

Zeitschrift: DrogenMagazin : Zeitschrift für Suchtfragen
Herausgeber: Verein DrogenMagazin
Band: 16 (1990)
Heft: 3

Artikel: Drogen und gesundheitspolitische Massnahmen in Liverpool
Autor: Herger, Claus / Prins, Marina
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-801333>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 05.02.2026

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

Drogen und gesundheitspolitische Massnahmen in Liverpool

Im Januar 1990 konnten siebzehn Fachleute aus dem Drogenbereich gemeinsam eine Bildungsreise nach Liverpool unternehmen. Kontaktperson und Organisator in Liverpool war Dr. Russell Newcombe, Sozialpsychologe und Forscher bei der "Regional Health Authority", der uns während unseres ganzen Aufenthaltes in äusserst kompetenter und zuvorkommender Weise betreute.

VON CLAUS HERGER UND MARINA PRINS

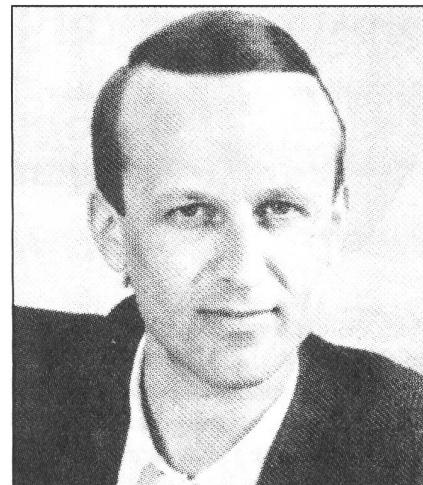
Zustandegekommen war unser Interesse an einem Besuch in Liverpool aufgrund verschiedener Publikationen, in denen über die bisherigen Erfahrungen mit dem Liverpoller "Harm Reduction"-Modell und die Praxis der Drogenverschreibung berichtet wird. Während sich seit der Bedrohung durch Aids auch bei uns zunehmend Anhänger der Philosophie der "Harm Reduction" finden, ist die Frage der Drogenverschreibung sehr umstritten; wir wollten deshalb vor Ort eine Einrichtung besuchen, welche nicht nur Methadon, sondern auch Opiate verschreibt, und ein Bild von der Drogenszene ganz allgemein gewinnen.

Liverpool und die Region Mersey

Zur Region Mersey ("Merseyside") gehören neben Liverpool noch die Distrikte Wirral, Sefton, Knowsley und St. Helens. Die ganze Region zählt heute nur noch ca. 1,4 Mio Einwohner. Rund 600 000 Menschen sind im Verlauf der letzten Jahre wegen der schwierigen Lebensbedingungen weggezogen. Die Arbeitslosigkeit ist sehr hoch; die offiziellen Zahlen sprechen von 10%, in Wirklichkeit so sagten uns die Liverpoller, betrage sie aber wohl eher etwa 25%. Diese Differenz (und die sinkenden Zahlen der amtlichen Statistiken) sei darauf zurückzuführen, dass zwei Bevölkerungsgruppen mit hohem Arbeitslosen-Anteil nicht mehr erfasst würden: junge Leute unter 20 und Menschen über 56 Jahren.

Der wirtschaftliche Rückgang der Region ist augenfällig. In Liverpool stehen viele Häuser und Fabrikgebäude leer; hier und dort fühlt man sich an Bilder aus der Bronx erinnert. Mitten in der Stadt zwischen den Gebäuden immer wieder freie, ungenutzte Flächen: Niemandsland. Viele unüberblickbare, "unzivilierte" Winkel. Gegenüber der zahlenmäßig recht starken farbigen Bevölkerung herrscht Rassismus; der Stadtteil der Farbigen gilt als gefährliches Elendsviertel und wird von den Weissen gemieden.

Beim abendlichen Bummel durch die Innenstadt fällt auf, wie leer Strassen und Lokale sind; erst am Wochenende belebt sich die Szene. Für den Ausgang unter der Woche reicht bei den meisten schlicht das Geld nicht. Am Wochenende zirkulieren unter den Vergnügungslustigen auffällig viele uniformierte Polizisten, welche vom Publikum durchaus akzeptiert wirken und durch ihre blosse Präsenz zur Vorbeugung von Ausschreitungen beizutragen scheinen. Über das Ausmass des Drogenkonsums



Russell Newcombe, Sozialpsychologe

und den Anteil der verschiedenen Konsumformen (oral/intravenös/respiratorisch) gibt es keine gesicherten Zahlen, da systematisch die ganze Region erfassende Untersuchungen fehlen. Aufgrund von Studien, welche sich auf einzelne Gebiete innerhalb Merseyside beziehen, schätzt man die Zahl der Opiat-Konsumenten für die ganze Region auf 15 000 bis 30 000; davon sollen etwa 50-60% ihre Droge vorzugsweise injizieren (Tendenz steigend - früher nur etwa 12%). Neben den Opiaten sind ausserdem zunehmend Kokain, Crack und MDMA im Umlauf. Unter den 15- bis 20-jährigen soll jeder vierte schon illegale Drogen konsumiert haben und jeder zehnte ein regelmässiger Konsument (vor allem von Cannabis) sein. Schon bei jüngeren Schulkindern sind aber, wie Untersuchungen bei Fünftklässlern ergeben haben, der regelmässige Konsum von Alkohol und das Rauchen sehr verbreitet. Es konnte auch ein Zusammenhang zwischen dem frühen starken Alkohol- oder Tabakgenuss und dem späteren Konsum illegaler Drogen nachgewiesen werden. Für uns überraschend ist die Tatsache, dass es kaum eine offene Drogenszene



gibt. Vielmehr scheint der Handel, soweit er sich auf der Strasse abspielt, eher ein "fliegender" zu sein - kurze, schnelle Kontakte, Übergabe von Stoff und Geld, sofortiges Auseinandergehen. Konsumiert wird nicht öffentlich, sondern zuhause oder in einem der vielen unüberblickbaren Schlupfwinkeln Liverpools.

Rund 1500 Personen erhalten in Merseyside Methadon, die überwiegende Mehrheit bei staatlichen Einrichtungen, eine Minderheit bei privaten Ärzten. Von diesen Beziehern erhalten rund 10% die Substanz in injizierbarer Form.

Zur Organisation des Gesundheitssystems

Oberstes nationales Organ ist der "National Health Service", welcher dem Gesundheitsminister untersteht. Dieser nationale Gesundheitsdienst ist aufgeteilt in 14 "Regional Health Authorities", denen insgesamt rund 190 "District Health Authorities" unterstellt sind. Merseyside hat eine eigene "Regional Health Authority" und 10 Distrikte. Für jeden Distrikt gibt es eine Kommission, der auch Laien angehören. Die Leistungen des Gesundheitsdienstes sind grundsätzlich gratis.

In ihrer Gesundheits-(und Drogen-)Politik sind die regionalen Gesundheitsbehörden sehr frei, und so gibt es grosse Unterschiede. In Merseyside verfolgt die "Regional Health Authority" (M.R.H.A.) in ihrer Drogenpolitik seit

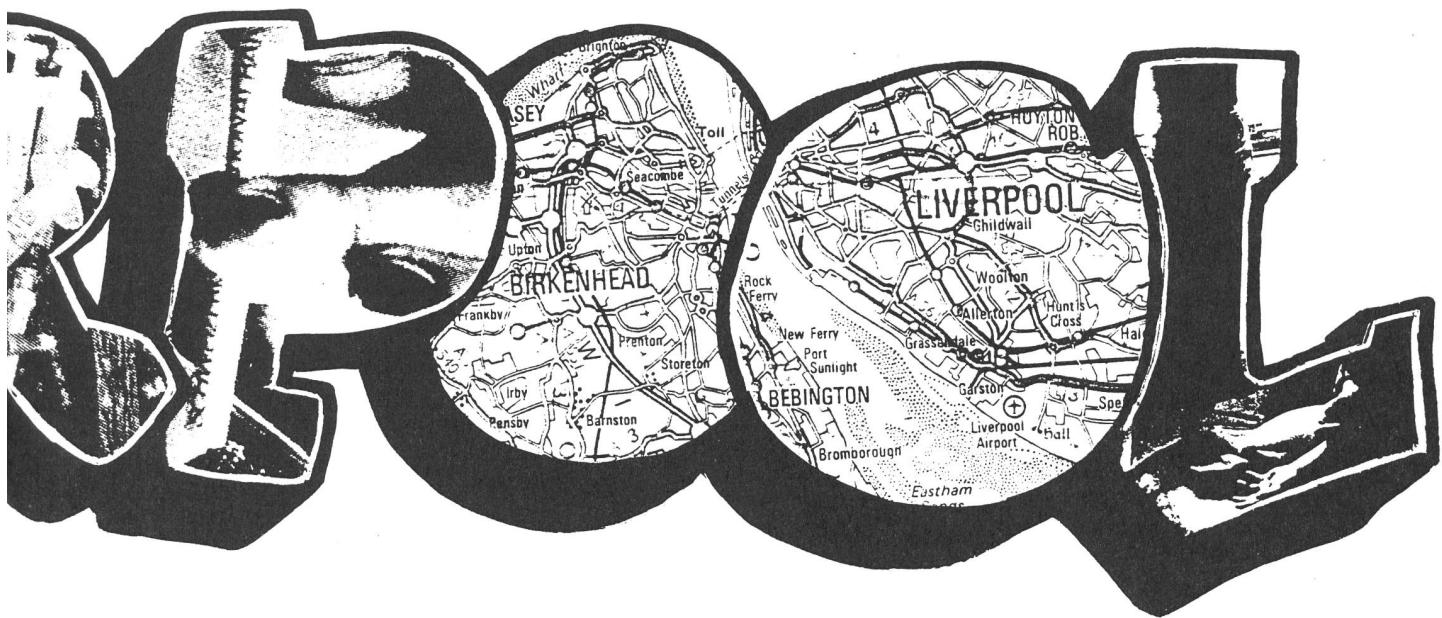
einiger Zeit konsequent die Linie der "Harm Reduction"; für Drogeneinrichtungen wendet sie ca. 3 Mio. Pfund/Jahr auf (Budget M.R.H.A. total ca. 650 Mio. Pfund/Jahr). Seit einigen Jahren fördert sie auch die systematische Evaluation der Programme und hat einen vollamtlichen Forscher (Dr. Russell Newcombe) angestellt, dem die nötige Infrastruktur zur Verfügung steht.

Die Entwicklung der englischen Drogenpolitik

Von 1920-1960 kannte England das bemerkenswerte "British System", das grundsätzlich von einer kontrollierten Verfügbarkeit ausging, d.h. von einer staatlichen Regulierung, und sich wesentlich von der amerikanischen Prohibitionspolitik unterschied. Das "British System" war durchaus erfolgreich, das Alkohol- und Drogenproblem in dieser Periode bedeutend kleiner als in der Zeit bis 1920, in der eine staatliche Regulierung weitgehend fehlte - kleiner aber auch als seit Ende der 60er Jahre, also seit sich unter amerikanischem Einfluss das Prohibitionistenken auch in England zunehmend durchgesetzt hat. Während in den USA unter der Prohibition (nach einem anfänglichen Konsumrückgang bei Versiegen der legalen Quellen) der illegale Konsum stetig zunahm, ging in England im Gefolge der 1920 eingeführten kontrollierten Verfügbarkeit der Konsum von Alkohol und Opiaten stetig zurück.

Seit 1926 (Rolleston Committee) war es jedem Arzt gestattet, Heroin an Süchtige abzugeben, "um deren Sucht aufrechtzuerhalten, wenn diese Aufrechterhaltung es ihnen ermöglicht, ein normales, nützliches Leben zu leben." Diese Regelung führte dazu, dass noch 1950 die Hälfte aller Süchtigen in England ihre Suchtmittel im Rahmen medizinischer Behandlungen bezogen. Die grosse Mehrheit der Betroffenen waren damals Menschen mittleren Alters, oft in medizinischen oder paramedizinischen Berufen tätig, sozial integriert und unauffällig.

In den 60er-Jahren jedoch nahm nicht nur plötzlich der Drogenkonsum enorm zu, sondern es änderte sich auch die Zusammensetzung des konsumierenden Publikums. Nun waren die Abhängigen vorwiegend "drop out"-Jugendliche, welche einen ungeordneten Lebensstil pflegten, zu dem oft auch Kleinkriminalität und eben Drogenkonsum gehörten. Über die Gründe für diese Entwicklung wird noch immer spekuliert; zu den angeführten Ereignissen gehören der Vietnamkrieg, die Studentenunruhen, die Hippy-Philosophie, der Niedergang der Religion und der Wohlstand. Einige englische Ärzte begannen, enorme Mengen von Drogen zu verschreiben, was sich natürlich herumsprach und auch hemmungslos ausgenutzt wurde: Abhängige, die von ihrem Arzt Rezepte für Substanzmengen ausgestellt bekommen, die ihren Eigenkonsum bei weitem überstieg, verkauften ihren Stoff anderen weiter und trugen so zur Verbreitung



der Drogenabhängigkeit bei. Was auch immer im einzelnen zu dieser Entwicklung beigetragen haben mag: die Situation spitzte sich zu und führte zum Erlass des "Dangerous Drugs Act" im Jahre 1967, welche das Recht zur Drogenverschreibung auf lizenzierte Kliniken beschränkt. Allerdings wurden nur wenige solcher Kliniken eingerichtet, und da die Nachfrage nach Drogen noch immer hoch war, florierte der Schwarzmarkt, der bis dahin in England eine untergeordnete Rolle gespielt hatte. Die Schwarzmarkt-Dynamik wiederum mit ihrer Gewalt, den Beträgereien usw. machte es für die Ärzte immer weniger attraktiv, sich mit Süchtigen zu beschäftigen, so dass es schwierig wurde, für die wenigen Drogenkliniken Psychiater zu finden, welche diese Arbeit zu übernehmen bereit waren.

Insgesamt muss man sagen, dass die 1968 mit grossen Erwartungen eröffneten Drogenkliniken versagt haben. Eingeführt, um an Abhängigekontrolliert Heroin zu verschreiben, haben sie, ohne dazu gezwungen gewesen zu sein, von Heroin zu injiziertem Methadon, dann zu oralem Methadon gewechselt und schliesslich z.T. auch die Abgabedauer beschränkt. Die zunehmend restriktive Abgabepraxis hat dazu geführt, dass die Kliniken ihren Einfluss auf die Drogenszene immer mehr einbüsst - der Anteil der Abhängigen, die sich an eine Drogenklinik wenden, ist immer kleiner geworden. Heute erfassen die Kliniken höchstens noch ein Zehntel der Opiatabhängigen; ihre Bedeutung ist marginal.

Jede Drogenklinik hat ihr eigenes Programm, das von der privaten Philosophie des Leiters, d.h. des "Consultant Psychiatrist" geprägt ist, aber oft nur wenig das Gesamtinteresse der Drogenpolitik berücksichtigt. (Eine solche Klinik zu leiten ist im übrigen weder prestigeträchtig noch karriereförderlich - auch von daher unbeliebt.) Offenbar herrscht viel Bürokratie und wenig Flexibilität in der Anpassung an die tatsächlichen Bedürfnisse der Abhängigen; Personalmangel und ungenügende Personalqualifikation kommen vielerorts erschwerend dazu.

Erkenntnisse aus den Erfahrungen der englischen Drogenpolitik

Im Laufe der rund 150 letzten Jahre hat England drei verschiedene Grundhaltungen bezüglich Alkohol und Drogen eingenommen: freie Zugänglichkeit (bis 1920), staatlich regulierte Abgabe (1920-60) und Drogenprohibition (seit 1960; für Alkohol in dieser Zeit wieder grössere Freizügigkeit). Betrachtet man die Auswirkungen dieser verschiedenen Politiken auf die Entwicklung der Suchtverbreitung, so kommt man zum Schluss, dass es sich bei dem Zusammenhang zwischen Angebot und Nachfrage nicht um eine exponentielle, sondern um eine quadratische Kurve handelt: sowohl zu grosse Freizügigkeit wie zu grosse Beschränkung, d.h. Prohibition, führen zu einer Zunahme der Nachfrage. Sowohl Freizügigkeit wie Prohi-

bition entziehen den Markt der Kontrolle und lassen das Risiko der Abhängigkeitsproblematik wachsen. Die kontrollierte Abgabe hingegen, d.h. eine staatliche Rationierungs politik, welche sorgfältig die Balance zu halten sucht zwischen den beiden Polen der Freizügigkeit und der Prohibition, hat einen dämpfenden Einfluss auf die Nachfrage. Erfahrungen aus anderen Ländern scheinen diese These zu bestätigen.

Harm Reduction als Leitgedanken der Liverpoller Drogenpolitik

Wie bereits erwähnt, verfolgt die Regional Health Authority der Merseyside Region in ihrer Drogenpolitik und Drogenarbeit die Linie der sogenannten "Harm Reduction".

Harm Reduction basiert auf drei Prinzipien:

- Das grundlegende Prinzip des Harm reduction-Modells ist, dass Abstinenz von Drogen nicht das alleinige Ziel von Einrichtungen für Drogengebraucher sein darf. Dies, weil das Abstinentzgebot zum vornehmesten einen grossen Teil von Konsumenten ausschliesst, nämlich jene, die den Langzeitkonsum von Drogen zu ihrem Lebensstil gemacht haben.
- Abstinenz sollte das oberste Ziel in einer Hierarchie von mehreren anderen Zielen sein; d.h. wenn einige Drogenkonsumenten das Abstinentzziel nicht erreichen können oder erreichen wollen, dann ist der nächste Schritt



nicht der, sie in den Schwarzmarkt und in die Drogensubkultur zu verbannen, sondern die schädigenden Konsequenzen ihres Konsumverhaltens sowohl für sie selbst, für ihre Umgebung wie für die Gesellschaft als Ganzes möglichst zu verringern.

- Die Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe müssen benutzerfreundlich sein, um Kontaktaufnahmen überhaupt zu ermöglichen. Über erste Kontaktaufnahmen werden dann allenfalls Verhaltensänderungen möglich. Erreichbarkeit, Vertraulichkeit, Unkompliziertheit und benutzerorientierte Dienstleistungen müssen gewährleistet sein.

Drug Dependency Unit (DDU) Halton

Als Beispiel einer dem Harm Reduction Modell verpflichteten Einrichtung möchten wir die Drug Dependency Unit (DDU) in Halton vorstellen.

Es handelt sich dabei um eine jener wenigen spezialisierten Kliniken, die nach 1967 das Monopol zur Abgabe von Heroin, Methadon und anderen Drogen in England erhielten. Dass diese Kliniken dieses Monopol erhielten war jedoch nicht unbedingt der Ausdruck einer besonderen Liberalität, sondern der Versuch, das sich in den 60er Jahren rasant verschärfende Drogen (Heroin-)problem in England in den Griff zu bekommen. Was zum Anwachsen dieses Konsums geführt hat, darüber gehen die Interpretationen recht weit auseinander.

Auftrag, Organisation und Tätigkeitsfeld der Einrichtung

Halton ist Teil vom Bezirk Cheshire und liegt eigentlich ausserhalb der Merseyside Region ca. 15 km südöstlich von Liverpool. Es ist eine stark durch Industrie geprägte, recht trostlose Gegend mit hoher Arbeitslosigkeit und einem akuten Wohnungsproblem. Die DDU Halton besteht seit 1984 und bietet vor allem Erhaltungsprogramme (Maintenance) für Drogenabhängige an.

Die DDU befindet sich in einem verfallenen Hinterhaus, ist nur über Trümmer und einer steilen Treppe erreichbar. In der Nachbarschaft sind keine Wohnhäuser sichtbar, nur Straßen, Abruchobjekte, Fabrikgebäude - eine wahrlich nicht sehr gastliche Umgebung. Geöffnet ist die DDU Montag bis Freitag zu den normalen Büroöffnungszeiten.

MitarbeiterInnen

1 Psychiater (Consultant Psychiatrist)
1 Krankenschwester
1 Bewährungshelfer
1 Sozialarbeiterin
1 Gassenarbeiter
2 Drogenarbeiterinnen

Philosophie und Ziele

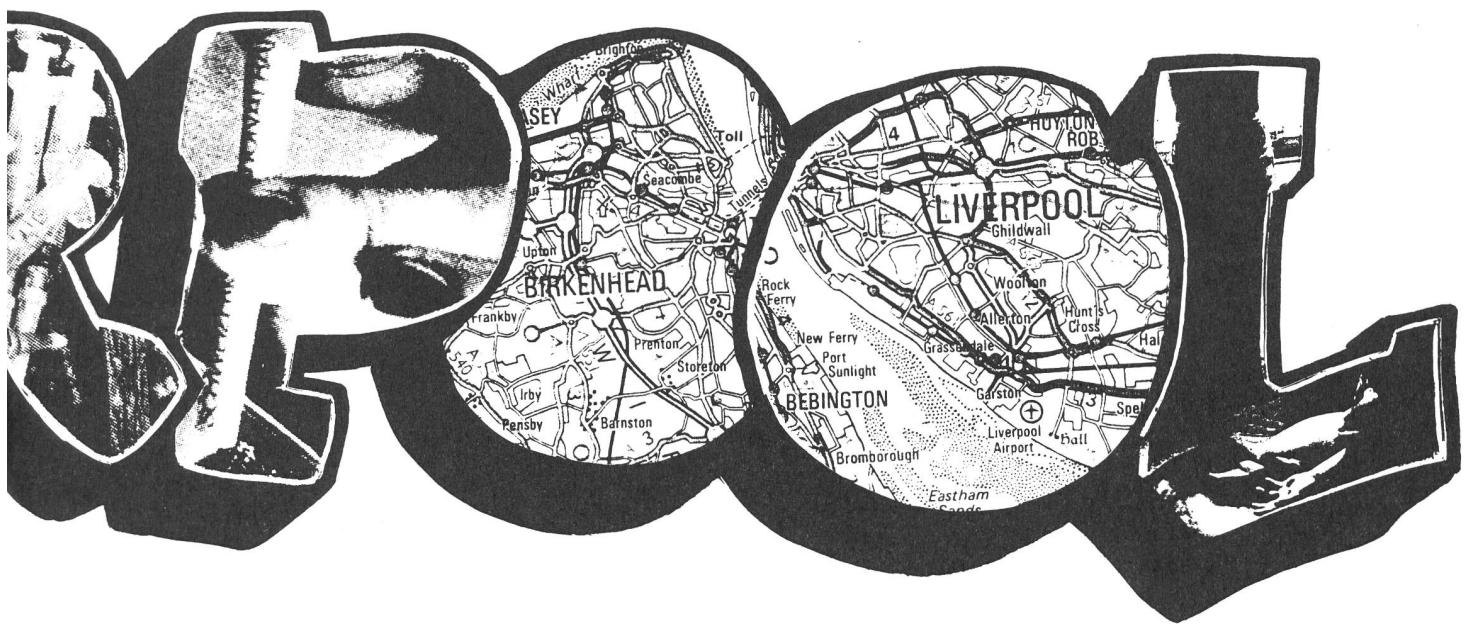
Das interdisziplinär zusammengesetzte

Team lässt sich bei seiner Arbeit von folgender Philosophie leiten:

“Die Drogenabhängigkeit und deren Behandlung sollte nicht als ein medizinisches Problem, sie sollte nicht als eine Krankheit, sondern als ein soziales, gesellschaftliches Problem angesehen werden. Erfolg wird nicht sofort sichtbar sein. Die DDU ist ein Langzeitprojekt..., welches Hilfe und Unterstützung aller in der Gesellschaft benötigt.”

- Allen Aktivitäten übergeordnet ist das Ziel, einen Drogenabhängigen zu einem suchtfreien Leben zurückzuführen. Da dies jedoch bei den meisten Drogenabhängigen nur ein sehr langfristiges Ziel sein kann, gilt es andere kurz- und mittelfristige Ziele zu formulieren und diese dann als Massstab für den Erfolg resp. Misserfolg der Arbeit heranzuziehen.
- Suchtfreiheit als Ziel für einen Heroinabhängigen kann bedeuten, dass man ihm ein Methadonprogramm anbietet. Ist ein Methadonprogramm nicht indiziert, dann kann das Ziel lauten: Stabilisierter Drogenkonsum. Illegaler Drogenkonsum führt oft zu grossen Schwankungen bezüglich des Quotums der konsumierten Drogen. Ein Erhaltungsprogramm sollte zunächst einmal das Ziel verfolgen, die Menge der konsumierten Drogen so zu stabilisieren, dass Entzugssymptome, bei einer möglichst geringen Konsummenge, vermieden werden.

Weitere Indikatoren für eine erfolgreiche Behandlung, resp. weitere Ziele für die Arbeit mit Abhängigen können z.B.



darin bestehen, die körperliche Gesundheit zu verbessern, jemanden von der Kriminalität fernzuhalten, die Menge der verschriebenen Drogen mit der Zeit abzubauen, die Konsumgewohnheit von intravenösem zu oralem Konsum zu verändern, die sozialen Bezüge zu stabilisieren.

Generell lässt sich zu den Zielen sagen: Es gibt nicht *die* Behandlungsmethode und *das* Ziel: was es gibt, sind eine Vielzahl verschiedenster Behandlungsformen für die verschiedensten Klienten. Meistens ist es so, dass der gleiche Klient zu unterschiedlichen Zeiten und Phasen seiner Abhängigkeit unterschiedliche Behandlungsformen benötigt.

Unter diesen Voraussetzungen versteht sich die DDU Halton als Teil einer Vielzahl anderer Einrichtungen der Drogenhilfe, ohne dabei den Anspruch zu erheben, mit ihrem spezifischen Angebot allen Drogenabhängigen helfen zu wollen (können).

Behandlungsprozedere in der DDU

Grundsätzlich steht die DDU mit ihren Dienstleistungen allen zur Verfügung, seien dies Informationen oder andere Anfragen wie Teamberatungen oder Schulungen, seien dies Beratungsgespräche.

Wendet sich ein Drogenabhängiger mit dem Wunsch an die DDU, dort Drogen beziehen zu können, dann unterrichtet man ihn über den Ablauf des Aufnahmeverfahrens, das nach folgendem Muster abläuft:

Erstens benötigt er eine schriftliche Überweisung durch seinen Hausarzt zH. des Psychiaters der DDU. Dann folgt ein Gespräch mit dem Gesamtteam der DDU, um genau die Bedürfnisse und die Situation des Klienten abzuklären. Wenn sich bei diesem Gespräch herausstellt, dass der Klient nicht bereit/oder nicht in der Lage ist, in absehbarer Zeit den Drogenkonsum aufzugeben resp. abzubauen, dann besteht die Möglichkeit, im Sinne eines Erhaltungsprogramms, ihm auch Drogen zu verschreiben.

Mit dem Verschreiben willigt der Klient gleichzeitig ein, dass er einmal wöchentlich in der Klinik an einem Gruppengespräch teilnimmt, und dass er sich verschiedener Tests (HIV, UP etc.) unterzieht.

Der Entscheid, ob Drogen verschrieben werden oder nicht, fällt im interdisziplinär zusammengesetzten Team. Die Abgabe der Drogen erfolgt nicht in der Klinik. Der Klient erhält ein Rezept, dass er in der Apotheke einlösen kann. Das Rezept ist zeitlich limitiert, und muss/kann nach 1 Monat erneuert werden.

Verschrieben werden sowohl injizierbare wie oral anwendbare Drogen. Mit der Verschreibung ist eine Registrierung beim "home office" verbunden. Die dort registrierten Daten sind nicht geschützt, in gewissen Fällen stehen sie z.B. auch Arbeitgebern zur Verfügung.

Art der verschriebenen Substanzen

Seit einiger Zeit werden Zigaretten mit verschiedenen Drogen präpariert und an Drogenabhängige abgegeben - dies mit dem Ziel, die Konsumgewohnheiten weg von den risikoreichen Injektionen hin zum weniger riskanten Rauchen zu beeinflussen. Diese Versuche stehen in engem Zusammenhang mit der Erkenntnis, dass die intravenös spritzenden Drogenabhängigen hohe Risiken bezüglich HIV-Infektion eingehen. Erste Ergebnisse dieses Versuchs werden im Moment in einer Begleitstudie erfasst und ausgewertet.

Was die Methadonabgabe angeht, so gilt auch hier das Prinzip: nach Möglichkeit oral verabreichen; wenn dies nicht möglich ist, dann auch zum Injizieren abgeben.

Insgesamt befinden sich an der DDU Halton ca. 140 Klienten in einem Erhaltungsprogramm, d.h. sie bekommen entweder Methadon und/oder Heroin - in einigen wenigen Fällen auch Amphetamine.

Eindrücke der Verfasser

Die Verschreibungspraxis, wie wir sie in der DDU kennengelernt haben, wird heute in England durchaus kontrovers diskutiert. Uns als Außenstehende wurden die Argumentationen nicht immer völlig klar und nachvollziehbar. Trotzdem einige der Argumente:

Die kritische, ablehnende Seite, die scheinbar in den vergangenen Jahren Oberhand gewonnen hatte, sieht in dieser Art der Verschreibung verschiedene Gefahren:

- Schaffung künstlicher Bedürfnisse
- Der Süchtige könnte sich nicht mehr orientieren, er wisse nicht mehr was gilt, wenn Drogeneinrichtungen selber Suchtmittel abgeben
- Aufgabe des Arztes sei es, Krankheiten zu heilen, nicht sie zu unterhalten
- In den Suchterhaltungsprogrammen finde keine eigentliche Auseinandersetzung mit den Suchtursachen statt
- Die Programme "erhalten" die Sucht und das könne und dürfe nicht die Aufgabe von Drogenarbeitern sein

Die Befürworter können einige, zum Teil auch statistische Belege zur Untermauerung ihrer Politik anführen:

- Die Kriminalitätsrate von registrierten Heroinkonsumenten ist deutlich geringer als bei Nichtregistrierten. Bevor die Klienten in das Erhaltungsprogramm einstiegen, wies jeder von ihnen im Schnitt 6.88 Verurteilungen auf. Diese Rate sank nach dem Eintritt in das Programm, beobachtet über ein Jahr, auf 0.44 Verurteilungen.
- Die Registrierten halten über relativ lange Zeiträume hinweg einen regelmässigen, stabilen Kontakt zu den DDU aufrecht. Dies ermöglicht es, auch im sozialen Umfeld des Süchtigen zu intervenieren, z.B. Schuldsanierungen, Ausbildungsfragen etc. anzugehen, was dort, wo die Süchtigen immer auf Achse sein müssen, kaum je gelingt.

Die Angst, über die Erhaltungsprogramme werde der Schwarzmarkt unterstützt, hat sich nicht bewahrheitet. Die Polizei hat keinerlei Hinweise, die in diese Richtung deuten.

Im Sinne einer sich auch in England langsam wieder wandelnden Drogenpo-

litik, nicht zuletzt unter dem Eindruck von HIV und Aids, stellte das Advisory Council on the Misuse of Drugs (Regierungskommission in London) 1989 fest: "Die Verschreibung kann ein brauchbares Mittel sein, um das Verhalten von Drogenabhängigen in Richtung Abstinenz oder auch mittelfristiger Ziele wie die Reduktion des Injizierens oder Nadeltauschens zu beeinflussen."

Die DDU Halton ist für uns sicher vor allem wegen der Maintanance (Erhaltungs-) Programme interessant. Auf die anderen Angebote gehen wir in diesem Zusammenhang nicht weiter ein, möchten aber darauf hinweisen, dass die DDU im Grunde Ähnliches leistet wie ein schweizerisches Drop-In, vielleicht mit noch etwas mehr "Gassenähnlichkeit" als ein solches.

Grosse Unterschiede zur Schweiz bestehen sicher in Bezug auf die Infrastruktur. Die Räume sind äusserst bescheiden, vieles wirkt improvisiert. Diese Improvisation hört aber dort auf, wo es um die fachliche, menschliche Kompetenz und Ausstrahlung der MitarbeiterInnen geht. Nicht nur wir als ausländische Gäste wurden sehr aufmerksam betreut. Auffallend für uns war der sehr direkte, unkomplizierte Umgang zwischen Betreuern und Betreuten. Diese waren einzogen in die Präsentation "ihrer" Einrichtung, nahmen zum Teil auch durchaus kontrovers Stellung zu den Professionellen und dem was diese vertraten, hatten dabei aber auch einen sehr herzlichen und persönlichen Umgangsstil miteinander. Während unseres Aufenthaltes in Liverpool konnten wir gerade diese letzte Beobachtung mehrmals in unterschiedlichsten Situationen und Institutionen machen.

Die DDU ist eine medizinische Einrichtung. Der Leiter ist Psychiater, im Falle der DDU Halton sicher einer, der über enge medizinische Grenzen hinausdenkt - aber Tatsache bleibt, dass die englischen Suchterhaltungsprogramme

in einen klar medizinischen Kontext eingebettet sind. Der medizinische Kontext, und die mit der Verschreibung verbundene Registrierung beim "home office", könnte eine mögliche Erklärung dafür sein, warum eigentlich doch nur so eine geringe Zahl von Süchtigen von dem Verschreibungsangebot Gebrauch macht. Ein weiterer Grund dürfte wohl darin liegen, dass mit der "medizinalisierten" Abgabe für Konsumenten auch ein Stück "Kultur" und Identität verloren geht; "Kultur" im Sinn von "Gassenkultur", Kultur des Deals, Kultur des Mischelns etc.", die für den Konsumenten unter Umständen während langer Zeit identitätsbildend und sinnstiftend gewesen ist.

Die relativ hohen Eintrittsschwellen für das Heroinprogramm der DDU und die klar geregelten Abgabebedingungen haben massgeblich zu dem recht problem- und reibungslosen Funktionieren des ganzen Programms beigetragen.

Entgegen der bei uns oft gehörten Meinung, die Heroinabgabapraxis in England sei gescheitert, haben wir in der DDU Halton ein funktionierendes, durchaus nachahmenswertes Modell kennengelernt. Gescheitert sind jene Drogenkliniken in England, die es nicht verstanden haben prohibitive und frei-zügige, liberale Elemente in der Abgabapraxis sinnvoll aufeinander abzustimmen.

Die Aussagen der Konsumenten machen immer wieder deutlich, dass die kontrollierte Heroinabgabe, so wie sie in der DDU Halton praktiziert wird, für sie die entscheidende Wende in ihrem Leben mit Suchtmitteln bedeutete. Die Gewissheit, ohne Beschaffungsstress qualitativ einwandfreien Stoff zu bekommen, ermöglichte es ihnen ein menschenwürdiges Leben zu leben.

(Fortsetzung auf Seite 21)

(Fortsetzung von der Seite 12)

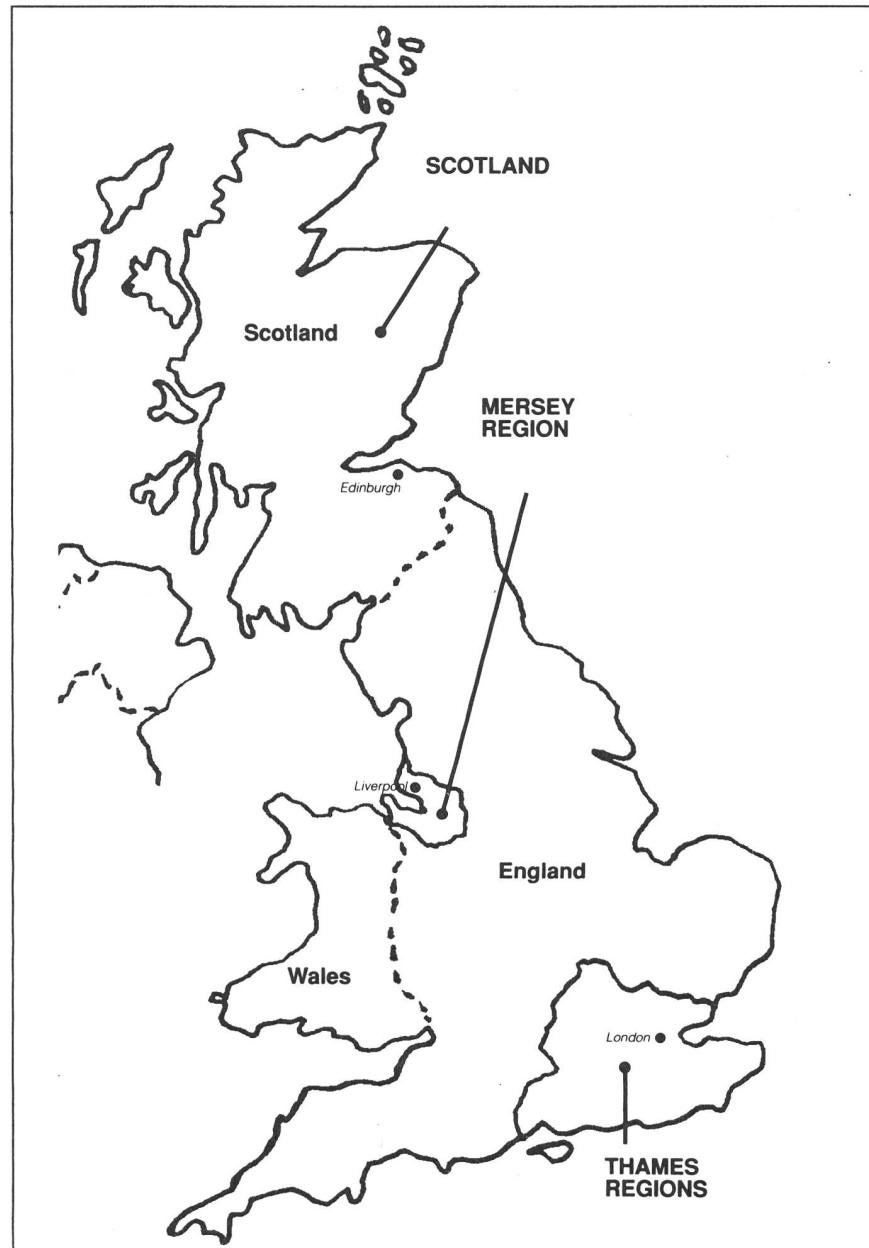
Crack in Liverpool

Über Crack werden international Schreckensmeldungen verbreitet, von denen man nicht recht weiß, wieviel sie mit den tatsächlichen Gegebenheiten zu tun haben. Im Rahmen seiner Szeneforschung im Auftrag der Mersey Regional Health Authority ist Russell Newcombe

dem Thema Crack nachgegangen und hat erste Erkenntnisse in der Studie "Crack in Liverpool. A preliminary study of a group of cocaine smokers" veröffentlicht (Juli 1989).

Zur Debatte stehen dabei insbesondere die folgenden sieben Hypothesen, von welchen in den gegenwärtigen Argumentationen ausgegangen wird:

1. Seit 1985 hat Crack in den USA zunehmende Verbreitung gefunden. Da der Markt dort allmählich gesättigt ist, wird Crack nun vermehrt auch in Europa abgesetzt werden.
2. Da der Gebrauch von Crack einerseits attraktiver ist als der Konsum anderer Drogen und andererseits schneller Abhängigkeit erzeugt, ist mit einer erhöhten Gefährdung der Jugendlichen zu rechnen.
3. Crack erzeugt sehr rasch eine schwere Abhängigkeit - vielleicht nach ein bis dreimaligem Gebrauch, vielleicht innerhalb von zwei bis drei Wochen.
4. Crack bewirkt schwere Gesundheitsschädigungen (z.B. Lunge, Herz, Gehirn).
5. Der Konsum von Crack führt bald zu psychologischen Problemen (z. B. Depression, Anorexie, Schlafstörungen, Paranoia, Psychosen, Persönlichkeitssveränderungen).
6. Der Gebrauch von Crack ist für abweichendes Verhalten verantwortlich, insbesondere für:



- a. Aggression und Gewalttätigkeit (z.B. Schlägereien, Schiessereien, Kindsmisshandlungen);
 - b. Prostitution, oft mit hochriskanten sexuellen Praktiken, für welche die Klienten besser bezahlen (z.B. Sex ohne Präservativ);
 - c. Beschaffungskriminalität (z.B. Raub, Diebstahl, Überfälle).
7. Crack-Konsumenten sind schwer für Therapien zu gewinnen, da bisher keine Substitutionsdrogen oder Medikamente bekannt sind, welche zur Behandlung der Sucht eingesetzt werden konnten.

Durch Befragung von insgesamt 26 Personen wollte Russell Newcombe überprüfen, inwieweit diese Hypothesen sich bestätigen lassen. Bei den Befragten handelt es sich um 22 Prostitu-

ierte und vier männliche Gebraucher, mit welchen die Gassenarbeiterin, welche die Befragungen durchführte, schon seit bis zu zwei Jahren im Kontakt war; es bestand also bereits ein gutes Vertrauensverhältnis. 23 der 26 hatten Crack versucht, 19 konsumierten zum Zeitpunkt der Befragung weiterhin. Prostituiert hatten sich alle bereits bevor sie Crack zu nehmen begannen. Das Hauptergebnis der Befragung liegt darin, dass sie ein wesentlich anderes Bild der Situation liefert als das generell von den Medien und offiziellen Stellen gezeichnete. Im einzelnen lassen sich die Resultate der Befragung wie folgt zusammenfassen:

1. Beim Rauchen von Kokain handelt es sich nicht um ein neues Phänomen.

Vielmehr wird in Liverpool Kokain schon seit über einem Jahrzehnt, Crack seit mindestens 1986 konsumiert.

2. Der Konsum von Crack ist verbreiter als angenommen, kannten doch alle Befragten je noch 10-20 weitere Konsumenten unter ihren Bekannten. Dabei scheint es sich vor allem um Leute zu handeln, die auch andere Drogen, v.a. Opiate, gebrauchen.
3. Die Hälfte der Befragten hatten Crack während durchschnittlich 18 Monaten nur gelegentlich konsumiert, was mit der Theorie der unvermeidlichen sofortigen Abhängigkeit im Widerspruch steht.
4. Die regelmässigen Crack-Konsumenten verwenden eine höhere Dosis als die gelegentlichen Gebraucher, vermutlich wegen ihrer höheren Toleranz.
5. Eine klare Mehrheit der Konsumenten war der Auffassung, es sei leicht, mit dem Crack aufzuhören; die meisten wollten das aber wegen der angenehmen Effekte nicht tun. Nur eine Person empfand sich selbst als süchtig.
6. Weniger als die Hälfte der Befragten gaben an, im Zusammenhang mit Crack Probleme zu haben. Dabei handelte es sich vor allem um finanzielle Probleme, Ess- und Schlafschwierigkeiten, Familienkonflikte, Depression und Atembeschwerden.
7. Nur wenige berichteten, dass sie beim Absetzen von Crack gewalttätig wurden oder sich schlecht fühlten (Craving, Entzugssymptome).
8. Nahezu die Hälfte der Befragten erklärte, der Konsum von Crack habe ihren Heroin-Gebrauch verringert.

Diese Ergebnisse, so Russell Newcombe, lassen vermuten, dass die bisherigen Schreckensdarstellungen bezüglich Crack nicht den Tatsachen entsprechen. Allerdings, so hält er fest, weisen die

Erkenntnisse aus dieser Befragung auch darauf hin, dass der Crack-Konsum zumindest für eine Minderheit zu ernsthaften Problemen führen kann.

Wir fragen uns, auf welche Quellen sich die ständig wiederholten Schreckensdarstellungen abstützen. Wie Russell Newcombe festgestellt hat, führen die Spuren immer wieder zu den amerikanischen Behörden, insbesondere zu Spezialagent Robert Stutman von der "United States Drug Enforcement Agency" und einem von ihm im April 1989 gehaltenen Referat, in dem er sehr weitgehende Behauptungen über das Suchtpotential und die Gefährlichkeit von Crack aufstellte. Es ist sehr fraglich, ob diese Aussagen wissenschaftlich zu belegen sind. Außerdem gehen auch die in der Literatur gemachten Angaben immer wieder auf die Auskünfte offizieller Stellen zurück, insbesondere den Informationsdienst der "New York's Division of Substance Abuse Services" und die "800-COCALNE National Hotline".

Insgesamt können wir uns des Verdachts nicht erwehren, dass die "Crack Scare" von amerikanischen Politikern und Beamten mit Hilfe ihrer Medienkontakte bewusst inszeniert wurde und wird. So ungeheuerlich dieser Gedanke scheint - neu wäre derlei nicht! Wer sich mit Harry Anslinger's Marihuana-Verteuflungskampagne befasst hat, macht sich keine Illusionen mehr über die Verlässlichkeit von offizieller Seite kommender Information über Drogen. Russel Newcombe kommt deshalb zum Schluss, den englischen Drogenpolitikern sei zu empfehlen, nicht länger blind der repressiven amerikanischen Drogenpolitik zu folgen (in deren Dienst ja auch die gesamte Forschung steht und die alles andere als erfolgreich verläuft), sondern neue Strategien zu entwickeln, die mehr in Richtung Gesundheitserziehung und "Harm-reduction" gehen.

L I T E R A T U R

- Ashton, M. Theory and practice in the new british system. Drug Link Information Letter, No 16, 1981
- Hartnoll, R.C., Mitcheson, M.C. et al. Evaluation of heroin maintenance in controlled trial. Arch. Gen. Psychiatry, Vol 37, Aug. 1980.
- Marks, J. Opium, the religion of the people. The Lancet, June 22, 1985.
- Marks, J. Management of drug addicts: Hostility, humanity, and pragmatism. The Lancet, May 9, 1987.
- Marks, J. The paradox of prohibition. Mersey Drugs Journal.
- Newcombe, R. Crack in Uverpool. A preliminary study of a group of cocaine smokers. MRHA, Liverpool, 1989.
- Newcombe, R. The nature and prevalence of drug use in Mersey Region: A brief oveNiew. MRHA, Liverpool, 1989.
- Newcombe, R. Regional comparisons of official statistics on HIV and drugs in England. MRHA, Liverpool, 1989.
- Newcombe, R. Preventing the spread of HIV infection. International Journal on Drug Policy, Vol 1 No 2, Liverpool, 1989.
- Newcombe, R. A preliminary study of the effects of prescribing smokable opiats. MRHA, Liverpool, 1989.
- Halton Drug Dependency Unit. Anual Report, 1989.

Weitere Unterlagen sind zu beziehen über die Jugendberatungs- und die Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich. ■