

Akzeptierende Drogenarbeit in Amsterdam – Wie fortschrittlich ist die niederländische Drogenpolitik heute?

Franz Trautmann
MDHG* Amsterdam

Die niederländische Drogenpolitik hat sich früher als die deutsche geöffnet für Alternativen zum gängigen, durch das Betäubungsmittelgesetz sanktionierten repressiven Ansatz. Aus deutscher Sicht sind dabei besonders auffallend jene Maßnahmen, die man unter dem Stichwort „akzeptierende Drogenarbeit“ zusammenfassen kann. Ich will zunächst ein paar klärende Bemerkungen zu den Grundbegriffen dieses Ansatzes machen, um den Rahmen abzustecken. Dieser Begriff ist schließlich nach jahrelanger Verwendung als eine Art Wundermittel etwas abgenutzt und damit unscharf geworden. Danach will ich kurz ein paar charakteristische Elemente der niederländischen Drogenpolitik behandeln, um im letzten Teil auf die aktuelle drogenpolitische Situation in den Niederlanden und auf die Chancen der akzeptierenden Drogenarbeit einzugehen.

I. Grundbegriffe der akzeptierenden Drogenarbeit

Die Entwicklung der akzeptierenden Drogenarbeit muß im Zusammenhang mit einer grundsätzlichen Kritik am repressiven Ansatz der Drogenpolitik gesehen werden. Ausgangspunkt ist, daß die Kriminalisierung des Drogenkonsums den Kern des heutigen Drogenproblems darstellt. Drogenhilfe ist unter den herrschenden Umständen zum Großteil nichts anderes als ein Versuch, die Folgen dieser Kriminalisierung zu beheben.

Akzeptanz, Niedrigschwelligkeit und Integration sind die Kernworte dieses Drogenhilfeansatzes, in dem der Drogenkonsument als Mensch akzeptiert und nicht reduziert wird auf den Klienten oder Junkie. Das klingt wie eine Platitude, ist es aber leider nicht. Sogar diese Minimalforderung ist in der Praxis der Drogenarbeit keineswegs selbstverständlich.

Drogenkonsum, Drogenabhängigkeit können nicht aus einer sogenannten Suchtpersönlichkeit, nicht aus individuellen Faktoren, wie zum Beispiel psychischen Problemen oder Sozialisationsdefiziten befriedigend erklärt werden. Drogenkonsum ist an sich weder Krankheit noch Ausdruck einer Krankheit. Das heißt, nicht jeder, der Drogen konsumiert, ist damit grundsätzlich auch behandlungsbedürftig. In verschiedenen Untersuchungen wurde festgestellt, daß kontrollierter, in ein „normales“ soziales Leben integrierter Konsum durchaus möglich ist und vorkommt. Heroin-

konsum führt also nicht zwangsläufig in die Abhängigkeit (vgl. u.a. Zinberg 1979, Powell 1973). Das Phänomen „Junkie“, das als Folge des Drogenkonsums, der Sucht interpretiert wird, ist ein Resultat der repressiven Politik. Die psychischen Probleme, die man bei Fixern unbestreitbar antrifft, sind vielfach eher eine Folge der von Illegalität geprägten Situation als eine Ursache des Konsums.

Drogenfreiheit ist aus der Perspektive akzeptierender Drogenarbeit nicht (mehr) Eingangsvoraussetzung von Therapie, sondern (mögliches) Ziel. Ausgangspunkt der Drogenhilfe ist nicht der Entzug, sondern die soziale Stabilisierung der Klienten, die Verbesserung der Lebensumstände als Basis für die Entwicklung einer Zukunftsperspektive (Trautmann 1985 b). Eine solche Perspektive ist eine wesentliche Voraussetzung, um möglicherweise auf Dauer mit dem Heroinkonsum aufhören zu können. Daß zum erfolgreichen Entzug außerdem nicht unbedingt professionelle Hilfe nötig ist, hat der MDHG in einer kleinen Untersuchung gezeigt (MDHG 1987a und b).

Hilfe muß ohne Vorbedingungen angeboten werden. Der Entschluß, sich einer (Entzugs-)Behandlung zu unterziehen, ist – wie sich in der Praxis immer wieder zeigt – nur sinnvoll als freiwilliger Schritt. Es ist ein möglichst breit gefächertes, differenziertes Hilfsangebot erforderlich. Dazu gehört neben einem stationären Angebot eine gut organisierte ambulante Drogenarbeit, das heißt Straßensozialarbeit, Beratung, Betreuung, Therapie und nicht zu vergessen ärztliche Hilfe. Zu einem akzeptierenden Ansatz gehört in der heutigen Situation, in der das Mittel, um das es geht, verboten ist, auch die Verabreichung von Ersatzmitteln. Methadonvergabe allein genügt allerdings nicht. Das gilt mit Nachdruck unter den gegenwärtigen Umständen, wo Polittoxikomanie eine immer größere Rolle spielt.

II. Charakteristische Aspekte der niederländischen Drogenpolitik

Vor der Beantwortung der Frage, wie es heute in den Niederlanden mit der akzeptierenden Drogenhilfe bestellt ist, ist es sinnvoll, kurz auf einige Aspekte der niederländischen Drogenpolitik einzugehen, die den Rahmen bilden, in dem sich der akzeptierende Ansatz in Teilbereichen schwerpunktmäßig entwickeln konnte und die ihr unter anderem in der Bundesrepublik den Ruf der Liberalität eingebracht haben. An erster Stelle wird in diesem Zusammenhang zumeist die Ersatzmittelvergabe erwähnt. Unter den diskutierten und erprobten Mitteln und Ansätzen dürfte vor allem die Methadonvergabe bekannt geworden sein.

Seit Ende der sechziger Jahre wird Methadon in den Niederlanden im Rahmen der Behandlung von Heroinkonsumenten verwendet. 1968 begann das Amsterdamer Jellinekzentrum einer nach sorgfältigen Kriterien selektierten Gruppe von Heroinkonsumenten im Rahmen eines hochschwelligigen Entzugsprogramms Methadon zu verschreiben. Später waren es ein paar Hausärzte, die entgegen der damals in den Drogenhilfe-

einrichtungen herrschenden Doktrin Methadon auch im Rahmen einer Dauerbehandlung verschrieben. Diese Ärzte wurden deshalb von Vertretern verschiedener Drogenhilfeeinrichtungen genauso einfalls- wie gnadenlos kritisiert und attackiert. Ihnen wurde vorgeworfen, Abhängigkeit eher zu bestätigen als abzubauen.

Anfang der 80er Jahre griff die Amsterdamer Stadtverwaltung „ordnend“ ein (Mulder 1987). Seit 1981 ist es das städtische Gesundheitsamt, das die Methadonvergabe koordiniert und zum Großteil auch ausführt. Die Rolle der Hausärzte ist seitdem immer bescheidener geworden. Heute gibt es in drei verschiedenen Vierteln in dem alten Teil der Stadt Methadonvergabestellen, bei denen ausschließlich solche Konsumenten Methadon bekommen, die kein Heroin mehr konsumieren. Regelmäßige Urinkontrollen sind deshalb Bedingung einer Teilnahme an diesem Programm. Eine Vergabestelle ist außerdem für Berufstätige auch abends geöffnet. Für die anderen Abhängigen, die neben Methadon (unter anderem) auch Heroin konsumieren, gibt es den Methadonbus. Zur Zeit fahren drei umgebaute Stadtbusse nach festem Haltestellenschema durch das ganze Stadtgebiet.

Neben dem Angebot vom städtischen Gesundheitsamt gibt es in Amsterdam nach wie vor ein relativ kleines hochschwelliges Methadonprogramm im Jellinekzentrum. Und natürlich auch Hausärzte, die inzwischen allerdings beinahe ausschließlich noch an Heroinkonsumenten Methadon vergeben, die ihnen vom Gesundheitsamt als hinreichend stabilisiert überwiesen werden.

Die Trennung der Methadonvergabeprogramme für Heroinkonsumenten und Heroinfreie ist inzwischen in den meisten größeren niederländischen Städten eingeführt. Das gilt auch für den Methadonbus (vgl. Buisman 1983).

Erwähnenswert ist auch, daß in Amsterdam nicht nur Methadon als Ersatzmittel verwendet wurde. Seit 1979 wurde auch mit Morphin experimentiert; erst im (kleinen) Rahmen eines niedrigschwelligen Drogenhilfeprojekts (vgl. Havas 1983), später im Rahmen einer vom städtischen Gesundheitsamt geleiteten wissenschaftlichen Untersuchung. Daran konnten maximal 40 bis 60 in der amtlichen Terminologie als „extrem problematische Drogenkonsumenten“ bezeichnete Personen teilnehmen (vgl. Derks 1984). Dieses Programm ist inzwischen beendet, unter anderem deshalb, weil der Großteil der Klienten entgegen den Erwartungen und Hoffnungen den Heroinkonsum nicht aufgegeben hat.

1983/84 wurde außerdem erwogen, einer Gruppe von 300 Heroinkonsumenten – das war zu der Zeit ungefähr ein Viertel der als problematisch eingestuften Amsterdamer Konsumentenpopulation – versuchsweise Heroin zu verabreichen. Hintergrund dieser Pläne war die Feststellung, daß die Drogenpolitik bis dahin eigentlich versagt habe. Mit einer konsequenteren integrierten Politik sollte sich das ändern. Auf der einen Seite wollte man die Beschaffungskriminalität mit neuen Maßnahmen

erfolgreicher bekämpfen, auf der anderen Seite Voraussetzungen schaffen für ein menschenwürdiges Leben der Drogenkonsumenten, unter anderem durch die Vergabe von Heroin (College van Burgemeester en Wethouders 1983a und b, 1984a und b). Dieses Vorhaben wurde aber letztendlich von der Landesregierung als undurchführbar verworfen, auch weil man negative Reaktionen aus dem Ausland befürchtete, nicht zuletzt aus der Bundesrepublik. Im Zuge der AIDS-Bekämpfung schloß die Amsterdamer Stadtregierung später allerdings die Möglichkeit einer Heroinvergabe zum Beispiel an drogenabhängige Prostituierte explizit nicht mehr aus (College van Burgemeester en Wethouders 1987, S. 19).

Das Interessanteste an den ursprünglichen Plänen war die im Ansatz vorhandene Erkenntnis, daß die heutige Politik in ihrer Zweigleisigkeit im Grunde genommen widersprüchlich ist – auf der einen Seite strafrechtlich sanktioniertes repressives Eingreifen, auf der anderen Seite Drogenhilfe hauptsächlich in Form von Beratung und Therapie. Das Ziel der Drogenhilfe, Voraussetzungen zu schaffen für ein menschenwürdiges Leben der Klienten, ist mit Kriminalisierung grundsätzlich unvereinbar. Denn eine strafrechtliche Verfolgung steht einem menschenwürdigen Leben der Drogenkonsumenten im Weg (Trautmann 1985a). Obwohl in der Begründung der Heroinvergabepläne explizit auf die negativen Folgen der Kriminalisierung hingewiesen wurde, plädierte man im gleichen Konzept auch für eine Verschärfung und Ausweitung der strafrechtlichen Möglichkeiten.

Neben der Ersatzmittelvergabe gilt die Unterscheidung zwischen Drogen mit „akzeptablem“ – das sind explizit Haschisch und Marihuana – und Drogen mit „inakzeptablem“ Risiko – dazu gehören die Opiate, Kokain, u.a. – als Zeichen für die Liberalität der niederländischen Drogenpolitik. Diese Trennung ist seit 1976 im niederländischen Betäubungsmittelgesetz verankert. Drogen mit „inakzeptablem“ Risiko werden härter „angefaßt“ als Drogen mit „akzeptablem“ Risiko. So wird zum Beispiel der Besitz von maximal 30 Gramm Cannabisprodukten als Ordnungswidrigkeit geahndet und nicht mehr als Straftat.

Wichtiger noch als die gesetzlichen Bestimmungen ist, daß auch die tatsächliche Verfolgung der strafbaren Tatbestände, soweit es um Cannabisprodukte geht, aufgrund behördlicher Richtlinien vergleichsweise geringe Priorität hat. Diese Politik des unterschiedlichen Strafrisikos hat dazu geführt, daß der Heroinhandel vom Haschisch- und Marihuanahandel getrennt wurde. Der Händler in Cannabisprodukten begnügt sich mit der geringeren Gewinnspanne, kann aber dafür relativ ungestört und gesellschaftlich integriert sein Geschäft aufbauen. Der Händler in harten Drogen kann bei geringerem Verkauf aber gleichzeitig größerem Strafrisiko höheren Gewinn machen. Den Händler, der beides verkauft und sich wegen des größeren Gewinns bemüht, Haschisch- oder Marihuanakonsumenten auf Heroin umsteigen zu lassen, gibt es in dieser Situation praktisch nicht mehr. Der in der Bundesrepublik nach

wie vor beliebten Einstiegsdrogen-Hypothese wird damit größtenteils die Basis genommen.

Zum dritten will ich auf eine für eine akzeptierende Drogenarbeit sehr wichtige Tendenz hinweisen. In den Niederlanden wird in den letzten Jahren von verschiedenen Seiten betont, daß Drogenhilfe soweit wie möglich integriert werden sollte in die existierenden, allgemeinen Hilfeangebote. Auf diese Weise kann man vermeiden, daß die gesellschaftliche Isolation der Drogenkonsumenten von einer spezialisierten Drogenhilfe bestätigt und verstärkt wird. Methadon kann zum Beispiel, wie sich in der niederländischen Praxis gezeigt hat, vom eigenen Hausarzt verschrieben werden. Aber auch für ambulante oder stationäre Therapie, für Ausbildung, für Arbeitsvermittlung etc. gilt, daß Integration in allgemeine Einrichtungen prinzipiell möglich ist.

Spezifische Angebote der Drogenhilfe, die aus irgendwelchen Gründen nicht in allgemeine Einrichtungen integriert werden können, sollte es an verschiedenen Stellen geben. Eine Konzentration auf eine einzige Adresse widerspricht einem niedrigschwelligen Ansatz. Sie führt zu einer größeren Entfernung vom eigenen Wohnviertel und zu umfangreicheren Einrichtungen, die von Klienten erfahrungsgemäß als unübersichtlich und unpersönlich erlebt werden. Konzentration führt außerdem zu Isolation und Ghattobildung, Streuung dagegen fördert Integration.

Ein anderes charakteristisches Phänomen in der niederländischen Drogenpolitik ist schließlich der „Junkiebond“, die Interessenvertretung von Heroinkonsumenten. Diese wird häufig fälschlicherweise als Teil der akzeptierenden Drogenhilfe gesehen. Man sollte allerdings nicht vergessen, daß sie sich aus Unzufriedenheit mit dem vorhandenen Hilfsangebot entwickelt hat, also als Gegenkraft. Sie hat mit ihren Ideen für eine akzeptierende Drogenhilfe unzweifelhaft Einfluß gehabt auf die niederländische Drogenpolitik. Das gilt mit Nachdruck für den MDHG, in dem (Ex-)User, Eltern von Drogenkonsumenten, Fachleute und interessierte „Laien“ seit Jahren zusammenarbeiten. Insbesondere das stadtviertelgebundene Amsterdamer Modell der Methadonvergabe und das Modell des Spritzenaustauschs gehen auf Vorschläge des MDHG zurück.

III. Die aktuelle drogenpolitische Situation in den Niederlanden

Was ich bis jetzt von der niederländischen Drogenpolitik erwähnt habe, dürfte den Eindruck erweckt haben, die Situation sei als sehr positiv zu bewerten. Und im Vergleich zur Lage in der Bundesrepublik stimmt das auch einigermaßen. Sogar in konservativen deutschen Kreisen kommt man nicht mehr so leicht wie früher um die relativen Erfolge der niederländischen Politik herum.

Nachdem die niederländische Drogenpolitik jahrelang nicht nur von bundesrepublikanischer Seite gnadenlos kritisiert wurde, als unrealistisch,

übertrieben tolerant, heil-, weil wirkungslos, defaultistisch, den Drogenkonsum ermutigend und stimulierend, wird in der letzten Zeit ungläubig und manchmal mit verhohlener Bewunderung über die Grenze geschaut, wie es das gibt, daß bei gleichbleibender Windmühlenaktivität und steigender Käseproduktion in dem kriminellen „Sauhaufen“ Amsterdam, dem europäischen Drogenmekka, das Drogenproblem nicht mehr wächst, sondern stagniert, wenn nicht gar abnimmt. Diese Entwicklung hat sich bereits früher abgezeichnet, nur hat man sie nicht eher zur Kenntnis genommen. Der einzige Unterschied ist also, daß man heute zum ersten Mal genauer hinschaut; nicht weil man jetzt plötzlich und endlich zur Einsicht gekommen ist, daß der primär repressive Ansatz nicht die gewünschten Erfolge zeitigt, sondern weil man sich konfrontiert sieht mit der drohenden Perspektive einer möglichen AIDS-Epidemie. Man gibt notgedrungen die trotztige Hartnäckigkeit auf, mit der man bisher wider besseres Wissen für eine immer repressivere Drogenpolitik eingetreten ist. Damit wird nicht nur die beschämende Einfalt und Erfolglosigkeit, sondern auch die Kontraproduktivität der gängigen Drogenpolitik deutlich. Und der Vollständigkeit halber muß hier hinzugefügt werden, daß nicht so sehr die Tatsache, daß Drogenkonsumenten AIDS zum Opfer fallen, die Sorge auslöst, sondern die Möglichkeit, daß auch „Unschuldige“ – der AIDS-kranken Fixer ist schließlich „irgendwie“ selbst schuld – an dieser Krankheit sterben können. In dieser bedrohlichen Situation ist man bereit, früher heilige Prinzipien zu relativieren und das Glaubensbekenntnis zur repressiven Drogenpolitik neu zu überdenken.

Man sollte aber die niederländische Drogenpolitik nicht idealisieren. Es gibt nicht nur Positives über sie zu berichten. Erstens kann meiner Meinung nach keine Rede sein von einem grundsätzlichen Unterschied zwischen der niederländischen und deutschen Drogenpolitik. Natürlich, man hat in den Niederlanden eine Menge erreicht, aber der im Strafrecht verankerte Ausgangspunkt der Drogenpolitik ist unverändert geblieben (vgl. Van Atteveld 1988). Dies wird zum Beispiel deutlich durch die Tatsache, daß in den Niederlanden bei gut 36% aller Inhaftierten ein eindeutiger Zusammenhang mit harten Drogen feststellbar ist. 26% sind aufgrund des BTMG verurteilt, der Rest sind „Beschaffungskriminelle“ (Erkelens 1987). Zudem muß der in den Niederlanden bedenklich wachsende Bedarf an Gefängniskapazität bis 1990 zu 60% erklärt werden aus den Freiheitsstrafen, die im Zusammenhang mit Übertretungen des Betäubungsmittelgesetzes auferlegt werden (Silvis 1986).

Für die Niederlande ist dies eine besonders auffällige Entwicklung, da man dort eine Tradition der im Vergleich zur Bundesrepublik milden und darum meiner Meinung nach relativ vernünftigen Strafverfolgung kennt. Die außerordentlichen Maßnahmen (z. B. under-cover Agenten), die man im Lauf der Jahre im Zusammenhang mit der Drogenbekämpfung eingeführt hat, bedeuten eine Aushöhlung dieser relativ maßvollen Politik. Sie sind ein Anzeichen dafür, daß auch die Niederlande im Drogenbereich eine immer weiter fortschreitende Verschärfung der

Kriminalisierung kennen, mit den bekannten Folgen. Im Vergleich zur Bundesrepublik wird die Kriminalisierung allerdings nicht so schonungslos betrieben, sind die Strafen nicht so hoch und ist der Strafvollzug milder. Dank dieser liberalen Tradition sitzen in den Niederlanden – nicht nur im innereuropäischen Vergleich – prozentual die wenigsten Bürger hinter Gittern.

Gerade darum stimmt nachdenklich, daß der Mangel an Gefängniszellen in der letzten Zeit ein Thema geworden ist, das die Öffentlichkeit beschäftigt. Die Zeitungen haben wiederholt, teilweise groß aufgemacht, über Fälle berichtet, in denen – sogenannte – große Drogenhändler freigelassen werden mußten, weil keine Zelle mehr verfügbar war. Man ist beunruhigt und entrüstet. Man fordert, daß die Regierung endlich eingreift. Die ersten Folgen dieser Hysterie zeichnen sich ab: Neue Gefängnisse werden geplant und gebaut, alte, die bereits jahrelang geschlossen waren, werden hergerichtet und wieder eröffnet, Zellen in Untersuchungsgefängnissen werden für den normalen Strafvollzug verwendet.

Dabei übersieht man allerdings völlig, daß die Überfüllung der Gefängnisse eine Folge der repressiven Drogenpolitik ist. Blind für diesen Zusammenhang, fordert man brav mehr Zellen, oder – um mit Watzlawick zu sprechen – mehr desselben, das heißt eine Lösung, die im Grunde genommen selbst das Problem ist (Watzlawick 1984).

Zweitens, und das ist in gewissem Sinne noch am schlimmsten, muß man heute feststellen, daß der relative Vorsprung der Niederlande auf dem Gebiet der Drogenpolitik nicht weiter ausgebaut, sondern – im Gegenteil – langsam aber sicher abgebaut wird. Zudem tut sich in Deutschland auf diesem Gebiet immer mehr, nicht nur in der Theorie (vgl. Stöver/Herwig-Lempp 1988), sondern auch in der Praxis. Man denke zum Beispiel an die Methadonvergabe in Nordrhein-Westfalen oder an die Spritzenautomaten in Bremen.

Ich bestreite damit nicht, daß man als Drogenkonsument in den Niederlanden nach wie vor ein besseres Leben hat als in der Bundesrepublik. Aber man kommt nicht um die Feststellung herum, daß von den vor einigen Jahren in den Niederlanden entwickelten Ansätzen und Modellen der akzeptierenden Drogenarbeit heute nur noch wenig übrig ist.

Für jemanden, der von der bundesrepublikanischen Realität ausgeht und diese mit den niederländischen Verhältnissen vergleicht, mag das unglaublich klingen. Aber wenn man die gegenwärtige Situation der Vergangenheit gegenüberstellt, wird die stagnierende oder in Teilbereichen sogar rückläufige Entwicklung des liberalen Ansatzes in der niederländischen Drogenpolitik sichtbar. Von akzeptierender Drogenarbeit in breitem Rahmen kann in den Niederlanden heute eigentlich kaum noch die Rede sein. Gerade die letzten Jahre sind gekennzeichnet durch eine Etablierungs- und Restaurierungstendenz. Im Grunde genommen findet man

eine akzeptierende Drogenarbeit nur noch bei ein paar verstreuten Überbleibseln des großen Elans von vor zehn Jahren.

Die progressiven Ansätze, die sich zum Großteil im Zusammenhang mit der alternativen Hilfe – hauptsächlich auf dem Gebiet der Jugendarbeit – Ende der 60er und Anfang der 70er Jahre in den Niederlanden entwickelt hatten, sind, weil klein, aber widerspenstig und darum unbeliebt,

- entweder Sparmaßnahmen zum Opfer gefallen
- oder der „efficiency“ zuliebe (um geordnetere und für die Politik beherrschbare Verhältnisse zu schaffen) im Zuge der Entwicklung zu immer größeren Einrichtungen in diese einverleibt und damit neutralisiert worden
- oder selbständig den traurigen Weg der Etablierung gegangen.

In diesem Zusammenhang sollte man auch nicht übersehen, daß viele für bundesrepublikanische Verhältnisse sehr fortschrittlich erscheinende Teile des niederländischen Drogenhilfeangebots im Grunde genommen nicht fortschrittlich und sicher nicht „akzeptierend“ sind. Das Amsterdamer Modell der Methadonvergabe mit Methadonbussen und stadtviertelgebundenen Vergabestellen klingt in deutschen Ohren wahrscheinlich sehr progressiv, ist es aber nicht, wenn man die Details kennt. Dieses Modell geht auf Vorschläge des MDHG zurück, der sich bereits vor zehn Jahren für ein niedrigschwelliges Methadonprogramm eingesetzt hatte. Danach sollte der User in seinem eigenen Wohnviertel ohne große bürokratischen Hindernisse, eben niedrigschwellig, nach Möglichkeit vom eigenen Hausarzt Methadon oder eventuell auch andere Ersatzmittel erhalten. Eine Heroingabe wurde dabei als Möglichkeit nicht ausgeschlossen. Davon ist jedoch wenig übrig geblieben: Regelmäßige Urinkontrollen, täglicher Besuch, direkte Einnahme, große Entfernung vom eigenen Wohnviertel, all diese Aspekte kommen der Niedrigschwelligkeit nicht zugute. Die ursprüngliche Idee, Methadon vorrangig über die Hausärzte zu verabreichen, ist ebenso wie die anderen Aspekte eines niedrigschwelligen Methadonprogramms völlig in den Hintergrund geraten.

Auch der Ruf nach Zwangsentzug für besonders problematische Konsumenten ist in der letzten Zeit in den Niederlanden wieder einmal laut geworden. Ohne viel politisches Geplänkel will man jetzt endlich durchgreifen: Schließlich bietet die Gesetzgebung für Zwangseinweisung in psychiatrische Krankenhäuser über die Möglichkeit der Entmündigung genügend Angriffspunkte. So kann man sich den mühsamen Weg eventueller Gesetzesänderungen ersparen. Das Amsterdamer Jellinekzentrum hat bereits angeboten, in seinen beiden Langzeittherapieeinrichtungen Möglichkeiten für Zwangsentzug einzuräumen (Jellinekzentrum 1987).

Beängstigend ist nur, daß dieser Ruf diesmal in Form eines mehrstimmigen Chors vorgetragen wird. Politiker, Justiz, Polizei, Drogenhelfer, Medien und das große Publikum singen in dieser Kakophonie mit. Und dieser vielstimmige Chor findet sich in einer wunderbar einstimmigen Harmonie,

die alle gegensätzlichen Erkenntnisse aus anderen Ländern, wie zum Beispiel der Bundesrepublik, vergessen läßt, obwohl niederländische Drogenfachleute immer wieder auf diese Ergebnisse hinweisen (Fromberg 1987).

Dies alles sind Anzeichen dafür, daß sich die Zeiten in den Niederlanden geändert haben. Der Ruf der Progressivität beruht eher auf der Vergangenheit. Akzeptanz als ein Grundsatz, der in Teilbereichen der niederländischen Drogenpolitik zum Tragen kommen konnte, ist mehr und mehr in den Hintergrund geraten. Die herrschende No-Nonsense-Mentalität – von der Regierung zur nationalen Grundhaltung erklärt – findet ihren Niederschlag in der Drogenpolitik: Das gegenwärtig bestimmende Prinzip ist eine Kosten-Nutzen-Analyse. Für akzeptierende Drogenhilfeprojekte ist darin sowohl aus ideologischen als auch aus finanziellen Erwägungen kein Platz mehr. Das Drogenproblem wird zur Zeit primär als ein Problem der öffentlichen Ordnung interpretiert. Die niederländische Drogenpolitik ist heute wesentlich von einem Pragmatismus bestimmt, der repressive Mittel nicht scheut.

Für Optimismus ist dann auch meiner Meinung nach wenig Platz.

* Medisch-sociale Dienst Heroïnegebruikers, die Amsterdamer Interessenvertretung von Drogenkonsumenten

Literatuur

ATTEVELD, J.M.A. VAN, Het Nederlandse drugsbeleid in vergelijking met andere Westeuropese landen: liberaal?, in: Tijdschrift voor alcohol, drugs en andere psychotrope stoffen 4, 1988, S. 3–11.

BUISMAN, W.R., De ontwikkeling van de methadonverstrekking in Nederland. Een beschrijving van de methadonprogramma's in de regio, in: Tijdschrift voor alcohol, drugs en andere psychotrope stoffen 1, 1983, S. 24–29.

COLLEGE VAN BURGEMEESTER EN WETHOUDERS, Nota inzake de gereguleerde verstrekking van harddrugs, Amsterdam, 1983a.

COLLEGE VAN BURGEMEESTER EN WETHOUDERS, Nota harddrugs, een aanzet tot een geïntegreerd beleid, Amsterdam, 1983b.

COLLEGE VAN BURGEMEESTER EN WETHOUDERS, Nota inzake de gereguleerde verstrekking van harddrugs, Amsterdam, 1984a.

COLLEGE VAN BURGEMEESTER EN WETHOUDERS, Nota harddrugs, een aanzet tot een geïntegreerd beleid, Amsterdam, 1984b.

COLLEGE VAN BURGEMEESTER EN WETHOUDERS, AIDS-beleidsplan 1987 gemeente Amsterdam, in: Gemeentebblad 1987, bijlage P, S. 19.

DERKS, J., Orsprong en geschiedenis van het morfineverstrekkingsexperiment, in: Tijdschrift voor alcohol, drugs en andere psychotrope stoffen 4, 1984, S. 147–152.

ERKELENS, L.H., Ontwikkelingen in het Nederlands penitentiair drugsbeleid, in: Tijdschrift voor alcohol, drugs en andere psychotrope stoffen 4, 1987, S. 107–114.

FROMBERG, E., Tussen Hippocrates en Hermandad. De rol van dwang bij de behandeling van verslaafden. Veröfentlichung der Kommissie Gezamenlijk Overleg Drughulpverleningsinstellingen (K.G.O.D.), 1987.

HAVAS, A., Ervaringen met de verstrekking van inspuittbare opiaten, in: Maandblad voor geestelijke volksgezondheid 11, 1983, S. 1159–1167.

JELLINEKCENTRUM, Nota „Onvrijwillige behandeling en strafvervangende behandeling drugsverslaafden“ – Standpuntbepapling en beleidsvoornemens Jellinekcentrum, Amsterdam, November 1987.

MDHG, Op eigen houtje afkicken. Onderzoek, Amsterdam 1987a.

MDHG, Op eigen houtje afkicken. Tips en ervaringen, Amsterdam, 1987b.

MULDER, W.G., Erfahrungen in Amsterdam (1. Teil), in: Medikamentengestützte Rehabilitation bei Drogenabhängigen, hrsg. von dem Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, 1987, S. 183–188.

POWELL, D.H., A Pilot Study of Occasional Heroin Users, in: Archives of General Psychiatry, April 1973, S. 586–594.

SILVIS, J., Strafrecht en drugs (1975–1985), in: Tijdschrift voor alcohol, drugs en andere psychotrope stoffen 2, 1986, S. 50–54.

STÖVER, H./HERWIG-LEMPP, J., Die Notwendigkeit akzeptierender Drogenarbeit, in: Sozialmagazin 9, 1988, S. 38–49.

TRAUTMANN, F., Heroïneverstrekking: een lichtpunt in een tegenstrijdig overheidsbeleid, in: Psychologie en maatschappij 31, 1985a, S. 230–244.

TRAUTMANN, F., Tages- und Nachtzentrum „Het Princenhof“ Amsterdam, in: „... nichts mehr reindrücken“ Drogenarbeit, die nicht bevormundet, hrsg. von Krauß, G.M./Stefan, W., Weinheim und Basel 1985b, S. 73–82.

WATZLAWICK, P./WEAKLAND, J.H./FISCH, R., Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels, Bern/Stuttgart/Wien 1984.

ZINBERG, N.E., Nonaddictive Opiate Use, in: Handbook on Drug Abuse, hrsg. von Dupont, R.I./Goldstein, A./O'Donnel, J., Washington 1979, S. 303–313.

Februair 1989

Gerard Terborgstraat 1/I
NL – 1071 TJ Amsterdam