucht an sich. Das Bundessozialgericht hat 1968 nicht nur eine Betriebskrankenkasse dazu verurteilt, die Kosten zur Durchführung einer Alkoholbehandlung zu tragen, sondern es hat auch die Ärzte und die Gesellschaft insgesamt dazu verurteilt, die Sucht als Krankheit anzusehen und anzuerkennen. Obwohl diesem Urteil mehr als 30 Jahre wissenschaftlicher Konsens vorausgingen, daß Suchtmittelabhängigkeit Krankheit ist, war es damals nicht selbstverständlich.

Auch heute sind wir in der Bewertung der Sucht und der Einstellung zum suchtkranken Menschen nicht viel weiter. Wie könnte es sonst sein, daß wir immer noch hartnäckig daran festhalten, die Krankheit Drogenabhängigkeit mit *Strafe* positiv beeinflussen zu wollen? Sucht ist eine Krankheit und Krankheiten sind weder durch Appelle noch durch Gesetze zu beeinflussen oder gar zu heilen. Kein vernünftiger Mensch käme auf den Gedanken, per Gesetz die inneren Stimmen bei einer Psychose zu verbieten oder den Husten bei einer Tuberkulose.

Wenn es so ist, daß Krankheiten nicht durch Gesetze oder Verordnungen zu kurieren sind, sondern nur durch Therapie und geduldige Einflußnahme, dann könnte diese Erkenntnis auch dazu beitragen, unsere merkwürdige Resistenz gegen die höchstrichterliche Rechtsprechung, daß Sucht eine Krankheit ist, zu erklären. Der Richterspruch von 1968 hat eben nicht die Einstellung der Bevölkerung als ganzer und auch nicht die der Ärzte und Therapeuten sozusagen über Nacht umgestellt: Von lasterhaft und willensschwach auf krank und hilfebedürftig.

Sowenig Krankheiten durch Strafandrohungen zu beeinflus-

sen sind, so wenig sind innere Einstellungen durch höchstrichterliche Urteile zu erzwingen. Wenn auf der einen Seite Krankheit eine langfristige Prävention und geduldige Therapie verlangt, so können auf der anderen Seite nur *permanente Aufklärung* und individuelle Einflußnahme die Einstellung der Gesellschaft zur Drogenabhängigkeit als Krankheit erreichen.

4. *Drogenabhängigkeit ist akut behandlungsbedürftig*: Drogenabhängigkeit ist eine schwere Erkrankung, oft mit letalem Ausgang. Diese Krankheit ist akut behandlungsbedürftig, sowohl in bezug auf die *Krankheitslinderung* als auch in bezug auf die *gesundheitliche Stabilisierung* und in bezug auf die *Heilung* im Sinne einer Überwindung der Abhängigkeit. Mit dieser akuten Behandlungsbedürftigkeit vertragen sich prinzipiell schlecht stationäre und neuerdings auch ambulante Behandlungen, die – beruhend auf einem längst überholten Kurverständnis – als Rehabilitationsmaßnahmen mit umständlichen Antragsverfahren, langen Bearbeitungszeiten und ebenso langen Wartezeiten vor der Aufnahme in die Therapieeinrichtungen durchgeführt werden. Suchterkrankungen sind im Kur- und Rehabilitationsbereich fehlplaziert. Rehabilitation ist immer geplante Maßnahme mit einem systemimmanent hohen Grad an *Unflexibilität*. Damit kann diese nur im Ausnahmefall oder in Teilbereichen die Hilfe der Wahl sein für das höchst dynamische

## edition ■ psychosozial

H. Kantenich u.a. (Hg.):

### Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe

Beiträge der Jahrestagung 1994/95

Originalausgabe 1995  
Erscheinungstermin: Juli '95  
ca. 245 Seiten, 68.-DM  
ISBN 3-930096-

H. Kantenich u.a. (Hg.)

### Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe

edition  
psychosozial

*G. Schmidt*: Lustlosigkeit. Gesellschaftliche und klinische Aspekte • *V. Frick-Bruder*: Widerstände gegenüber der Sexualität älterer Menschen • *S. Höck*: Betreuung von Eltern frühgeborener Kinder • *M. Berger*: Adoptiveltern und ihre Kinder • *H. Richter-Appelt*: Ärztlicher Umgang mit sexuellem Mißbrauch • *P. Platz*: Das Beenden scheinbar erfolgloser Behandlungen • *W. Braendle*: Kritik neuerer Techniken in der Reproduktionsmedizin • *P. Petersen*: Mütterlicher Hirntod und Schwangerschaft • *S. Würz-Kleist u.a.*: Als Psychologin an einer Frauenklinik •

**Psychosozial-Verlag, Friedrichstraße 35, 35392 Gießen**

Krankheitsgeschehen einer Drogenabhängigkeit. Die in der Praxis fast vollständige Zuordnung der Suchterkrankung zur Rehabilitation ist kein Zufall, sondern ein *Produkt der historischen Entwicklung*: Die Therapie Drogenabhängiger ist entstanden aus der Trinkerrettung und der Trinkerfürsorge, die in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ihren Anfang im wesentlichen in kirchlichen Einrichtungen und Organisationen genommen hat.

Die Medizin hat die Krankheit „Trunksucht“ weitgehend ignoriert. Bis weit in die 70er Jahre dieses Jahrhunderts hatte der Satz des Tübinger Psychiaters *Walter Schulte* aus dem Jahre 1964 Gültigkeit: „Der Arzt geht Mißbrauchtreibenden und Süchtigen aus dem Wege.“ Die ärztliche Mitverantwortung für die Suchterkrankungen und die medizinische Ergänzung des bestehenden Hilfesystems sind jedoch unverzichtbar. Die Drogenhilfe muß verantwortlich eingebunden sein in die Strukturen eines auch die soziale Dimension von Krankheit umfassenden Gesundheitssystems. Die *soziale Dimension* jetziger Drogenhilfe wäre eine große Bereicherung für unser Gesundheitssystem. Umgekehrt ergäbe die einzufordernde medizinische Mitverantwortung und ärztliche Mitwirkung in der Behandlung suchtkranker Menschen eine neue Hilfedimension. Diese Forderung nach ärztlicher Mitverantwortung und Einbindung ist die logische Folge des Urteils von 1968 und die logische Folge eines wachsenden Verständnisses der Drogenabhängigkeit als Krankheit.

---

## Immer noch dominiert der Fürsorge- und Erziehungsgedanke

---

Wir befinden uns in dem eigenartigen Zustand, seit über 25 Jahren eine Krankheit *als Massenphänomen* zu haben, die in ihrem Kernbereich im wesentlichen nicht von Ärzten, sondern von Sozialarbeitern und Psychologen behandelt wird. Diese sind zwar in der Suchtbehandlung sehr erfolgreich, jedoch für die Therapie kranker Menschen gesetzlich nicht zugelassen. Die Ärzte, insbesondere die niedergelassenen Ärzte, halten sich jedoch, abgesehen von der Behandlung der Begleit- und Folgekrankheiten und der akuten Intoxikationen, aus der Therapie Suchtkranker heraus. Diese mangelnde Akzeptanz des Bundessozialgerichtsurteils von 1968, das zwar den Paradigmenwechsel gesetzlich verordnete, diesen jedoch nicht, weder bei den Ärzten noch bei den Drogentherapeuten, gedanklich und in der Handlungskonsequenz zu erzwingen vermochte, ist auch in der Drogenhilfe deutlich spürbar.

Die Drogenhilfe ist bis heute von ihren fürsorgerischen und erzieherischen Wurzeln im Denken und Handeln geprägt und nicht von einem Krankheitsverständnis der Abhängigkeit. Dem fürsorgerischen und erzieherischen Denken steht ein bewußt ganzheitlicher, von einem absolut gesetzten Ideal geprägter Hilfeansatz nahe. Von dort ist es dann nicht weit zur Grundsätzlichkeit und zur Ideologie. Das lange Jahre geltende Paradigma der Suchtkrankenhilfe, daß dem Ziel

der absoluten *Suchtmittelabstinenz* alle anderen Aspekte nachzuordnen sind, ist nur auf diesem Hintergrund zu verstehen.

Diese Denk- und Handlungstradition hat jedoch nicht nur zu einer selektiven Wahrnehmung, sondern, viel schlimmer, zur *Selektion der Hilfesuchenden* geführt. Wer diesem Ideal nicht entsprach oder auf dem Weg dorthin nicht geradlinig zu folgen vermochte, wurde aus dem Hilfesystem ausgegliedert oder gar nicht erst hineingenommen. Das hieß dann und heißt es vielfach bis heute: Er oder sie ist noch nicht soweit; er oder sie ist noch nicht motiviert oder nicht richtig motiviert; er oder sie ist noch nicht weit genug unten im körperlichen und sozialen Elend.

Einer solchen Denktradition waren ein pragmatisches Vorgehen in kleinen Schritten und Teilziele – wie Überleben, soziale und gesundheitliche Stabilisierung oder Schadensbegrenzung – weitgehend fremd. Daß die Sozialarbeit schon Jahrzehnte vorher postuliert hatte, der Klient müsse dort abgeholt werden, wo er sich befindet und er müsse so angenommen werden, wie er kommt und wie er ist, wurde in der Suchtkrankenhilfe schlicht ausgeblendet oder überlagert durch das alles beherrschende Ziel der Abstinenz. Dieses Ausblenden von Realitäten, diese *Ablehnung jeder Krankheitslinderung* zugunsten des hehren und einzigen Ziels der Krankheitsheilung war besonders gut zu beobachten in der über 20 Jahre dauernden Methadondiskussion in Deutschland, die von vielen mit Recht als ein Glaubenskrieg gekennzeichnet wurde.

5. *Risikominimierung und Krankheitslinderung ist Drogenhilfe*: Wir müssen in der Drogenpolitik und in der Drogenhilfe sowohl unsere Ziele als auch unsere Handlungsschritte konkret auf die Situation, die Bedürfnisse und die Fähigkeiten der drogenabhängigen Menschen und ihrer sozialen Beziehungsgeflechte ausrichten. Ein solches Vorgehen würde der Erkenntnis folgen, daß es einen bedeutenden Abstand gibt zwischen dem Ideal der erwünschten Suchtmittelfreiheit und der Wirklichkeit der Suchtmittelabhängigkeit, zwischen dem weitgehenden gesellschaftlichen Konsens über den Nichtgebrauch von Drogen und der Realität von 150 000 Drogenabhängigen. Dieser Unterschied zwischen Anspruch und Wirklichkeit ist auch durch sittlich-moralischen und juristischen Druck nicht überbrückbar.

Es kann also nicht um „Suchtmittelfreiheit um jeden Preis“ gehen. Die Grenzlinie einer solchen Haltung könnte mit der Markierung „mehr nutzen als schaden“ gekennzeichnet werden. Daher befürwortet z. B. der Deutsche Caritasverband ausdrücklich die Substitution von Heroin durch Methadon, da diese Substitution zur gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung beitragen kann, und damit auch die Voraussetzung geschaffen wird für einen weiteren Weg in die Drogenfreiheit. Unter dem Aspekt der Linderung, der Risikominimierung und der gesundheitlichen Stabilisierung ist auch die Einrichtung von Räumen für den Drogengebrauch zu sehen. Bei solchen *Konsumräumen* ist zwischen zwei sich widersprechenden Grundauffassungen abzuwägen: Einerseits gibt

es die Annahme, daß durch die Einrichtung entsprechender Räume zum Drogengebrauch eine prinzipiell unerwünschte Suchterhaltung gefördert wird und es damit zu einer Leidensverlängerung für die Abhängigen und deren Angehörigen kommen kann. Gleichzeitig könnte die Einrichtung von Konsumräumen als Ermöglichung der Drogeneinnahme und damit als ein *Signal zur Billigung* des Drogengebrauchs verstanden werden – mit negativen Auswirkungen auf die Drogenprävention.

Andererseits steht diesen vermuteten Annahmen die Wirklichkeit mit der real vorhandenen *Verelendung* der Abhängigen, den hohen gesundheitlichen Risiken eines unter unhygienischen Bedingungen stattfindenden Drogengebrauchs gegenüber, einschließlich der hohen Mortalität der Drogenabhängigen. Zusätzlich zeigen die Erfahrungen mit verschiedenen Formen niedrigschwelliger Drogenhilfe und mit der psychosozial begleiteten Methadonsubstitution, daß durch die sich ergebenden Kontakte zwischen Helfern und Abhängigen eine tragfähige Beziehung hergestellt werden kann mit Einwirkungsmöglichkeiten in Richtung auf ein drogenfreies Leben.

Unter sorgfältiger Prüfung und Abwägung dieser Gesichtspunkte ist eine Entscheidung zugunsten der Linderung der Not der drogenabhängigen Menschen nicht nur sinnvoll, sondern *ethisch geboten*. Der Drogengebrauch würde damit nicht gebilligt. Es wäre lediglich eine konsequente Weiterentwicklung des Hilfeangebotes, wenn Möglichkeiten zur Drogeneinnahme unter gesundheitlichen und sozial stabilisierenden Bedingungen geschaffen würden. Auch die Abgabe von Originalstoffen, also z. B. Heroin oder Kokain, an Schwerstabhängige muß in diesem Kontext und unter Beibehaltung der Ziele: 1. Verhinderung jeder Verschärfung der Lebenssituation der Abhängigen und 2. Mobilisierung aller Hilfen zur Überwindung der Abhängigkeit, nüchtern und ethisch verantwortlich erörtert werden.

Eine Drogenabgabe, und damit eine Aufrechterhaltung der Abhängigkeit kann nur als *ultima ratio* in Frage kommen. Es müssen vorher alle anderen Möglichkeiten der Hilfe geschaffen und angeboten werden. Dazu gehören nicht nur differenzierte Entgiftungs- und Entwöhnungsmöglichkeiten und alle Formen niedrigschwelliger Hilfen einschließlich der Substitution mit Methadon und anderen Stoffen, sondern auch Wohnmöglichkeiten und Arbeitshilfen. Das bedeutet, daß drei grundsätzliche Voraussetzungen für eine staatlich genehmigte Abgabe von Originalstoffen vorliegen müssen:

A: Alle anderen Hilfen müssen real vorhanden und als Möglichkeit ausgeschöpft sein. Heroinabgabe darf also nicht Ersatz sein für fehlende differenzierte Hilfen und Einrichtungen zur Behandlung der Abhängigkeit. Heroin darf auch nicht das ruhigstellende Äquivalent sein zur nicht vorhandenen Wohnung oder Arbeit.

B: Es muß eine *eindeutige individuelle Indikation* vorliegen. Also zum Beispiel eine schwere Abhängigkeit, wie sie diagnostisch in der von der Weltgesundheitsorganisation verbindlich geregelten internationalen Klassifikation psychischer Störungen beschrieben ist. Ergänzend muß eine Min-

destdauer der Manifestation dieser Abhängigkeit und ein Mindestlebensalter festgelegt werden.

C: Es muß individuell sichergestellt sein, daß die Maßnahme dem Grundsatz: „mehr nutzen als schaden“ nicht widerspricht.

Die Überprüfung dieser Voraussetzungen und die anschließende Genehmigung der Originalstoffabgabe könnte durch eine *Ethikkommission* erfolgen, die aus Delegierten der örtlichen Ärztekammer und der örtlichen Drogenhilfeträger gebildet werden könnte. Die Bundesregierung wäre gut beraten, eine derartige hochschwellige Regelung möglichst rasch in ein geordnetes Gesetzgebungsverfahren einzubringen, um den weniger gesundheitspolitischen als ordnungs- und finanzpolitischen Forderungen und Aktivitäten regionaler Gremien entgegenzuwirken.

6. *Das Problem ist nicht aufteilbar nach Substanzgruppen:* Das Abhängigkeitsproblem ist in seiner gesellschaftlichen Wertung und Gewichtung und der daraus folgenden Handlungsverantwortung nicht aufteilbar nach Substanzgruppen. Es ist unsinnig, in Prävention und Hilfe nach legalen und illegalen Drogen zu differenzieren. Nicht die Illegalität oder Legalität der Substanz ist das Problem, sondern der Umgang damit und der soziale Kontext des Gebrauchsmusters.

---

### Marginale Fragestellungen beschäftigen die deutsche Drogenpolitik

---

Insoweit ist die bundesweite Kampagne „Keine Macht den Drogen“ das sichtbare Fossil einer längst überholten Denkrichtung. Aber auch die Begrenzung der im siebten Abschnitt des Betäubungsmittelgesetzes geregelten Therapiemöglichkeiten auf betäubungsmittelabhängige Täter ist nicht auf der Höhe der Zeit. Mit der Neufassung des Betäubungsmittelgesetzes von 1981 hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, daß der Staat nicht nur Straftaten zu verfolgen hat, sondern auch für die drogenabhängigen Täter Therapie und Rehabilitation als wirksamstes Mittel der Kriminalitätsvermeidung einsetzen muß. Die, trotz Mängel im Detail, grundsätzlich positiv wirkenden Vorschriften des siebten Abschnitts des Betäubungsmittelgesetzes sollten daher erweitert werden auf alle Straftäter, die drogenabhängig im Sinne der Definition der Weltgesundheitsorganisation und damit krank sind.

An erster Stelle wären hier alkoholranke Straftäter zu nennen. Die derzeitige Eingrenzung auf betäubungsmittelabhängige Täter ist fachlich und kriminalpolitisch nicht gerechtfertigt. Wenn Straftaten in ursächlichem Zusammenhang stehen mit einer Abhängigkeitserkrankung, dann muß dem Grundgedanken „Therapie statt Strafe“ folgend, allen abhängigkeitskranken Tätern primär helfend und nicht strafend begegnet werden. Es wäre daher folgerichtig, die Vorschriften des siebten Abschnitts aus dem Betäubungsmittelgesetz zu streichen und sie, erweitert auf alle drogenabhängi-

gen Straftäter, in geeigneter Weise in das Strafgesetzbuch einzustellen.

Die Drogenpolitik in Deutschland leidet seit Jahren darunter, daß sie sich mit ressourcenverschlingender Leidenschaft und exzessiver Gründlichkeit den philosophisch-ethischen Grundsätzlichkeiten von eher marginalen Fragen widmet, z. B. ob die Abgabe von Spritzen an Strafgefangene oder die Einrichtung von Fixerräumen zum Verbrauch von Betäubungsmitteln verleiht (strafbar!) oder ob 20 Gramm Ha-

schisch noch eine geringe Menge zum Eigenverbrauch sind (das Verfahren kann eingestellt werden) oder nur 10 oder nur 5 Gramm.

Es ist an der Zeit, Prioritäten zu setzen. Das Suchtproblem ist als Ganzes wahrzunehmen und als Aufgabe anzunehmen. Es sind, jenseits aller Ideologie, alle derzeit möglichen Schritte zu tun, um das Leiden suchtkranker Menschen und damit auch das Leid ihrer Angehörigen zu verhindern, zu heilen oder zu lindern.

*Bernhard Schmidtbreich*

## „Wir ermutigen alle zur Wachsamkeit“

### Die deutschen Bischöfe zum Gedenken an das Ende des Zweiten Weltkrieges vor 50 Jahren

*Der 50. Jahrestag des Kriegsendes von 1945 wurde in den letzten Wochen auch in zahlreichen Stellungnahmen aus dem kirchlichen Bereich kommentiert (vgl. ds. Heft, S. 286 ff.). Wir dokumentieren das am 24. April veröffentlichte Wort der deutschen Bischöfe zum Gedenken an das Ende des Zweiten Weltkrieges vor 50 Jahren, das sich u. a. mit der Rolle der katholischen Kirche im Dritten Reich beschäftigt.*

#### 1945 – Zwischen Schrecken und Hoffnung

Das Jahr 1995 steht im Zeichen des Gedenkens an das Kriegsende vor 50 Jahren. Viele Menschen und Völker blicken auf die Ereignisse des Jahres 1945 zurück, das hinter schrecklichen Geschehnissen die Hoffnung auf eine bessere Zukunft der Welt aufscheinen ließ. Auch in unserem Land richten sich die Gedanken erneut auf dieses Jahr, das die Grausamkeit und Unmenschlichkeit des Krieges auf eine letzte Höhe trieb, bevor es den Weg für die Suche nach einem Neuanfang der Völker freigab.

Es sind furchtbare Bilder, die uns in der Erinnerung vor Augen treten und im Rückblick das ganze Ausmaß des Schreckens deutlich machen:

- Der Versuch der nationalsozialistischen Machthaber, das eigene Volk am Ende eines „totalen Krieges“ mit in den Untergang zu ziehen, kostete zahllosen Soldaten auf allen Seiten das Leben und riß auch die Zivilbevölkerung mit in den Strudel eines sinnlosen Leidens und Sterbens.
- Die auf Zerstörung und Vernichtung zielende Bombardierung deutscher Städte forderte sogar noch in den letzten Monaten vor der Kapitulation der deutschen Wehrmacht ungezählte Opfer, unter ihnen viele alte Menschen, Frauen und Kinder. Unschätzbare Kulturgüter gingen für immer verloren.

- Die Kriegshandlungen waren, vor allem in den deutschen Ostgebieten, von Grausamkeiten und Verbrechen gegen die Menschlichkeit begleitet, deren Opfer wieder alte Menschen, Frauen und Kinder wurden.
- Fast 12 Millionen Deutsche mußten vor der heranrückenden Front fliehen oder wurden aus ihrer Heimat vertrieben. Mehr als zwei Millionen von ihnen fanden im Verlauf oder in der Folge dieser Ereignisse den Tod. Ungezählte waren durch Verwundung und Krankheit für ihr Leben gekennzeichnet; Kriegsgefangene wurden noch auf Jahre in Zwangsarbeit zurückgehalten; das Schicksal ungezählter Vermißter blieb ungeklärt.

Zugleich werden aber auch andere Erinnerungen wach, die das Leiden und die Opfer unserer Nachbarvölker sowie der von den Nationalsozialisten verfolgten Personen und Gruppen ins Bewußtsein rufen und die zur Zeit ihres Geschehens einem Großteil der deutschen Bevölkerung in ihrem wirklichen Ausmaß unbekannt waren:

- Die von der deutschen Aggression erfaßten Nachbarländer waren von Tod, Zerstörung und Verbrechen gegen die Menschlichkeit gekennzeichnet. Trauer über die Opfer des Krieges und über unschuldig Getötete beherrschte die Länder Europas. Vor allem in Polen und in der Sowjetunion beklagten die Menschen in verwüsteten Städten und Landstrichen millionenfache Verluste. Auch außerhalb