

# Legale und illegale Drogen in Schweden : wie gehen die Schweden mit Alkohol- und anderen Drogenproblemen um?

Autor(en): **Kühlhorn, Eckart / Bejerot, Carol / Käll, Kerstin**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Kriminologisches Bulletin = Bulletin de criminologie**

Band (Jahr): **21 (1995)**

Heft 1

PDF erstellt am: **08.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1046894>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# LEGALE UND ILLEGALE DROGEN IN SCHWEDEN

Wie gehen die Schweden mit Alkohol- und  
anderen Drogenproblemen um?<sup>1</sup>

von

Prof.Dr. Eckart KÜHLHORN, Carol BEJEROT, Dr. Kerstin KÄLL,  
Doz. Dr. Anders ROMELSJÖ und Dr. Marlene STENBACKA\*

## Zusammenfassung

Der Kampf gegen die legale Droge Alkohol hat in Schweden vor 140 Jahren begonnen. Die restriktive Alkoholpolitik beruht auf einer weitgehenden Ausschaltung der Marktwirtschaft einschließlich Reklameverbot, hohen Steuern, Restriktionen für den Ausschank und nicht zuletzt großen Präventionsanstrengungen. Schweden gehört heute zu den Ländern mit niedrigem Durchschnittsverbrauch an Alkohol, einer niedrigen Sterblichkeit an Leberzirrhose und, nach Stichproben von Autofahrern zu urteilen, einem geringen Anteil alkoholisierter Autofahrer.

Offen bleibt, ob diese Politik angesichts der nunmehrigen Zugehörigkeit Schwedens zur Europäischen Union weitergeführt werden kann. Meinungsumfragen zufolge scheint die Bereitschaft nicht sehr gross zu sein, die Restriktionspolitik zu verteidigen.

Der Missbrauch illegaler Drogen entwickelte sich in Schweden erst in den sechziger Jahren zu einem Massenphänomen. Anfänglich stand der Konsum von Amphetaminen im Vordergrund, die damals u. a. als Abmagerungspillen sehr verbreitet waren. Die erste Phase der Kontrollpolitik (1961 bis 1967) bestand hauptsächlich aus einer Drosselung des Angebots an zentralstimulierenden Arzneien und einer restriktiveren Verschreibungspraxis. In dieser Phase wuchs die Zahl der Fixer lawinenartig. In der zweiten Phase (1968 bis 1972) wurde die strafgesetzliche Kontrolle verschärft: so wurde die Höchststrafe von einem Jahr Gefängnis auf 10 Jahre erhöht, und die polizeilichen Ressourcen wurden erheblich verstärkt. Die Einstiegsrate in den Injektionsmißbrauch nahm stark ab. Während der dritten Phase (1973 bis 1975) wurden die polizeilichen Ressourcen reduziert, es wurden weniger Mißbraucher von der Polizei festgenommen; die Einstiegsrate in den Drogenmißbrauch flaute ab, nahm aber 1975 erneut zu. In der vierten Phase (1976 bis 1979) wurden erneut die polizeilichen

Ressourcen verstärkt, und die Staatsanwaltschaft verschärfte ihre Praxis. Die Einstiegsrate für den Injektionsmißbrauch sank wieder und das Durchschnittsalter der Einsteiger erhöhte sich kontinuierlich. In der fünften Phase (1980 - 1992) verblieben die polizeilichen Ressourcen - und dementsprechend das Risiko, erwischt zu werden - auf einem hohen Niveau. Der Straßenhandel für Drogen wurde bekämpft, und 1988 wurde der Konsum kriminalisiert.

Ob die günstige Entwicklung des Drogenmißbrauchs von der Kontrollpolitik bewirkt wurde, ob andere Komponenten der Drogenpolitik - wie etwa die Aufklärung in Schulen - dafür verantwortlich waren oder ob mehrere Faktoren zusammengewirkt haben, läßt sich wissenschaftlich nicht entscheiden, wenn auch die Erfolge allgemein der restriktiven Drogenpolitik zugeschrieben werden. Es ist daher unwahrscheinlich, dass die schwedische Drogenpolitik in absehbarer Zukunft wesentliche Änderungen erfahren wird.

## Résumé

*La lutte contre l'alcool en tant que drogue légale a commencé en Suède il y a 140 ans. Cette politique restrictive consiste essentiellement en une élimination de l'alcool au niveau de l'économie de marché y compris l'interdiction de toute forme de publicité, de taxes élevées, de restrictions de débits de boisson, ainsi que d'important efforts au niveau de la prévention. La Suède est aujourd'hui un des pays dont le taux moyen de consommation d'alcool est particulièrement bas, avec un faible taux de mortalité dû à des cirrhoses du foie, et à en juger selon des contrôles ponctuels des conducteurs, avec un nombre restreint d'automobilistes pris de boisson.*

*Compte tenu de l'actuelle adhésion de la Suède à l'Union Européenne, il n'est pas certain que cette politique puisse être poursuivie. Selon des sondages d'opinion, la disposition à perpétuer cette politique restrictive ne paraît pas être très grande.*

*L'abus de drogues illégales en tant que phénomène de masse ne s'est développé en Suède qu'à partir des années soixante. Au début, il s'agissait en premier lieu de consommation d'amphétamines dont l'usage en tant que pilule amaigrissante était largement répandu. La première phase de cette politique de contrôle (de 1961 jusqu'en 1967) consista à réduire de manière drastique l'offre de médicaments stimulant le système nerveux ainsi que leur prescription sur ordonnance médicale. Pendant cette phase, le nombre de junkies a augmenté de manière exponentielle. Au cours de la deuxième phase (de 1968 à 1972), la répression pénale a été renforcée, la peine maximale est passée de un à dix ans d'emprisonnement, et les moyens mis à la disposition de la police ont été considérablement augmentés. Le taux de nouveaux consommateurs de drogues dures a fortement diminué. Pendant la troisième phase (de 1973 à 1975) les moyens de la police ont été réduits, moins de contrevenants ont été arrêtés et le taux de nouveaux consommateurs continua à diminuer, mais augmenta à*

*nouveau à partir de 1975. Dans la quatrième phase (de 1976 à 1979), les moyens de la police ont été à nouveau renforcés et le ministère public réclama des peines plus sévères. Le taux des consommateurs débutants fut à nouveau en baisse alors que parallèlement l'âge moyen du début de la consommation augmenta. Durant la cinquième phase (1980 à 1992), les ressources policières ont été maintenues faisant que le risque de se faire arrêter restait élevé. La revente de drogues sur la voie publique a été combattue et en 1988 la consommation a été pénalisée.*

*Il n'a pas été possible de mesurer sur un plan scientifique, si l'évolution favorable de l'abus de drogues a été déterminée par la politique répressive ou si d'autres aspects tel que la prévention dans les écoles ou encore une interaction entre plusieurs facteurs en ont été la cause. Ceci même si de manière générale, les succès sont mis au compte de la politique restrictive en matière de drogues. C'est la raison pour laquelle il est improbable que la politique suédoise en matière de drogue change substantiellement dans un proche avenir.*

## **1. EINFÜHRUNG**

Der Soziologe Kjetil Bruun und der Kriminologe Nils Christie, die 1986 in ihrem Buche «Der gute Feind» für den kontrollierten Verkauf von Haschisch und für einen probeweisen Verkauf von Opiaten in Schweden plädierten, gelten in Skandinavien als die prominentesten Anhänger der Legalisierungsidee. In ihrer Argumentation spielt die Gut- und die Bösartigkeit verschiedener Drogen eine bedeutende Rolle. Ein bössartiger Feind ist nach ihrer Ansicht die meist verbreitete Volksdroge Alkohol. Sie sei ein Feind, weil sie große medizinische und soziale Probleme für einen Teil der Verbraucher verursache und weil die Produktion und Distribution des Alkohols von starken wirtschaftlichen Interessen protegert werde. Bössartig sei sie, weil der Konsum Teil unserer Kultur sei.

Dagegen stellen die illegalen Drogen wie Opiate oder zentralstimulierende Arzneien den guten Feind dar. Die meisten Mitbürger sind auf diesem Gebiet Abstinenzler, sie können den Konsum verurteilen, ohne sich dabei dem Vorwurf der Doppelmoral auszusetzen. Nur in Randgruppen werden diese Drogen konsumiert, deren Lebensstil nach allgemeiner Auffassung als verwerflich gilt. Wirtschaftlich am Handel damit interessiert sind Kriminelle, denen das Handwerk gelegt werden muß.

Bevor die Drogenpolitik diskutiert werden kann, drängt sich eine knappe Darstellung der schwedischen Alkoholpolitik der letzten 140 Jahre auf.

## 2. DIE SCHWEDISCHE ALKOHOLPOLITIK

Drastische Steuererhöhung für Alkohol im Jahre 1855 und die Abschaffung des Rechtes der privaten Destillation (1860) bildeten den Ausgangspunkt der schwedischen Restriktionspolitik. In Schweden war damals der Alkoholkonsum sehr hoch und vor allem auf Branntwein konzentriert. Stark zum Rückgang des Konsums beigetragen hat die Abstinenzbewegung, die im letzten Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts und den ersten Jahrzehnten dieses Jahrhunderts ihre Blütezeit hatte. In dieser Epoche wurden die Alkoholproduktion und der Handel mit Alkohol weitgehend verstaatlicht und dem Gasthausgewerbe durch restriktive Auflagen der Nährboden entzogen. In einem Referendum stimmte 1922 nur eine äußerst knappe Majorität gegen die Prohibition. Statt dessen setzte sich der ein paar Jahre früher eingeführte Alkoholpass durch, in dem man die Einkäufe von Spirituosen, die auf eine monatliche Menge begrenzt waren, eintrug. Einen Alkoholpass erhielten nur Erwachsene ohne Registrierungen für Alkoholmißbrauch, und der Verkauf war auf staatliche, spezielle Einkaufsläden begrenzt. In einem besonderen Strafregister wurde der Alkoholmißbrauch eingetragen, vor allem Trunkenheit auf öffentlichen Plätzen, Kriminalität, die unter dem Einfluß von Alkohol begangen wurde und Zwangsmaßnahmen, die von der kommunalen Alkoholikerfürsorge ergriffen werden konnten.

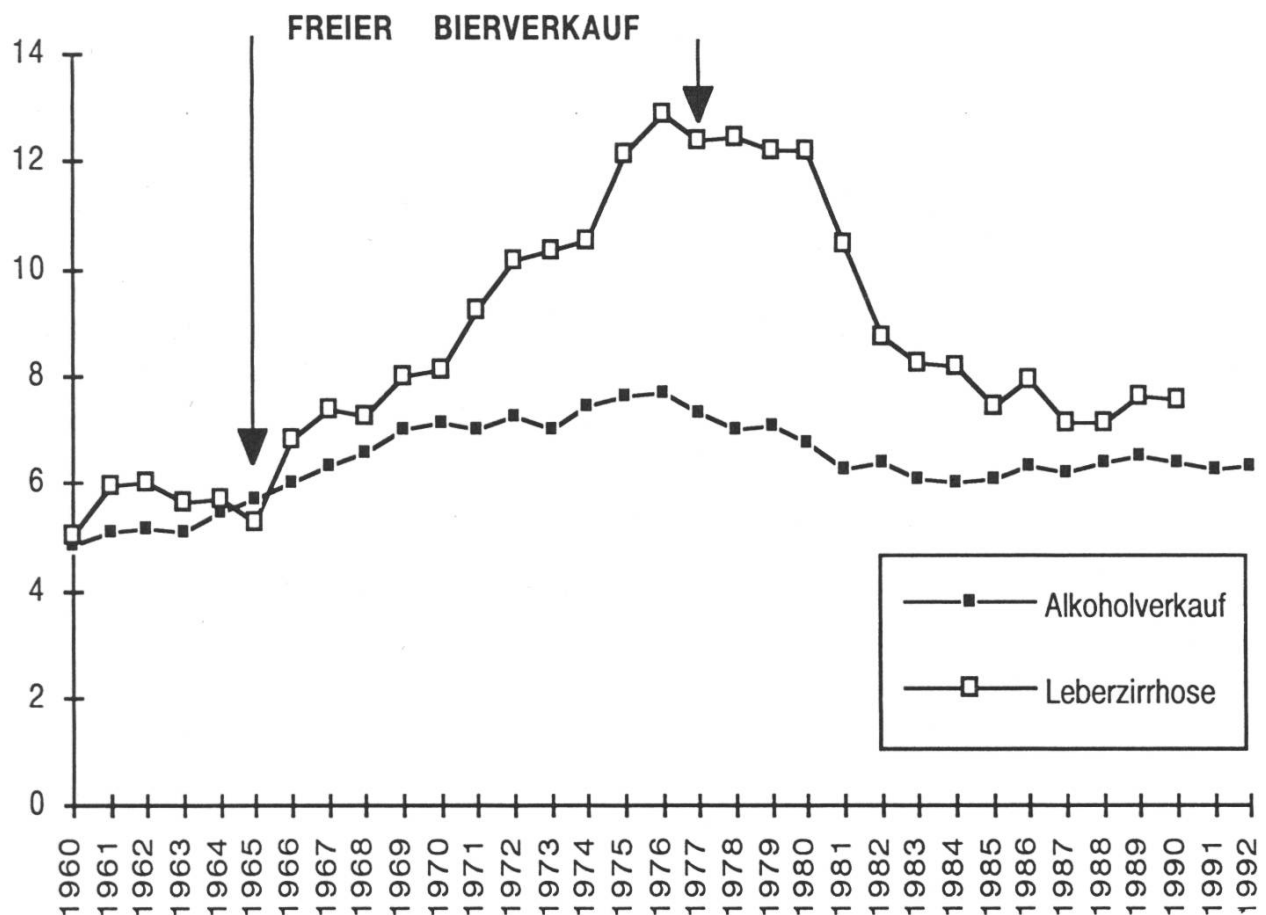
Dieses Kontrollmodell, nach seinem Urheber Dr. Bratt auch Brattsystem genannt, erfuhr im Laufe der Zeit verschiedene Änderungen, so vor allem eine Differenzierung der monatlichen Mengen oder auch des Rechtes auf einen Paß nach Kriterien wie Geschlecht und Einkommen. Im Jahre 1955 wurde dieses individuelle Ransonierungssystem abgeschafft. Jeder Erwachsene, ob Frau oder Mann, Normalkonsument oder Mißbraucher, konnte nach Belieben Spirituosen in den staatlichen Monopolläden kaufen. Die Sperrung von Mißbrauchern vom Alkoholeinkauf wurde später zwar wieder eingeführt, aber am 1. Juli 1977 endgültig aufgehoben.

Es besteht heute kein Zweifel darüber, daß das Brattsystem mässigend auf die Trinkgewohnheiten der Missbraucher einwirkte, und daß die Prävalenz von Alkoholproblemen auf einem verhältnismäßig niedrigen Niveau lag.

Nach der schwedischen «Oktoberrevolution», d.h. der Abschaffung des Alkoholpasses im Oktober 1955, folgte die schwedische Alkoholpolitik einer Linie vorsichtiger Lockerungen. Die Ausnahme war, daß 1965 Bier mit einem Alkoholhalt von 3,5 Gewichtprozent (ungefähr mitteleuropäisches Bier) für den

Verkauf im Lebensmittelhandel freigegeben wurde. Wie **Grafik 1** zeigt, steigerte diese Reform, die 1978 rückgängig gemacht wurde, den Konsum und auch den langsichtigen Trend erhöhter Sterblichkeit an Leberzirrhose der nach der Reform von 1955 eingetreten war.

**Grafik 1:** Verkauf von Alkohol (Liter 100 %) per Einw. 15 Jahre + samt Prävalenz der Sterblichkeit in Leberzirrhose per 100 000 Einwohner unter Berücksichtigung des freien Bierverkaufs (1965-1977).



Das schwedische Restriktionssystem besteht heute aus folgenden Hauptkomponenten:

1. Der Handel mit Alkohol ist monopolisiert, nur bei der Bierherstellung und im Gaststättengewerbe gibt es einen Spielraum für die Marktwirtschaft.

2. Die Alkoholpolitik fällt in den Zuständigkeitsbereich des Sozialministeriums und nicht des Finanzministeriums.

3. Reklame für Alkohol ist im Prinzip verboten.

4. Alkohol darf nur durch die ungefähr 370 staatlichen Monopolläden an mindestens 20 Jahre alte Personen verkauft werden. Die Preise sind hoch.

5. Eine Ausschanklizenz setzt voraus, daß es in dem Lokal möglich ist, warmes Essen zuzubereiten und zu servieren.

Es würde hier zu weit führen, weitere präventive Instrumente der Alkoholpolitik zu beschreiben, wie z. B. Aufklärungs- und Informationskampagnen zu Alkohol-, Drogen- und Tabakfragen. Auf strafrechtlichem Gebiet hat Schweden vor wenigen Jahren die Promillegrenze für Alkohol am Steuer von 0,5 auf 0,2 Promille gesenkt.

Auch wenn die nicht-registrierten Alkoholanschaffungen mitgerechnet werden, ist seit 1980 der Alkoholkonsum im großen und ganzen konstant geblieben (Kühlhorn & Leifman, 1994). Schweden hat sich außerdem in den letzten 15 Jahren von einem Branntweinland in ein Wein- und Bierland verwandelt und gehört zu der Gruppe westlicher Industrieländer, die einen niedrigen Prokopfverbrauch und eine niedrige Sterblichkeit an Leberzirrhose aufweisen. Internationale Stichprobenuntersuchungen über die Rate an Autofahrer mit positiven Testresultaten für Alkohol deuten an, daß die Schweden öfters als ihre Kollegen im vielen anderen Staaten nach dem Alkoholgenuß aufs Autofahren verzichten (Valverius, 1982).

Der böartige Feind Alkohol ist jedoch nicht besiegt; im besten Fall ist er in Schach gehalten, und oft macht er sich bemerkbar. So sei daran erinnert, daß die schwedische Grosshandels-Monopolgesellschaft ihren Wodka mit großem Erfolg im Ausland verkauft, oder daß Reiseveranstalter alkoholbedingtes Randalieren Jugendlicher u. a. in die österreichischen Wintersportorte exportieren.

Vor allem genießt die Alkoholpolitik seit einiger Zeit nicht mehr die Unterstützung breiter Bevölkerungsschichten. Aus den jüngsten Meinungsumfragen geht hervor, daß ungefähr 50% der Schweden allen Alkohol und 70% den Wein und das Bier durch den Lebensmittelhandel verkaufen lassen wollen. Diese Änderung in der öffentliche Meinung wurde wahrscheinlich von Kampagnen

und Debatten in den Medien gefördert, die die Verhandlungen zwischen Schweden und der Europäischen Union über u. a. den Alkoholhandel begleitet haben (Kühlhorn, Leifman, a.a.O.). Daher kann nicht ausgeschlossen werden, daß Schweden auf das traditionelle Instrumentarium seiner Alkoholpolitik in Zukunft verzichten und neue Wege für die Prävention finden muß.

### **3. DIE DROGENPOLITIK**

Die Wirkung repressiver Massnahmen gegen die Drogen ist in Schweden bei der Ausgestaltung der Kontrollpolitik sehr umstritten gewesen, zumindest unter Intellektuellen (Carpelan, Österman, 1970) Vor allem im europäischen Ausland scheinen die Meinungen hierüber auch heute noch stark auseinanderzugehen. Es ist daher besser, anhand von Daten und Fakten eine pragmatisch orientierte Beurteilungen zu versuchen, als das Für und Wider verschiedener Argumente abstrakt zu diskutieren.

Eine nationale Drogenpolitik lässt sich nicht mit Hilfe eines naturwissenschaftlich inspirierten sozialwissenschaftlichen Modells evaluieren. Erstens gibt es in der Regel keine Daten, die sensibel genug wären, um die Veränderungen des Drogenproblems zu erfassen, und zweitens sind drogenpolitische Massnahmen eines Landes einzigartig. Es gibt keine Daten, die zeigen würden, wie sich das Drogenproblem unter einer anderen Drogenpolitik entwickelt hätte, und sie können auch nicht simuliert werden. Man ist daher gezwungen, die Entwicklung des Drogenproblems mit Hilfe bestmöglicher Daten zu beschreiben, um den Zusammenhang zwischen den getroffenen Massnahmen und den festgestellten Entwicklungen aus verschiedenen Standpunkten beurteilen zu können.

Auch in Schweden besteht kein Mangel an ideologisch orientierten Bewertungen in der Literatur, und die Effizienz von verschiedenen kontrollpolitischen Massnahmen wird durchaus kontrovers diskutiert (Bejerot, 1978; Christie, Bruun, a. a. O.). Auch in Norwegen ist dieser Gegensatz im Schlussbericht eines interdisziplinären Forschungsprojektes sichtbar geworden. So schreibt darin der Hauptverfasser in seinen Schlußfolgerungen die günstige Entwicklung des Drogenproblems der restriktiven norwegischen Politik zu, die der schwedischen sehr ähnlich ist (Wahl, 1992). Demgegenüber gelangen zwei Mitautoren dieses Berichts, Nils Christie und Ragnar Hauge, in ihren Beiträgen zu einer völlig anderen Beurteilung. Hauge weist auf die Schäden der Repression hin, Christie meint, mit Hilfe der sozialen Kontrolle das Drogenproblem im Griff behalten zu können.



### 3.1 Die historische Entwicklung der schwedischen Drogenpolitik

Das Aufkommen des Drogenproblems als Massenphänomen in Schweden wird auf die fünfziger Jahre datiert und vor allem mit dem Mißbrauch der Amphetamine in Zusammenhang gebracht. Der zunehmenden Popularität des in Schweden 1956 zugelassenen Preludins als Abmagerungspille wird hierbei besondere Bedeutung beigemessen (Rylander, 1967; Bejerot, 1968). Im Jahre 1959 soll die erste Injektion von Amphetaminen stattgefunden haben (Rylander, a. a. O.). Der Konsum von Haschisch begann in Schweden in gewissen Musikkreisen in den Fünfzigerjahren und verbreitete sich in den Sechzigerjahren insbesondere bei Jugendlichen. Der Verbrauch von Opiaten war in den sechziger Jahren immer noch auf Einzelfälle beschränkt, und die Anzahl der Abhängigen wird 1968 auf noch 200 geschätzt (Bejerot, op. cit.). Erst in den siebziger Jahren begannen sie sich stärker zu verbreiten; in gewissen schwedischen Regionen, z. B. Gotenburg, spielen die Opiate bis heute nur eine kleine Rolle.

Über den grundlegenden Gedanken, daß die Massnahmen gegen die Drogen in erster Hand aus Aufklärung, Erziehung, Kooperation der Behörden und dem Aufbau des Pflegesektors bestehen müssen, hat es in Schweden ebensowenig Dispute gegeben wie über die Steuergelder, die vom Reichstage für diese Zwecke bewilligt werden mußten. Groß dagegen waren die Meinungsverschiedenheiten teils über die Frage, wie die strafrechtlichen Kontrolle ausgestaltet werden sollte, und vor allem, ob die Behandlung von Drogenabhängigen durch die Sozialfürsorge notfalls mit Zwang durchgesetzt werden sollte.

Die ersten behördlichen Reaktionen auf den Konsum von Drogen erfolgten in zwei Phasen. Die erste zielte auf Drosselung des Angebotes an Drogen, die zweite umfaßte die Entwicklung des strafrechtlichen Reaktionssystems und die Schaffung von Behandlungseinrichtungen.

Im **Anhang A** werden die Massnahmen dieser Phase kurz beschrieben. Diese Regelungen konnten die Zunahme des medizinisch unmotivierten Gebrauchs von Drogen nicht eindämmen. Besonders mit der steigenden Popularität des Drogenkonsums in kriminell aktiven Gruppen rückte die Drogenfrage immer mehr ins Zentrum der Kriminalpolitik. Ausserdem befanden sich die Abhängigen in einer krisenartigen Situation. Die Behandlungsbedürftigkeit war gross, die Motivation zur Behandlung schien jedoch klein zu sein. Ende der sechziger Jahre entstand ein heftiger Meinungsstreit darüber, ob und inwieweit Strafen mit therapeutischen Ambitionen vereinbar sind. Gemäß einer soziometrischen

Untersuchung waren die aktiven Meinungsbildner in zwei Lager ohne Verbindungen miteinander aufgeteilt: im liberalen Lager waren Journalisten und Socialwissenschaftler, im repressiven Lager Mediziner mit Forschungserfahrungen in Drogenfragen überrepräsentiert (Carpelan, Österman) a.a.O.

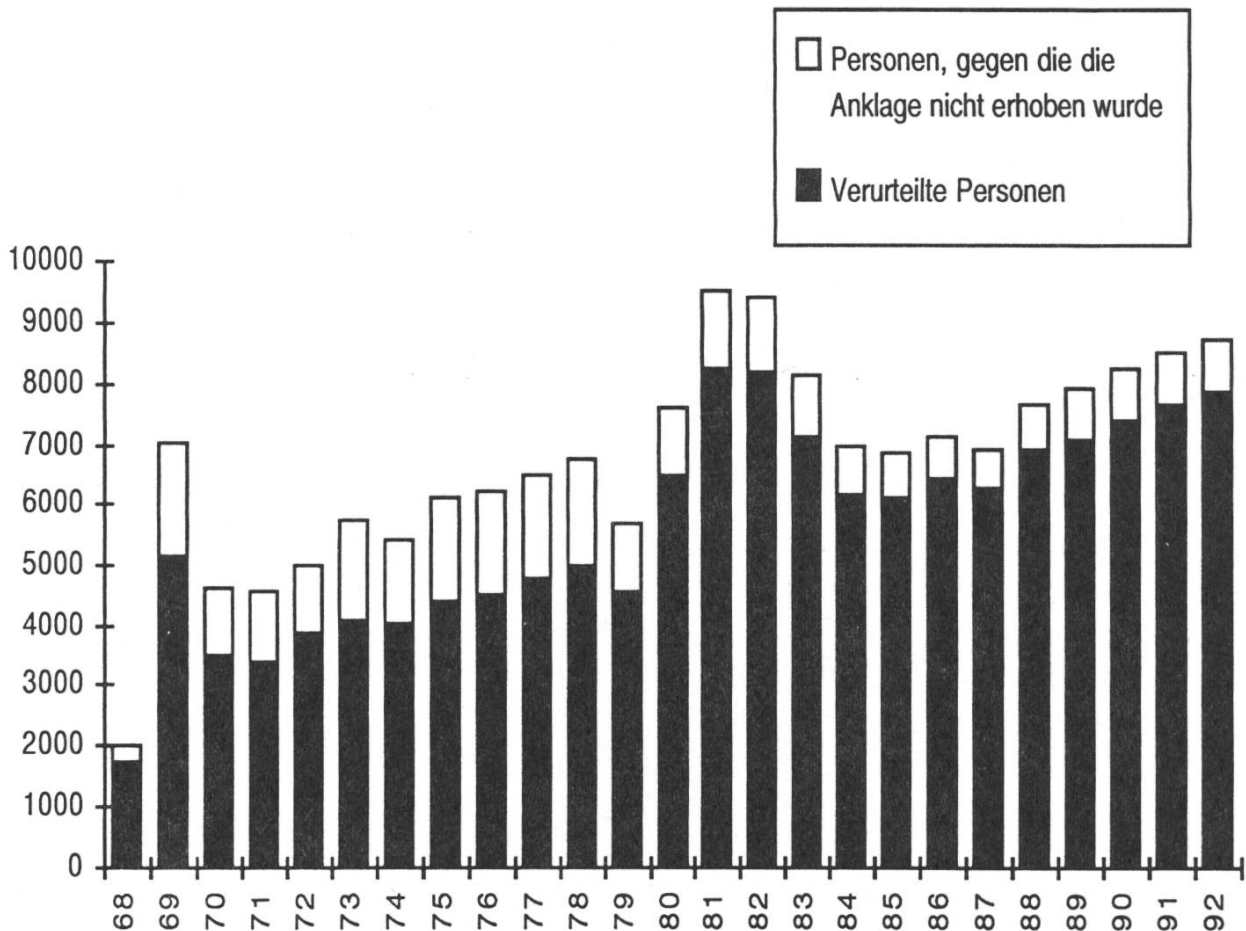
Die politischen Beschlüsse der folgenden Phase, die die bis heute andauernde Entwicklung strukturiert haben, werden im **Anhang B** summarisch skizziert.

Spezifiziert werden die kriminalpolitischen Konsequenzen der politischen Beschlüsse in der **Zusammenfassung C**.

Wie **Zusammenstellung D** zeigt, war die Höchststrafe für den Handel mit Drogen bis 1962 nicht strenger als 6 Monate Gefängnis. Danach sind mit Ausnahme von 1965 nur Verschärfungen der Strafen eingeführt worden. Im Jahre 1968 trat das Drogenstrafgesetz in Kraft, das für schwere Fälle eine Mindeststrafe von sechs Monaten Gefängnis (heute zwei Jahre) und eine Höchststrafe von vier Jahren Gefängnis (heute zehn und im Wiederholungsfall 16 Jahre Gefängnis) androhte. Im Jahre 1988 wurde auch der Konsum kriminalisiert und mit Geldstrafe bedroht. Seit dem 1 Juli 1993 können die leichteren Drogendelikte, die u. a. den Konsum umfassen, auch mit Gefängnis geahnt werden, was große Bedeutung für die polizeilichen Zwangsmaßnahmen hat und u.a. zum Einsatz von Leibesvisitation berechtigt.

Für eventuelle präventive Effekte von Strafen ist nicht nur deren Schwere, sondern auch das Risiko erwischt zu werden, d. h. die Aufklärungsquote, wichtig. Drogenvergehen gehören zu jenen Bereichen der Kriminalität, wo die Aufklärungsquote vor allem durch die Bemühungen der Polizei beeinflusst wird: je mehr Polizisten die Drogenszene überwachen, desto mehr Drogenkriminalität wird entdeckt und aufgeklärt. Die Empfehlungen der Generalstaatsanwaltschaft an die Polizei (siehe auch Anhang C) haben hier große Bedeutung. Wenn der Staatsanwalt beim Besitz kleiner Mengen das Verfahren einzustellen pflegt, gibt es für die Polizei keine Gründe oder zumindest wenig Anreiz, Kleinhändler zu beobachten und festzunehmen. Die sinkende Tendenz der Verfahrenseinstellungen geht aus der **Grafik 2** hervor.

**Grafik 2:** Anzahl der Personen, die für Verstöße gegen die Drogengesetze verantwortlich gemacht wurden (1968-1992)



Aus den publizierten Richtlinien geht hervor, daß die schwedische Staatsanwaltschaft bis Ende der Siebzigerjahre ihre Anklagepraxis nicht den ständigen Verschärfungen des Drogenstrafrechts angepasst hat, sondern eher bemüht war, bei geringeren Straftaten die Wirkungen der neuen gesetzlichen Strafmasse abzufedern. In Stockholm wurde diese Pufferrolle 1977 und in ganz Schweden 1980 aufgegeben. Der Grund dafür war nicht nur die Kritik über die Praxis bei der Anklageerhebung im schwedischen Reichstag, sondern auch eine Veränderung im strategischen Denken. Während man zuerst geglaubt hatte, durch eine intensive Verfolgung der Großhändler den Markt austrocknen zu können, meinte man nun, auch den Strassenhandel

verfolgen zu müssen. Der Grundgedanke war, dass der sichtbare Strassenhandel eine Reklamefunktion hatte und die Rekrutierung neuer Drogenkonsumenten förderte. Dieses Konzept war auch der Ausgangspunkt für die Massnahmen gegen die Nachfrage von Drogen, ein Konzept, das 1988 zur Kriminalisierung des Drogenkonsums führte. Polizeiliche Aktionen gegen den Strassenhandel führten zu einer starken Zunahme der registrierten Verbrechen gegen das Drogengesetz, zum Beispiel von 22599 im Jahre 1979 auf 59425 ein Jahr später. Weiterhin zeigt eine Studie, dass massive Polizeieinsätze gegen eine Konzentration von vielen jugendlichen Drogen- und Alkoholkonsumenten in einem öffentlichen Park Stockholms wieder eine normale Lage schuf, ohne daß das reduzierte Problem durch neue Ordnungsprobleme in anderen Stadtteilen kompensiert wurde (Kühlhorn, 1978).

Die Zahl der Polizisten, die speziell für die Drogenkontrolle in den Jahren 1965-1992 eingesetzt wurden, weist seit Mitte der Siebzigerjahre bis 1984 eine kontinuierliche Zunahme auf. Es arbeiten heute mehr als doppelt so viele Polizisten in diesem Bereich wie vor zwanzig Jahren.

#### **4. DIE BEHANDLUNG DER DROGENABHÄNGIGEN**

Die Behandlung der Drogenabhängigen hat in Schweden ihre Wurzeln in der Medizin, speziell in der Psychiatrie, und ist erst später von den Behandlungsaktivitäten der Sozialfürsorge erfaßt worden.

Die medizinische Tradition ist stark mit dem Aufkommen des Drogenproblems verknüpft. Bevor die Zahl der Drogenabhängigen so groß war, daß von einem sozialen Problem gesprochen werden musste, konnten in Schweden Drogenabhängige legal in Zusammenarbeit mit einem Arzt Drogen erhalten. Hierbei hat es sich hauptsächlich um Opiatmissbraucher gehandelt. Das Aufkommen des Drogenproblems in Schweden muß von der Verbreitung der Amphetamine her gesehen werden. Diese waren zwar rezeptpflichtig, aber trotzdem leicht zugänglich. Amphetaminkonsumenten lernten die Rauschwirkungen bei größeren Dosen kennen und entdeckten, daß aufgelösten Tabletten gespritzt werden konnten und daß dadurch ihre Wirkung potenziert wurde. Teils führte dieser Mißbrauch via Rezeptfälschungen, Betrügereien, Schmuggel und Vergehen gegen die Drogengesetze zur Kriminalität, teils wurde der Amphetaminmissbrauch populär speziell in kriminellen Gruppen. Die Argumentation für Behandlungsversuche, in kontrollierter Form Amphetaminabhängigen Amphetamin zu verschreiben, war daher, daß diese

Form von 'harm-reduction' die Drogenabhängigen von einem Abgleiten in die Kriminalität und in eine Existenz in Randgruppen bewahren würde. Dieser Gedanke entsprach durchaus den medizinischen Traditionen vor der «Drogenepidemie». Erfahrungen von insgesamt elf unter Aufsicht des Reichsgesundheitsamtes durchgeführten Behandlungsversuchen, die teilweise von den verantwortlichen Ärzten vorzeitig abgebrochen wurden, waren nicht positiv. Der größte dieser Versuche, das Åhström Experiment von 1965-1967, zeigte, daß die Anzahl der Patienten unkontrollierbar wuchs, ohne daß die Kriminalität der Versuchspatienten nachdrücklich sank. Diese Resultate leiteten nicht nur zum Abbruch dieses Experiments, sondern auch zu einer äußerst vorsichtigen Haltung gegenüber Versuchen und Behandlungsaktivitäten mit dem Leitmotiv, Probleme bei der Drogenabhängigkeit mittels Verschreibung von Drogen zu mildern. In den Vorschlägen des Komitees über die Pflege der Drogenabhängigen, das die Versuche auswerten liess, wurden Alternative zur drogenfreien Behandlung nicht mehr erwähnt (SOU, 1969). Aus diesen Erfahrungen her entwickelten sich in der Drogenbehandlung im großen und ganzen nur Modelle, die, wie dies in der Alkoholikerbehandlung mit wenigen Ausnahmen der Fall ist, von einer totalen Abstinenz ausgingen. Daher ist es begreiflich, daß der Reichstag im Jahre 1978 als Ziel für die Drogenpolitik eine drogenfreie Gesellschaft sah und auch 1985 beim Aufkommen der HIV-Problematik proklamierte, die drogenfreie Linie in der Behandlung als Hauptlinie beizubehalten. Seit 1966 gibt es jedoch auch in Schweden kontrollierte Versuche, Opiatabhängigen Behandlung mit Methadon zu ermöglichen. Es gelten dabei strenge Kriterien für die Auswahl der Patienten, und Methadon wird poliklinisch nur in Verbindung mit Behandlung verabreicht. Eine kontrollierte Studie von Uppsala zeigte hier für eine zweijährige Observationszeit wesentlich bessere Resultate (niedrige Sterblichkeit, niedrige Kriminalität, weniger Arbeitslosigkeit) für die Methadon-Gruppe als für die Kontrollgruppe (Gunne, Grönbad, 1984). In sehr begrenztem Umfang sind in Schweden auch Opiatmissbrauchern Opiate verschrieben worden. Eine Untersuchung zeigte, daß im Februar 1981 in ganz Schweden neunzehn drogenabhängigen Patienten innerhalb der nicht-institutionellen Pflege legal Opiate verschrieben wurden (Socialstyrelsen, 1981). Das Interesse für Methadonbehandlung ist gewachsen, und seit 1992 dürfen in Schweden gemäß den Vorschriften des Reichssozialamtes 450 Drogenabhängige an solchen Versuchen teilnehmen (Stenbacka, Romelsjö, 1992).

Die medizinische Behandlung umfasst natürlich auch Behandlung in psychiatrischen Kliniken, und viele Drogenabhängige beginnen eine Behandlung zumindest innerhalb des medizinischen Sektors. Wie aus Anhang

Es hervorgeht, wurde das Gesetz, das die Anwendung von Zwangsmaßnahmen im Rahmen der medizinischen Behandlung regelt, 1969 so revidiert, daß es auch ausdrücklich für die Drogenabhängigen gilt.

Die Verantwortung für die Pflege jugendlicher Drogenabhängiger hat immer die Sozialfürsorge getragen, und hier haben sich auch verschiedenartige Modelle besonders für die Behandlung in speziellen Heimen entwickelt. Alle diese Modelle, die u. a. so spezifische Ideologien und Terminologien entwickelt haben, daß man von einer «Behandlungskultur» sprechen kann, hatten die totale Drogenfreiheit als Behandlungsziel.

Es dauerte noch viele Jahre, bis der Weg für die Behandlung erwachsener Drogenmissbraucher in der Sozialfürsorge so geebnet war, daß die Möglichkeiten für die Behandlung von Missbrauchern in Schweden voll ausgenützt werden konnten. Der Sozialfürsorge oblag nämlich die hauptsächliche Verantwortung für Alkoholikerbehandlung einschließlich der Zwangsbehandlung. Diese war schon im zweiten Jahrzehnte dieses Jahrhunderts in Schweden eingeführt worden. Der Behandlungszwang speziell bei Erwachsenen war in den siebziger Jahren stark kritisiert worden. Man meinte, Behandlung solle nach dem Prinzip der Freiwilligkeit und Wahlfreiheit gestaltet werden, und die Möglichkeiten für Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie genügten, um speziell kritische Situationen bei Drogenabhängigen zu meistern. Ein staatliches Komitee wurde beauftragt, einen Vorschlag für eine neue soziale Gesetzgebung zu erarbeiten. Diese Gesetze traten 1982 in Kraft. In dieser Gesetzgebung wurde nicht zwischen Missbrauchern von Alkohol und Drogen differenziert, und Möglichkeiten für Behandlung unter Zwang wurden eingeführt.

Erst danach begann in Schweden eine kräftige Aufrüstung der Behandlungseinrichtungen für Drogenabhängige. Neue Gesetze mit erweiterten Möglichkeiten der Zwangsmassnahmen traten 1989 und 1990 in Kraft.

Im Jahre 1993 beschloss der Reichstag, daß der Staat die Verantwortung über die Institutionen übernehmen wird, denen die Zwangspflege von jugendlichen und erwachsenen Missbrauchern von Alkohol oder/und Drogen obliegt. Die Strukturierung und Entwicklung der Behandlung wird im **Anhang E** präsentiert.

## 4.1 Die Effizienz der Behandlung

Bei einer Beurteilung des Potentials der Behandlung für die Resozialisierung Drogenabhängiger muß zwischen zwei Aspekten unterschieden werden. Beim ersten geht es um die Wirkung einer abgegrenzten Behandlungsmassnahme, nämlich inwieweit eine Behandlungsmethode x für eine gegebene Patientengruppe bessere Resultate als eine andere Behandlungsmethode y erzielt (als «andere» kann auch keine Behandlung gelten). Der zweite Aspekt ist, ob die Karrieren von Drogenabhängigen - ein Prozess, der von Selbstheilung, Behandlungserfolg, Rückfällen, teilweise mehrjährigem Aufenthalt in Institutionen geprägt ist - in einer Gesellschaft mit reichhaltigen Möglichkeiten für Behandlung anders verläuft als in Gesellschaften ohne diese Möglichkeiten.

Was die erste Frage anbelangt, gibst es meines Wissens in Schweden nur eine schlüssige Studie, nämlich diejenige über stark kontrollierte Methadonverschreibung verglichen mit dem Verlauf des Opiatmissbrauchs der Patienten, die auf der Warteliste für dieses Programm standen (Behandlungsgruppe und Kontrollgruppe waren randomisiert, Beobachtungsdauer zwei Jahre). Über den Erfolg der Behandlung besteht kein Zweifel (Gunne, Grönbad, op. cit.). Bei einer Generalisierung dieses Resultats muß jedoch beachtet werden, daß die Versuchs- und die Kontrollgruppe von den Voraussetzungen für Behandlung und der Motivation her nicht repräsentativ für Opiatmissbraucher waren, d. h. ein solches Resultat kann nur für eine gewisse Fraktion der Opiatmissbraucher erwartet werden. Inländische und ausländische Studien mit weniger selektiven Gruppen scheinen auf jeden Fall kleinere Erfolge zu haben und bei nicht stark kontrollierten Behandlungsaktivitäten scheint es, wie das seinerzeitige schwedische Amphetaminprojekt (siehe oben) zeigt, gewisse Risiken für negative Effekte zu geben.

Die anderen, nicht kontrollierten Studien deuten an, dass ein nicht geringer Teil der Behandelten - auf jeden Fall während einer kürzeren Observationszeit - drogenfrei bleibt. Die größte dieser Studien, das BAK/SWEDATE-Projekt, umfasst 436 Patienten in 22 verschiedenen Behandlungsinstituten (sowohl Sozialfürsorge als auch Psychiatrie). Nach sechs Monaten waren 51% drogenfrei und 37% missbrauchsfrei (Alkohol, Drogen, Benzodiazepine, Lösungsmittel) und nach 12 Monaten waren 36% drogenfrei und 21% hatten weder Mißbrauch (Alkohol, Drogen, Benzodiazepine, Lösungsmittel) oder Kriminalität, noch waren sie wieder in die Obhut von Behandlungsinstituten gekommen (Bergmark et al, 1989). Da man damit rechnen muß, daß die meisten der schweren

Drogenmissbraucher irgendwann wegen Drogenkriminalität oder anderer Verbrechen ins Gefängnis kommen, ist es begreiflich, daß der Anteil der Drogenmissbraucher von den jährlich ungefähr 12000 in die Gefängnisse eingewiesenen Verurteilten ca. 25-30% ausmacht. Es gibt eine pseudoexperimentelle Studie über ein Behandlungsprojekt in einem speziellen Gefängnis, Österåker bei Stockholm (Statskontoret, 1992). In diesem Gefängnis wird seit vielen Jahren ein Behandlungsprogramm für Drogenabhängige durchführt, und zu diesem Zwecke werden geeignete Kandidaten für die Behandlung aus vielen anderen Gefängnissen nach Österåker überführt. In der Studie wurden Kandidaten, die das Program absolvierten, mit von der Prognose her gleichwertigen Drogenabhängigen in Bezug auf Rückfall nach der Entlassung verglichen. Dieser Vergleich deutete an, daß nur ein Drittel der Klienten, die das Programm bis zum Ende durchmachten, innerhalb eines Jahres wegen Rückfalls in den Drogenmissbrauch registriert wurden. Die Rückfallquote innerhalb eines Jahres für alle, die dieses Programm begonnen hatten, schien bei ungefähr 50% zu liegen und unterschied sich kaum von der Rückfallsquote für Drogenmissbrauch von Gefangenen mit einer vergleichbaren Prognose, die in den normalen schwedischen Gefängnissen saßen, wo natürlich auch die Drogenabhängigen Pflege für ihre Probleme erhalten können (Wiklund, 1993). U. a. zeigt diese Studie, dass man nicht damit rechnen sollte, dass verschiedenartige Programme innerhalb des drogenfreien Behandlungssektors verschiedenartige Erfolgsraten erzeugen. Eine Studie über jugendliche Drogenmissbraucher in Stockholm, die eine Behandlung begannen, zeigt, daß als Folge von Auswahlprozessen Jugendliche mit einer gravierenden Prognose allmählich in Institutionen mit langen Pflegezeiten gelangen, wogegen Jugendliche mit guter Prognose innerhalb der offenen Pflege eine kurzfristige Behandlung erhalten (Söderholm Carpelan, 1992). Die Erfolgsrate ist bedeutend besser für die Absolventen der offenen Pflege als für die der Behandlungsinstitute, aber es kann nicht ermittelt werden, ob diese Unterschiede den unterschiedlichen Prognosen, der Behandlung oder dem Wechselspiel zwischen Prognosen und Behandlung zugeschrieben werden sollen. Wie andere Studien zeigen, haben Behandlungsinstitute, die Patienten auf der untersten Stufe einer prognostischen Hierarchie betreuen, d.h. die Institute für die Zwangspflege erwachsener Missbraucher, eine extrem niedrige Rehabilitierungsrate, d. h. weniger als 10% drogenfreie Absolventen ein Jahr nach der Entlassung (SOU, 1987; SCB, 1992). Die unterschiedlichen, aber im grossen und ganzen relativ hohen Rückfallquoten deuten an, dass die Drogenabhängigen in ihrer Karriere einer Vielzahl von Behandlungsprogrammen ausgesetzt sind und dass die Bedeutung der Behandlung nicht von einem einzigen Einsatz her beurteilt werden darf. Von grosser Bedeutung ist daher



die Karriere in einer langfristigen Perspektive.

Um dieses zweite Problem zu beleuchten, können ausländische Untersuchungen herangezogen werden. Sie zeigen, daß man langfristig damit rechnen muß, daß sich eine Kohorte Drogenabhängiger im Laufe der Zeit im Durchschnitt jährlich um 3% reduziert, wobei knapp die Hälfte dieser Abgänge durch die hohe Sterblichkeit (1,2% jährlich) erklärt werden muß (Vaillant, 1988; Stimson, Oppenheimer, 1982). Eine vergleichbar hohe Sterblichkeit von Drogenabhängigen liegt auch für Schweden vor (Bejerot, Bejerot, 1980; Engström et al., 1991; Tunving, 1986). Inwieweit die Drogenabhängigen langfristig die Drogenszene verlassen können, ist in Schweden kaum untersucht worden. Eine Untersuchung von 176 Drogenabhängigen in der Stockholmer Sozialfürsorge zeigt jedoch, dass nur 15% nach 4 Jahren drogenfrei waren, ein wesentlich schlechteres Ergebnis also als die Untersuchungen, die sich mit einer einjährigen Beobachtungsperiode begnügen (Svendsen, 1992). Es scheint daher wahrscheinlich, dass verlängerte Beobachtungsperioden noch kleinere Raten der Drogenfreien ergeben, sodass auch für Schweden die allgemeine Regel für die jährliche Verkleinerung einer Kohorte um 3% durch Tod oder Drogenfreiheit Gültigkeit hat.

Von den Rückfallquoten gemäß schwedischer Studien und von den internationalen langfristigen Daten her gesehen scheint auch in Schweden die Drogenabhängigkeit dem Alkoholismus insoweit zu ähneln, daß beide trotz Behandlung als chronische Phänomene in Erscheinung treten - dies wenigstens, wenn sie soweit vorangeschritten sind, daß sie behandelt werden müssen. Die Größenordnung dieser chronischen Probleme ist mehr vom Zufluß von Personen in diese Gruppe abhängig, d. h. von der Prävention, als von den quantitativen oder qualitativen Charakteristiken des Behandlungsangebotes.

## 5. INZIDENZ, PRÄVALENZ UND DROGENPOLITIK

Um den Daten über die Drogenentwicklung gerecht zu werden, muss unterschieden werden zwischen **Prävalenz**, d. h. der Zahl der Drogenabhängigen zu einem gewissen Zeitpunkt, und der **Inzidenz der Rekrutierung**, d. h. der Zahl der neu hinzugekommenen Drogenabhängigen in einer gegebenen Periode. Diese Differenzierung ist aus nötig, um zu verstehen, dass der jährliche Zufluss an neuen Drogenabhängigen (Inzidenz) zurückgehen kann, ohne dass sich dies auf die Prävalenzrate auszuwirken braucht, da letztere ebenso sehr von der Länge der Abhängigkeit bestimmt wird.

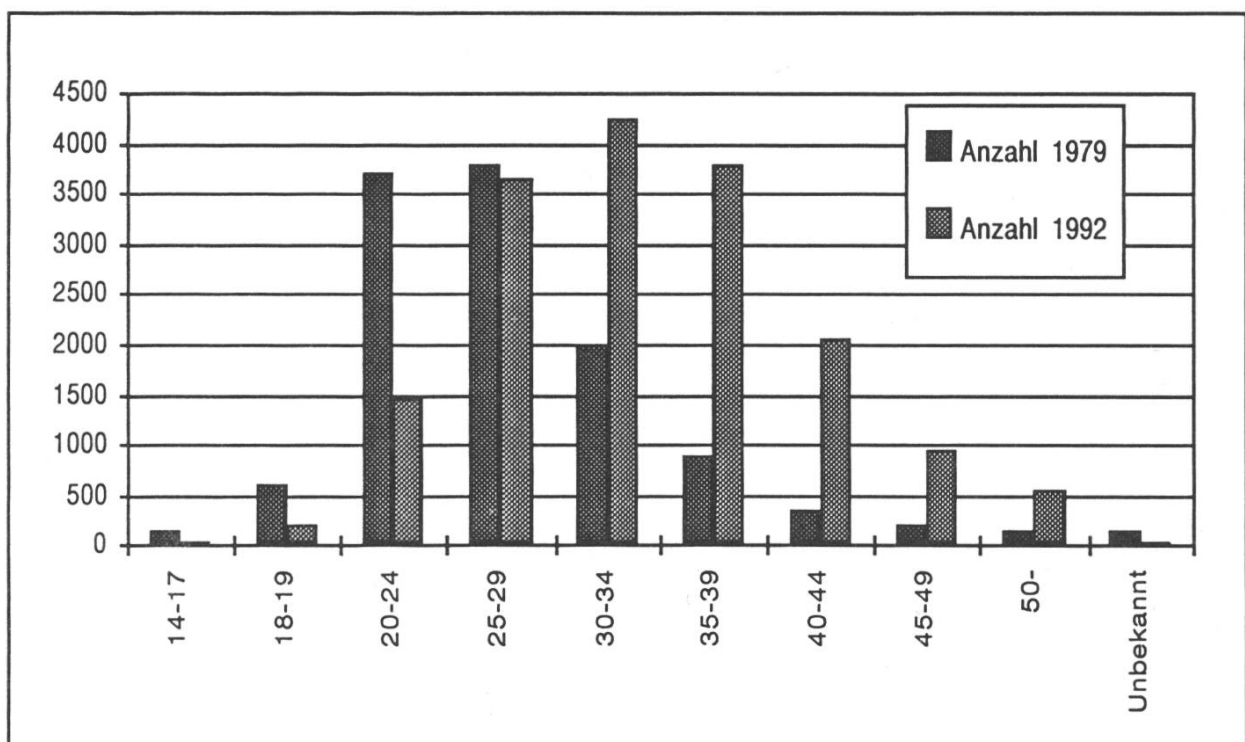
Angesichts der begrenzten Erfolge von Behandlungsmassnahmen gilt auch hier, daß Vorbeugen leichter als Heilen ist, d. h. dass Anstrengungen, den Einstieg in den Drogenmissbrauch zu hemmen, größere Erfolgchancen haben als Bemühungen um die Resozialisierung der Abhängigen. Die schwedischen - und wohl auch die internationalen - Massnahmen gegen Drogen beruhen auf den kriminalpolitischen Konzepten der General- und der Spezialprävention. Generalprävention bedeutet hier, daß die Bedrohung durch Entdeckung und Strafe potentielle Drogenabhängige davon abhält, sich mit Drogen zu befassen, wogegen man unter Spezial- oder Individualprävention hier versteht, daß die Behandlung - analog dem Strafvollzug - den davon betroffenen Drogenabhängigen eine erhöhte Chance gibt, die kriminalisierten Verhaltensweisen nicht zu wiederholen. Nicht nur die kriminologische Forschung über die individualpräventive Wirksamkeit verschiedener Strafen, sondern auch die bereits dargestellten Evaluationen von Behandlungsprogrammen für Drogenabhängige sind enttäuschend, soweit man langfristige Effekte berücksichtigt. Nicht ganz so dunkel ist das Bild auf der präventiven Seite, auch wenn es zumeist unmöglich ist, zwischen Ursache und Effekt zu unterscheiden. Auch ist ihr Charakter präventiv, d. h. sie können kaum für die Intensität des Drogenkonsums der schon etablierten Drogenabhängigen Bedeutung erlangen; ihre Wirkungen bestehen im besten Falle darin, daß die Zahl der Einsteiger in die Drogenszene sinkt. Für die Beurteilung der Drogenpolitik in Schweden ist es daher notwendig, die Inzidenz der neuen Fälle, das heißt die eventuellen Erfolge und Mißerfolge der Prävention von der Prävalenz zu trennen. Für die Prävalenz der chronischen Drogenabhängigen zu verschiedenen Zeitpunkten hat die Effizienz der Behandlung große Bedeutung.

### **5.1 Die Entwicklung des Konsums von Drogen mit besonderer Berücksichtigung der Inzidenz in Schweden.**

Sowohl im Jahre 1979 als im Jahre 1990 ist in Schweden die Prävalenz der Drogenabhängigen gemessen worden (Ds S 1980; Olsson et al, 1993). Fragebögen sind an Behörden gesandt worden, die für Massnahmen gegenüber Drogenabhängigen zuständig sind, d.h. hauptsächlich die kommunalen Ämtern der Sozialfürsorge, der Polizei, des Gerichtswesens und der Gesundheitsbehörden. Die Prävalenz von Drogenkonsumenten, die als schwere Mißbraucher klassifiziert wurden (Injektionsmissbrauch und/oder täglicher/ beinahe täglicher anderweitiger Drogenkonsum) betrug 1979 12 000 Personen (1,4 per 1000 Einwohnern) und wurde für 1992 auf 17 000 geschätzt (2,1 per 1000 Einwohnern). Die Prävalenz war wie erwartet angestiegen. Nimmt man

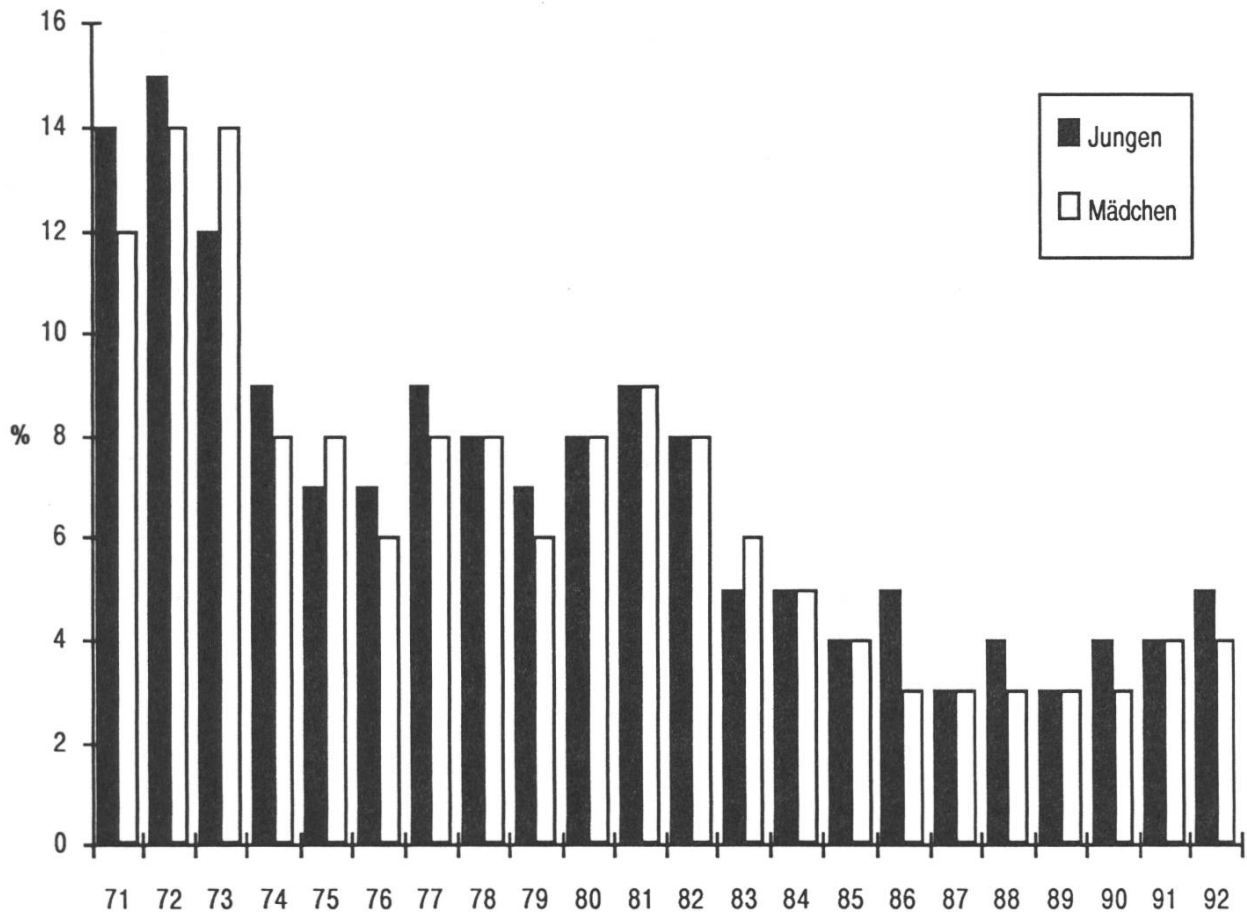
jedoch Rücksicht auf die Altersgruppen an den beiden Zeitpunkten 1979 und 1990, so hat die Prävalenz bei den Jüngeren erheblich abgenommen. Die Altersverteilungen werden in **Grafik 3** illustriert. Wir wissen von zwar aus Spezialstudien, daß das Einstiegsalter für Drogen gestiegen ist, aber Schätzungen zeigen, daß auch die Inzidenz, d. h. die Neurekrutierung in die Szene des schweren Drogenkonsums gesunken sein muß.

**Grafik 3:** Das Altersschwerer Drogenmissbraucher 1979 und 1992 in Schweden



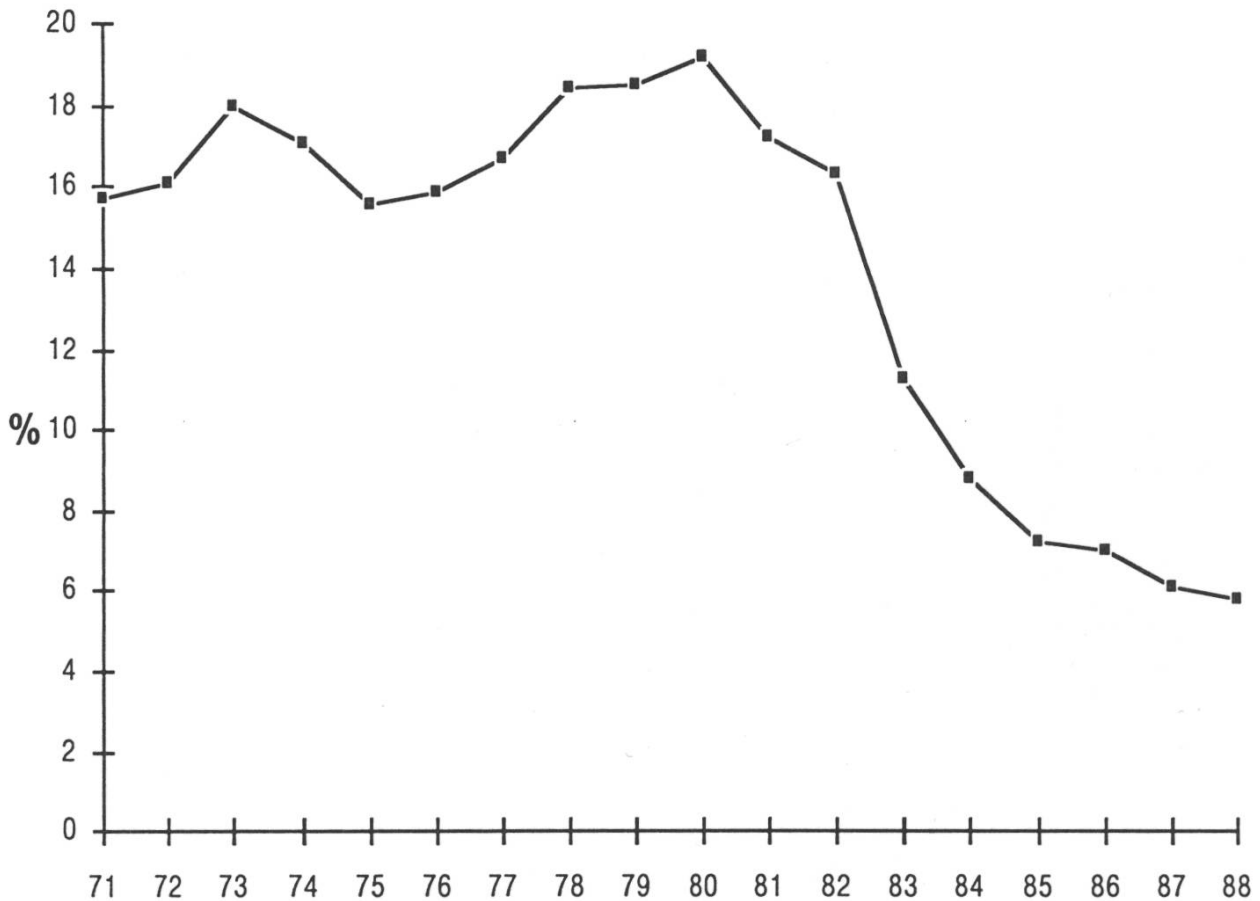
Die Entwicklung, die hier vorgestellt worden ist, berührt hauptsächlich den schweren Mißbrauch, d.h. ein Segment der erwachsenen Bevölkerung von weit unter einem Prozent. Die interessante Frage ist, inwieweit diese Entwicklung auch auf einer breiteren Ebene stattgefunden hat und namentlich auch den zufälligen Konsum von Drogen (einschliesslich des «Ausprobierens») betrifft. In Schweden werden jedes Jahr Untersuchungen in der siebten (14-15-Jährige) und in der neunten Klasse (16-17-Jährige) mit Hilfe ausgeteilter anonymer Fragebögen durchgeführt, die Erfahrungen vom Rauchen und Alkoholtrinken und des Drogenkonsums messen sollen.

**Grafik 4:** Prozent der Jungen und Mädchen im neunten Schuljahr die Drogen konsumiert haben



In **Grafik 4** wird der Anteil der Schüler dargestellt, die angeben, im letzten Jahre Drogen einmal oder mehrmals konsumiert zu haben. Es handelt sich dabei hauptsächlich um Rauchen von Haschisch. Außerdem werden jedes Jahr die bei der Musterung erscheinenden Wehrpflichtigen auf eine ähnliche Art befragt, **Grafik 5**.

**Grafik 5:** Prozent Wehrpflichtige die Drogen konsumiert haben (1971-1988)



Da diese Befragungen jedes Jahr eine neue Altersgruppe umfaßen, können diese Werte ungefähr wie Inzidenzraten beurteilt werden. Es muß aber betont werden, daß der Wert von Befragungen auf diesem Gebiete begrenzt ist. Man muß damit rechnen, daß z. B. Drogenkonsumenten am Tage der Untersuchung sich nicht in der Schule befinden, daß die Antworten vom jeweiligen moralischen Klima beeinflußt werden und dass abweichendes Verhalten oft untertrieben wird. Immerhin kann eine Erhöhung des Einstiegsalters als ein Absinken der Inzidenz gedeutet werden.

Aus den Grafiken 4 und 5 ist ersichtlich, dass sich die Inzidenz des experimentellen Drogenkonsums erheblich zurückentwickelt hat. Es gibt jedoch auch Hinweise auf eine verringerte Inzidenz des intravenösen Drogenkonsums,

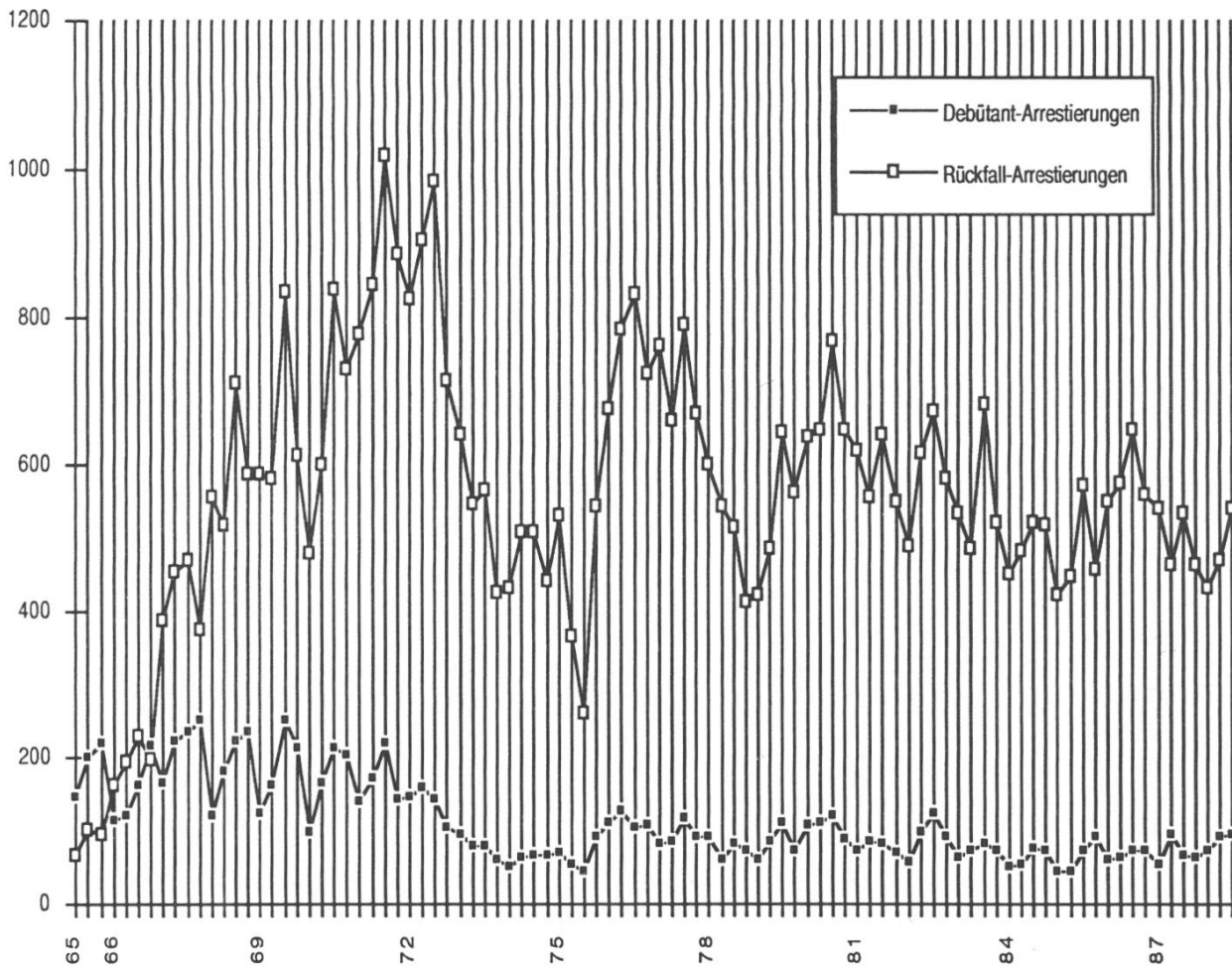
wovon im folgenden die Rede sein soll. Sie beziehen sich auf Stockholm, eine Agglomeration mit 1,3 Millionen Einwohnern, wo sich das Drogenproblem zuerst und am auffälligsten manifestierte.

## **5.2 Die Entwicklung der Situation in Stockholm an Hand des Registers über Nadeleinstiche.**

Seit dem 1. April 1965 wird in Stockholm ein Forschungsregister geführt, das mit gewissen Ausnahmen (während gewisser Nachtstunden Eingetroffene und Untersuchungshäftlinge) alle an die Stockholmer Polizeihauptwache wegen Verdachts auf eine strafbare Handlung zugeführten Personen umfaßt. Diese werden kurz von einer Krankenschwester auf das Vorhandensein von Nadeleinstichen untersucht. Personen mit frischen Nadeleinstichen werden um ein kurzes Forschungsinterview gebeten. Bei diesem Interview wird danach gefragt, ob die Nadeleinstiche von der Injektion von Drogen kommt, welche Drogen injiziert wurden und in welchem Jahre die erste Spritze genommen wurde. Das Register umfaßt von 1965 bis zum 31. Dezember 1992 240 000 Verhaftungen. Von diesen wurden mit Sicherheit bei 70 000 frische Nadeleinstiche festgestellt, wobei es sich - zufolge oft mehrfacher Verhaftung derselben Person - um 11 800 verschiedene Personen handelt. Im Jahre 1967 wurde die Qualität des Registers untersucht. Anlässlich einer Validitätsuntersuchung im Jahre 1967 wurden von den aus anderen Quellen bekannten intravenösen Drogenkonsumenten 72% im erwähnten Forschungsregister wiedergefunden (Bejerot, 1975). Das vom Sozialmediziner Bejerot gegründete Register wird heute vom Institut für Sozialmedizin am Karolinischen Institut (Karolinska Institutet) in Stockholm weitergeführt.

Von Interesse ist vorliegend weniger die Tendenz der Verhaftungen mit festgestellten frischen Nadeleinstichen, da diese mehr die Verhaftungspraxis der Polizei sowie das kriminelle «Involvement» der Drogenabhängigen als die Inzidenz neu hinzugekommener Missbraucher widerspiegelt. Um die Inzidenz neuer Missbraucher in den Griff zu bekommen, ist die Anzahl der jährlich erstmals verhafteten Personen mit Nadeleinstichen von Interesse.

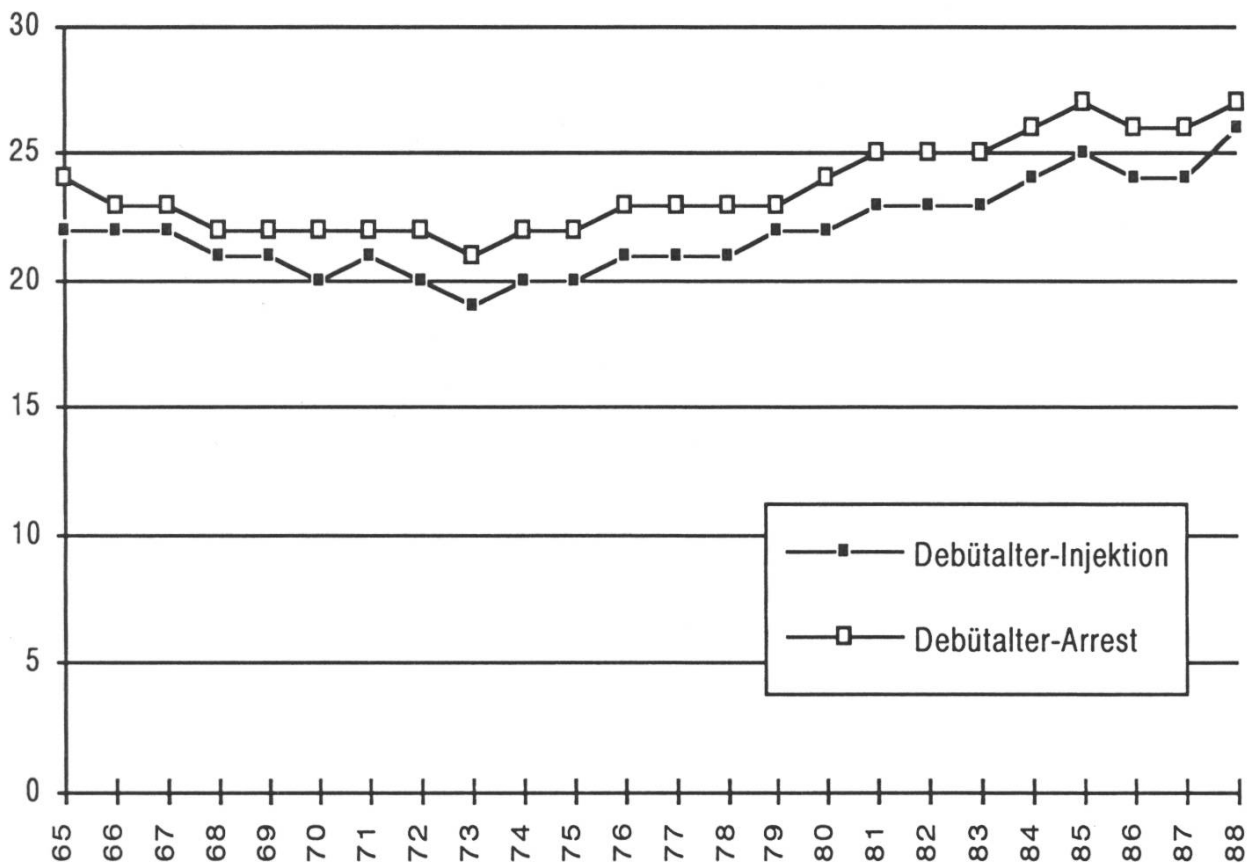
**Grafik 6** : Debütant- und Rückfallarrestierungen, vierteljährlich (1.4.1965 - 31.12.1992)



**Grafik 6** zeigt (quartalweise) die Tendenz der Verhaftungen von erstmals auffälligen Fixern einerseits und von bereits früher verhafteten Drogenabhängigen andererseits. Die Verhaftungen polizeilich bereits bekannter Fixer scheinen grösseren Schwankungen zu unterliegen, was damit zusammenhängen mag, dass der Polizei bekannte Deliquenten einer intensiveren Beobachtung ausgesetzt sind und daher stärker von der Intensität der polizeilichen Kontrolle beeinflusst wird. Die Grafik 6 zeigt aber auch, dass die Anzahl der Verhaftungen an sich wenig über die Entwicklung der Inzidenz neuer Konsumenten aussagt. Die Korrelation zwischen den zwei Trends in Grafik 6 ist, auf monatlicher Basis berechnet, nicht grösser als .28.

Im allgemeinen kann man damit rechnen, daß die Ausbreitung und Verschärfung des Drogenproblems mit einem tieferen Einstiegsalter einhergeht, wogegen das Zurückdrängen von einer gegenteiligen Tendenz begleitet sein dürfte. Allerdings beeinflusst die Wahrscheinlichkeit der Verhaftung diese Verhältnisse, indem eine erhöhte polizeiliche Kontrolltätigkeit Neueinsteiger schneller erfasst und damit das Einstiegsalter scheinbar nach unten verschiebt, weshalb der Indikator «Einstiegsalter» teilweise als ein Instrumenteneffekt gedeutet werden muß.

**Grafik 7 :** Das durchschnittliche Alter für in in den Injektionsmissbrauch und für den Arrest für den Injektionsdebütanten 1965-1988 mit fünfjähriger Disponierungsperiode



In **Grafik 7** wird die Entwicklung des Einstiegsalters in den Injektionsmissbrauch (nach den Interviewangaben der Verhafteten) sowie des Alters bei der



erstmaligen Verhaftung mit frischen Nadeleinstichen dargestellt. Bis Mitte der Siebzigerjahre ist das Einstiegsalter für den Injektionsmissbrauch etwas gesunken. Es ist schwer zu sagen, ob es sich hierbei um ein tatsächliches Sinken oder um einen Instrumenteneffekt handelt. Seither ist jedoch das Einstiegsalter jedoch kontinuierlich gestiegen. Es kann nicht ausgeschlossen werden, daß diese Steigerung in Wirklichkeit noch größer ist und durch den Instrumenteneffekt nach unten verzerrt worden ist. Eine Erklärung für das Absinken des Einstiegsalters bis 1973 hängt mit der Explosion des Drogenproblems während dieser Periode in den übrigen schwedischen Regionen zusammen: Neueinsteiger vom Lande zogen nach Stockholm und sorgten für eine ständige Verjüngerung in der Stokholmer Drogenszene.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, daß die Einstiegsrate und das Einstiegsalter in den Injektionsmissbrauch Kriterien von ausschlaggebender Bedeutung für die Beurteilung der Entwicklung ist. Danach hat die Verstärkung der Kontrollintensität und die allgemein stärker repressive Tendenz der schwedischen Drogenpolitik seit Ende der Siebzigerjahre zu einem kontinuierlichen Absinken der Inzidenzrate (d.h. der Zahl der Neueinsteiger) und gleichzeitig zu einer laufenden Erhöhung des durchschnittlichen Einstiegsalters geführt. Freilich handelt es sich hier um eine Interpretation und nicht um einen im strengen Sinne des Wortes wissenschaftlichen Beweis für die Effizienz der schwedischen Drogenpolitik. Vorzuziehen ist sie allerdings anderweitigen Erklärungsversuchen (Skog, 1987), die etwa die tiefere Inzidenz seit Ende der Sechzigerjahre mit einer weitgehenden «Incapacitation» in Zusammenhang bringen, also damit, dass die Drogendelinquenten zufolge der härteren Strafrahmen massenhaft in Gefängnisse verbracht und somit «aus dem Verkehr» gezogen worden wären.

Bejerot selbst dagegen hat im großen und ganzen die Entwicklung des Drogenmißbrauchs richtig erkannt und in seiner Dissertation (1965) auf das Ansteigen des Drogenmißbrauchs bis 1967 und auf das Absinken danach hingewiesen. Weiterhin hat er in späteren Schriften zutreffend auf das Abflauen der Effizienz der Drogenpolitik gegen Mitte der siebziger Jahre hingewiesen (1978).

Unsere Forschungen über die kontrollpolitischen Massnahmen im Stockholmer Raum deuten nicht darauf hin, daß sie von denen im übrigen Schweden abweichen. Entscheidend ist jedoch, daß man nicht weiß, welche Komponenten der Drogenpolitik für die gezeigte Entwicklung verantwortlich gemacht werden können. Nach unserer Meinung ist es ausgeschlossen, dass das

kriminalpolitische Instrumentarium allein solche Effekte hätte erzielen können. Schon der gezeigte Verzögerungseffekt spricht für diese Auffassung. Nicht zu vergessen sind die Investitionen, die der Staat und die Gemeinden für die Information und für präventive Arbeit in den Jugendorganisationen aufgewendet haben, die präventive Arbeit in den Schulen, die sozialen Bewegungen, die sich in Schweden gegen die Drogen entwickelt haben, die Haltung der schwedischen Massenmedien und nicht zuletzt die erzieherische Arbeit in Millionen schwedischer Elternhäuser, kurz die soziale Kontrolle. Wir sehen doch gute Möglichkeiten, im Rahmen unseres Forschungsprojekts zeitrelatierte Daten über vor allem den Einsatz von kontrollpolischen Massnahmen im Stockholmer Raum zu erwerben und das Für und Wider der Repressionshypothese mit Hilfe moderner statistischen Methoden (Box-Jenkins-Analysen) beleuchten zu können.

## **6. SCHLUSSFOLGERUNGEN**

Die Drogenpolitik hat sich in den letzten dreissig Jahren von einer Kontrolle über das Angebot von verschiedenen Drogen zu einer präventiven Linie mit einer kriminalpolitischen, repressiven Komponente entwickelt. Der Detail- und Strassenhandel von Drogen ist bewußt ein Zielgebiet dieser repressiven Strategie geworden.

Auf der individualpräventiven Ebene hat von Anfang an ein Konflikt die Drogenpolitik beherrscht, nämlich zwischen der Linie, mit Drogenabhängigen zusammenzuleben und innerhalb der Behandlung Drogen anzuwenden, und der Gegenposition, die Behandlungsmöglichkeiten auszubauen, unmotivierte Drogenabhängige gesetzlich direkt zur Therapie zu zwingen und durch die Kriminalisierung des Konsums die Voraussetzungen für den Lebensstil mit illegalen Drogen zu beseitigen und auf diese Weise indirekt das Interesse für Behandlung zu erzwingen.

Ob die eine oder die andere Linie an Spielraum gewinnt, dürfte die Inzidenz des Einstiegs in die Drogenszene nur wenig beeinflussen, dies jedenfalls wenn die Drogenabgabe im Rahmen der Behandlung unter strenger Kontrolle erfolgt. Für die Lebensqualität der Drogenabhängigen dagegen ist die Wahl zwischen drogenfreier Zwangsbehandlung kontra einer Behandlung mit Methadon nicht belanglos. In Schweden hat bisher die drogenfreie Linie gesiegt, aber die Entwicklung nach dem Aufkommen der HIV-Epidemie scheint der zweiten Linie einen größeren Spielraum zu gewähren. Die Daten, die auf diesem

Gebiet bisher publiziert sind, stützen nicht den Standpunkt, daß für Drogenabhängige mit einer schlechten Prognose die drogenfreie, zwangsweise Behandlung eine bessere Alternative als Methadonbehandlung sein muß. Einem mißglückten schwedischen Experiment mit legaler Verschreibung von Amphetaminen 1966-1967 scheint eine übertriebene Bedeutung für die Verbreitung der Drogen zugeschrieben worden zu sein.

Ansonsten zeigt die Forschung über die Behandlungsmethoden, dass die Drogenabhängigkeit ebenso wie der Alkoholismus chronische und verhältnismäßig behandlungsresistente Phänomene sind. Es erscheint zweifelhaft, ob Veränderungen in der Drogenbehandlung nach unseren heutigen Kenntnissen das Drogenproblem quantitativ durch eine Verbesserung der Erfolgsrate so zu verkleinern vermag, daß die Prävalenzrate der Drogenabhängigen beeinflußt wird.

Die Entwicklung des Drogenproblems in Schweden hat einen günstigen Verlauf genommen und sich in die Richtung hin entwickelt, die den Politikern bei ihren Entscheidungen vorgeschwebt hatte. Auch wenn wissenschaftlich nicht bewiesen werden kann, dass ihre Entscheidungen diese Entwicklung verursacht oder zumindest gefördert haben, muss damit gerechnet werden, daß den politischen Entscheidungen diese positiven Folgen zugeschrieben werden. Hinzu kommt, daß die Drogenpolitik nicht im Blickpunkt tiefer parteipolitischer Auseinandersetzungen stand und Umfrageergebnissen zufolge von breiten Bevölkerungsschichten unterstützt wird. Dies mag der wichtigste Grund dafür sein, warum der Vorschlag von Kettel Bruun und Nils Christie, den guten Feind Drogen durch eine «kontrollierte» Legalisierung von Marihuana und Opiaten etwas bössartiger zu machen, die drogenpolitischen Realitäten nicht beeinflußt hat.

Bruun und Christie schließen nicht aus, daß ihr Legalisierungsvorschlag negative Konsequenzen für die Volksgesundheit haben könnte. Hier mag der zweite Grund liegen, warum es weder im Zusammenhang mit der Veröffentlichung dieses Buches zu einer breiteren Debatte über «Legalisierung» gekommen ist, noch die Legalisierung in Schweden ausserhalb von politischen Randgruppen als eine Alternative zur offiziellen Drogenpolitik gesehen worden ist (Lindgren, 1993). Angesichts der hohen Kosten für den Alkohol- und Tabakmissbrauch, die die schwedische Volkswirtschaft mit mehreren Prozent des Bruttonationalproduktes belasten, haben Vorschläge keine Aussicht, ernstgenommen zu werden, die, um einen kulturell nicht integrierten Lebensstil größeren Spielraum zu verschaffen, langfristig die Kosten des Drogenproblems

zu erhöhen drohen. Demgegenüber werden die gegenwärtigen Kosten für drogenpolitische Massnahmen noch als tragbar erachtet. Laut einer Untersuchung (Revisionsverket, 1993) beliefen sie sich 1991 auf ungefähr zwei Milliarden schwedischer Kronen (500 Mio. SFr.).

Der dritte Grund für die Unpopularität von Vorschlägen, die illegalen Drogen in legale verwandeln wollen, dürfte mit dem Charakter der Drogen zusammenhängen. Untersuchungen zeigen erstens, daß die Zeitspanne zwischen Experimentieren und Abhängigkeit wesentlich kürzer zu sein scheint als für Alkohol, und zweitens, daß sich das Experimentieren in einer Lebensphase abspielt, wo den Eltern eine Mitverantwortung obliegt, d.h. wo das Individuum als nicht voll verantwortlich gilt. Kertil Bruun und Nils Christie haben ihren Legalisierungsvorschlag ausdrücklich auf Erwachsene begrenzt. Die Schweden wissen jedoch von ihren Alkoholrestriktionen, daß dies nur teilweise erfolgreich ist und außerdem eine gewisse Massenkriminalität erzeugt, nämlich das 'Dealen', den Verkauf von Alkohol an Jugendliche.

Als vierter Grund für die fehlende Durchschlagskraft ihres Vorschlags mag darin liegen, daß Bruun's und Christie's Ausgangspunkt war, daß gesellschaftliche und staatliche Reaktionen gegen den Drogenkonsum größeren Schaden verursachen als die Drogen selbst. Gegen die Fruchtbarkeit dieser Perspektive kann erstens angeführt werden, daß die Konsequenzen des Drogenkonsums und der Reaktionen gegen denselben nicht voneinander getrennt werden können. Diese Konsequenzen bilden eine unauflösliche Einheit, solange sich die Drogenabhängigen in einem Kollektiv von Mitbürgern ohne diesen Lebensstil befinden. Im besten Fall können Gesellschaften mit starken und schwachen Reaktionen gegen Drogen miteinander verglichen werden. Zweitens scheint die Gleichung «negative Folgen eines Verhaltens kontra negative Folgen der Sanktionen für den Delinquenten» zu vereinfacht zu sein, um das Für und Wider von Sanktionen zu beurteilen. Für die Existenzberechtigung von Sanktionen spielt eine andere Komponente die ausschlaggebende Rolle, nämlich die Bedeutung der Sanktion für die soziale Ordnung, d. h. inwieweit die Androhung von Sanktionen Individuen von solchen Verhaltensweisen abhalten können, die von der Majorität der Mitbürger als unerwünscht empfunden werden.

Unsere Prognose ist daher, daß die präventiv orientierte Verbotslinie für Drogen in absehbarer Zukunft in Schweden beibehalten wird. Dieses schließt nicht aus, daß der Spielraum für das Miteinanderleben der Drogenabhängigen und Drogenfreien sich durch Methadonprogramme oder Austauschprogramme

von Spritzen erweitert. Die Bedrohung der schwedischen Drogenpolitik wird nicht von innen, sondern von außen kommen. Die erste wäre, daß Staaten mit einer vergleichbaren Kultur wie Schweden akzeptable Fakten erbringen, daß ihre liberale Politik sowohl mit niedriger Prävalenz- als auch rückläufigen Inzidenzraten der Drogenabhängigkeit einhergeht. Bisher kann man jedoch sowohl vom Alkohol- als auch von den Drogen her sich des Eindrucks nicht entwehren, daß mit der Größe des Problems die Bereitwilligkeit abnimmt, das Problem anzugehen und zu registrieren. Die andere Bedrohung bestünde darin, daß ein mit dem übrigen Europa vereintes Schweden wie beim Alkohol die Voraussetzungen für eine nationale Drogenpolitik verlieren würde.

## Anmerkungen

\* Department of Sociology, Universität Stockholm

<sup>1</sup> Der vorliegende Text stellt eine von der Redaktion bearbeitete Version eines Vortrags dar, den der Hauptverfasser am 24.3.1994 in Bern gehalten hat. Er stützt sich auf ein Forschungsprojekt des soziologischen Instituts der Universität Stockholm, das vom Schwedischen Sozialwissenschaftlichen Forschungsrat finanziert wird. Die Verfasser danken Jill Björ, Doz. Dr. Arto Hiltunen, Doz Dr. Johannes Knutsson, Håkan Leifman, Dr. Orvar Olsson, Mats Ramstedt, und Prof. Dr. Leif Svanström für Ihre Hilfe bei der Erarbeitung dieses Texts.

## Literatur

Åhström S.-E., «Ambulant förskrivning av narkotika», in: *SOU Narkotikaproblemet, Kartläggning av vård, Betänkande avgivet av Medicinalstyrelsens narkomanvårdskommitté*, Stockholm, Del 1, 25, 1967, 253-261.

Bejerot N., *Narkotikafrågan och samhället*, Aldus/Bonnier, Stockholm, 1968.

Bejerot N., *Narkotikamissbruk och narkotikapolitik*, Sober Dokumentation 2, Skara, 1975.

Bejerot N., *Missbruk av alkohol, narkotika och frihet*, Ordfront, Stockholm, 1978.

Bejerot C., Bejerot N., «Missbruk, dödlighet och dödsorsaker», *Socialmedicinsk Tidskrift*, 57, 1980, 51-59

Bergmark A., Björling B., Grönbladh L., Olsson B., Oscarsson L., Segreus V., «Klienter i institutionell narkomanvård - analys av bakgrund, behandling och utfall», *Pedagogiska Institutionen*, Uppsala universitet, Uppsala, 1989.

Bruun K., Frånberg P. (Eds), *Den svenska supen. En historia om brännvin, Bratt och byråkrati.*, Prisma, Stockholm, 1985.

CAN, «Narkotika 11 kunskapsöversikter», *Fakta 1.86*, Stockholm, 1986, 121 ff.

Carpelan L., Österman T. *Åsiktsgrupperingar i narkotikadebatten och TVs behandling av dessa*, Sociologiska Institutionen, Stockholm, 1970, 1965-1967.

Dole, V. P., Nyswander M., «A medical Treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction», *Journal. American Med. Assoc.*, 163, 1965, 646-650.

Ds S, *Åtgärder mot narkotikamissbruk. Redovisning från regeringens ledningsgrupp för narkotikafrågor*, Socialdepartementet, Stockholm, 2, 1978.

Ds S, «Tungt narkotikamissbruk- en särredovisning för län och kommuner av 1979 års undersökning», *Rapport från utredningen om narkotikamissbrukets omfattning*, Socialdepartementet, Stockholm, 11, 1980.

Engström A., Adamsson C., Allebeck P., Rydberg U., «Mortality in Patients With Substance Abuse: A Follow-up in Stockholm County, 1973- 1984», *The International Journal of the Addictions*, 26, 1, 1991, 96-101.

Eriksson I., Eriksson U.-B., *Polisens Insatser mot gatulangningen av narkotika - ett utvärderingsförsök*. Brottsförebyggande Rådet, Kansli PM , Stockholm, 1983.

Gunne L., Grönbad L., *The Swedish Methadone Maintenance Program* , in Serban G (red) *The Social and Medical aspects of Drug Abuse*, Spectrum Publications, New York, 1984, 205-213.

Karlmark S., «Om den stegvisa avkriminaliseringen av små narkotikainnehav», *Narkotikafrågan*, 4, 1977.

Kühlhorn E., «Deprivation of freedom and the police», BRÅ Report, Stockholm, 4, 1978.

Kühlhorn E., Leifman H., *Hembränt och ICA-nubben-om konsumenternas större närhet till alkohol*, Sociologiska Institutionen, Stockholms universitet, Rapport Nr 23, Stockholm, 1994.

Lindberg, J., «De legala narkomanerna . En studie av dr S. E. Åhströms patientgrupp», in: *SOU Narkotikaproblemet*, Socialmedicinska och kliniska

undersökningar, Studier under medverkan av Narkomanvårdskommittén, Stockholm, Del IV, 53, 1969, 345-403.

Lindgren S.-Å., Den hotfulla njutningen: Att etablera drogbruk som samhällsproblem 1890-1970, Symposium Graduale, Stockholm/Stehag, 1993.

Olsson O., Bykvist S., Gomér G., «Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1992», in: *CAN rapportserie*, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning Stockholm, 28, 1993.

Penton G, Ågren G, «Förlängd vårdtid är nödvändig», *Alkohol & Narkotika*, 7, 1987, 24-28.

Prop 1977/78, *Proposition om åtgärder mot narkotikamissbruk*, 105, 1978-03-02.

Riksrevisionsverket, *Narkomanvården- om kostnader, resursutnyttjande, samordning och statlig styrning*, Riksrevisionsverket, Stockholm, 1993.

Rylander G., «Narkomaniernas uppkomst och symptombild» in: *SOU Narkotikaproblemet*, kartläggning av vård, Betänkande avgivet av Medicinalstyrelsens narkomanvårdskommitté, Stockholm, Del 1, 25, Bilaga 6, 1967.

Rönnerberg S., Andrén, A., Hermansson U., Stenström N., Öberg D., «Sprutbyte för personer med intravenöst missbruk», *Rapport 62 i Socialt Arbete*, institutionen för Socialt Arbete, Stockholms universitet, Stockholm, 1993.

SCB 92, *Statistiska Meddelanden S38 SM9201*, Statistiska Centralbyrån, Stockholm.

Schwind H.-D., «Zur kriminalpolitischen Lage in der Bundesrepublik Deutschland», *Kriminalistik*, 5, 1980, 213-223.

Skog O.-J., «Spröytenarkomani och kontrollpolitik. En analyse av stikkmerkeregistreringene i Stockholm 1965-77», *Nordisk tidskrift for Kriminalvidenskap*, 74, 1987, 97-119.

Socialstyrelsen, *Effekter av offensiv narkomanvård. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar*, Stockholm, 1, 1993.

Socialstyrelsen, «Behandling av narkotikamissbrukare», *Socialstyrelsen redovisar*, Stockholm, 31, 1973.

Socialstyrelsen, «Underhållsbehandling med metadon», *Socialstyrelsen redovisar*, Socialstyrelsen, Stockholm, 12, 1981.

- SOU, *Narkotikaproblemet*, Kartläggning av vård, Betänkande avgivet av Medicinalstyrelsens narkomanvårdskommitté, Stockholm, Del 1, 25, 1967.
- SOU, *Narkotikaproblemet, Kontrollproblemet*, Betänkande avgivet av Medicinalstyrelsens narkomanvårdskommitté, Stockholm, Del 2, 41, 1967.
- SOU, *Narkotikaproblemet. Samordnade åtgärder*, Betänkande avgivet av Socialstyrelsens narkomanvårdskommitté, Stockholm, Del 3, 52, 1969.
- SOU, *Samordnad narkotikapolitik*. Slutbetänkande av narkotikakommissionen, Stockholm, 13, 1984.
- SOU, *Missbrukarna, socialtjänsten*, tvånget, Stockholm, 22, 1987.
- Statskontoret, *Effekter av kriminalvård*, Statskontoret, Stockholm, 27, 1992.
- Stenbacka M., Romelsjö A., *En uppföljning av metadonverksamheten-behandling, sjuklighet, dödlighet och social anpassning*, Institutionen för Socialmedicin, Karolinska Institutet, Stockholm, 1992.
- Stimson G. V., Oppenheimer E., *Heroin Addiction: Treatment and Control in Britain*, Tavistock Publications, London, 1982.
- Svensden T., «Kontakt är bra. En dokumentation om 4 års arbete med narkotikamissbrukare och narkotikamissbruk i Norra Farsta», *socialdistrikt*, Stockholms socialtjänst, Stockholm, 8, 1992.
- Söderlund-Carpelan, *Unga narkomaner i en vårdkedja*, Institut för Socialt Arbete, Stockholms universitet, Stockholm, 1992.
- Tunving K., «Fatal outcome in drug addiction», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1988.
- Vaillant G., «What can long-term follow-up teach us about relapse and prevention in addiction», *British Journal of Addiction*, 1988, 1147-1157.
- Valverius M., «Roadside Surveys», *Proceedings of the Satellite Conference to the 8th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety 23-25 June 1980*, Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN), 1982.
- Waal H., Middelthon A.-L., *Narkotikaforebygging mot år 2000*, Universitetsforlaget, Oslo, 1992.
- Wiklund G., Kan man mäta effekter av kriminalvård -oc vem ska göra det? *Apropå*, 1, 1993, 3-13



## **Anhang A: Das Angebot von Drogen:**

Änderungen der Klassifikationen; Vorschriften und Massnahmen der Hersteller von Medikamenten.

### **1954**

Das schwedische Unternehmen Astra zieht Fenedrin vom Markt zurück  
Das Reichsgesundheitsamt recherchiert das Drogenproblem in Schweden (mit dem Resultat, dass es unbedeutend ist).

### **1955**

Preludin kommt in Schweden auf den Markt.

Das Reichsgesundheitsamt verschärft in einem Rundschreiben an alle Ärzte die Rezeptausfertigung für Amphetamine: sie dürfen nicht für Patienten verschrieben werden, die dem Arzt unbekannt sind. Der Name des Arztes (des Krankenhauses) muss auf dem Rezept aufgedruckt sein; Telefonrezepte müssen von der Apotheke kontrolliert werden.

### **1956**

Ritalina (Metylfenidat) kommt in Schweden auf den Markt.

### **1957**

Die zentralstimulierenden Wirkungen von Preludin werden bekannt.

### **1959:**

Die in Schweden seit 1944 mit Drogen gleichgestellten Amphetamine werden in die Drogengesetzgebung nun vollständig wie Drogen behandelt (SOU, 1967, 19).

### **1960**

Metylfenidat (Ritalina) und Pipradol (Meratran, Pipradol) werden als Drogen klassifiziert (MF, 1960, 91).

Das Reichsgesundheitsamt wendet sich mit einem Rundschreiben an alle Ärzte und fordert sie auf, restriktiv und vorsichtig zu sein. Kommende Restriktionen werden angekündigt (MF 1960, 131).

### **1962**

Neue Drogenverordnung.

Auf Rezepten müssen die Adresse und Telefonnummer sowohl des Arztes als auch des Patienten angegeben sein; Telefonrezepte werden im Prinzip abgeschafft, sie müssen auf höchstens fünf Dosen (Tabletten u. s. w.) begrenzt sein. (MF, 20).

### **1965**

Das deutsche Unternehmen Boeringer zieht das Preludin vom schwedischen Markt zurück (SOU, 1968, 52).

### **1966**

Halluzinogene werden in Schweden als Drogen klassifiziert.

### **1968**

Das Reichssozialamt (das nun die Aufgaben des früheren Reichsgesundheitsamtes wahrnahm) verschärft die Verschreibungsvorschriften für die mit Amphetaminen verwandten Dietylpropionpreparate (Schlankheitsmittel) (SOU, 1969, 52, 224).

Amphetamine durften vom 1. Juli nur nach der Prüfung eines individuellen Lizenzantrags durch den wissenschaftlichen Rates des Reichssozialamtes ausgeliefert werden. Die Behörde erklärt, daß Lizenzen nur begrenzt erteilt werden und nicht für Injektionen und nicht für Drogenabhängige. (Circular vom 12. Juni 1968).

### **1971**

Amphetamine und Halluzinogene werden international als Drogen klassifiziert.

## **Anhang B: Die Strukturierung der schwedischen Drogenpolitik 1967-1969**

Vorschläge und Beschlüsse, *Die spätere Entwicklung.*

### **1967-1969**

1965 gründet das Reichsgesundheitsamt ein Komitee, das ein Jahr später in ein staatliches Komitee verwandelt wird.

*Im großen und ganzen wurden die Vorschläge des Komitees (publiziert 1967-1969) in der Regel durch Reichtagsbeschlüsse verwirklicht und gelten heute noch oder sie bildeten das Rudiment für spätere Reformen:*

a. Ein Versuch mit legaler Verschreibung von Amphetaminen wird ausgewertet und abgebrochen. Dies gilt doch nicht für streng kontrollierte poliklinische Versuche mit Methadon-Behandlung.

*Nur streng kontrollierte Versuche mit Methadon sind seitdem in begrenzter Anzahl zugelassen worden. Seit 1987 ist die Höchstzahl von Patienten, die daran teilnehmen dürfen, erhöht worden und beträgt heute 450. Personen.*

b. Das Komitee erarbeitet einen Vorschlag für ein neues Drogenstrafgesetz, das eine wesentliche Verschärfung der strafrechtlichen Reaktionen beinhaltet.

*In seinen Strukturen entspricht es dem heute geltenden Drogenstrafgesetz. Die seit 1968 geltende Gesetzgebung wird im Laufe der kommenden Jahre verschärft werden, und der strafbare Bereich wird erweitert werden).*

c. Das Komitee schlägt vor, daß die Behandlung der erwachsenen Drogenabhängigen hauptsächlich innerhalb der Psychiatrie erfolgen soll. Man meint, daß die Gesetzgebung für Zwangsbehandlung in der Psychiatrie ausreichend ist, um mit Problemen beim Drogenmißbrauch zurechtzukommen.

*Auch dieser Punkt wurde vom Reichstag akzeptiert, aber von der kommenden Entwicklung überrollt. Gemäß der späteren Gesetzgebung trägt die kommunale Sozialfürsorge die ultimative Verantwortung für die Individuelle Wohlfahrt und ein großer Teil der Behandlung geht an diesen Sektor über. Möglichkeiten für den Einsatz von Zwangsbehandlung für erwachsene Drogenabhängige werden geschaffen.*

d. Weiterhin formuliert das Komitee Vorschläge und Richtlinien für Massnahmen auf dem Gebiet der Prävention; z. B. Schulen, Vereinigungen, Volksbewegungen und in der Sozialpolitik und auch für die Forschung.

*Diese Vorschläge sind bis heute im Prinzip beibehalten.*

### **Anhang C: Wichtige parlamentarische Beschlüsse, die Konsequenzen für die Drogenpolitik haben:**

Vorschläge , Richtlinien und Beschlüsse.

#### **1977-1980**

Im Jahre 1977 gibt die Regierung einer Kommission den Auftrag, Vorschläge

über den Einsatz neuer Massnahmen gegen das Drogenproblem und über die Koordination von Massnahmen auszuarbeiten. Deren Programm (in neun Punkten) sieht wesentlich mehr Mittel für die Prävention und Behandlung vor (Ds S, 1978, 2).

Die Vorschläge werden vom Reichstag akzeptiert:

Die Ziele der Drogenpolitik und Alkoholpolitik werden definiert: Das Ziel der Drogenpolitik muß sein, den Mißbrauch zu beseitigen, wogegen das Ziel der Alkoholpolitik die Begrenzung des totalen Konsums ist. (Anderer Drogenkonsum als medizinisch motivierter wird als Mißbrauch bezeichnet) (Prop 1977/78, 30).

Verschiedene Initiativen u. a. seitens des Reichstages führen zu Änderungen in der Praxis der Staatsanwaltschaft und ermöglichen effektivere polizeilicher Einsätze gegen den Straßenhandel von Drogen.

### **1985-1986**

Die HIV- und AIDS-Problematik wird aktuell. 1985 wurden 142 Drogenabhängige mit intravenösem Mißbrauch als HIV-Positive identifiziert. Im Reichstag führen die Debatten über diese Fragen zum Grundentscheid, die restriktive drogenpolitische Linie beizubehalten. Auch innerhalb der Behandlung sollte das Prinzip der drogenfreien Behandlung beibehalten werden. Betreffend HIV wurde als Ziel für die Drogenbehandlung deklariert, alle intravenösen Mißbraucher anzutreffen, zu testen und zu behandeln. Große Investitionen zur Aufrüstung des Behandlungssektors wurden bewilligt und mit dem Begriff «offensive Pflege Drogenabhängiger» popularisiert. Die Anzahl der Plätze in Institutionen für Drogenabhängige stieg von 1986 bis 1991 von 1365 auf 2081, d.h. um 52% (Socialstyrelsen, 1993).

### **1989-1990**

Eine Gesetzgebung innerhalb der Sozialfürsorge erweitert die Möglichkeiten, sowohl jugendliche als auch erwachsene Mißbraucher in sozial kritischen Situationen durch ein Verwaltungsgericht zur Behandlung zu verurteilen.

### **1990-**

Ein Versuch mit dem Austausch von alten Spritzen gegen neue und Abgabe von Kondomen in einer Infektionsklinik in Malmö, der 1987 startete, wurde für die Periode vom 1. Januar - 30. November 1992 evaluiert. Ungefähr alle injizierenden Drogenabhängigen der Stadt wurden erreicht. 85% dieser 930 Patienten waren oder wurden HIV-getestet. Die Schlußfolgerung der Bewerter

ist, daß der Versuch weder größere negative (= vermehrter Einstieg in den intravenösen Mißbrauch) noch positive Wirkungen (= größere Motivation zur Behandlung oder zur Bereitschaft zum HIV-Test) zeigt (Rönnerberg et al., 1993).

Das Reichssozialamt beschloß 1990, die Anzahl Drogenabhängiger in Schweden, die an Methadon-Programmen teilnehmen durften, auf 450 zu begrenzen. In Stockholm, wo 1985 ein Methadonprogramm gestartet wurde, erfaßte das Programm im Herbst 1991 ungefähr 240 Personen. Das Programm wird wissenschaftlich ausgewertet.

## **Anhang D: Entwicklung der strafrechtlichen Kontrolle**

Gesetzänderungen für Strafen

*Anweisungen der Staatsanwaltschaft betreffend u. a. die Erhebung der Anklage bzw. die Einstellung des Verfahrens*

### **1958**

Höchststrafe 6 Monate Gefängnis (Narkotikakungsgörelsen)

### **1961**

Schmuggel wird mit höchst 2 Jahren Gefängnis bestraft (VSL), vorher 1 Jahr gemäß der Drogengesetzgebung

### **1964**

Höchsstrafe auf 2 Jahre Gefängnis erhöht (Narkotikaförordningen)

### **1965**

Höchsstrafe von 2 Jahren Gefängnis auf 1 Jahr gesenkt im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Strafgesetzbuches («Brottsbalken»)

### **1968 (1. April)**

Das Drogenstrafgesetz («Narkotikastrafflagen») ersetzt frühere Gesetzgebung und differenziert die Gesetzesbrüche folgendermassen:

1. Leichte Drogenvergehen (Geldstrafe)
2. Drogenvergehen (Geldstrafe oder höchstens 2 Jahre Gefängnis)
3. Schwere Drogenverbrechen (min. 6 Monate Gefängnis - max. 4 Jahre Gefängnis).

*Nichterhebung der Anklage bei Besitz von kleinen Mengen (C43,1968).*

**1969 (25. März)**

Höchststrafe für grobe Drogenverbrechen wird von 4 Jahre Gefängnis auf 6 Jahre verschärft.

*Nichterhebung der Anklage bei 2-3 Gramm Cannabis 100 Amphetamin-Tabletten (C 56, 1969).*

**1971**

*Erweiterte Möglichkeiten für die Nichterhebung der Anklage für Drogenvergehen werden geschaffen(SFS 1971, 240).*

**1972 (1.Juli)**

Höchststrafe für grobe Drogenverbrechen wird von 6 Jahren Gefängnis auf 10 Jahre verschärft.

*Es wird erwähnt daß sich die Gesetzänderung nur auf die schwersten Drogenverbrechen bezieht und daß keine allgemeine Strafverschärfung beabsichtigt ist.  
(C 74,1974).*

**1977**

*Die Staatsanwaltschaft in Stockholm beschließt, bei Heroin und Kokain grundsätzlich Anklage zu erheben.*

**1980**

*Verschärfte Praxis für die Anklage. Anklage bei Besitz für persönlichen Brauch.*

**1981**

Mindeststrafe bei schweren Drogenverbrechen von 1 Jahr Gefängnis auf 2 Jahre verschärft. Höchststrafe für Drogenvergehen, d. h. für die weniger schweren Fälle wird von 2 auf 3 Jahre Gefängnis erhöht  
Verschärfungsregel bei Rückfall (grobe Drogenverbrechen): Höchsstrafe 16 Jahre.

**1983**

Die Definition des Erwerbs von Drogen wird erweitert (z B. Verfahren, die den Erwerb erleichtern) und damit kriminalisiert.

### **1985**

Die Kategorie Drogenvergehen wird im Drogenstrafgesetz durch die Kategorie «leichte Drogenvergehen» ersetzt, und der Strafrahmen reicht bis 6 Monate Gefängnis. Der strafbare Bereich wird erweitert und umfaßt z. B. nun auch den Anbau von gewissen Pflanzen.

### **1988**

Der Konsum wird kriminalisiert und der Kategorie Drogenvergehen zugeordnet. Diese Kategorie wird als «leichte Drogendelikte» bezeichnet und mit Geldstrafe geahndet.

*Nichterhebung der Anklage, wenn der Konsum auf dem Wege zu einem Behandlungsinstitut usw. geschieht.*

### **1991**

Die Verordnungen für Hehlerei werden verändert, so daß die Einkünfte des Drogenhandels eingezogen werden können.

### **1993**

Gefängnisstrafe als Höchststrafe bei geringen Drogenverbrechen. (Ermöglicht erweiterte polizeiliche Zwangsmaßnahmen bei Verdacht auf Konsum).

*Verschärfung der Anklagepraxis, wenn der Konsum auf dem Wege zu einem Pflegeinstitut usw. geschieht.*

## **Anhang E: Die Entwicklung der Behandlungssysteme**

Gesetzänderungen für die Behandlung von Drogenmißbrauchern  
*Anweisungen und statische Angaben.*

### **-1969**

Erwachsene Drogenmißbraucher konnten nach dem Gesetz über die Einweisung in psychiatrische Pflege für gewisse Fälle zwangsgepflegt werden. In der Kinderpflege bezog sich diese Gesetzgebung ausdrücklich auch auf Drogenmißbrauch und ermöglichte Zwangsmaßnahmen. Die Sozialgesetze mit Zwangspflege von Erwachsenen konnte dagegen nur für Alkoholiker angewendet werden.

## **1967**

Methadon-Programm (Modell Dole-Nyswander, 1965) wird zum 1. Mal in Schweden für 33 Patienten in Uppsala angewendet (Socialstyrelsen, 1973).

## **1969**

Das Gesetz über die Einweisung in psychiatrische Pflege für gewisse Fälle (LSPV) wird ergänzt, so daß es explizit für die Abhängigkeit von Drogen gültig ist. Das Gesetz wurde und wird hauptsächlich für kurzfristige Zwangseinweisungen angewandt (Socialstyrelsen, 1973).

## **1972**

Die Pflege der Drogenabhängige soll prinzipiell auf freiwilliger Basis geschehen (Parlamentsbeschluß vom Frühjahr 1972). (Socialstyrelsen, 1973).

## **1982**

1. Das Gesetz für die Pflege von erwachsenen Mißbrauchern von Alkohol und Drogen wird eingeführt (LVM). Es erlaubt nun, auch Mißbraucher von Drogen durch die Sozialfürsorge mit Zwang zu pflegen. Zwangsmaßnahmen können nur auf Grund eines Urteils eines Verwaltungsgerichts ergriffen werden.

Die Pflegezeit von maximal 2 Monaten kann um zwei Monate verlängert werden.

Da die ältere Gesetzgebung (nur Alkoholmißbraucher) wesentlich schärfer war und u a bei Zwangspflege eine Pflegezeit von einem Jahr vorsah, verkleinerte sich die Anzahl Personen, die zwangsgepflegt wurden, von 2919 (1981) auf 1219 (1982) (Penton; Ågren, 1987).

2. Das Gesetz für die Pflege Jugendlicher (LVU) wird eingeführt, das die Zwangspflege von unmündigen Jugendlichen mit Problemen regelt. Es ersetzt eine Gesetzesgebung, die auch explizit Zwangspflege für Drogenmißbraucher erlaubte. Zwangsmaßnahmen dürfen nur eingesetzt werden, wenn die Einwilligung für freiwillige Maßnahmen nicht gegeben wurde, und kann nur durch ein Urteil eines Verwaltungsgerichts eingeleitet werden.

## **1984**

Die staatliche Drogenkommission kritisiert die Drogenpflege wegen Passivität und meint, daß vor allem das Gesetz für die Pflege Jugendlicher (LVU) verschärft werden muß (SOU, 1984, 13).

## **1986**

Die Zahl der Plätze in Institutionen und Kollektiven für Drogenmißbraucher



wird mit 900 angegeben. Die ersten drei Behandlungsheime für Zwangspflege von Drogenmißbrauchern werden gestartet oder sollen in Betrieb genommen werden (Stockholm, Gotenburg und Malmö).

Das Methadon-Programm in Uppsala hat 80 Patienten und 50 auf der Warteliste. Die zugelassene Höchstziffer ist 150 (CAN, 1986).

In Stockholm nehmen Mißbraucher von Drogen und sowohl Drogen als auch Alkohol ein Drittel der Plätze für Zwangspflegeplätze (Erwachsene) ein. Als Ursache wird das HIV-Problem angegeben (Penton; Ågren, 1987).

### **1989**

Ein neues Gesetz für die Pflege von Mißbrauchern in gewissen Fällen (erwachsene Mißbraucher von Alkohol und Drogen) (LVG) tritt in Kraft. Unter anderem wird die maximale Behandlungszeit bei Zwangspflege auf maximal 6 Monate heraufgesetzt, und die Kriterien für den Einsatz von Zwang werden erweitert.

### **1990**

Ein neues Gesetz für die Pflege Jugendlicher in gewissen Fällen (LVU) wird eingeführt, und die Kriterien für zwangsweise Behandlung werden erweitert.