

Aus Politik und Zeitgeschichte

Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament

Thomas Schweer/Hermann Strasser

Drogenmarkt Deutschland: Die Szene im Wandel

Wolfgang Schneider

Ausstiegswege aus der Sucht illegaler Drogen

Forschungsergebnisse und praktische Konsequenzen

Karl-Heinz Reuband

Drogenkonsum und Drogenpolitik in Westeuropa

Epidemiologische Befunde im Vergleich

B 9/95

24. Februar 1995

Thomas Schweer, Dipl.-Soz.-Wiss., geb. 1961; Studium der Sozialwissenschaften in Duisburg und Münster; wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsprojekt „Evaluation Langzeitarbeitslosigkeit“ (EVAL) an der Universität Duisburg.

Veröffentlichungen u. a.: (zus. mit Hermann Strasser) Kokain: Zur gesellschaftlichen Karriere einer Droge, in: Duisburger Beiträge zur soziologischen Forschung, (1991) 3; (zus. mit Hermann Strasser) Die Straßendroge Crack: Eine erste Bestandsaufnahme, in: Sucht, 40 (1994) 2; (zus. mit Hermann Strasser) Cocas Fluch: Die gesellschaftliche Karriere des Kokains, Opladen – Wiesbaden 1994.

Hermann Strasser, Dr. rer. pol., Ph. D., geb. 1941; Studium der Nationalökonomie an der Universität Innsbruck und der Freien Universität Berlin sowie der Soziologie an der Fordham University New York; seit 1978 o. Professor für Soziologie an der Universität Duisburg.

Veröffentlichungen u. a.: The Normative Structure of Sociology, London 1976, Rio de Janeiro 1978; (zus. mit Susan C. Randall) Einführung in die Theorien des sozialen Wandels, Darmstadt 1979 (engl. 1981); (zus. mit John H. Goldthorpe) Die Analyse sozialer Ungleichheit, Opladen 1985; (zus. mit Klaus Haack) Probleme der Industriegesellschaft, Stuttgart 1985; (zus. mit Barbara Erbslöh u. a.) Ende der Klassengesellschaft?, Regensburg 1990; (zus. mit Robert W. Hodge) Change and Strain in Social Hierarchies, New Delhi 1993; (zus. mit Thomas Schweer) Cocas Fluch: Die gesellschaftliche Karriere des Kokains, Opladen-Wiesbaden 1994.

Wolfgang Schneider, Dr. phil., Dipl.-Päd., geb. 1953; Studium der Pädagogik, Soziologie und Psychologie in Münster; Lehrbeauftragter für Drogenarbeit an der Universität Münster; Leiter des Instituts zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik, INDRO e.V.

Veröffentlichungen u. a.: Biographie und Lebenswelt von Langzeitcannabiskonsumenten, Berlin 1984; (zus. mit Georg Weber) Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen, Düsseldorf 1992; (zus. mit Ralf Gerlach) Methadon- und Codeinsubstitution, Berlin 1994; zahlreiche Aufsätze in Fachzeitschriften.

Karl-Heinz Reuband, Prof. Dr. phil. habil., geb. 1946; Studium der Soziologie, Psychologie und Sozialpädagogik an den Universitäten Hamburg und Köln; Professor für Soziologie an der Technischen Universität Dresden; Gründer und Vorsitzender der „European Social Science Research Group on Drug Issues“.

Veröffentlichungen u. a.: Drogenkonsum und Drogenpolitik. Deutschland und die Niederlande im Vergleich, Opladen 1992; Soziale Determinanten des Drogenkonsums, Opladen 1994; (Hrsg. zus. mit F. U. Pappi und H. Best) Die deutsche Gesellschaft in vergleichender Perspektive. Festschrift für Erwin K. Scheuch, Opladen 1995.



ISSN 0479-611 X

Herausgegeben von der Bundeszentrale für politische Bildung, Berliner Freiheit 7, 53111 Bonn.

Redaktion: Dr. Klaus W. Wippermann (verantwortlich), Dr. Katharina Belwe, Dr. Ludwig Watzal, Hans G. Bauer.

Die Vertriebsabteilung der Wochenzeitung DAS PARLAMENT, Fleischstraße 62–65, 54290 Trier, Tel. 06 51/4 60 41 86, möglichst Telefax 06 51/4 60 41 53, nimmt entgegen

- Nachforderungen der Beilage „Aus Politik und Zeitgeschichte“;
- Abonnementsbestellungen der Wochenzeitung DAS PARLAMENT einschließlich Beilage zum Preis von DM 14,40 vierteljährlich, Jahresvorzugspreis DM 52,80 einschließlich Mehrwertsteuer; Kündigung drei Wochen vor Ablauf des Berechnungszeitraumes;
- Bestellungen von Sammelmappen für die Beilage zum Preis von 6,50 zuzüglich Verpackungskosten, Portokosten und Mehrwertsteuer.

Die Veröffentlichungen in der Beilage „Aus Politik und Zeitgeschichte“ stellen keine Meinungsäußerung des Herausgebers dar; sie dienen lediglich der Unterrichtung und Urteilsbildung.

Für Unterrichtszwecke können Kopien in Klassensatzstärke hergestellt werden.

Drogenmarkt Deutschland: Die Szene im Wandel

I. Problemstellung

Drogenkonsum stellt seit geraumer Zeit in allen Industriegesellschaften ein ernstzunehmendes Problem dar. Neben dem Mißbrauch von legalen Drogen wie Alkohol, Tabak und Medikamenten hat seit den siebziger Jahren der von illegalen Drogen wie Cannabis, Heroin und Kokain auch hierzulande epidemische Ausmaße angenommen. Derzeit sind in Deutschland 1,4 Millionen Medikamentenabhängige, 2,5 Millionen Alkoholranke und 140 000 Konsumenten harter Drogen zu beklagen¹. Gerade in Metropolen wie Berlin, Hamburg und Frankfurt am Main hat die Rauschgiftszene mittlerweile Dimensionen angenommen, die die dort lebende Bevölkerung massiv beunruhigen.

War in den siebziger und achtziger Jahren Heroin² bei den harten Drogen das bevorzugte Rauschmittel der Szene, drängt seit Mitte der achtziger Jahre das Kokain³ auf den bundesdeutschen Drogenmarkt. So überstieg 1986 die sichergestellte Kokainmenge erstmals die des Heroins, 1990 wurde mit 2 474 Kilogramm gar dreimal soviel Kokain wie Heroin beschlagnahmt. Anfang der achtziger Jahre waren es erst rund 20 Kilogramm, die sichergestellt wurden⁴. Die Entwicklung hin zu Aufputschmitteln läßt sich auch bei den Konsumenten feststellen, die harte Drogen zum ersten Mal probieren. Während 1993 bei den Erstkonsumenten von Heroin ein Rückgang von 19,8 Prozent registriert wurde, stieg die Zahl der Einsteiger bei Kokain um 24,5 Prozent auf 3 238 an (Vorjahr: 2 600),

nach Polizeiauskunft zwischen Januar und September 1994 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum gar um 34,2 Prozent (Heroin: -0,4 Prozent). Bei den Erstkonsumenten von Amphetamin⁵ war 1993 ein Zuwachs von 15,2 Prozent zu konstatieren⁶.

Aufgrund des Preisverfalls zu Beginn der achtziger Jahre in den USA und der Sättigung des nordamerikanischen Kokainmarktes – nach wie vor weltweit größter Absatzmarkt der Droge – werden die südamerikanischen Drogenkartelle ihren Druck auf den europäischen bzw. deutschen Drogenmarkt weiter verstärken. Die damit verbundene Expansion des bundesdeutschen Kokainmarktes wird auch hier zu einem deutlichen Preisrückgang der Droge führen, was dem Gebrauch der Billigdroge Crack, eines Kokain-Derivates, Vorschub leisten könnte⁷. Erste Anzeichen für eine solche Entwicklung hat die Polizei bereits in Frankfurt am Main registriert, wo 1993 bei 211 Einzelsicherstellungen insgesamt 133 Gramm Crack/„freebase cocaine“ beschlagnahmt wurden⁸.

Unbestreitbar ist, daß die ehemalige „Schickierdroge“ Kokain sich in der „Straßenszene“ etabliert hat. Nicht wenige Drogenexperten befürchten, daß Kokain über kurz oder lang bei den harten Drogen dem Heroin den Rang ablaufen wird⁹.

II. Die bundesdeutsche Rauschgiftszene: Daten und Fakten

Trotz des Rückgangs der Drogentoten (-17,2 Prozent) und der Zahl der Erstkonsumenten harter Drogen (-9,3 Prozent) im Jahre 1993 kann von einer Entspannung auf dem Drogensektor derzeit nicht gesprochen werden. Nach wie vor werden jährlich Tonnen von Rauschgift in die Bundesrepublik geschmuggelt. Allein 1993 beliefen sich die

5 Amphetamin ist ein vollsynthetisches Aufputschmittel und wird im Szenejargon „speed“ genannt.

6 Vgl. Bundeskriminalamt (Anm. 1), S. 5.

7 Vgl. Thomas Schweer/Hermann Strasser, *Cocaine – Fluch*. Die gesellschaftliche Karriere des Kokains, Opladen – Wiesbaden 1994, S. 159.

8 Vgl. Bundeskriminalamt (Anm. 1), S. 91.

9 Vgl. Heinz Leineweber/Elmar Erhardt, *Der Mißbrauch von Kokain*. Bericht über eine Untersuchung der Konsum-, Handels- und Beschaffungsmuster von Kokain in Deutschland, in: Elmar Erhardt/Heinz Leineweber (Hrsg.), *Drogen und Kriminalität*, Sonderband der BKA-Forschungsreihe, Wiesbaden 1993, S. 73.

1 Vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS), Basisinformationen zu Suchtkrankheiten und Rauschmitteln, Hamm 1994; Bundeskriminalamt, *Rauschgift-Jahresbericht 1993*, Wiesbaden 1994, S. 122.

2 Heroin (chemisch Diacetylmorphin genannt) ist ein Opiat, das aus Morphin gewonnen wird.

3 Kokain ist ein Aufputschmittel und wird durch chemische Prozesse aus den Blättern der Kokapflanze extrahiert.

4 Vgl. Bundeskriminalamt (Anm. 1), Tabelle 13. Polizeistatistiken stellen immer nur einen Ausschnitt der Kriminalitätsentwicklung dar, da polizeiliche Selektionsmechanismen und wechselnde Kontrollintensität die Daten wesentlich beeinflussen. Auch ist zu bedenken, daß es sich immer nur um der Polizei bekanntgewordene Fälle handelt, nichtregistrierte bzw. nichtangezeigte Delikte also unberücksichtigt bleiben (Dunkelfeld). Dies ist im Bereich der Rauschgiftkriminalität um so problematischer, als es sich hierbei in erster Linie um „victimless crimes“ handelt, somit die Anzeigebereitschaft per se in diesem Kriminalitätsfeld niedrig ist (Dunkelfeld) bzw. die Polizei primär agiert und nicht reagiert (Problem der Selektion).

sichergestellten Mengen auf 1095 Kilogramm Heroin, 1051 Kilogramm Kokain, 109 Kilogramm Amphetamin und 11352 Kilogramm Cannabis¹⁰. Zwar bedeutete dies insgesamt im Vergleich zu 1992 einen Rückgang von eineinhalb Tonnen; mit über 13 Tonnen ist die sichergestellte Rauschgiftmenge dennoch erschreckend hoch¹¹.

Die scheinbare Trendwende bei den Erstkonsumenten, insbesondere bei den Heroineinsteigern, muß kritisch beleuchtet werden. Das Bundeskriminalamt sieht die „Gründe hierfür . . . zum einen in der vorherrschenden Konsumform des Heroins, dem Injizieren, und den damit verbundenen Risiken (AIDS, Hepatitis und andere Infektionen, Überdosis) und dem Image (Junkie). . . Zum anderen scheint es allgemein ‚out‘ zu sein, sich zu betäuben, und ‚in‘ zu sein, sich zu stimulieren.“¹²

Daraus kann jedoch nicht ohne weiteres der Schluß gezogen werden, der Beliebtheitsgrad von Heroin sei bei den Erstkonsumenten gesunken. Viele Neueinsteiger bevorzugen neuerdings statt der intravenösen Injektion das Rauchen des Heroins („Chasing the Dragon“), das es der Polizei erheblich erschwert, diesen Personenkreis als Erstkonsumenten von Heroin zu identifizieren. Damit ist auch zu erklären, daß auf der einen Seite die Zahl der Erstkonsumenten von Heroin gesunken ist, auf der anderen Seite die sichergestellte Heroinmenge nach wie vor sehr hoch ist¹³.

Einsteiger bei harten Drogen sind in erster Linie Erwachsene. Nur 17,2 Prozent der Erstkonsumenten waren 1993 unter 21 Jahren, wovon ein Großteil Amphetaminderivaten wie MDMA, MDE und MDA (Ecstasy) zuzurechnen war¹⁴.

Auch der Rückgang der Drogentoten 1993 stellt nur vordergründig einen Erfolg dar, zumal stichhaltige Erklärungsansätze bisher fehlen. Starben 1992 2099 Menschen den Drogentod, waren es ein Jahr später 1738¹⁵. Konservative Vertreter der Drogenpolitik führen diesen Rückgang auf ein verschärftes Vorgehen der Polizei zurück (z. B. Auflösung offener Straßenszenen), wogegen liberale Kreise u. a. die Ausweitung niedrigschwelliger Drogenarbeit bzw. das Angebot von Substitutionsbehandlungen, vornehmlich in Form der Abgabe

von Methadon¹⁶, sowie eine verbesserte hygienische (z. B. die Verteilung steriler Spritzbestecke) und notärztliche Versorgung der Junkies für diese Entwicklung verantwortlich machen. Weitere Gründe könnten zum einen der niedrige Reinheitsgrad, d. h. die durch Streckung u. a. mit Traubenzucker und Milchpulver geringere Konzentration des auf der Straßenszene angebotenen Heroins sein, zum anderen veränderte Einnahmeformen in der Rauschgiftszene, nämlich Rauchen statt Injizieren der Droge¹⁷.

Die weitaus meisten Drogentoten waren Erwachsene; insgesamt betrug 1993 das Durchschnittsalter der Opfer 29,5 Jahre. Diese Tatsache widerlegt den Mythos, daß es primär Teenager sind, die den Drogentod sterben. Bei den Opfern handelt es sich in zahlreichen Fällen um ältere Fixer, die nach einem Leben in der Szene an den gesundheitlichen Folgen ihrer Sucht zugrunde gegangen sind. Männer waren im Vergleich zu Frauen mit mehr als 80 Prozent überproportional betroffen.

Eine Analyse der Todesursache bei den Rauschgifttoten ergab, daß bei einem Großteil der untersuchten Fälle die Drogenkonsumenten an Heroingebrauch bzw. an Heroin in Verbindung mit sonstigen Drogen starben, während Kokainmißbrauch bzw. Kokain in Verbindung mit sonstigen Drogen nur bei einem Bruchteil der Fälle die Todesursache darstellte. 4,1 Prozent der Opfer waren HIV-positiv¹⁸, was jedoch wenig über die tatsächliche HIV-Infektionsrate in der Drogenszene aussagt. Karl-Heinz Reuband zitiert eine Untersuchung des Sozialpädagogischen Instituts Berlin, wonach 1991 die Infektionsrate in der offenen Berliner Straßenszene 22 Prozent bzw. in der stationären Therapie 9 Prozent betrug¹⁹.

So erfreulich der Rückgang der Drogentoten 1993 war, so bedrückend sind erste Meldungen für das Jahr 1994. Im ersten Halbjahr 1994 meldete z. B.

16 Zur Substitution mit Methadon siehe Horst Bossong/Heino Stöver (Hrsg.), *Methadonbehandlung. Ein Leitfaden*. Frankfurt am Main - New York 1992. Methadon ist ein synthetisches, schmerzstillendes Opiat, das in Deutschland unter dem Namen L-Polamidon bekannt ist. Mit Methadon werden die Entzugssymptome von substituierenden Heroinabhängigen bekämpft, wobei jedoch der Drogenrausch („High“, „Kick“) ausbleibt.

Primäres Ziel niedrigschwelliger Drogenarbeit ist nicht die Drogenabstinenz, sondern man will den Süchtigen in erster Linie lebenspraktische Hilfestellungen geben, um ihre Lebensumstände zu verbessern (z. B. in den Bereichen ärztliche Versorgung, juristische Beratung, Wohnen und Ernährung).

17 Vgl. G. Amendt (Anm. 13), S. 55; Bundeskriminalamt (Anm. 1), S. 131.

18 Vgl. Bundeskriminalamt (Anm. 1), S. 125 ff.

19 Vgl. Karl-Heinz Reuband, *Drogenkonsum und Drogenpolitik. Deutschland und die Niederlande im Vergleich*, Opladen 1992, S. 100; Anmerkung der Redaktion: Siehe auch den Beitrag von K.-H. Reuband in diesem Heft.

10 Aus der Cannabispflanze gewinnt man sowohl Haschisch (Cannabisharz) als auch Marihuana (Cannabiskraut), wobei Haschisch in seiner Wirkung fünfmal stärker ist als Marihuana.

11 Vgl. Bundeskriminalamt (Anm. 1), S. 5.

12 Bundeskriminalamt (Anm. 1), S. 116f.

13 Vgl. Günter Amendt, *Weniger Tote - weniger Drogen?*, in: *Die Zeit*, Nr. 2 vom 7. Januar 1994, S. 55.

14 Vgl. Bundeskriminalamt (Anm. 1), S. 118f. Ecstasy ist ein Sammelbegriff für Amphetaminderivate wie Methylen-dioxyamphetamin (MDMA), Methylen-dioxyamphetamin (MDA) und Methylen-dioxyethylamphetamin (MDE).

15 Vgl. Bundeskriminalamt (Anm. 1), S. 5.

das Land Nordrhein-Westfalen einen erneuten Anstieg der Rauschgiftopfer auf 203 Fälle – 21 Tote mehr als im Vergleichszeitraum 1993²⁰. Für das gesamte Bundesgebiet ist jedoch nach Polizeiauskunft die Zahl der Drogentoten weiter rückläufig. So wurden zwischen Januar und September 1994 1149 Rauschgifttote gezählt, 2,8 Prozent weniger als im Vergleichszeitraum 1993.

1993 registrierte die Polizei bundesweit 122 240 Rauschgiftdelikte. Dies stellte im Vergleich zum Vorjahr – nach Jahren des steten Anstiegs – einen Rückgang von 1,3 Prozent dar. Dabei war, anders als in den alten Bundesländern, die Rauschgiftkriminalität in den neuen Bundesländern von untergeordneter Bedeutung. Insgesamt entfielen von den 122 240 Rauschgiftdelikten nur 1 160 auf die fünf neuen Länder²¹. Daß der Konsum illegaler Drogen in den neuen Bundesländern noch weit unter dem Niveau der alten Bundesländer liegt, dokumentiert eine Repräsentativerhebung des Bundesministeriums für Gesundheit. 1992 hatten im Osten lediglich 2,7 Prozent der 12- bis 39jährigen Erfahrungen mit illegalen Drogen (im Westen betrug der Anteil der Drogenerfahrenen dieser Altersgruppe 1990 16 Prozent)²².

Bei harten Drogen machten bundesweit die Heroindelikte mit 50 804 Fällen den größten Anteil aus, gefolgt von den Kokaindelikten mit 11 007 Fällen und den Amphetamindelikten mit 4 839 Fällen. Parallel zu den Erstkonsumenten war die Zahl der Heroindelikte 1993 um 12,1 Prozent zurückgegangen, während bei Kokain und Amphetamin eine Zunahme von 21,2 bzw. 11,8 Prozent zu verzeichnen war. Die Entwicklung bei den drei Rauschgiftarten Heroin, Kokain und Amphetamin 1992/93 zeigt Tabelle 1.

Der starke Rückgang von Heroindelikten sowie die Zunahme bei Kokain und bei den Amphetaminen sind um so gravierender, als bei der Delikterfassung das „hierarchische Erfassungsprinzip“ gilt, d. h., „Heroin (hat) Vorrang vor Kokain, vor LSD, vor Amphetamin, vor Cannabis und dieses vor den übrigen Rauschmitteln“²³. Somit liegen nur für die Heroinfälle die tatsächlichen Zahlen vor, bei Kokain und den anderen Drogenarten sind erhebliche Minderfeststellungen zu berücksichtigen.

20 Vgl. Wieder mehr Drogentote, in: Rheinische Post vom 20. Juli 1994.

21 Vgl. Bundeskriminalamt, Polizeiliche Kriminalstatistik 1993, Wiesbaden 1994, S. 210.

22 Vgl. Klaus Herbst/Jutta Schumann/Peter M. Wiblishauser, Repräsentativerhebung 1992 zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren in den neuen Ländern, Institut für Therapieforschung (IFT München), hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit, Bonn 1993, S. IV, 24f.

23 Bundeskriminalamt (Anm. 21), S. 210.

Tabelle 1: Konsumdelikte bei Heroin, Kokain und Amphetamin 1992 und 1993

Delikte nach Rauschgiftarten	Anzahl 1992	Anzahl 1993	Veränderung zu 1992 (in Prozent)
Delikte insgesamt	123 903	122 240	- 1,3
im Zusammenhang mit			
Heroin, davon allgemeine Verstöße	57 779	50 804	- 12,1
Kokain, davon allgemeine Verstöße	38 937	32 789	- 15,8
Amphetamin, davon allgemeine Verstöße	9 082	11 007	+ 21,2
	4 773	5 854	+ 22,7
	4 328	4 839	+ 11,8
	2 653	2 983	+ 12,4

Quelle: Bundeskriminalamt (Anm. 1), S. 11.

Bei den weichen Drogen wurde 1993 ein leichter Anstieg von 2,9 Prozent Cannabisfällen konstatiert²⁴. Mit etwa vier bis sieben Millionen Konsumenten (davon 10 Prozent regelmäßige Konsumenten)²⁵ hat sich jedoch der Gebrauch von Cannabisprodukten in der Bundesrepublik schon seit geraumer Zeit „quasi-legalisiert“, was sich auch in der hohen Sicherstellungsmenge von elf Tonnen widerspiegelt.

III. Zur Demographie der Szene

Insgesamt wurden 1993 durch Rauschgiftdelikte 95 190 Personen polizeilich auffällig, 2 152 Personen mehr als ein Jahr zuvor. Wie bei den Rauschgiftdelikten war auch bei den Heroin-Tatverdächtigen ein Rückgang zu verzeichnen, während bei Kokain und Amphetamin erhebliche Zuwachsraten ermittelt wurden. Tatverdächtiger ist nach der Definition des Bundeskriminalamtes „jeder, der nach dem polizeilichen Ermittlungsergebnis aufgrund zureichender tatsächlicher Anhaltspunkte verdächtig ist, eine rechtswidrige (Straf-) Tat begangen zu haben. Dazu zählen auch Mitäter, Anstifter und Gehilfen.“²⁶

Bei der Erfassung der Kokain-Tatverdächtigen ist zu bedenken, daß eine nicht unbeträchtliche Anzahl der „Kokain-User“ nach wie vor den oberen

24 Vgl. Bundeskriminalamt (Anm. 1), S. 13.

25 Vgl. Observatoire géopolitique des drogues (OGD) (Hrsg.), Der Welt-Drogen-Bericht, München 1993, S. 120.

26 Vgl. Bundeskriminalamt (Anm. 21), Tabelle 20, Blatt 22f.; Bundeskriminalamt, Polizeiliche Kriminalstatistik 1992, Wiesbaden 1993, Tabelle 20, Blatt 21 ff.

sozialen Schichten zuzuordnen ist, die sich aufgrund ihrer materiellen und sozialen Situation dem Zugriff der Polizei wesentlich besser entziehen können als Konsumenten der offenen Straßenszene. Beschaffungskriminalität spielt bei diesem Konsumentenkreis so gut wie keine Rolle. Hinzu kommt, daß Kokainkonsumenten aufgrund fehlender körperlicher Entzugs- und Abstinenzsymptome nur selten medizinische Hilfe in Anspruch nehmen müssen – ein weiterer Vorteil bei der Tarnung des persönlichen Drogengebrauchs²⁷.

Der Trend hin zu Aufputzmitteln manifestiert sich auch in der wachsenden Zahl von Menschen, die zu Ecstasy greifen. Im Zuge der Ausbreitung von Speed und Ecstasy verwundert auch nicht der Anstieg der LSD-Delikte auf Konsumentenebene um 46,4 Prozent im Jahr 1993, da diese Droge häufig in Verbindung mit Amphetamin und dessen Derivaten eingenommen wird (LSD ist ein synthetisches Halluzinogen)²⁸.

Legt man die „Allgemeinen Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG)“ (Konsumenten delikte) zugrunde, finden sich Heroin- und Kokainkonsumenten hauptsächlich in Großstädten, während Amphetamin schwerpunktmäßig in kleineren bis mittelgroßen Städten konsumiert wird. Amphetaminderivate wie die verschiedenen Ecstasy-Varianten sind dagegen wiederum Drogen der Großstädte. Cannabiskonsum verteilt sich relativ gleichmäßig auf alle Gemeindegrößen²⁹.

Der überproportionale Anteil von Heroinkonsumenten in Großstädten läßt sich dadurch erklären, daß offene Drogenszenen primär Erscheinungsbilder urbaner Zentren wie Berlin, Hamburg und Frankfurt am Main sind, wo sich die Süchtigen ihre Drogen leichter beschaffen können bzw. die Preise für Heroin niedriger sind³⁰. Gerade Metropolen bieten Heroinkonsumenten vielfältige Möglichkeiten zur illegalen Geldbeschaffung. Amphetamin ist dagegen kein bevorzugtes Rauschmittel von Junkies³¹, was u. a. seine untergeordnete Rolle in Ballungszentren erklärt. Amphetaminderivate wie Ecstasy sind vor allem Drogen der Techno-Szene, die sich vorwiegend in großen Städten etabliert hat. Die Droge wird meist an Wochenenden ge-

nommen, ihre Konsumenten sind in der Regel sozial integriert. Kokain war von jeher eine Droge der Großstadt, wo die Glamour-Welt der Reichen und Schönen zu Hause ist. Daneben wird Kokain nun auch verstärkt in der Straßenszene konsumiert.

86,5 Prozent der 1993 polizeilich erfaßten Rauschgifttäter waren Männer, lediglich 13,5 Prozent Frauen. In diesen Zahlen spiegelt sich jedoch nicht der tatsächliche Anteil weiblicher Rauschgiftkonsumenten, insbesondere in der Heroinszene, wider. So entfielen 1993 19,7 Prozent der Heroin-Konsumdelikte bzw. 16,0 Prozent der Konsumdelikte in Verbindung mit Kokain auf weibliche Täter. Insgesamt betrug der Frauenanteil bei den Konsumdelikten 14,7 Prozent. Hingegen waren weibliche Tatverdächtige in den Sparten „Illegaler Handel und Schmuggel“ bzw. „Illegale Einfuhr nicht geringer Mengen“ mit jeweils 11,3 Prozent unterrepräsentiert. Frauen treten in der Drogenszene vorwiegend als Konsumenten, weniger als Dealer in Erscheinung³².

Im Vergleich zur Gesamtkriminalität sind Rauschgifttäter häufig Wiederholungstäter. Das verwundert nicht angesichts der psychischen, teilweise auch physischen Abhängigkeit von illegalen Drogen und der damit verbundenen Beschaffungskriminalität und sozialen Auffälligkeit, insbesondere bei Heroinabhängigen.

Legt man wiederum die Konsumdelikte zugrunde, werden harte Drogen wie Heroin, Kokain und Amphetamin in erster Linie von erwachsenen Konsumenten gebraucht, während Cannabis und Amphetaminderivate auch unter Jugendlichen und Heranwachsenden stark verbreitet sind. Für den weitaus größten Teil der jugendlichen Konsumenten haben Drogenerlebnisse jedoch nur episodischen Charakter und münden nicht in einen Umstieg auf Heroin und Kokain. Auch ist zu bedenken, daß der Anteil minderjähriger Konsumenten bei den harten Drogen durch die geburten-schwachen Jahrgänge verzerrt sein könnte³³.

Betrachtet man die Zeitreihe in der Graphik, wird deutlich, daß sich der Gebrauch von Cannabis in den letzten Jahren auf einem hohen Niveau eingependelt hat. Dagegen ist der Konsum harter Drogen kontinuierlich gestiegen, lediglich unterbrochen durch den Rückgang bei den Heroindelikten 1993. In der Heroinszene scheint die Polizei jedoch dazu übergegangen zu sein, durch eine erhöhte Präsenz offene Szenen aufzulösen, Verbraucher und Kleindealer aber nicht mehr polizeilich zu

27 Vgl. Karl Ludwig Täschner/Werner Richtberg, *Koka und Kokain, Konsum und Wirkung*, Köln 1988², S. 60f.

28 Vgl. Bundeskriminalamt (Anm. 1), S. 10; Manfred Kriener/Walter Saller, *Die mit der Pille tanzen*, in: *Die Zeit*, Nr. 37 vom 10. September 1993, S. 13–16.

29 Vgl. Bundeskriminalamt (Anm. 1), S. 21ff.

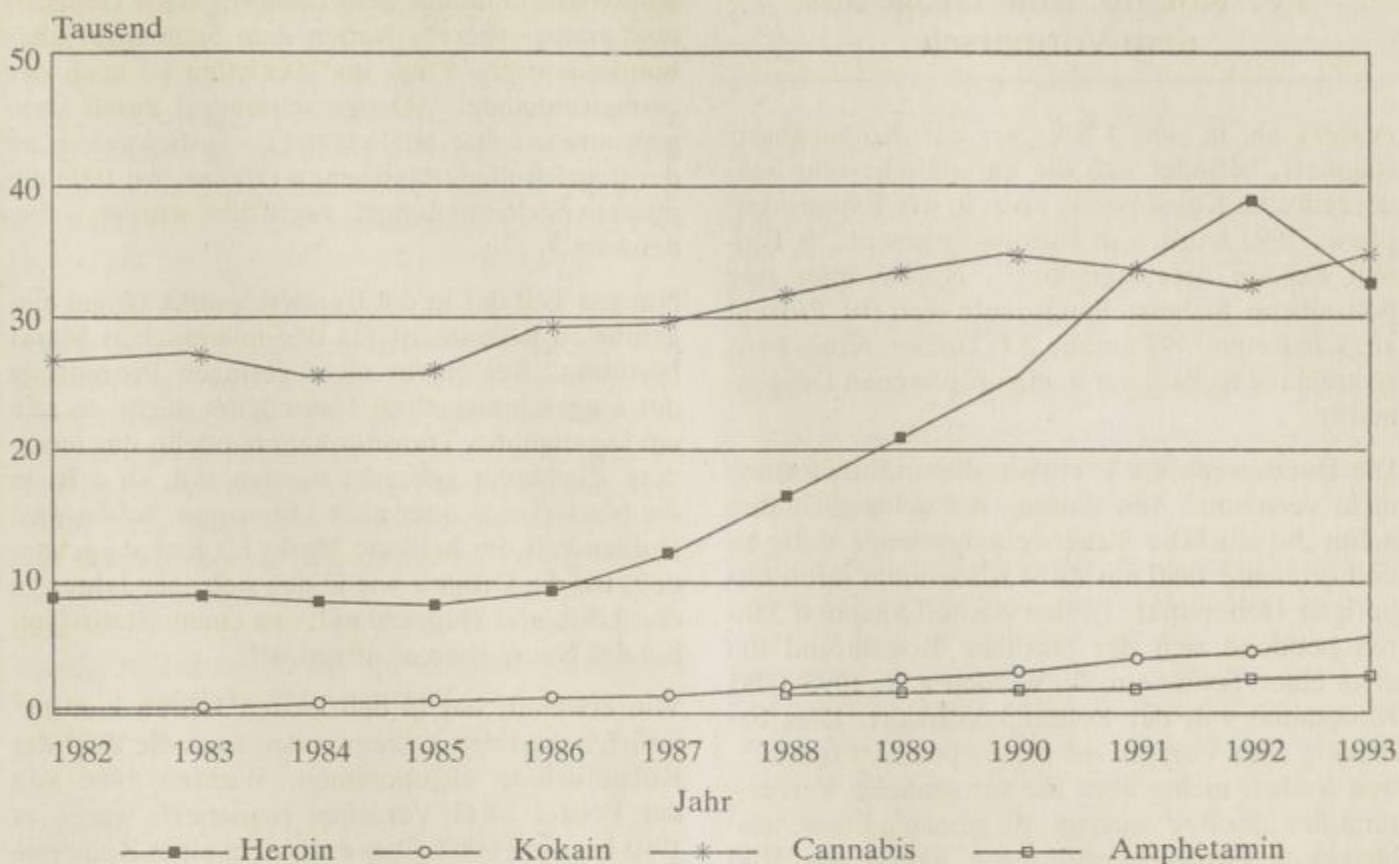
30 Vgl. Henner Hess, *Der illegale Drogenhandel*, in: *Drogen und Drogenpolitik: ein Handbuch*, Frankfurt am Main – New York 1989, S. 457.

31 Vgl. Elmar Erhardt, *Zur Beschaffungskriminalität von Drogenabhängigen. Ein Forschungsbericht*, in: *ders./H. Leineweber (Anm. 9)*, S. 43.

32 Vgl. K.-H. Reuband (Anm. 19), S. 109.

33 Vgl. Bundeskriminalamt (Anm. 1), S. 31ff.; Bundeskriminalamt (Anm. 21), Tabelle 20, Blatt 22ff.

Abbildung: Entwicklung der Konsumdelikte nach Drogenarten 1982 – 1993



Quelle: Bundeskriminalamt (Anm. 1), Tabelle 2.

registrieren, was mitursächlich für den statistischen Rückgang der Delikte und der Erstkonsumenten-zahl bei Heroin sein kann. Daß in Drogenmetropolen wie z. B. Hamburg und Bremen die Heroin-delikte abgenommen haben (-26,3 bzw. -32,7 Prozent)³⁴, „liegt nicht daran“, so Heribert Prantl in seinem Buch *Deutschland – leicht entflammbar*, „daß dort die Sucht verschwunden wäre. Vielmehr ist die Polizei dabei, die große Jagd auf die kleinen Fische abubrechen.“³⁵ Hier wird eine Diskrepanz zwischen offizieller Drogenpolitik und polizeilichem Alltag deutlich. Dagegen scheinen die Beamten verstärkt Druck auf die Großdealer auszuüben, was u. a. die Zunahme von 13,6 Prozent bei den Heroindelikten in der Sparte „Illegale Einfuhr nicht geringer Mengen“ erklären hilft³⁶. Es könnte jedoch auch sein, daß sich mehr und mehr Heroin-gebraucher in die Privatsphäre zurückgezogen haben, um sich dem Zugriff der Polizei zu entziehen. Einen weiteren Ansatz zur Erklärung böten Substitutionsbehandlungen, die unter Umständen dazu beitragen, Junkies von der offenen Szene wegzubekommen.

34 Vgl. Bundeskriminalamt (Anm. 1), S. 19.

35 Heribert Prantl, *Deutschland – leicht entflammbar. Ermittlungen gegen die Bonner Politik*, München-Wien 1994, S. 174.

36 Vgl. Bundeskriminalamt (Anm. 1), S. 11.

Wie sich die bundesdeutsche Rauschgiftszene in Zukunft entwickeln wird, bleibt abzuwarten. Fest steht, daß Aufputzmittel auf dem deutschen Drogenmarkt immer größere Anteile verbuchen, ob nun als halbsynthetische Rauschgifte wie Kokain und Crack oder als vollsynthetische Designerdrogen in den verschiedenen Amphetamin-Varianten. Diese Drogen verkörpern – anders als Heroin – den Zeitgeist der neunziger Jahre. Sie putzen auf, wirken euphorisierend und helfen Kontaktbarrieren überwinden. Damit sind sie scheinbar ideale Drogen zum Überleben in einer schnellebigen, anonymen und gefühlkalten Leistungsgesellschaft.

Es wird auch deutlich, daß sich der illegale Drogenmarkt mehr und mehr ausdifferenziert. Haschisch und Marihuana haben sich in der deutschen Genußmittelkultur etabliert und werden von Hunderttausenden sozial etablierter Gebraucher, die nicht der harten Drogenszene zuzuordnen sind, konsumiert. Die Subkultur der Techno-Szene bevorzugt Speed, Ecstasy und LSD. Auf der offenen Straßenszene dominiert zwar weiterhin das Heroin, doch auch die ehemalige „Champagnerdroge“ Kokain hat sich dort durchgesetzt und macht dem Heroin seine Vormachtstellung streitig.

IV. Kokain: Eine Droge auf dem Vormarsch

Anders als in den USA, wo der Kokainabsatz stagniert, befindet sich die europäische und bundesdeutsche Kokainszene noch in der Expansionsphase. 1993 wurden in Europa insgesamt 19 Tonnen Kokain beschlagnahmt³⁷. Nimmt man eine polizeiliche Sicherstellungsquote von 10 Prozent an, kursierten 1993 um die 200 Tonnen reines bzw. gestrecktes Kokain auf dem europäischen Drogenmarkt.

Die Bundesrepublik blieb von dieser Entwicklung nicht verschont. Seit Anfang der achtziger Jahre nahm die jährliche Sicherstellungsmenge stetig zu und erreichte 1990 mit 2474 Kilogramm ihren bisherigen Höhepunkt. In den darauffolgenden Jahren pendelte sich der jährliche Kokainfund bei etwa einer Tonne ein. So wurden z. B. 1993 1051 Kilogramm von der Polizei konfisziert. Dies bedeutete zum Vorjahr ein Minus von 21 Prozent³⁸, was freilich nichts über die tatsächliche Verbreitung des „Stoffes“ aussagt, da gemachte bzw. ausbleibende Großsicherstellungen häufig das Bild verfälschen. Zwischen Januar und September 1994 wurden nach Polizeiangaben 504 Kilogramm Kokain beschlagnahmt; das sind 143 Kilogramm weniger als im Vorjahreszeitraum.

Das in der Bundesrepublik sichergestellte Kokain stammt in erster Linie aus Kolumbien und wird primär über deutsche Flughäfen, insbesondere den Rhein-Main-Flughafen Frankfurt, nach Deutschland eingeschmuggelt. Dabei wird das Rauschgift vornehmlich im Reisegepäck transportiert. Daneben bevorzugt ein nicht unbeträchtlicher Teil der Kuriere den „Körperschmuggel“. Diese sogenannten „body-packer“ schlucken das in Kondome verpackte Rauschgift oder führen es als „Analbomben“ in den After ein. Diese Transporttechnik ist äußerst riskant, da im Falle des Platzens eines Kondoms dem Schmuggler der Tod droht. Insgesamt wurden 1993 auf deutschen Flughäfen 497 Kilogramm Kokain sichergestellt.

Große Mengen von Kokain werden auch über bundesdeutsche Seehäfen illegal ins Land gebracht. Die Seehäfen werden von den Drogenhändlern gerne als Einfuhrschleuse genutzt, da aufgrund des großen Containeraufkommens bzw. unzähliger Versteckmöglichkeiten eine lückenlose Kontrolle durch Zollbeamte unmöglich ist. Zunehmende Bedeutung erlangt im Zuge der Umwälzungen im ehemaligen Ostblock die Ostroute: Über Contai-

nerschiffe in osteuropäischen Häfen wird das Rauschgift dann auf dem Landweg nach Deutschland transportiert³⁹. Neben dem Schmuggel über bundesdeutsche Flug- und Seehäfen ist noch der „Ameisenhandel“ (Drogenschmuggel durch Drogentouristen und Kleindealer) – insbesondere an der deutsch-niederländischen Grenze, wo 1993 die meisten Sicherstellungen registriert wurden – bedeutsam⁴⁰.

Nur ein Teil des in die Bundesrepublik illegal eingeführten Kokains ist für den inländischen Markt bestimmt. Bei einem nicht geringen Prozentsatz des eingeschmuggelten Rauschgifts dürfte es sich um sogenanntes Transitkokain handeln, das in andere Zielländer gebracht werden soll, so z. B. in die Niederlande oder nach Osteuropa. Schon wird Rußland als der heißeste Markt für Kokain gehandelt, wo die Droge – wie in den siebziger Jahren in den USA und Deutschland – zu einem Statussymbol der Neureichen avanciert ist⁴¹.

Wie erwähnt, hat in den letzten Jahren kontinuierlich neben den Kokainfunden auch die Zahl der Kokaindelikte zugenommen. Wurden 1986 von der Polizei 2643 Vergehen registriert, waren es 1993 bereits 11 007. Dies entspricht einer Zunahme von 316 Prozent und unterstreicht die erhöhte Präsenz der Droge auf dem bundesdeutschen Drogenmarkt (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Polizeilich erfaßte Kokaindelikte in der Bundesrepublik Deutschland 1986–1993

Jahr	Allgemeine Verstöße	Handel und Schmuggel	Illegale Einfuhr nicht geringer Mengen	Gesamt
1986	1226	1238	179	2643
1987	1396	1461	299	3156
1988	2071	1945	363	4379
1989	2768	2344	396	5508
1990	3100	2729	436	6265
1991*	4141	3170	542	7853
1992**	4773	3758	551	9082
1993	5854	4502	651	11007

Allgemeine Verstöße beziehen sich in der Regel auf Konsumenten und Abhängige; gemeint ist damit der Besitz und Erwerb von Rauschgift. Illegaler Handel und Schmuggel stehen für den Rauschgiftkleinhandel, die illegalen Einfuhren nicht geringer Mengen dagegen für die Großhandelsebene.

* Alte Bundesländer einschließlich Gesamt-Berlin.

** Ab 1992 einschließlich der neuen Bundesländer.

Quelle: Bundeskriminalamt (Anm. 1), Tabelle 2.

39 Vgl. Michael S. Serrill, A Drug Deal?, in: Time International, Nr. 45 vom 7. November 1994, S. 28–31.

40 Vgl. Bundeskriminalamt (Anm. 1), S. 77 ff.

41 Vgl. Bundeskriminalamt, Rauschgift-Jahresbericht 1992, Wiesbaden 1993, S. 1; M. S. Serrill (Anm. 39), S. 31.

37 Vgl. ebd., Anhang.

38 Vgl. ebd., S. 77.

Von der Zunahme der Kokaindelikte besonders betroffen waren Baden-Württemberg (+ 50,6 Prozent), Bayern (+ 45,2 Prozent), Berlin (+ 42,1 Prozent), Hessen (+ 38,7 Prozent) und Nordrhein-Westfalen (+ 22,9 Prozent). Rückläufig war die Entwicklung dagegen u. a. im Saarland (- 32,2 Prozent) und in Rheinland-Pfalz (- 27,6 Prozent) – Bundesländer, die mit insgesamt 78 bzw. 233 Delikten sehr niedrige Fallzahlen aufwiesen⁴².

Bei der Aufdeckung der erwähnten 11 007 Kokainfälle konnten 11 112 Tatverdächtige ermittelt werden. Wie bei den Kokaindelikten waren auch bei den Tatverdächtigen die jährlichen Zuwachsraten zweistellig, was auf der einen Seite die wachsende Beliebtheit der Droge bei den Konsumenten, auf der anderen Seite den Einfuhrdruck von Kokain aus Südamerika in die Bundesrepublik widerspiegelt (s. Tabelle 3).

Tabelle 3: Tatverdächtige im Zusammenhang mit Kokain 1992 und 1993

Deliktart	1992	1993	Veränderung zu 1992 (in Prozent)
Allgemeine Verstöße	4 564	5 622	+ 23,3
Handel und Schmuggel	3 778	4 699	+ 24,4
Illegale Einfuhr nicht geringer Mengen	681	791	+ 16,2
insgesamt:	9 023	11 112	+ 23,2

Quellen: Bundeskriminalamt (Anm. 21), Tabelle 20, Blatt 22 f.; Bundeskriminalamt (Anm. 26), Tabelle 20, Blatt 22 f.

Die steigende Akzeptanz von Kokain auf dem bundesdeutschen Drogenmarkt belegen neben den polizeilichen Statistiken auch wissenschaftliche Untersuchungen. So ermittelte Wolfram Keup im Rahmen des „Frühwarnsystems zur Erfassung der Mißbrauchsmuster in der Bundesrepublik“ (Intensivbefragungen von Suchtkranken), daß zwischen 1976 und 1986 zunehmend mehr Patienten Erfahrung mit Kokain hatten. Auch war der Beliebtheitsgrad der Droge bei den Probanden in diesem Zeitraum kontinuierlich gestiegen⁴³.

Arthur Kreuzer u. a. verweisen in ihrer Untersuchung über die *Beschaffungskriminalität Drogenabhängiger* darauf, daß immer mehr Drogenkonsumenten Kokain als erste harte Droge gebrauchen. Die Autoren glauben, daß „diese

Veränderung ... Folge der größeren Verfügbarkeit von Kokain auf dem nationalen Rauschgiftmarkt (ist). Außer der größeren Verfügbarkeit dürften noch andere Faktoren eine Rolle bei der Zunahme des Einstiegs in den ‚harten‘ Drogengebrauch über Kokain spielen. Kokain gilt zum einen als nicht (körperlich) abhängig machende Droge, was zu einer Herabsetzung der Hemmschwelle für den Probierkonsum führen dürfte. Zum anderen entspricht Kokain in seiner (erhofften) Wirkweise eher den Bedürfnissen der heutigen Drogengebraucher, die – nicht mehr im gleichen Maße wie früher – die ‚bewußtseinsweiternde‘ Wirkung psychedelischer Drogen suchen, sondern eher antriebssteigernde, lustfördernde Wirkungen, wie sie dem Kokain nachgesagt werden.“⁴⁴

Kokainkonsumenten findet man vornehmlich in Großstädten, wie auch die 1993 polizeilich registrierten Konsumdelikte in Gemeinden mit 500 000 und mehr Einwohnern zeigen⁴⁵. Darüber hinaus ist Kokain, wie schon erwähnt, eine Droge der erwachsenen Männer: 1993 waren 86 Prozent der Tatverdächtigen Männer und nur 14 Prozent Frauen, wobei Minderjährige und Heranwachsende mit 4,6 bzw. 11,8 Prozent nur einen geringen Prozentsatz der Tatverdächtigen ausmachten⁴⁶.

Bei den Kokaindelikten war mit 4 548 Personen der Anteil der nichtdeutschen Tatverdächtigen sehr hoch; bei den Mißbrauchsdelikten betrug er 30,9 Prozent, in der Sparte „Handel und Schmuggel“ 51,0 Prozent und bei „Illegaler Einfuhr nicht geringer Mengen“ 52,3 Prozent, wobei als Großdealer – anders als bei Heroin, wo türkische bzw. kurdische Tätergruppen dominieren – verstärkt Kolumbianer in Erscheinung traten⁴⁷. Der hohe Anteil nichtdeutscher Tatverdächtiger, insbesondere beim Handel mit und Schmuggel von großen Mengen Rauschgift, ist damit zu erklären, daß auf Großhandelsebene häufig organisierte Tätergruppen operieren, die „hinsichtlich personeller Zusammensetzung und Tätigkeit entscheidend von den Staatsangehörigen der jeweiligen Drogenherkunftsländer beeinflußt und gesteuert“ werden⁴⁸.

Wie hoch der Anteil der Gebraucher von Kokain unter den Konsumenten harter Drogen ist, kann aufgrund der hohen Dunkelziffer nur schwer

44 Arthur Kreuzer/Ruth Römer-Klees/Hans Schneider, *Beschaffungskriminalität Drogenabhängiger*, BKA-Forschungsreihe, Bd. 24, Wiesbaden 1991, S. 137 ff.

45 Vgl. Bundeskriminalamt (Anm. 1), S. 23.

46 Vgl. Bundeskriminalamt (Anm. 21), Tabelle 20, Blatt 22 f.

47 Vgl. Bundeskriminalamt (Anm. 1), S. 82.

48 Axel Beck, *Bekämpfung der organisierten Kriminalität speziell auf dem Gebiet der Rauschgiftkriminalität unter besonderer Berücksichtigung der V-Mann-Problematik*, Frankfurt am Main u. a. 1990, S. 45.

gesagt werden, jedoch lassen die Zunahme der Kokaindelikte (insbesondere im Bereich der „Allgemeinen Verstöße“) sowie der dramatische Anstieg der Erstkonsumenten von Kokain in den letzten Jahren auf einen großen Konsumentenkreis schließen. War bei den „Allgemeinen Verstößen“ 1993 ein Plus von 22,7 Prozent zu verzeichnen, erhöhte sich die Zahl der Neueinsteiger 1993 um fast 25 Prozent auf 3 234 Einsteiger (Tabelle 4).

Tabelle 4: Erstkonsumenten von Kokain 1984–1993

Jahr	Anzahl	Veränderung zum Vorjahr (in Prozent)
1984	520	—
1985	567	+ 9,0
1986	684	+ 20,6
1987	832	+ 21,6
1988*	1 760	+ 111,5
1989	2 438	+ 38,5
1990	2 308	– 5,3
1991	2 467	+ 6,9
1992**	2 600	+ 5,4
1993	3 234	+ 24,4

* Die Erstkonsumenten werden seit Anfang 1988 beim Vorhandensein mehrerer harter Drogen nicht mehr nur bei der höchsten eingestuften Droge (Heroin vor Kokain vor Amphetamin vor Sonstigen), sondern bei jeder einzelnen harten Droge gesondert registriert.

** Ab 1992 einschließlich der neuen Bundesländer.

Quelle: Bundeskriminalamt (Anm. 21), S. 216.

Das „Observatoire géopolitique des drogues“ (OGD) beziffert in seinem *Welt-Drogen-Bericht* die Zahl der deutschen Kokainkonsumenten auf 40 000⁴⁹.

Kokain ist eine klassenlose Droge geworden. Zur Klientel gehören neben gutsituierten Geschäftsleuten und Angehörigen der „Schickeria“ Arbeiter und Angestellte, Zuhälter und Prostituierte. Junkies benutzen Kokain häufig als Zweitdroge.

Versorgt wird die Kokain-Szene von speziellen Koks-Dealern, Angehörigen der Zuhälter-Szene sowie etablierten Cannabis-Händlern. Gedealt wird in der Privatwohnung, in der Diskothek oder Kneipe, zunehmend auch auf der Straße⁵⁰. Im Straßenhandel treten neben deutschen Tatverdächtigen türkische sowie afrikanische (gambische und senegalesische) Dealer verstärkt in Erscheinung⁵¹. Der Kokainpreis richtet sich nach der Ver-

fügbarekeit der Droge innerhalb der Szene, der jeweiligen Kaufmenge und dem Reinheitsgrad des Stoffes, der auf dem Weg vom Großdealer zum Konsumenten durch mehrmaliges Strecken kontinuierlich abnimmt. So werden in einer Untersuchung Grammpreise zwischen 80 und 450 Mark genannt sowie ein durchschnittlicher Grammpreis von 250 Mark errechnet⁵². Damit liegen die Preise für Kokain in Deutschland deutlich über denen in den USA, woraus eine Sogwirkung resultiert.

Wie die Rauschgiftkriminalität im allgemeinen spielt auch Kokain in den neuen Bundesländern bisher keine nennenswerte Rolle. Von den insgesamt 11 007 offiziellen Kokainfällen entfielen lediglich 70 Delikte auf Ostdeutschland⁵³. Erfahrungen mit Kokain hatten 1992 in den neuen Bundesländern nur 0,2 Prozent der 12- bis 39jährigen (im Westen lag 1990 der entsprechende prozentuale Anteil bei 1,3 Prozent)⁵⁴. Resümierend kann festgestellt werden, daß Kokain in der bundesdeutschen Rauschgiftszene weiterhin auf dem Vormarsch ist. Es ist bisher nicht gelungen, die stetig wachsende Zufuhr der Droge einzudämmen. Neben der klassischen Klientel hat sich Kokain nun auch bei den Konsumenten der offenen Straßenszene etabliert. Es ist zu befürchten, daß in der Bundesrepublik eine ähnliche Entwicklung droht wie in den USA, als dort Anfang der achtziger Jahre der Kokainpreis aufgrund des Überangebots verfiel und sich schichtspezifische Konsummuster wie „free-basing“ oder Crackgebrauch in der Straßenszene ausbreiteten.

V. Crack in Deutschland

Crack ist ein Kokainderivat, dessen Herstellung äußerst simpel und kostengünstig ist. Kokainhydrochlorid wird mit Wasser und Natriumkarbonat (Backpulver) versetzt und erhitzt. Dadurch wird das Kokainhydrochlorid in die Base zurückverwandelt. Nachdem das Wasser verdampft ist, bleiben kleine, beigefarbene Crackbrocken zurück. Mit diesem Herstellungsverfahren können Dealer aus einem Gramm Kokain sechs bis acht Portionen Crack gewinnen.

Im Gegensatz zu Crack wird bei der Produktion von „freebase cocaine“ Äther verwandt, was zwar den Reinheitsgrad der Droge steigert, jedoch die Herstellung kompliziert. So ist es wegen des flüchtigen und brennbaren Äthers schon zu Explosionen gekommen, nicht selten mit Todesfolge.

52 Vgl. W. Keup (Anm. 50), S. 99.

53 Vgl. Bundeskriminalamt (Anm. 21), S. 28f.

54 K. Herbst/J. Schumann/P. M. Wiblehauser (Anm. 22), S. 3, 24f.

Crack wird geraucht, was bewirkt, daß der Rauschzustand unverzüglich eintritt und die kokaintypischen Wirkungen verstärkt auftreten. Der Crack-Konsument erlebt dann eine kurze Phase der Euphorie und Hyperaktivität, auf die aber nach wenigen Minuten eine tiefe Depression folgt, was viele Konsumenten veranlaßt, erneut Crack zu konsumieren. So gerät der Konsument sehr schnell in Abhängigkeit von der Droge, an deren Ende der wirtschaftliche Ruin steht, verbunden mit schweren gesundheitlichen Schädigungen (z.B. Gewichtsverlust, Paranoia, Herz-Kreislauf-Störungen, Lungenschädigungen) und sozialer Verelendung (Prostitution, Arbeitslosigkeit etc.).

Anders als in den USA spielte Crack in der bundesdeutschen Rauschgiftszene bis Anfang der neunziger Jahre nur eine untergeordnete Rolle. Zwischen 1986, als die ersten Fälle von Crack-Mißbrauch bekannt wurden, und 1991 stellte die Polizei nur kleine Mengen des Kokainderivats sicher (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Crack-Mißbrauch in der Bundesrepublik Deutschland 1987-1993

Jahr	Sicherstellungsfälle	Sicherstellungsmenge (in Gramm)
1987	5	3,25
1988	6	73,00
1989	12	52,50
1990	16	22,30
1991	19	22,34
1992	59	2 475,00
1993	228	1 167,00

Quellen: W. Keup (Anm. 50), S. 31; H. Leineweber/E. Erhardt (Anm. 9), S. 74; Bundeskriminalamt (Anm. 1), S. 91 f.

Das Jahr 1992 stellte jedoch einen Wendepunkt dar, da erstmals die Sicherstellungsmenge von Crack den Kilobereich erreichte. So beschlagnahmte die Polizei 1992 in 59 Fällen 2 475 Gramm, darunter eine Grobsicherstellungsmenge von 2,3 Kilogramm⁵⁵. 1993 wurde zwar weniger Crack sichergestellt, jedoch stieg die Zahl der Sicherstellungsfälle rapide an. Der Drogenmetropole Frankfurt am Main kam dabei eine besondere Bedeutung zu, da dort das Gros der Crack-Delikte registriert wurde. In der Regel wurden nur geringe Mengen Crack bei den Tätern gefunden, dennoch sprechen alle Indikatoren für eine wachsende Akzeptanz der Droge innerhalb der Frankfurter Rauschgiftszene, was sich auch in der gegenwärtigen Zahl von 100 bis 200 Crack-Konsumenten widerspiegelt⁵⁶.

55 Vgl. Bundeskriminalamt (Anm. 41), S. 89 ff.

56 Vgl. Bundeskriminalamt (Anm. 1), S. 89 ff.; Space-shuttle ins Hirn, in: Focus, Nr. 31 vom 1. August 1994, S. 45.

Warum Crack auf dem deutschen Drogenmarkt bisher nur vereinzelt aufgetaucht ist, hat zweierlei Gründe: Zum einen ist Crack mit einem Grammpreis von 130 bis 300 Mark bei uns noch eine relativ teure Droge, zum anderen sind die sozioökonomischen Rahmenbedingungen in der Bundesrepublik mit denen in den Vereinigten Staaten nicht vergleichbar. Ghettoisierung und Verelendung großer Bevölkerungsteile, insbesondere ethnischer Minderheiten, wie sie seit Jahren in amerikanischen Metropolen beobachtet werden und zum großen Teil den Nährboden der Crack-Szene bilden, sind in bundesdeutschen Großstädten bisher nicht festzustellen⁵⁷. Sollte aber aufgrund des Zufuhrdrucks der Kokainpreis in Deutschland weiter fallen, wird sich Crack unter den Rauschgiftkonsumenten verbreiten, da der niedrige Preis der Droge sowie die Applikationsform des Rauchens (schneller „Kick“, Schutz vor Aids) gerade für die Straßenszene attraktiv sein dürften⁵⁸.

VI. Rauschgiftmißbrauch und organisierte Kriminalität

Rauschgiftmißbrauch stellt nicht nur ein individuelles, sondern durch die Beschaffungs-, Folge- und organisierte Kriminalität auch ein gesellschaftliches Problem dar. Man kann davon ausgehen, daß ein Rauschgiftsüchtiger im Schnitt 100 bis 150 Mark für seinen täglichen Drogenkonsum aufbringen muß, also monatlich drei- bis viertausend Mark. Um sich dieses Geld zu beschaffen, greifen die Süchtigen häufig zu illegitimen Mitteln. Nach der zitierten Studie von Arthur Kreuzer u. a. begeht ein Rauschgiftkonsument vier Straftaten pro Tag, wobei bei der Finanzierung der Sucht Drogenhandel (meist als Kleindealer) etwa ein Drittel, indirekte Beschaffungskriminalität in Form von Ladendiebstählen und Wohnungseinbrüchen ein weiteres Drittel sowie Prostitution etwa 10 Prozent ausmachen. Legale Finanzierungsquellen machen rund 20 Prozent aus. Bei der Folgekriminalität spielt das Delikt des Schwarzfahrens die herausragende Rolle.

Nach einer Hochrechnung der Wissenschaftler betrug der Kriminalitätsanteil Drogenabhängiger bei

57 Vgl. Elmar Erhardt, Die Unterschätzung des Kokainproblems. Neue Erkenntnisse zum Gefährdungs- und Abhängigkeitspotential von Kokain, in: ders./H. Leineweber (Anm. 9), S. 104.

58 Zur Crackproblematik in der Bundesrepublik Deutschland siehe auch: Thomas Schweer/Hermann Strasser, Die Straßendroge Crack. Eine erste Bestandsaufnahme, in: Sucht, 40 (1994) 2, S. 121-126.

Kfz-Diebstählen 45 Prozent (wobei in erster Linie Autoradios gestohlen werden), bei Gebäude- und Wohnungseinbrüchen 37 Prozent und bei Raub bzw. räuberischer Erpressung 21,7 Prozent, wobei eine derartige Berechnung nur exemplarischen Charakter haben und einen Versuch der Annäherung an die Wirklichkeit darstellen kann.

Trotz dieser auf den ersten Blick erschreckenden Zahlen stellen schwere Delikte eher die Ausnahme dar. Insbesondere Gewaltdelikte gegen Personen, die nicht der Drogenszene zugehörig sind, kommen selten vor. Allerdings scheint sich innerhalb der Drogenszene die Gewaltbereitschaft in den letzten Jahren erhöht zu haben – bei Konsumenten ebenso wie bei Dealern⁵⁹.

Insgesamt liegt der geschätzte Umsatz mit illegalen Drogen in Deutschland zwischen 4,4 und 5,8 Milliarden Mark⁶⁰, wovon ein großer Teil durch die Hände und über Konten der organisierten Kriminalität (OK) geht, die schon seit langer Zeit den Rauschgifthandel als lukrative Einnahmequelle professionalisiert hat. So spielten bei 40,4 Prozent der 1993 eingeleiteten 776 OK-Ermittlungsverfahren Rauschgiftdelikte eine Rolle⁶¹. Hier liegt auch das eigentliche Problem: Durch die ungeheuren Gewinne, die international operierende Verbrechenssyndikate – nicht nur durch den Handel mit Rauschgift – erzielen, verfügen sie über ein Macht- und Korruptionspotential, das ihnen ermöglicht, erheblichen Einfluß auf Politik und Wirtschaft einzelner Länder zu nehmen. Allein in Deutschland macht der Jahresumsatz der organisierten Kriminalität zwischen 50 bis 100 Milliarden Mark aus – soviel wie der Inlandsumsatz der beiden Konzernriesen Bayer und Siemens zusammen⁶².

VII. Wege aus dem Drogenelend?

Das jüngste, heftig diskutierte „Haschisch-Urteil“ des Bundesverfassungsgerichts hat die Debatte um einen „Königsweg“ in der Drogenpolitik wesentlich verschärft⁶³. Von vielen mißverstanden, hat es

59 Vgl. E. Erhardt (Anm. 31), S. 29–65; A. Kreuzer/R. Römer-Klees/H. Schneider (Anm. 44).

60 Vgl. Hessische Kommission „Kriminalpolitik“. Entkriminalisierungsvorschläge der hessischen Kommission „Kriminalpolitik“ zum Betäubungsmittelstrafrecht, Hessisches Ministerium der Justiz, Frankfurt am Main 1991, S. 6.

61 Vgl. Bundeskriminalamt (Anm. 1), S. 7.

62 Vgl. Serie: Drecks Geld, saubere Helfer (I). Wie die Gangster-Syndikate in aller Welt ihre Drogenmilliarden waschen, in: Der Spiegel, Nr. 9 vom 24. Februar 1992, S. 143.

63 Vgl. Hermann Strasser, Das Haschisch-Urteil – ein Pyrrhussieg: Sieben Thesen zur deutschen Drogenpolitik, in: Der Rotarier, 44 (1994) 8, S. 14–17.

den Gebrauch von Cannabisprodukten nicht legalisiert, sondern den ermittelnden Behörden lediglich einen Ermessensspielraum eröffnet, bei Eigenverbrauch von einer Strafverfolgung abzuweichen. Dies wird von liberalen Therapeuten und Politikern als ein erster wichtiger Schritt in die richtige Richtung verstanden, da es nach Auffassung der Freigabebefürworter nicht Sinn einer rationalen Drogenpolitik sein kann, diese Konsumenten zu kriminalisieren⁶⁴. Freigabegegner befürchten jedoch einen Anstieg der Konsumentenzahl und somit eine Verschärfung der Folgeprobleme.

An dieser Kontroverse wird deutlich, daß ein Konsens in der bundesdeutschen Drogenpolitik in weiter Ferne liegt. Seit Jahren streitet unsere Gesellschaft um den richtigen Umgang mit Drogen, der Sucht und den Süchtigen. Fordern die einen nach wie vor ein restriktives Vorgehen gegen Drogensüchtige durch polizeiliche Verfolgung und „Zwangstherapien“ (Auflageklienten), schwört die Gegenseite auf niedrigschwellige Drogenarbeit und Substitutionsbehandlungen bis hin zur Legalisierung weicher Drogen und der Abgabe harter Drogen an Schwerstsüchtige unter medizinischer Aufsicht. Die letztgenannten Wege werden mittlerweile von einigen Städten erwogen, sind es doch die urbanen Zentren, die besonders stark mit dem Drogenproblem konfrontiert sind (siehe die Initiativen der Hansestadt Hamburg und der Mainmetropole Frankfurt).

Dessenungeachtet bleiben ernsthafte Bedenken gegen die Legalisierung, nicht zuletzt harter Drogen, bestehen. Aufgrund ihres hohen Wirkungs- und Suchtpotentials ist vor allem bei Crack und der neuen Generation von Designer-Drogen ein ungefährlicher Gebrauch eine Illusion. Es stellt sich aber die grundsätzliche Frage, wie eine Gesellschaft, die mit ihren legalen Drogen mehr schlecht als recht umzugehen versteht, zu einem entkrampften Umgang mit den Drogen überhaupt kommt. Denn eine drogenfreie Gesellschaft hat es so wenig jemals gegeben wie eine Gleichbehandlung aller Drogen.

Ob nun der konservative oder der liberale Weg richtig ist, ist nicht eine Frage von Gut oder Böse, sondern eine Frage der akzeptierten Lebensweise der Mitglieder einer Gesellschaft. Es geht um eine kulturelle Einbettung des Umgangs mit Drogen, also auch von Geboten oder Verboten, nicht um eine drogenfreie Gesellschaft.

64 Anmerkung der Redaktion: Siehe auch den Beitrag „Ausstiegswege aus der Sucht illegaler Drogen. Forschungsergebnisse und praktische Konsequenzen“ von Wolfgang Schneider in diesem Heft.

Ausstiegswege aus der Sucht illegaler Drogen

Forschungsergebnisse und praktische Konsequenzen

I. Forschungsprojekt „Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen“

1. Ausgangspunkt und Fragestellung

Forschungen zum selbstgesteuerten, nicht therapiebezogenen Ausstieg aus der Drogenbindung und zum kontrollierten, nicht süchtigen Gebrauch sind in der Bundesrepublik Deutschland äußerst rar. Bedingungen und Erscheinungen von Selbstausstiegsprozessen und zum nichtabhängigen Gebrauch aus der Subjektperspektive, d. h. aus der Sicht unmittelbar Betroffener, sind bisher so gut wie nicht erforscht, geschweige denn für Überlegungen hinsichtlich praktischer Konsequenzen fruchtbar gemacht worden. Dieses Manko ist nicht zuletzt auf den bisher kaum gelungenen Zugang zur privaten Drogenszene zurückzuführen. Selbstaussteiger und kontrollierte Gebraucher halten sich bekanntlich nicht in Reichweite offizieller Drogenhilfe auf. Mit unserem kürzlich abgeschlossenen Forschungsprojekt „Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen“ haben wir versucht, in dieses „unbekannte Land“ vorzustoßen¹. Erstmals wurden Zugänge zu den sensiblen privaten Bereichen von Selbstaussteigern und autonom kontrollierten Gebrauchern illegaler Drogen angestrebt und – trotz großer Schwierigkeiten – gefunden.

Unsere Absicht war es, mit Personen innerhalb der privaten Drogenszene in Kontakt zu kommen, die sich als Selbstaussteiger und kontrollierte Gebraucher definieren. Es galt herauszufinden, wie sie es geschafft haben, selbständig auszusteigen und/oder einen nichtabhängigen Gebrauch zu praktizieren. Eine relative Verhaltensstabilität bezüglich eines Selbstausstiegs oder eines kontrollierten Gebrauchs konnten wir natürlich nur aufgrund der

1 Das Forschungsprojekt „Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen“ wurde im Zeitraum 1989–1992 unter der Leitung von Prof. Dr. Georg Weber und dem Verfasser an der Universität Münster durchgeführt. Gefördert wurde das Projekt durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, das Ministerium für Wissenschaft und Forschung NRW und durch das „alte“ Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Mitarbeiter waren: Uwe Kemmesies, Ralf Gerlach, Stefan Engemann, Wolfgang Haves, Michael Wulfert und Heike Zurhold.

Selbstzuschreibung und auch nur für den Untersuchungszeitraum von zwei Jahren ermitteln. „Allgemeingültige“ Aussagen über die Bedingungen des Selbstausstiegs oder des kontrollierten Gebrauchs waren also nicht zu erwarten, Verallgemeinerungen sind folglich unzulässig. Dies trifft allerdings auch auf die sogenannten Erfolgsmessungen posttherapeutischer Verlaufsmuster zu. Die Durchführung von zeitlich gestreckten Längsschnittstudien wäre hier sicher vorteilhaft und würde zu erweiterten Erkenntnissen führen.

Hauptziel unserer qualitativen Untersuchung war – pointiert zusammengefaßt – die Dokumentation und Analyse des komplexen Geflechts von Auslösebedingungen, Verlaufsformen, Stabilisierungs- und Destabilisierungsfaktoren beim selbstinitiierten, privatorganisierten und umweltgestützten Ausstiegsprozeß aus dem Status des compulsiven, das heißt zwanghaften und exzessiven Drogengebrauchs. Diese Definition macht bereits deutlich, daß u. a. die Rede von „Selbsteilern“ oder „Spontanaussteigern“ sehr skeptisch zu beurteilen ist. Diese weitverbreitete, eher medizinisch orientierte Annahme verkennt, daß ein selbsteingeleiteter Ausstieg aus der Abhängigkeit durch vielfältige Bedingungen vorbereitet und mitgestaltet wird, also kaum spontan oder gar natürlich geschieht.

Mit der Absicht, lebensgeschichtliche Vergleiche anstellen zu können, haben wir auch solche Drogengebraucher in die Untersuchung einbezogen, die sich im Rahmen professioneller Hilfe von ihrem zwanghaften Gebrauch zu befreien suchten oder sich als „Auflagenklienten“ (§ 35 ff. Betäubungsmittelgesetz [BtmG]; § 64 Strafgesetzbuch [StGB]) in Therapie befanden; sie fungierten also in unserer Untersuchung als Vergleichsgruppe. Auf diese Weise wurde eine *vergleichende, kontrastive Analyse* der Bedingungen verschiedener Clean-, Ausstiegs- und kontrollierter Gebrauchsphasen möglich.

Das methodische Fundament unserer Untersuchung bildet eine längsschnittlich angelegte, biographisch orientierte, qualitative Interviewerhebung mit den folgenden drei Gruppen:

- therapiebereite Drogengebraucher (fremd- oder selbstinitiierte Aussteiger);

- Selbstaussteiger ohne therapeutische Intervention;
- autonom kontrollierte und substituierende Gebraucher illegaler Drogen.

Im Zeitraum von Juli 1989 bis April 1991 führten wir insgesamt 17 narrativ orientierte Interviews mit therapiebereiten Drogengebern, 15 mit kontrollierten, 9 mit substituierenden Opiatkonsumenten und 19 mit Selbstaussteigern durch (n = 60). Die einzelnen Interviews fanden in Münster privat oder an verschiedenen Orten in Nordrhein-Westfalen im privaten Bereich statt. Ein Interview dauerte durchschnittlich drei bis vier Stunden. Für die Auswertung standen darüber hinaus 52 Zweitinterviews zur Verfügung, die nach mindestens einem halben Jahr mit denselben Personen durchgeführt wurden. Unsere Auswertungsstrategien zielten insgesamt auf

- die Ausformulierung differenzierter Individualprofile und exemplarischer Fallanalysen;
- die Herausarbeitung von Gruppenprofilen und auf
- einen kontrastiven Gruppenvergleich².

2. Methodische Grundlagen der Interviewauswertung

Das zur Anwendung gebrachte Auswertungsverfahren läßt sich als qualitative Methode der *exemplarischen Deskription* begreifen. Unter dieser Methode wird die möglichst zuverlässige und präzise Darstellung der Merkmale von Objekten, Sachverhalten, Ereignissen und Handlungen verstanden, soweit diese in sprachlichen Symbolen repräsentiert sind, sowie deren Interpretation. Ziel der exemplarischen Deskription als qualitativer Inhaltsanalyse war es, das Textmaterial inhaltlich so zu reduzieren und „zu übersetzen“, daß die Textimmanenz garantiert und die Perspektivität jedes einzelnen drogalen Biographieentwurfes erhalten blieb. Es galt, so nah wie möglich an der Textproduktion des Interviewpartners zu bleiben, ohne den jeweiligen Text durch den theoretischen Blick des Interviewers überzuinterpretieren und damit den „Gegenstandsbezug“ aus den Augen zu verlieren. Dieses äußerst zeitintensive Verfahren orientierte sich letztendlich an einer *diskursiven, theoriegesteuerten Konsensbildung* als argumentative Geltungsbegründung im Forscherteam.

Zum Verfahren selbst: Nach einer wortwörtlichen und vollständigen Transkription der einzelnen Interviews wurde eine erste textnahe Paraphrase

2 Ausführlich vgl. Georg Weber/Wolfgang Schneider, *Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen*, Düsseldorf 1992, S. 125 ff.

(Umschreibung) der Interviewtexte als diskursives Interpretationsverfahren im Forschungsteam durchgeführt. Sodann wurden die Erzähltexte im kontrastiven Gruppenvergleich nach einer *drogalen Phasensequenzanalyse* (Einstiegsphase, Gebrauchsphase, Entzugs- und/oder Therapiephase, Ausstiegsphase etc.) strukturiert. Eine derartige Aufbereitung des Materials ermöglichte die inhaltsorientierte Zusammenfügung bestimmter, durch den Interviewpartner markierter Lebensbereiche und Handlungsfolgen innerhalb der einzelnen Drogenverlaufs- bzw. Gebrauchsphasen. Diese subjektbezogenen Markierungen im Interview gaben dann Aufschlüsse über die Zuordnung von Orientierungs- und Ordnungskriterien, die den Erkenntnisinteressen unseres Forschungsprojektes entsprachen, also über die Erstellung von sogenannten Individualprofilen im Sinne einer „reflektierenden Interpretation“³. Darauf aufbauend wurde – induktiv – ein theoretisches Modell von Ausstiegsverläufen und regelorientierten kontrollierten Gebrauchsformen entwickelt⁴.

Unser Auswertungsverfahren bezieht sich auf die bewußt erinnerte, – weil durch die aktuell gegenwärtige Lebenssituation gefärbte – konstruierte und gleichzeitig auch rekonstruierte Wirklichkeit des jeweiligen Interviewpartners. In Anlehnung an Franz-Josef Brüggemeier gehen wir bezüglich unserer Phasensequenzanalyse drogaler Entwicklungsverläufe aus der subjektiven Sicht der Betroffenen davon aus, daß es unzutreffend ist, „zwischen unmittelbaren, gewissermaßen objektivem Vergangenen einerseits und deren überlagerter, verfälschter Erinnerungsvariante andererseits zu unterscheiden“⁵.

Biographien in diesem Sinne sind situationsgebundene, temporär geltende Orientierungsmuster, die aufgrund der je konkreten Gegenwartsperspektive hergestellt werden. Sie stellen eine zweckrationale, biographische „Selektion aufgrund des ‚Hier‘ und ‚Jetzt‘ dar“⁶. Unser Auswertungsverfahren als Analyse von Reinterpretationen ist also nur von der Gegenwartsbestimmung der Selbstthematisierungen als beschreibender Bilanzierungen möglich⁷.

3 Ralf Bohnsack, *Rekonstruktive Sozialforschung*, Opladen 1991.

4 Vgl. G. Weber/W. Schneider (Anm. 2), S. 133 ff.

5 Franz-Josef Brüggemeier, *Aneignung vergangener Wirklichkeit – Der Beitrag der Oral History*, in: Wolfgang Voges (Hrsg.), *Methoden der Biographie- und Lebenslaufforschung*, Opladen 1987, S. 145 ff.

6 Wolfgang Voges, *Zur Zeitdimension in der Biographieforschung*, in: ders. (Hrsg.) (Anm. 5), S. 135.

7 Siehe ausführlich: G. Weber/W. Schneider (Anm. 2), S. 78 ff.; Wolfgang Schneider, *Methodische Defizite der Evaluationsforschung im Drogenbereich*, in: *Neue Praxis*, 23 (1993) 3, S. 219–227; ders., *Drogenforschung ohne Subjekt?*

Es ist hier nicht möglich, die gesamte Spannweite der Forschungsergebnisse detailliert darzulegen. Ich beschränke mich deshalb im folgenden darauf, die wesentlichsten Ergebnisse zum Prozeß des Herauswachsens aus der Sucht am Beispiel des kontrollierten Gebrauchs und des Selbstausstiegs in geraffter Form zu präsentieren.

II. Herauswachsen aus der Sucht: Übergänge

1. Zum kontrollierten Gebrauch illegaler Drogen

Aus den Teilergebnissen zum kontrollierten Gebrauch illegaler Drogen sind keine repräsentativen oder generalisierenden Aussagen ableitbar. Die Gründe liegen auf der Hand: unvermeidlich selektiver Zugang aufgrund des Dunkelfeldes, Forschungsmittelbegrenzung auf zwei Jahre, qualitative Auswertungsstrategie durch Betonung der „subjektiven Sicht“. Angestrebt wurde, exemplarisch Varianten drogaler Entwicklungsverläufe als lebensgeschichtliche Prozeßmodelle im Zeitverlauf hinsichtlich einer Typenbildung analytisch herauszuarbeiten und zu dokumentieren⁸.

Unsere Forschungsergebnisse zeigen ganz allgemein: Drogenabhängigkeit ist kein statischer Zustand, der, einmal erreicht, nur über langzeittherapeutische Maßnahmen aufhebbar wäre. Drogenabhängigkeit ist nicht durch festlegbare Kategorien definierbar. Es gibt weder die Verlaufsform einer Drogenabhängigkeit, den Drogenabhängigen oder gar die Suchtpersönlichkeit, noch gibt es die Ursachen für die Entstehung von Drogenabhängigkeit. Kein Lebenslauf führt unweigerlich zur Abhängigkeit, selbst wenn er ungünstige Prognosedaten anhäuft. Das vorherrschende Bild von der Unentrinnbarkeit von Drogenabhängigkeit – versinnbildlicht durch das Vorurteil „Einmal süchtig, immer süchtig“ –, durch die einseitig pharmakologisch-klinische Blickrichtung eines ausschließlich substanzfixierten Krankheitsbildes hervorgerufen, ist in seiner Pauschalität nicht mehr haltbar. Die Ergebnisse widersprechen ferner

- einer Opfertheorie, die kein aktives Subjekt kennt, das sich mit den szenetypischen Widersprüchen situationsspezifisch auseinandersetzt;
- einer mechanistischen Betrachtungsweise der Drogengebrauchsentwicklung, die eine stereo-

type Abfolge von physischen und psychischen Zuständen unterstellt;

- einer rein problemorientierten Beschreibung und Erklärung (Sucht ist Flucht, Drogen als Problembewältigungsmittel, Sucht als „Versuch der Selbstheilung einer mißlingenden Identitätsentwicklung“⁹), die die Variabilität von Einstiegs- und möglichen Ausstiegsverläufen, deren Motive sowie die Etablierung kontrollierter Gebrauchsformen negiert, sowie
- einer individuumzentrierten und drogenspezifischen Blickrichtung, welche umfeldgestützte Einflußgrößen vom Einstieg über zwanghafte oder kontrollierte Gebrauchsmuster bis hin zum möglichen Ausstieg außer acht läßt.

Drogale Entwicklungsverläufe passen nicht in die leider noch immer vertretene, simplifizierende Kausalkette: „Persönlichkeitsdefizit – Abhängigkeit – Therapie – Abstinenz“. Ein lineares Verlaufsmodell von Drogenabhängigkeit taugt nicht zu ihrer Erklärung. Teilergebnisse unserer lebensweltnahen Studie verdeutlichen, daß ein kontrollierter, d. h. mit der Erfüllung funktionaler Anforderungen (wie Arbeit, Ausbildung) zu vereinbarendem Gebrauch illegaler Drogen Resultat von selbstgesteuerten und umweltgestützten Ausstiegsversuchen oder die Vorstufe zum Prozeß des allmählichen Herauswachsens aus der Sucht sein kann. Dabei ist selbst ein weitgehend sozial-integrierter, täglicher Drogengebrauch durchaus möglich. Diese Variante ist inzwischen auch für die Bundesrepublik durch wissenschaftliche Ergebnisse im Hinblick auf den Gebrauch von synthetischen Opiaten als Substitutionsmittel (L-Polamidon, Methadon, Codeinpräparate) abgesichert¹⁰.

Gebraucher illegaler Drogen sind also nicht generell „behandlungsbedürftig“ und handlungsunfähig. Die Chance zur Etablierung regelorientierter, kontrollierter Gebrauchsmuster ist trotz Verbotsbedingungen durchaus gegeben. Die kriminalisierten Lebensbedingungen verhindern allerdings häufig derartige Entwicklungsmöglichkeiten.

Unsere längsschnittlichen Analysen von Drogengebrauchsverläufen zeigen, daß es durchaus die

9 Vgl. Christian Rausch, Jugendalter und Drogenkonsum, in: Sozial Extra, 18 (1994) 4, S. 24–27.

10 Vgl. etwa Horst Bossong, Möglichkeiten und Grenzen der Methadonsubstitution, in: ders./Heiner Stöver (Hrsg.), Methadonbehandlung, Frankfurt am Main 1992; Prognos, Jahresbericht wissenschaftlich begleitetes Erprobungsverfahren medikamentengestützte Rehabilitation bei i. v. Opiatabhängigen, Modellprogramm NRW, Köln 1993; Peter Raschke, Medikamentengestützte ambulante Therapie und die ambulante Abstinenz-Therapie, Hamburg 1994; Ralf Gerlach/Wolfgang Schneider, Methadon- und Codeinbehandlung, Berlin 1994.

Anmerkungen zum unsinnigen sezierenden Blick in der Drogenforschung, erscheint in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, (1995).

8 Vgl. G. Weber/W. Schneider (Anm. 2), S. 153ff.

Möglichkeit gibt, Heroin und Kokain kontrolliert in einer Weise zu gebrauchen, daß physische, soziale und juristische Probleme vermieden werden. Zwar lassen sich bei unseren Interviewpartnern über alle Gruppierungen (Selbstaussteiger, Therapiebereite, kontrollierte Gebraucher) verteilt begrenzte kontrollierte Gebrauchsphasen von „weichen“ und „harten“ Drogen feststellen. Aber unsere Analysen zum kontrollierten Gebrauch verdeutlichen, daß dieser auch als eine bewußte und autonom eingeleitete, relativ stabile Gebrauchsvariante angesehen werden kann, die keine ausschließlich drogenbezogene Lebensführung einschließt. Kontrollierter Gebrauch ist nicht nur als eine zeitlich begrenzte „Durchgangsphase“ in Richtung eines zwanghaften Gebrauchs oder als Vorstufe zur Abstinenz zu interpretieren. Es gibt also Personen, die es geschafft haben, den Drogengebrauch in konventionelle Lebenskontexte zu integrieren und ihren Opiat-/Kokaingebrauch auf einem Level einzupendeln, der in der Regel weit von der Möglichkeit einer physischen Abhängigkeitsbildung entfernt ist¹¹.

Die Möglichkeit der Etablierung kontrollierter Gebrauchsmuster ist nach unseren Ergebnissen abhängig von

- dem Drogengebrauchssetting als umfeldgestützte Gebrauchsbedingungen;
- den intrapersonellen Ressourcen (subjektive Kontrollerwartung, psychosoziale Bedeutung des Gebrauchs);
- der Einbindung in konventionelle Lebensbezüge und der damit verbundenen Ausbildung gleichbedeutender Handlungsalternativen (die wiederum als Unterstützungsformen wirken können);
- der Konstituierung regelorientierter Gebrauchsmuster und
- der Anwendung risikobewußter Gebrauchsformen.

In höherem Maße als die jeweilige Gebrauchshäufigkeit bzw. -intensität ließen sich vor allem risikobewußte Gebrauchsformen (Vermeiden von Needle-sharing, kein intravenöser Gebrauch sondern Rauchen oder Sniefen, selbstinitiierte Cleanphasen als Gebrauchspausen, bewußte Dosisbegrenzung und vorsichtige Dosisantestung) als Kriterien einer eigenverantwortlichen und selbstkontrollierenden Schadensminimierung (u. a. auch Reduktion des Risikos einer Überdosierung und der Möglichkeit einer HIV-Infizierung) ermitteln. Aufgrund des „Faktums der Illegalität“ des Gebrauchs und einer sicherlich nicht zu unterschätzen-

den oder gar zu verharmlosenden Wirkungs- und Suchtpotenz „harter“ Drogen war – nach unseren Ergebnissen – ferner die Konstituierung und Einübung von Gebrauchsregeln notwendig, um einen kontrollierten Gebrauch kultivieren zu können. Eine Ritualisierung dieser informellen Gebrauchsregeln verlief individuell unterschiedlich und hatte ihren Ort vordringlich im privaten Bereich. Zu diesen selbstkonstruierten Gebrauchsregeln gehörten:

- die bewußte Einhaltung der Bedingungen bestimmter Gebrauchsgelegenheiten (z. B. Öffnungszeiten),
- eine deutliche Distanz zur Drogenszene,
- die Vermeidung von Kriminalisierung durch private Drogenbeschaffung außerhalb der öffentlichen Drogenszene;
- die bewußte finanzielle Mittelaufwendung (Kalkulation des Finanzbudgets);
- eine Priorität drogenunspezifischer Handlungsalternativen im Arbeits- und Freizeitbereich sowie
- kein Gebrauch von Drogen in Krisensituationen und
- der Einsatz von Drogen als Mittel zur Selbstbelohnung.

Die Entwicklung und Einhaltung dieser Gebrauchsregeln ist wesentlich durch die Angst vor weiterer oder befürchteter Verletzung und den Wunsch motiviert, daß der Drogengebrauch nicht negativ mit der Alltagsbewältigung in Beziehung steht, d. h., nicht zu einer „Junkiesation“¹², zur Entwicklung eines ausschließlich auf den Drogengebrauch ausgelegten Selbstkonzeptes, führt. Der Gebrauch selbst folgt oft einer bewußten Risikoabschätzung durch Inrechnungstellen möglicher psychosozialer „Folgekosten“ eines fortgesetzten Drogengebrauchs. Der kompulsive Gebrauch wird als nicht geeignete Handlungsweise aufgegeben oder gar nicht erst entwickelt. Unsere Ergebnisse zeigen unterschiedliche Entwicklungsmöglichkeiten bis zur Etablierung kontrollierter Drogengebrauchsmuster:

- Ausprägung ausschließlich kontrollierter Gebrauchsformen ohne Entwicklung eines zwanghaften Gebrauchs;
- eher sporadische, episodenhafte, situationspezifische Gebrauchsvarianten von Heroin und/oder Kokain;

12 Ralf Gerlach/Uwe Kemmesies, Resubjektivierung und Normalisierung, in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 22 (1990) 3/4, S. 3–10.

11 Vgl. G. Weber/W. Schneider (Anm. 2), S. 463ff.

- Entwicklung kontrollierter Gebrauchsmuster als Produkt einer heterogenen und zeitlich ausgedehnten Drogenverlaufsentwicklung;
- kontrollierte Gebrauchsmuster als Resultat der Überwindung zwanghaften Gebrauchs (selbstorganisierter Ausstiegsprozeß);
- kontrollierter Gebrauch als Produkt eines institutionsgesteuerten Ausstiegsprozesses (Therapie) sowie
- kontrollierter Gebrauch als medikamentengestützter Stabilisierungsprozeß mit Methadon und/oder Codeinpräparaten¹³.

Die Entwicklung und Etablierung kontrollierter Gebrauchsformen kann als ein biographischer und drogaler Erfahrungs- und Lernprozeß angesehen werden, innerhalb dessen die aktive Aneignung und Verinnerlichung lebensstilbezogener Gebrauchsregeln erfolgt¹⁴. Diese drücken nicht nur die Zugehörigkeit zu einer drogengebrauchenden Gruppierung aus, sondern auch zu einem bestimmten Habitus und einer Lebensform: Sie sind Ausdruck, Instrument und Ergebnis sozialer Orientierung im teils drogalen, teils konventionellen Lebenszusammenhang. Ihre bewußte Anwendung zielt einerseits auf Zusammenhalt und andererseits auf Abgrenzung von anderen Lebensstilen.

Ein weiteres zentrales Ergebnis unserer qualitativen Untersuchung ist, daß kontrollierte Gebraucher in zwei Welten („in-between“-Situation) leben, wobei mitunter eine Vorwegnahme negativer Sanktionen durch drogenunspezifische Bezugsgruppen für den heimlichen, aber kontrollierten Gebrauch bedeutsam wird. Wir haben es hier mit einem „gedoppelten“ Sozialisierungsprozeß zu tun: Einfügung in konventionelle Lebenskontexte bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung drogenbezogener Lebensstile. Dies erfordert eine spezifische Integrationsleistung durch Vermeidung von Auffälligkeiten, um „in-between-Situationen“ sozusagen als Grenzgänger lebbar zu machen. Soziale Handlungsfähigkeit innerhalb „zweier Welten“ bedarf eines Prozesses des wechselseitigen Aushandelns von unterschiedlichen Lebenswelten und zugehöriger Erwartungsbündel (Rollen). Rollendistanz ist als eine wesentliche Verhaltensstrategie gefordert, d. h., es geht darum, zwischen sozial definierten Handlungsanforderungen und Erwartungen einerseits und dem Bedürfnis, illegale Drogen zu konsumieren, andererseits zu vermitteln und abzuwägen. Es gilt, Handlungsfähigkeit zwischen beiden Polen herzustellen. Das von uns festge-

stellte typische „Sowohl-als-auch“ wird durch Rollendistanz möglich. Gleichzeitig ist aber auch Toleranz gegenüber Ambiguität notwendig, d. h., widersprüchliche oder unterschiedliche Anforderungen müssen als Widersprüche erkannt, ertragen und flexibel im Verhalten berücksichtigt werden. Lebensstilbezogene Gebrauchsregeln fungieren dabei als Regulierungsmodi. Gebrauchsregeln koordinieren und regulieren – zumeist als Regelset – das Drogengebrauchsverhalten, die Distanzhaltung zur Drogentotalität der Szene; sie vermeiden negative Gebrauchsfolgen und begünstigen eine positive Drogenwirkung. Insofern können wir die Anwendung von Gebrauchsregeln als die „innere Ordnung“ einer eher privaten Gebrauchskultur illegaler Drogen ansehen. Zum einen bewirkt die Einhaltung von Gebrauchsregeln Routinisierung und Selbstdisziplinierung beim Drogengebrauch. Zum anderen erfolgt eine subjektive Bewertung der Angemessenheit des Drogengebrauchs im Zusammenhang mit der Erfüllung sozialer Verpflichtungen. Dies führt letztendlich zur Gebrauchskontrolle und zu bewußten Verhaltensarrangements zwischen „zwei Welten“.

Dabei ist jedoch zu bedenken, daß diese Gebrauchsregeln implizite Regeln sind, d. h., sie sind privaten, informellen Ursprungs und von daher auch zerbrechlich; sie tragen das Risiko des Mißlingens. Hieraus ergeben sich für die praktische Drogenhilfe im Bereich akzeptierender Drogenarbeit spezifische Konsequenzen: die Vermittlung und Stützung von Gebrauchskontrollregeln und Safer-Use-Strategien mit dem Ziel einer eigenverantwortlichen und selbstregulierenden Schadensbegrenzung¹⁵.

Die Vielzahl von uns ermittelter, individuell unterschiedlicher – mitunter auch gegensätzlicher – Strategien bewußter Risikoabschätzung als Gebrauchsregeln verweist darauf, daß eine sozial vermittelbare Form der Selbstprävention, die einen moderaten, genußorientierten und nicht zwanghaften Gebrauch fördern könnte, lediglich ansatzweise realisiert ist. Dies liegt zum einen an den kulturspezifischen Konsumbedingungen von Substanzen, zum anderen ist es in den kriminalisierten Lebensbedingungen begründet. Der einzelne Ge-

15 Siehe dazu ausführlich: Peter Cohen, Schadensminimierung durch Selbstregulierung, in: Jürgen Neumeyer/Gudrun Schach-Walch (Hrsg.), Zwischen Legalisierung und Normalisierung, Marburg 1992; Wolfgang Schneider, Akzeptierende Drogenarbeit als Empowerment, in: Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 27 (1992) 4, S. 159–168; ders., Selbstgestaltete Sekundärprävention, in: Karin Böllert/Hans-Uwe Otto (Hrsg.), Umgang mit Drogen, Bielefeld 1993; ders., Akzeptierende Drogenarbeit – ein neues Paradigma?, in: Sozial Extra, 18 (1994) 5, S. 2–5; ders., Kontrollierter Umgang mit Drogen, in: Drogenmagazin. Zeitschrift für Drogenfragen, 5 (1994) 4, S. 15–22.

13 Vgl. G. Weber/W. Schneider (Anm. 2), S. 455 ff.

14 Zu einer kulturgebundenen Substanztheorie vgl. Henning Schmidt-Semisch, Die prekäre Grenze der Legalität, München 1994.

braucher sieht sich in einer ausgegrenzten und verfolgten Subkultur mit Risiken konfrontiert. Auch wenn Gebrauchsregeln für nichtendemische Drogen mitunter sozial vermittelt werden, so muß der Gebraucher trotzdem eigenständig Bewältigungsstrategien zur Schadensminimierung entwickeln.

Bezüglich der *Methadonsubstitution* als eines weiteren Wegs aus dem zwanghaften Drogengebrauch heraus zeigen unsere Ergebnisse, daß die Einleitung einer Substitution eine bewußte Entscheidung für eine psychosoziale Stabilisierung und damit auch für eine äußere Kontrolle des Drogengebrauchs darstellt. Für viele Interviewpartner erwiesen sich jedoch die hochschwelligsten Indikationskriterien beim Modellprogramm ebenso wie bei der NUB-Substitution (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) als schwerwiegende Hürden, die es zu überwinden galt. Nach unseren Ergebnissen fungieren die Substitutionsmittel (L-Polamidon, Codeinpräparate) als materiell-instrumentelle Stütze für den psychosozialen Stabilisierungsversuch. Trotz eines extern kontrollierten täglichen oralen Opiatgebrauchs haben unsere Interviewpartner – nach einer relativ langen Drogenkarriere – drogenfreie Bezüge aufgebaut, sich von der Drogenszene distanziert, sich gesundheitlich und sozial stabilisiert, Handlungschancen wahrgenommen, und sie führten – jedenfalls bis zum Abschluß der Untersuchung – ein nicht ausschließlich drogenfixiertes Leben (abgesehen von einem gelegentlichen Beigebrauch von zumeist Cannabis und Alkohol). Zu ähnlichen Ergebnissen gelangt auch eine neuere Studie des Instituts zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik (INDRO) zur Methadon- und Codeinsubstitution in Nordrhein-Westfalen (regionale Erhebungsorte Bonn, Münster, Langenfeld, Essen und Dortmund). Substitutionsbehandlungen erwiesen sich auch hier als „gestreckte“ Übergangsprozesse, die Veränderung von relativ fixierten Szenezusammenhängen einleiten und zu einer gelingenden Lebenspraxis im Sinne psychosozialer Stabilisierung trotz eines täglichen Opiatgebrauchs führen. Die Ergebnisse zeigen darüber hinaus eine eindeutig entkriminalisierende Wirkung der Substitution¹⁶.

Nach unseren Ergebnissen vollzieht sich die mögliche Entwicklung hin zu einem autonom kontrollierten Gebrauch illegaler Drogen als einer relativ stabilen Gebrauchsvariante keineswegs als lebenszyklischer Automatismus, sondern setzt die Nutzung und Wirksamkeit von vorhandenen Stützsystemen (Freunde, Familie, Kontakte außerhalb der Drogenszene, vorhandene Berufserfahrungen etc.) voraus. Sie wird wahrscheinlicher, je größer

Handlungsmöglichkeiten und Anknüpfungspunkte außerhalb einer drogenbezogenen Alltagspraxis sind.

2. Selbstausstieg ohne professionelle Betreuung

Neben dem klassischen therapiegestützten Ausstieg gibt es nach unseren Ergebnissen vielfältige Ausstiegsversuche, die jenseits des alltäglich sichtbaren Szenelebens und außerhalb einer professionellen Betreuung selbständig eingeleitet und auch durchgehalten werden. Unsere Ergebnisse bestätigen somit ältere und neuere Erhebungen meist aus dem Ausland¹⁷. Sie zeigen, daß gelungene Ausstiegsversuche nicht gleichsam als autonom ablaufende Prozesse anzusehen sind. Ein Ausstieg aus der ausschließlich drogenbezogenen Lebensführung wird durch vielfältige Bedingungen vorbereitet, unterstützt und mitgestaltet (Ausstiegs motive, Stützsysteme, Anknüpfungspunkte in nicht drogenbezogenen Lebenskontexten, szenetypische Lebensbedingungen). Der selbstinitiierte, privatorganisierte und umweltgestützte Ausstiegsprozeß kann nach unseren Erkenntnissen als ein psychosoziales Übergangsstadium (*Transition*) begriffen werden. Unter den Bedingungen der kriminalisierten Alltagspraxis von Drogengebrauchern stellt der selbst eingeleitete Ausstiegsprozeß zeitlich besonders hohe und zum Teil außergewöhnliche Anforderungen an das Bewältigungsvermögen. Dieser Übergang als Veränderung von eingelebten Szenezusammenhängen, verstanden als biographische Wandlungsprozesse, verlangt eine spezifische Handlungskompetenz. Der Aussteiger ist nicht beteiligtes Objekt, sondern er handelt im Prozeß des Übergangs, verändert diesen und damit auch sich selbst. Ausstiegsprozesse als Übergangsverläufe sind keine linearen Prozesse, sondern Bewegungssequenzen innerhalb eines Entwicklungsprozesses, und sie stehen in einem Verhältnis der wechselseitigen Beeinflussung von Person und Umwelt. Bewältigungsanforderungen und Bewältigungsanstrengungen sind von daher vielfältig und wechselseitig voneinander abhängig.

Allgemein formuliert und in Anlehnung an die Übergangsdefinition von Harald Welzer¹⁸ kann der selbsteingeleitete Ausstiegsprozeß als ein Ver-

17 Vgl. etwa Paul Biernacki, *Pathways from Heroin Addiction*, Philadelphia 1986; Harald Klingemann, *Coping and Maintenance Strategies of Spontaneous Remitters from Problem Use of Alcohol and Heroin in Switzerland*, in: *The International Journal of the Addictions*, 38 (1992) 12, S. 1359–1388; Dan Waldorf/Cris Reinerman/Susanne Murphy, *Cocaine Changes. The Experience of Using and Quitting*, Philadelphia 1992; Hans-Volker Happel/Rosemarie Fischer/Karin Wittfeld, *Selbstorganisierter Ausstieg*, Frankfurt am Main 1993.

18 Harald Welzer, *Transitionen. Zur Sozialpsychologie biographischer Wandlungsprozesse*, Tübingen 1993.

16 Vgl. R. Gerlach/W. Schneider (Anm. 10).

änderungsprozeß verstanden werden, an dessen Ende neue Erfahrungen, Wahrnehmungs- und Deutungsweisen stehen. Nach unseren Ergebnissen ist der selbsteingeleitete Ausstieg ohne überwiegende professionelle Betreuung als biographischer Wandlungsprozeß in seiner Entwicklung relativ offen. Wir konnten aufgrund unserer qualitativen Phasensequenzanalysen im Längsschnitt folgende minimal voneinander abweichende (ausschließlich für die Gruppe der Selbstaussteiger geltende) Entwicklungsverläufe ermitteln:

- ein relativ undramatisches, stufenförmiges Herauswachsen aus drogenspezifischen Lebenskontexten;
- eine „Entproblematisierung“ des zwanghaften und exzessiven Drogengebrauchs durch Etablierung kontrollierter Gebrauchsvarianten als Vorstufe oder Produkt des selbsteingeleiteten Ausstiegsprozesses;
- einen komplexen „Developmental-change“-Effekt unterschiedlicher und zeitintensiver Ausstiegssequenzen bis zur Stabilisierungsphase¹⁹.

Diese Ausstiegsszenarien sind höchst heterogen und variabel und verbieten demzufolge unzulässige Verallgemeinerungen. Nach unseren Ergebnissen entwickelt sich eine Ausstiegsmotivation zum einen aus der Angst vor weiterer oder auch nur vorweggenommener Verelendung, zum anderen aus dem Bedürfnis nach bewußter Umweltkontrolle und zum dritten aus zufälligen Ereignissen wie Tod einer nahestehenden Person, Schwangerschaft oder Momente „totaler Selbstbewußtheit“ unter dem Motto „So kann es nicht weitergehen“. Eine Bereitschaft zum Ausstieg entsteht also nicht erst, wenn der Drogengebraucher aufgrund von Intensität und Ausweglosigkeit seiner Drogenentwicklungsgeschichte „reif“ wird, sich einer stationären Therapie zu unterziehen.

Die Entwicklung hin zu einem selbstinitiierten und privatorganisierten Ausstieg als Übergang setzt – wie beim kontrollierten Gebrauch – die Nutzung und Wirksamkeit von vorhandenen Stützsystemen und die Vorwegnahme positiver Folgen der relativen Abstinenz voraus. Behandlungsaufgaben (§ 35 ff. BtMG), als „helfender Zwang“ gedacht, verhindern mitunter geradezu den Prozeß selbstinitiiert und privatorganisierter Ausstiegsversuche und damit eine soziale und berufliche Reintegration. Illegalität und Kriminalisierung erweisen sich auch hier als nicht geeignet, den Konsumenten Eigenverantwortung zuzugestehen. Sie

19 Vgl. G. Weber/W. Schneider (Anm. 2); auch: Heike Zurhold, Drogenkarrieren von Frauen im Spiegel ihrer Lebensgeschichten, Berlin 1993; Wolfgang Schneider, Selbstausstieg als Transition, in: Sucht, 40 (1994) 3, S. 56–62.

führen oft zu einer Verfestigung drogalter Identität, die Ausstiegsprozesse oder die Entwicklung kontrollierter Gebrauchsformen verhindert.

Unsere qualitative Analyse von Ausstiegsverläufen bestätigt ein Ergebnis von Paul Biernacki, daß für die erfolgreiche Überwindung kompulsiven Drogengebrauchs eine Identitätstransformation notwendig ist, um auf Dauer die „Junkie-Identität“ überflüssig zu machen und eine nicht drogenbezogene Lebenspraxis zu ermöglichen. Diese lebensgeschichtlichen Wandlungsprozesse im Selbstverständnis und Verhalten ziehen zum einen eine Änderung des „Identitätsgefühls“ und damit der Bewertung von Lebenszusammenhängen nach sich. Zum anderen greifen sie auf die Existenz multipler Identitätsmuster zurück, die auch bei Opiatgebern vorhanden sind²⁰. Innerhalb des Ausstiegsprozesses werden diese „Identitätsressourcen“ aktiviert. Wie wir zeigen konnten, hängt dieser Wandlungsprozeß von den interaktiven Erfahrungen und den damit verbundenen Möglichkeiten, aber auch Risiken ab. Die Resultate von Interaktion, z. B. Unterstützerqualität, sind für die Identitätsumwandlung von zentraler Bedeutung. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangt auch das Frankfurter Forschungsprojekt zum selbstorganisierten Ausstieg²¹.

„Genommene Würde zurückgeholt“ – so läßt sich mit den Worten von Rosemarie Fischer dieser „Revitalisierungsprozeß“ beschreiben. „Aktiv und als autonom handelnde Subjekte gestalten sie (die Selbstaussteiger, Anm. d. V.) die Moderation ihres Ausstiegs und ermöglichen sich damit erneut und sehr allmählich ein Leben in Würde. Sie nehmen die auf ihre Motivation treffenden, für ihren Ausstieg günstigen Konstellationen wahr und initiieren Aktivitäten des helfenden Umfeldes.“²² Wie wir sehen, ist die Fähigkeit zum Aufbau einer nicht ausschließlich drogenbezogenen Identität keine rein persönlichkeitspezifische Leistung, sie entsteht vielmehr aus der gelungenen interaktiven Verquickung mit Aspekten konventioneller Lebenspraxis.

Unsere *entscheidende These* lautet: Die selbstinitiierte, privatorganisierte und umweltgestützte Überwindung des zwanghaften Drogengebrauchs kann als ein retroaktiver, übergangsbezogener und umweltgestützter Selbstsozialisierungsprozeß verstanden werden. Die Wahrnehmung und Nutzung von sozialen Unterstützungsquellen und Identitäts-

20 Vgl. P. Biernacki (Anm. 17); D. Waldorf/C. Reinerman/S. Murphy (Anm. 17).

21 Vgl. H.-V. Happel/R. Fischer/K. Wittfeld (Anm. 17).

22 Rosemarie Fischer, Genommene Würde zurückgeholt. Subjektentwicklung am Beispiel der „Selbsteiler“, Frankfurt am Main 1993.

ressourcen als neu arrangierbare Ich-Bausteine machen den Ausstiegsprozeß als Übergang möglich. Die Überwindungsverläufe als Selbstsozialisierung und Erweiterung von Handlungsspielräumen können als dynamische Geschehensabläufe verstanden werden. Sie werden durch die wechselseitige Einflußnahme von Person, Drogengebrauch und Umwelt gesteuert. Eins bleibt jedoch zu bedenken: Selbstgestaltete Ausstiegsprozesse sind nicht kausalanalytisch festlegbar, es erfolgt kein sich quasi automatisch vollziehender Prozeß der Abwendung vom dysfunktional erlebten Drogengebrauch. Daraus folgt, daß Ausstiegsprozesse nicht planbar sind. Insofern verbietet sich eine wie auch immer geartete prognostische Ausstiegsmodellkonstruktion; zu vielfältig, plural, mehrdeutig und multiperspektivisch stellen sich Ausstiegsprozesse und Ausstiegskontexte dar. Unsere exemplarischen Ergebnisse verdeutlichen demnach ein „realistisches“ Bild, eine Vorstellung von der Vielfältigkeit, Komplexität und auch „Unvordenkbarkeit“ möglicher Überwindungsprozesse.

III. Fazit und praktische Konsequenzen

Eine Schwarz-Weiß-Betrachtung von Drogenabhängigen, die Wirklichkeit nur in der Alternative – entweder Überdosis und Tod oder Langzeittherapie mit Umwertung aller Werte – wahrnimmt, entspringt, gelinde gesagt, einem Interesse an negativer Sensation: der Fixer als defizitäre Schreckensgestalt aus einer anderen Welt. Wie falsch diese Vorstellung ist, geht daraus hervor, daß die Zahl derer, die sich selbständig aus der Abhängigkeit lösen oder kontrollierte, nicht auffällige Gebrauchsformen entwickelt haben, weit größer sein muß als die Summe der Drogentoten und derer, die Langzeittherapien erfolgreich durchlaufen. Die deterministische Auffassung von Abhängigkeitskarrieren als automatisch verlaufende Verelendungsprozesse muß – nach unseren Ergebnissen – relativiert werden.

Drogengebrauchsentwicklungen haben nicht den Charakter naturlogischer Abläufe – entweder in Richtung Verelendung oder Abstinenz. In diesem Zusammenhang muß die noch weit verbreitete Wahrnehmung von Drogengebern als „Defizitwesen“²³ oder „Risikopersonen“ revidiert werden. Drogengebern verfügen über ein großes Repertoire an Verhaltensalternativen, und das heißt auch: Sie sind nicht generell „behandlungs-

bedürftig“ und handlungsunfähig²⁴. Die Chancen zum selbstorganisierten Ausstieg oder zur Etablierung kontrollierter Gebrauchsformen werden von nicht wenigen – selbst unter kriminalisierten Lebensbedingungen – genutzt.

Unsere Forschungsergebnisse zum kontrollierten Gebrauch illegaler Drogen und zum Selbstausstieg können zu der Hypothese führen, daß die Kriminalisierung illegaler Drogengebern, verbunden mit Strafe und Sanktionsandrohungen zur Durchsetzung der Abstinenznorm, zum Teil kontraproduktiv auf die mögliche Entwicklung einer selbstorganisierten Gebrauchskultur illegaler Drogen und auf Selbstausstiegsprozesse wirkt. Da eine personenbezogene Entkriminalisierung realpolitisch noch nicht auf der Tagesordnung steht, d. h. die prekäre Grenze der Illegalität²⁵ nicht aufgehoben ist, lassen sich die folgenden *Konsequenzen für eine betroffenen-orientierte und schadensbegrenzende Drogenarbeit* skizzieren: Begreift man schadensbegrenzende Drogenarbeit als adressatenorientierte Perspektive der Einbeziehung vorhandener Handlungskompetenz von Betroffenen, dann sollte eine Zielorientierung in der Stützung und/oder Vermittlung von Safer-Use-Strategien und Gebrauchsregeln bestehen. Dabei ist jedoch zu bedenken, daß schadensbegrenzende Drogenarbeit nicht zu einer totalen Überversorgung per Institutionalisierung führen und somit zu einer Ghettoisierung, ja Kolonialisierung der letzten „freien“ Lebensräume der Betroffenen degenerieren darf. Insofern sollte eine „empowermentorientierte Drogenarbeit“ – verstanden als ein selbstorganisierter Prozeß im Alltagsleben – auf die Aufhebung der pädagogischen „Reparaturmentalität“²⁶ zielen. Die Unterstützung zur (Wieder-)Herstellung der Selbststeuerungsfähigkeit, die Aufhebung der „Opfer- und Klientenrolle“ von Drogengebern wird somit zum Angelpunkt einer akzeptanzorientierten Drogenarbeit²⁷. Dies sind die praktischen Konsequenzen unserer qualitativen Lebensweltstudie, die – trotz der bestehenden Gesetze, die angeblich jegliche Selbstbemächtigung verunmöglichen²⁸ – schlicht pragmatisch begründet sind.

24 Vgl. etwa Karl-Heinz Reuband, Soziale Determinanten des Drogengebrauchs, Opladen 1994; Anmerkung der Redaktion: Siehe auch den Beitrag von K.-H. Reuband in diesem Heft.

25 Vgl. H. Schmidt-Semisch (Anm. 14).

26 Vgl. Werner Stark, Die Menschen stärken, in: Blätter der Wohlfahrtspflege, 23 (1993) 2, S. 41–44.

27 Vgl. etwa Ralf Gerlach/Stefan Engemann, Zum Grundverständnis akzeptanzorientierter Drogenarbeit, Münster 1994; INDRO e. V. (Hrsg.), Reader zur niedrigschwelligen Drogenarbeit in NRW, Berlin 1994.

28 Vgl. Uwe Kemmesies, Zur (V)Er(un)möglichkeit akzeptierender Drogenarbeit, in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 25 (1993), S. 55–62.

23 Vgl. etwa Krista Stosberg, Sozialisation und Drogen, Frankfurt am Main 1993; Thomas Knecht, Der Heroinabhängige in forensisch-psychiatrischer Sicht, in: Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 38 (1994) 3, S. 149–156.

Grundlegendes Prinzip schadensbegrenzender Drogenarbeit sollte nach unseren Forschungsergebnissen die Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts von Drogengebrauchern sein. Sie sollten als kompetente Akteure wahrgenommen und als Konstrukteure eines möglicherweise gelingenden, auch drogenbezogenen Alltags angesehen werden. Akzeptanzorientierte Drogenhilfe muß also subkulturelle und drogenbezogene Lebenspraxis als existent anerkennen und drogenbezogene Lebensstile tolerieren. Ihre Angebote müssen auf Freiwilligkeit basieren, auf den „Defizitblickwinkel“ und auf eine „Klientelisierung“ verzichten sowie bedürfnisorientiert ausgerichtet sein. Die Angebotspalette sollte so breit wie möglich gefächert sein (Kontaktläden, Sprizentausch auch im Knast, medizinische Akutversorgung, Vermittlung von Safer-Use-Kenntnissen, Druckräume, Beratung, Entzugsplatz- und Therapievermittlung, flächendeckende Substitution etc.). Es gilt, Selbsthilfeaktivitäten ohne Kontrollabsicht zu unterstützen, Selbstverfügungskräfte so gut es geht zu stärken und zu erweitern, multiple Ausstiegshilfen (Substitution, Selbsthilfe, Therapie etc.) wahlweise anzubieten sowie niedrigschwellige, alltagspraktische Hilfestellungen ohne Vorbedingungen zu leisten. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit versteht sich in diesem Sinne nicht als ein „Modell der freiwilligen Selbstbindung qua Einsicht“²⁹, als „Methodik drogenhelferischen Handelns, das als

29 Hans-Joachim Jungblut, Niedrigschwelligkeit. Kontextgebundene Verfahren methodischen Handelns am Beispiel akzeptierender Drogenarbeit, in: Thomas Rauschenbach/Friedrich Ortman/Maria Karsten (Hrsg.), *Der sozialpädagogische Blick*, Weinheim – München 1993, S. 109.

Ziel sozialen Lernens Freiwilligkeit und Einsicht in die Notwendigkeit eines drogenfreien Lebens anstrebt“³⁰. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit ist demzufolge auch nicht ein selbst im „Sumpf stekender“ sozialpädagogischer Versuch zur Rettung „eines im Sumpf Versinkenden“³¹. Münchhausen läßt nicht grüßen.

Eine wie oben beschriebene akzeptanzorientierte, nicht klientelisierende Drogenarbeit toleriert – auch unter den Bedingungen der prohibitiven Drogenpolitik – das Recht von Drogengebrauchern auf Anderssein, macht sie nicht zum Objekt staatlich-administrativer und sozialpädagogisch-therapeutischer Maßnahmen zum Zwecke der Integration durch unbedingte Abstinenz. Sie wehrt sich gegen eine „Methodisierung“ der Betroffenen, gegen eine pathologisierende Betrachtungsweise von Drogenkonsumenten. Sie hat Respekt vor der „Eigensinnigkeit“ von Deutungsmöglichkeiten; sie kann unter dem Primat der Prohibitions politik nur „kreativ“ zwischen dem Doppelmandat von Kontrolle und Hilfe hin- und her manövrieren. Eine weitergehende Normalisierung der Lebensbedingungen von Konsumenten nichtendemischer Drogen wird aber erst dann gelingen, wenn sich auch die Drogenpolitik notwendigen Konsequenzen (personenbezogene Entkriminalisierung, substanzbezogene Legalisierung) nicht länger verschließt³².

30 Ebd., S. 108.

31 U. Kemmesies (Anm. 28), S. 57.

32 Vgl. etwa Wolfgang Schneider, *Warten auf Godot? Zur Notwendigkeit der Entkriminalisierung des Drogengebrauchs*, in: *Päd. Extra*, 22 (1993) 7/8, S. 62–76; Heino Stöver, *Drogenfreigabe – Plädoyer für eine integrative Drogenpolitik*, Freiburg 1994.

Drogenkonsum und Drogenpolitik in Westeuropa

Epidemiologische Befunde im Vergleich

I. Einleitung

Drogengebrauch und Drogenabhängigkeit sind seit langem zu einem länderübergreifenden Phänomen geworden. In dieser Weise wird es in zunehmendem Maße auch von den Politikern gehandhabt: Internationale Vereinbarungen über die Bekämpfung des Rauschmittelmißbrauchs werden geschlossen, die Polizeibehörden der einzelnen Länder entscheiden sich für mehr Kooperation. Und im Rahmen der Europäischen Union ist man dabei, die Drogengesetzgebung zu vereinheitlichen. Doch unser Wissen über die Drogenproblematik in den anderen westeuropäischen Ländern – ja selbst in den unmittelbaren Nachbarländern – ist nicht nur spärlich, sondern oft auch falsch.

Aussagen über die Drogenproblematik in anderen Ländern gründen sich gewöhnlich auf bloße Mutmaßungen, die wie Tatsachenfeststellungen behandelt werden. So besteht in vielen Ländern die Neigung, die Drogenentwicklung im eigenen Lande als einzigartig anzusehen und mit der herrschenden Drogenpolitik in Verbindung zu bringen. Wird die Drogenentwicklung als Fehlentwicklung begriffen, so wird daraus auf ein Versagen der jeweils betriebenen Drogenpolitik schlechthin geschlossen und oftmals eine radikale Kehrtwendung verlangt. Daß die geforderte alternative Politik unter Umständen schon in anderen Ländern mit den gleichen, negativen Folgen praktiziert wird, bleibt im Dunkeln.

Im Folgenden soll der Versuch unternommen werden, die Verbreitung von Drogenerfahrung – die Drogenprävalenz – in westeuropäischen Ländern zu beschreiben. Damit verbunden ist die Frage, inwieweit sich zwischen der jeweiligen Drogensituation eines Landes und seiner Drogenpolitik – hier vor allem bezogen auf die strafrechtliche Situation – Zusammenhänge ergeben. Schließlich unterscheiden sich die Länder in Westeuropa zum Teil sehr stark in der Art und Weise, wie mit Drogen umgegangen wird. Dabei repräsentieren die Niederlande den liberalen Endpunkt im Kontinuum des strafrechtlichen Umgangs mit Drogenkonsum, gefolgt lange Zeit von Dänemark, Italien und Spa-

nien¹. Länder wie die Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Norwegen und Schweden stehen mit ihrer eher repressiven Politik am anderen Ende der Skala². Während in den Niederlanden der Besitz von Cannabis oder Heroin (unterhalb einer bestimmten Menge) strafrechtlich nicht sanktioniert wird – nicht einmal der *Handel* mit Cannabis in kleinen Mengen – und Haschisch gar in Coffeeshops ungehindert über Hausdealer verkauft wird, wurde in der Bundesrepublik lange Zeit bereits der *Besitz* kleinerer Mengen von Cannabis strafrechtlich geahndet und allenfalls auf der Ebene justitiellen Handelns eine Differenzierung vorgenommen³.

II. Methodik

Die empirische Ausgangsbasis zur Klärung der oben aufgeworfenen Frage ist spärlich. Länderübergreifende Indikatorenzusammenstellungen gibt es kaum. Es gibt nicht einmal in hinreichendem Maße Arbeiten, die einzelne Länder miteinander in Beziehung setzen oder entsprechende Indikatorenansammlungen bieten. Ansätze zu einem

1 Italien und Spanien haben zwischenzeitlich ihre liberale Politik gegenüber Cannabis rückgängig gemacht (vgl. W. Raith, Das italienische Drogen-Desaster, in: Die Tageszeitung vom 19. November 1988, S. 3; A. Bauer, Der kurze Sommer der Legalisierung, in: Die Tageszeitung vom 3. Juni 1992, S. 19). In Dänemark, wo im Stadtteil Christiania der Stadt Kopenhagen Drogen frei zu kaufen sind, haben Polizeimaßnahmen inzwischen ebenfalls die Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt. Die im folgenden behandelte Zeitperiode ist eine, in der die liberale Politik in diesen Ländern jedoch noch Gültigkeit hatte. Die Auswirkungen unterschiedlicher rechtlicher Regelungssysteme kann mithin sehr wohl mit unseren Daten geprüft werden.

2 Vgl. H. J. Albrecht, Criminal Law and Drug Control: A Look at Western Europe, in: International Journal of Comparative and Applied Criminal Justice, (1986) 10, S. 17–40; ders./A. v. Kalmthout, European Perspectives on Drug Policies, in: dies. (Hrsg.), Drug Policies in Western Europe, Freiburg 1989, S. 425–473.

3 Vgl. A. Kreuzer/C. Gebhardt/M. Maasen/M. Stein-Hilbers, Drogenabhängigkeit und Kontrolle. Kriminologische Untersuchung über die Phänomenologie des Heroinkonsums und der polizeilichen Drogenkontrolle, BKA Forschungsreihe, Wiesbaden 1981; K.-H. Reuband, Drogenkonsum und Drogenpolitik. Deutschland und die Niederlande im Vergleich, Leverkusen 1992.

internationalen Vergleich haben sich allenfalls – so etwa im Rahmen der Pompidou-Gruppe des Euro-parates – auf den Vergleich einzelner Städte konzentriert⁴. Doch ob die ausgewählten Städte für das jeweilige Land auch repräsentativ sind, ist zweifelhaft und kann in mehreren Fällen eindeutig verneint werden⁵.

Im Folgenden sollen die Drogenprävalenz in Westeuropa und ihr Zusammenhang mit der Drogenpolitik auf der *nationalen Ebene* untersucht werden. Wir wählen die nationale Ebene angesichts der Tatsache, daß sich die Drogenpolitik der Länder in ihrer rechtlichen Regelung primär auf der nationalen Ebene unterscheidet und auf dieser Ebene auch Daten zur Drogenprävalenz existieren. Umfragedaten in der Bevölkerung sowie geschätzte Zahlen über den Umfang der Drogenabhängigen stellen die empirische Basis unserer Analyse dar. Ausgeklammert bleiben die beschlagnahmten Rauschmittelmengen, die Zahl der Personen in Therapie oder auch die Zahl der Drogentoten.

Mehr noch als im Fall der Zahl der polizeiauffälligen Konsumenten dürften die beschlagnahmten Rauschmittelmengen eher etwas über die polizeiliche Aktivität und weniger über die Entwicklung der Drogenszene aussagen. Angaben aus Therapieeinrichtungen über die Zahl der betreuten Klienten schließlich liegen in vielen Ländern auf nationaler Ebene nicht oder nur in einer Weise vor, daß sie für unsere Zwecke unbrauchbar sind. Und bezüglich der Drogentoten sind die Kriterien bei der Bestimmung der „Drogentoten“ und der Erstellung der entsprechenden Statistiken allzuoft von Land zu Land verschieden. Vergleiche lassen sich nur mit großen Einschränkungen anstellen.

III. Prävalenz des Konsums weicher Drogen

Untersuchen wir als erstes, inwieweit die Erfahrungen mit dem Konsum von illegalen Drogen allgemein – in der Regel Cannabis – in den verschiedenen westeuropäischen Ländern verbreitet sind. Repräsentative Umfragen eignen sich derzeit am besten für eine Bestandsaufnahme: Sie beziehen

4 Vgl. Council of Europe: Multi city study, Strasbourg 1987 und 1994.

5 Im Rahmen der Multi-City-Studie der Pompidou-Gruppe werden Städte verglichen, die – wie z.B. Amsterdam oder Hamburg – für ihr Land nicht repräsentativ sind, sondern besonders stark mit dem Drogenproblem belastet sind. Durch die Erweiterung auf zwei Städte pro Land – wie zwischenzeitlich z. T. geschehen – wird das Problem der Repräsentativität ebenfalls nicht gelöst.

sich auf die Gesamtheit derer, die Drogen nahmen – ungeachtet dessen, ob sie jemals deswegen mit der Polizei oder therapeutischen Einrichtungen in Kontakt kamen und ungeachtet dessen, ob Drogen nur probiert oder fortgesetzt genommen wurden. Auch wenn ein Teil der Befragten mit Konsum Erfahrung diese im Interview nicht angibt, kann man aufgrund der verfügbaren methodologischen Studien davon ausgehen, daß in der Mehrzahl der Fälle der Konsum weicher Drogen (wie Cannabis) eingestanden wird⁶.

In Ermangelung international vergleichender Untersuchungen zur Drogenprävalenz ziehen wir aus den einzelnen Ländern Umfragen mit in etwa vergleichbarer Methodologie heran – Umfragen, die sich auf die Drogen Erfahrung *jemals* im Leben beziehen. Diese beinhalten in der Regel den Gebrauch von Cannabis. In Ermangelung einer hinreichend großen Zahl von Studien unter Jugendlichen mit identischer Alterszusammensetzung⁷ verwenden wir Umfragen aus der Gesamtbevölkerung, d. h. mit Befragten im Alter von in der Regel 16 bzw. 18 Jahren an aufwärts. In einigen wenigen Fällen beziehen wir zusätzlich auch noch Studien mit ein, in denen das Alter der Befragten nach oben hin begrenzt ist. Wir beschränken uns auf Umfragen aus den achtziger und neunziger Jahren, da allein für diese Zeit in einer Vielzahl von Ländern entsprechendes Material vorliegt; für die siebziger Jahre ist die Datenlage spärlicher. Die meisten Umfragen stützen sich auf eine Randomstichprobe der Bevölkerung im Alter ab 15 bzw. 18 Jahren, bei der nach dem Prinzip des Zufalls ausgewählt wird. Bei einer Minderheit von Umfragen erfolgt die Stichprobenziehung nach dem Quotenverfahren: Dem Interviewer werden bestimmte soziale Merkmalskombinationen der zu befragenden Person vorgegeben, er hat die Personen mit diesen Merkmalen auszuwählen und zu befragen. In der Regel treten zwischen Randomstich-

6 Vgl. K.-H. Reuband, Soziale Determinanten des Drogengebrauchs. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung des Gebrauchs weicher Drogen in der Bundesrepublik Deutschland, Opladen 1994, S. 51 ff.

7 Versuche, auf der Basis von Jugendumfragen Vergleiche anzustellen (vgl. u. a.: A. Kokkevi, Illicit drug abuse among adolescents in Western European countries, in: Community Epidemiologic Working Group (Hrsg.), Epidemiological trends in drug abuse. Proceedings December 1989, Rockville, Md., 1990, S. III. und S. 48–57) scheitern an der Unvergleichbarkeit der Alterskategorien. Nur durch eine Sekundäranalyse der Originaldaten sind Vergleiche möglich (vgl. z. B. K.-H. Reuband [Anm. 3]). Eine jüngst publizierte Übersicht über Umfragen in den Ländern, die Bestandteil der Multi-City-Studie sind (vgl. Council of Europe 1994 [Anm. 4]), ergibt ebenfalls zahlreiche Beschränkungen. Manche Jugendumfragen – wie die von Hamburg im Jahr 1975 (vgl. K.-H. Reuband [Anm. 6]) – sind nicht einbezogen. Umfragen in der Gesamtbevölkerung sind zudem unvollständig aufgeführt.

proben und Quotenstichproben keine größeren Unterschiede im Antwortverhalten auf. Nur dann, wenn der Zugang zu den Personen im Rahmen der Quotenvorgaben in erster Linie über Straßeninterviews erfolgt, sind – aufgrund des spezifischen Lebensstils von Personen mit Drogenerfahrung⁸ – größere Verzerrungen zu erwarten: Das Ausmaß an Drogenerfahrung in der Bevölkerung wird überschätzt. Von einer derartigen Überschätzung dürfte z. B. in Spanien im Fall der vom EDIS Institut durchgeführten Umfragen auszugehen sein. Demgegenüber unterliegen die CIS-Umfragen keinen vergleichbaren Störgrößen, sie erbringen die realistischeren Werte und dürften sich daher eher für den internationalen Vergleich anbieten.

In den meisten Umfragen wurde das mündliche Befragungsverfahren eingesetzt, in einigen Studien telefonische oder auch postalische Befragungsverfahren. Welches Verfahren gewählt wird, hat für die Schätzung der Drogenprävalenz z. T. durchaus bedeutsame Konsequenzen. So erbringen Telefonbefragungen in der Regel die geringsten Werte für Drogengebrauch, die höchsten Werte finden sich bei postalischen Erhebungen, mündliche Verfahren nehmen eine Zwischenstellung ein⁹. Der Grund für das relativ schlechte Abschneiden von Telefoninterviews dürfte im reduzierten Gefühl von Anonymität und Kontrolle über die Interviewsituation auf seiten des Befragten liegen.

Weil die unterschiedlichen Vorgehensweisen die Schätzung der Drogenprävalenz mitbestimmen, sind diese beim Vergleich über die Zeit und von Land zu Land mit zu bedenken. Manche Unterschiede haben allein darin ihren Grund. So wurde in Dänemark z. B. 1989/90 eine Umfrage per Telefon zum Drogengebrauch durchgeführt, 1992/93 geschah dies – weitgehend auf der Grundlage der gleichen Indikatoren – mündlich. Die höheren Werte in der neueren Umfrage scheinen auf den ersten Blick einen Anstieg des Drogengebrauchs zu signalisieren, doch dürften sie realiter eine Folge der unterschiedlichen Erhebungsmethode sein. Hätte man auch 1989/90 die Umfrage mündlich durchgeführt, wären die Drogenwerte wohl bereits zum damaligen Zeitpunkt höher ausgefallen. Analog sind im übrigen auch die Werte des IPSO Instituts für die Schweiz einzustufen. Sie

8 Vgl. J. P. Sandwijk/I. Westerterp/S. Musterd, *Het Gebruik van Legale en Illegale Drugs in Amsterdam*, Amsterdam 1988; K.-H. Reuband (Anm. 3).

9 Vgl. K.-H. Reuband, *Survey methods as a monitoring instrument*, in: Garretsen HFL/van de Goor LAM/Kaplan CD/Korf DJ/Spruit IP/de Zwart WM (eds): *Illegal drugs. Research methods for hidden populations. Proceedings. Invited Expert meeting, Utrecht-Rotterdam 1993*, S. 22–27.

wurden im Rahmen von Telefonbefragungen erhoben und dürften daher Minimalschätzungen repräsentieren.

Welcher Art sind nun die Ergebnisse? Wie man der *Tabelle 1* entnehmen kann, gibt es zwischen den verschiedenen Ländern in Westeuropa eine bemerkenswert große Ähnlichkeit in der Verbreitung der Drogenerfahrung. In der Bundesrepublik, den Niederlanden, Großbritannien und Schweden (berücksichtigt man die jeweilige Alterszusammensetzung der Umfrage vermutlich auch in Frankreich und Österreich) geben in den achtziger Jahren zwischen fünf und zehn Prozent der Bürger an, bereits einmal Drogen genommen zu haben. In den neunziger Jahren liegen die entsprechenden Werte in der Regel etwas höher. So erbringt z. B. die neueste bundesdeutsche Umfrage von 1994 einen Wert von 14 Prozent. Eine vertiefende Analyse unter Verwendung einer eigenen Umfrage von 1987 zeigt, daß dieser Anstieg im wesentlichen durch das Auftreten neuer Geburtenjahrgänge (Kohorten) bedingt wird. Die älteren Kohorten behalten ihren Wert bei. Am höchsten liegen die Anteile für Drogengebrauch in unserer Übersicht in Dänemark. Doch ganz gleich wie hoch sie im europäischen Kontext sein mögen, sie liegen doch *unterhalb* der entsprechenden Werte in den USA, wo 1988 33 Prozent der Bevölkerung im Alter ab 12 Jahren jemals Marihuana probiert hatten¹⁰.

Auffällig ist, daß in Europa jene Länder nicht nennenswert differieren, die sich in ihrer Drogenpolitik grundsätzlich unterscheiden: Die Niederlande haben eine ähnliche Drogenverbreitung in der Bevölkerung wie die Bundesrepublik. Obwohl in den Niederlanden der Konsum von Haschisch strafrechtlich nicht sanktioniert wird und Kleinhandel an öffentlichen Orten de facto legalisiert ist, ist der Verbreitungsgrad nicht höher. Diese Ähnlichkeit, so belegen weiterführende Analysen, betrifft ebenso die Drogenprävalenz unter Jugendlichen wie die Häufigkeit des Konsums, das Einstiegsalter und die Situation des Erstkonsums¹¹. Eine liberale Drogenpolitik – selbst wenn sie mit einer hohen Zugänglichkeit zu Drogen einhergeht – muß offenbar nicht notwendigerweise zu erhöhtem Drogengebrauch führen. Andererseits finden sich überproportional hohe Werte für Drogenerfahrung in Dänemark und eine Zeitlang auch in Spanien – zwei Länder, die ebenfalls lange Zeit eine liberale Drogenpolitik betrieben haben, so daß an dieser Stelle als erste Schlußfol-

10 Vgl. NIDA: *National Household Survey on Drug Abuse: Population Estimates 1988*. U. S. Department of Health and Human Services, Rockville, Ind., 1989, S. 23.

11 Vgl. K.-H. Reuband (Anm. 3).

Tabelle 1: Prävalenz von Drogen-/Cannabisgebrauch (jemals im Leben) in der Bevölkerung verschiedener westeuropäischer Länder in den 80er und 90er Jahren

Land	Jahr	Forscher bzw. Institution	Alter der Befragten	Drogenprävalenz (in Prozent)
WESTDEUTSCHLAND	1982	Reuband	18 +	6
	1986	IfD	16 +	5
	1987	Reuband	18 +	9
	1990	BZgA	14 +	8
	1990	IfT	12-39	16*
	1994	IfD	16 +	14
NIEDERLANDE	1982	NIPO	18 +	9
	1984	NIPO	18 +	10
	1987	NSS	15 +	6
	1991	NIPO	18 +	12
GROSSBRITANNIEN	1981	Home Office/Mott	16 +	5
FRANKREICH	1992	SOFRES	12-44	19*
ÖSTERREICH	1984	Springer et al.	15-40	15*
SCHWEIZ	1987	Fahrenkrug/Müller	15-74	13
	1991	IPSO	17-70	16
	1992/93	Rehm	15-39	16*
	1987	IPSO	17-30	27*
	1987	IPSO	17-30	25*
	1988	IPSO	17-30	29*
	1989	IPSO	17-30/31-45	21/10*
	1990	IPSO	17-30/31-45	23/13*
	1991	IPSO	17-30/31-45	22/12*
1992	IPSO	17-30/31-45	21/14*	
DÄNEMARK	1989/90	Schmidt	16 +	22
	1992/93	Laursen	16 +	27
SCHWEDEN	1988	Ekdahl	16 +	8
NORWEGEN	1985	SIFA	15 +	7
	1992	SIFA	15 +	8
FINNLAND	1992	Partanen	15-69	6
	1992	Kontula	15-74	6
SPANIEN	1980	EDIS	15 +	20
	1984	EDIS	12 +	21
	1985	CIS	15 +	15
	1988	CIS	18 +	13
	1989	CIS	16 +	12
	1992	CIS	16 +	13
	1994	CIS	16 +	19
GRIECHENLAND	1984	Madianou et al.	12-64	6

* Eingeschränkte Alterszusammensetzung; vgl. Angaben zum Alter der Befragten.

Anmerkungen: Die Zahlen beziehen sich in der Regel auf den Cannabis-Gebrauch. In Schweden und Griechenland beziehen sich die Zahlen auf illegalen Drogengebrauch, in den meisten Fällen (z. B. Schweden = 90 Prozent) ist dieser identisch mit Cannabis-Gebrauch. Die Untersuchungen basieren auf Random- oder Quotenstichproben der Bevölkerung.

Quellen: Ein ausführlicher Nachweis der Quellen findet sich in K.-H. Reuband: Drug Use and Drug Policy in Western Europe, in: European Addiction Research, (1995) 1, S. 32-41. Die zusätzlichen in dieser Tabelle aufgeführten Angaben für Dänemark 1992-1993 stammen von Lau Laursen, Addiction Research Centre der Universität Aarhus, pers. Mitteilung; die finnischen Zahlen für 1992 von Partanen sind enthalten in seinem Beitrag „The drunken dragon. On Finnish drug use patterns.“ Paper presented at the 5th Conference of the European Social Science Research Group on Drug Issues, Sonderborg 1994. Die spanischen Zahlen für 1992 und 1994 sind entnommen: CIS: Actitudes, opiniones y comportamiento de los españoles ante la droga. Estudio No. 2005, unveröffentl. Bericht, Madrid 1992, sowie CIS: Opiniones y comportamiento de los españoles ante el consumo de drogas, tabaco y alcohol. Estudio No. 2080, unveröffentl. Bericht, Madrid 1994.

gerung nur bleibt: Eine unterschiedliche Drogenpolitik kann, wie der Vergleich Bundesrepublik – Niederlande zeigt, offenbar mit *ähnlichen* Prävalenzwerten einhergehen. Und eine ähnlich geartete Drogenpolitik kann, wie der Vergleich der Niederlande mit Dänemark belegt, mit *unterschiedlichen* Prävalenzwerten einhergehen. Die Frage ist daher nicht: Welche Drogenpolitik führt zu welchen Konsequenzen? Sie muß lauten: Unter welchen *Bedingungen* führt welche Art von Drogenpolitik zu welchen Konsequenzen?

IV. Prävalenz des Konsums harter Drogen

Nun ist die Verbreitung von Cannabis nur ein Aspekt des Drogenphänomens, ein anderer – der gewöhnlich als der eigentlich zentrale angesehen wird – liegt in der Verbreitung des Heroingebrauchs. Zwei Arten von Indikatoren stehen uns für dessen Messung zur Verfügung. Der erste stützt sich auf die offiziell geschätzte absolute Zahl von Konsumenten harter Drogen, der andere auf eine international vergleichende Umfrage, in der nach der Kenntnis von Personen im Verwandten- und Bekanntenkreis gefragt wurde, die aufgrund ihres Drogengebrauchs „krank oder süchtig wurden, also unfähig zu einem ganz normalen Leben oder Arbeiten“. Eine hohe Verbreitung von Drogenabhängigkeit in einem Land müßte sich in einem hohen Anteil von Befragten mit Kenntnis eines Drogenabhängigen niederschlagen.

Beide Indikatoren sind methodisch nicht ohne Probleme. Die offiziellen Schätzungen gründen sich auf eine z.T. höchst problematische Datenbasis (aus den Bereichen der Polizei und/oder Therapie) und eine darauf aufbauende, oft ziemlich willkürliche Hochrechnung. Die Daten über die Kenntnis von Konsumenten harter Drogen wiederum setzen eine Sichtbarkeit des Konsums voraus. Je konzentrierter der Konsum an bestimmten Orten ist, desto größer ist das Potential an Verzerrung¹². Gleichwohl – solange die Daten mehr oder minder in gleicher Weise von Land zu Land verzerrt sind, dürfte die *Rangordnung* der Länder im Ausmaß des Drogengebrauchs die gleiche sein. Weil die beiden Indikatoren mit unterschiedlichen Verzerrungen einhergehen, müßte das Vertrauen in die Resultate umso größer sein, je konsistenter die jeweiligen Rangreihen sind.

¹² Vgl. K.-H. Reuband, Informanteninterviews als Mittel der Dunkelfeldforschung, in: Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 73 (1990), S. 294–304.

Die absolute und die relative Zahl der Konsumenten harter Drogen sind für die Zeit um 1986 – die Zeit, für die wir sowohl über Schätzungen als auch Umfragedaten zu diesem Thema verfügen – in *Tabelle 2* zusammengestellt. Wie man der Übersicht entnehmen kann, variieren die Schätzungen z.T. erheblich je nach Land, nicht selten auch innerhalb eines Landes. In der Bundesrepublik schwanken die Schätzungen der Konsumenten harter Drogen (gewöhnlich mit der Zahl der Abhängigen gleichgesetzt) in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre zwischen 50 000 und 100 000, in den Niederlanden zwischen 15 000 und 20 000. Für die Länder, für die variierende Schätzungen bestehen, haben wir einen mittleren Wert errechnet und ihn der Berechnung der relativen Drogenprävalenz – pro 100 000 Einwohner – zugrunde gelegt.

Zusätzlich zur relativen Zahl der Konsumenten harter Drogen haben wir den Prozentsatz der Personen aufgeführt, die einen Konsumenten harter Drogen kennen. Hierbei wird unterschieden zwischen „Konsum harter Drogen jemals im Leben“ und „aktuellem Konsum“. Angesichts der Tatsache, daß das Wissen um aktuellen Konsum eine detaillierte Kenntnis erfordert, welche von der Häufigkeit des Kontakts mitbeeinflußt wird, ziehen wir den Indikator „Konsum jemals im Leben“ vor, um die Länder nach dem Ausmaß an Drogenproblemen zu ordnen.

Wie man *Abbildung 1* entnehmen kann, zeigt sich dann, daß die geschätzte relative Zahl der Heroinabhängigen pro Land und die relative Verbreitung der Kenntnis von Abhängigen in der Tat bemerkenswert parallel verlaufen: Die Länder, in denen besonders viele Befragte Abhängige kennen, sind zugleich die Länder mit hoher relativer Zahl Abhängiger. Italien und Spanien erweisen sich dabei als die Länder mit dem höchsten Anteil an Konsumenten harter Drogen, Deutschland, die Niederlande oder auch Dänemark weisen eine eher geringe Quote auf. Es gibt offenbar – wie weiterhin durch die Einbeziehung weiterer Länder, für die es lediglich offizielle Schätzungen gibt, deutlich wird – einen Nord-Süd-Gegensatz in der Verbreitung von Drogenproblemen. Die Länder in den nördlichen und mittleren Teilen Europas nehmen dabei die niedrigen Rangplätze ein, die Länder in Südeuropa die höchsten.

Wie schon im Fall des Gebrauchs weicher Drogen läßt sich ein Zusammenhang mit der Drogenpolitik – sowohl gegenüber weichen als auch harten Drogen – nicht feststellen. In den Niederlanden wird bekanntlich der Gebrauch von Cannabis toleriert,

Tabelle 2: Prävalenz im Gebrauch harter Drogen in ausgewählten westeuropäischen Ländern (ca. 1986)

	(1) Bevölkerungs- größe (in Millionen)	(2) Geschätzte Zahl der Konsumenten harter Drogen (in Tausend)	(3) Zahl der Konsumenten harter Drogen pro 100 000 Einwohner	(4) Kenntnis eines Abhängigen	
				Konsument jemals im Leben (in Prozent)	Aktiver Konsument
Westdeutschland	61,0	50–100	82–164 (M = 123)	14	4
Niederlande	14,6	15–20 [8]*	103–137 (M = 120) [55]*	14	6
Großbritannien	54,2	60	111	..	..
Frankreich	55,3	60–100	108–181 (M = 145)	14	3
Österreich	7,6	6–7	79–92 (M = 86)	8	2
Schweiz	6,5	7,5–15	115–230 (M = 173)	..	..
Dänemark	5,1	6–10	118–196 (M = 157)	17	5
Schweden	8,3	10–14	120–169 (M = 145)	..	..
Norwegen	4,2	3–4	71–95 (M = 83)	..	..
Italien	57,1	130–170	228–298 (M = 263)	21	9
Spanien	38,7	100	258	31	19
Griechenland	9,7	25	258	..	..

Abkürzungen: M = mittlerer Wert; * = intravenöser Drogengebrauch; .. = keine Daten verfügbar.

Die Zahlen beziehen sich auf Konsumenten harter Drogen, die gewöhnlich Drogen intravenös verwenden. Für die Niederlande, wo verschiedene Konsummuster vorherrschen, gibt es eine gesonderte Schätzung für intravenösen Gebrauch.

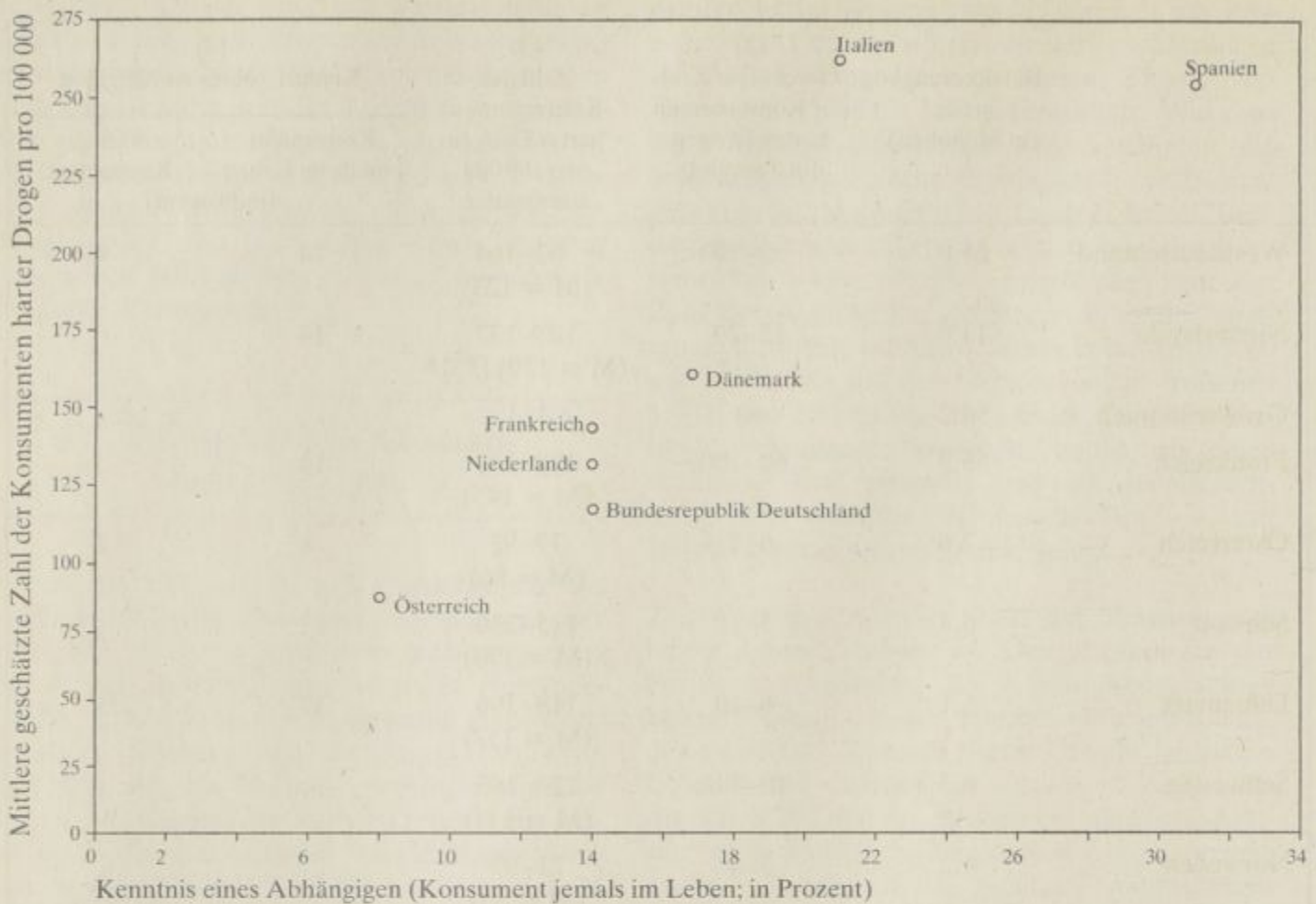
Quellen: Angaben zu den Ziffern (1) bis (4): (1) Statistisches Bundesamt, Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland 1986, Stuttgart 1987, S. 656; (2) WHO: Global Programme on AIDS. Report of the Meeting on HIV Infection and Drug Injecting Intervention Strategies, 18.–20.1. 1988, Genf; zu den Daten für Österreich und Dänemark vgl. B. Velimirovic, AIDS und Drogenabhängigkeit aus der Sicht des Epidemiologen, in: AIDS-Forschung (AIFO), (1987), S. 323–334; zu den Daten für die Niederlande vgl. Minister für Gemeinwohl, Gesundheit und Kultur: Informationen über die Niederlande. Drogenpolitik. Fact-Sheet-19-D-1989, Rijswijk 1989; zu den Daten für Großbritannien vgl. G. V. Stimson, British Drug Policies in the 1980s: A Preliminary Analysis and Suggestions for Research, in: British Journal of the Addiction, (1987) 82, S. 477–488; für Schweden vgl. B. Svenson, Measuring Drug Incidence – The Swedish Experience. Information Bulletin of the National Swedish Council for Crime Prevention, No. 2, March 1986; (3) eigene Berechnungen auf der Basis von Spalte 1 und 2; (4) E. Noelle-Neumann, Die Deutschen wollen die Gefahr nicht sehen, in: Die Welt vom 7. Juli 1986, S. 6.

um – so die offizielle Argumentation – den weichen und den harten Drogenmarkt zu trennen¹³.

¹³ Vgl. E. L. Engelsmann, Die Auswirkungen der holländischen Drogenpolitik, in: D. Thommen (Hrsg.), Drogenproblematik im Wandel, Lausanne 1987, S. 96–101; C. F. Rüter, Die strafrechtliche Drogenbekämpfung in den Niederlanden, in: Zeitschrift für die gesamten Strafrechtswissenschaften, 100 (1988), S. 385–404.

Dennoch ist das Ausmaß an Drogenabhängigkeit mit dem in der Bundesrepublik, in der traditionell eine stärker repressive Drogenpolitik betrieben wird, vergleichbar. Zugleich weist Spanien einen etwas höheren Wert als die Niederlande auf – trotz einer ebenfalls vorhandenen Tendenz, den Besitz von Cannabis und z.T. auch harter Drogen zu tolerieren.

Abbildung 1: Verbreitung des Konsums harter Drogen im europäischen Vergleich (ca. 1986).



Basis und Quelle: Tabelle 2, die Spalten 3 und 4

V. „Umsteigeraten“ von Cannabis auf harte Drogen

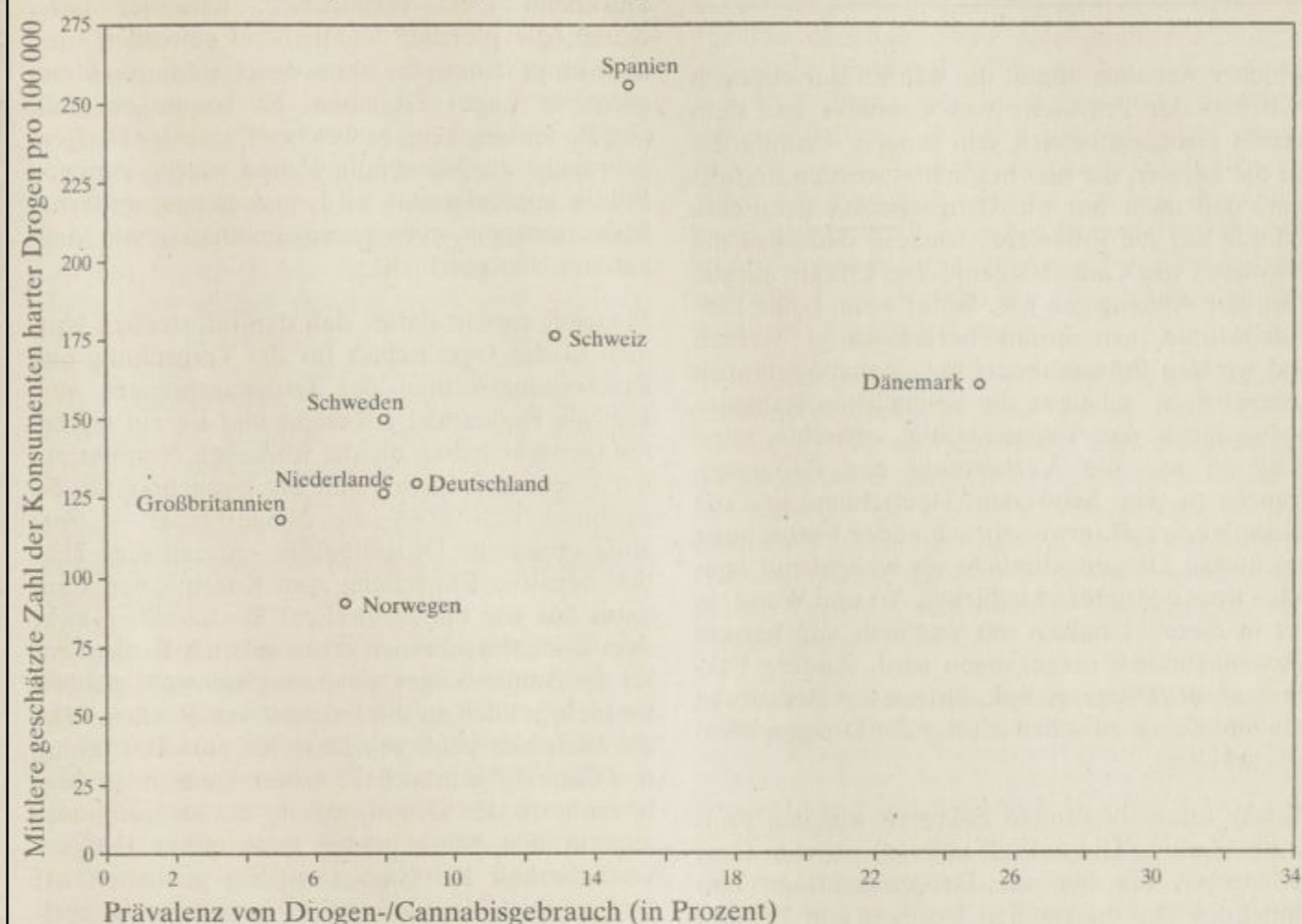
Angesichts der Tatsache, daß Cannabis gewöhnlich die erste illegale Droge im Rahmen von Drogenkarrieren darstellt, könnten Variationen in der Verbreitung von Cannabis eine mögliche Erklärung für die Verbreitung des Konsums harter Drogen sein. Und in der Tat ist dies eine in der Literatur durchaus nicht seltene Annahme. So behauptet z.B. Denise Kandel, daß die Verbreitung des Konsums harter Drogen eine Funktion des Konsums weicher Drogen ist. Je höher die Prävalenzrate für den Konsum weicher Drogen liege, desto größer sei auch diejenige für harte Drogen¹⁴. Nach dieser Konzeption stellt Cannabis die erste Stufe in einer Drogensequenz dar – eine notwendige, wenn auch nicht hinreichende Bedingung auf dem Weg zur Abhängigkeit von Heroin und anderen Drogen. In dieser

Hinsicht ähnelt Kandels Theorie der klassischen Theorie von Cannabis als Einstiegsdroge (wenngleich sie damit nicht völlig identisch ist).

Wie plausibel diese modifizierte Version der Einstiegsdroge auf den ersten Blick auch erscheinen mag, sie ist nicht ohne Probleme. Auch wenn Cannabis heutzutage die erste illegale Droge in den meisten westlichen Industriegesellschaften darstellt, ist dies nicht immer der Fall gewesen. In Deutschland – wie in vielen anderen westlichen Ländern – herrschten statt des Cannabis zunächst bis weit in die sechziger Jahre hinein die Amphetamine vor. Sie stellten (von Alkohol und Nikotin einmal abgesehen) die Drogeart dar, die als erste probiert wurde. Erreichbarkeit und das Image der Droge scheinen letztlich darüber zu entscheiden, welche Droge zu einem gegebenen Zeitpunkt als erste probiert wird und die Ausgangsbasis späterer Drogenkarrieren konstituiert. Die Drogensequenz scheint – wie verschiedene Analysen nahelegen – weniger durch pharmakologische Eigenheiten der jeweils vorher genommenen Droge als durch die Erreichbarkeit und Definition der Droge in der Drogensubkultur geprägt zu sein. Nicht das objektive, sondern

14 Vgl. D. B. Kandel/R. Faust, Sequence and stages in patterns of adolescent drug use, in: Archives of General Psychiatry, 32 (1975), S. 923–932.

Abbildung 2: Prävalenz von Drogen-/Cannabisgebrauch jemals im Leben und Prävalenz im Gebrauch harter Drogen im europäischen Vergleich.



das subjektive Risiko der Drogeneinnahme bestimmt – in Kombination mit milieubedingtem Drogenzugang – den Verlauf¹⁵.

Aber könnte es nicht sein, daß Kandels Theorie zumindest für die Zeit stimmt, nach der sich der Cannabisgebrauch etabliert hat und Cannabis die zuerst genommene illegale Droge repräsentiert? Um diese Hypothese zu prüfen, machen wir von den Umfragedaten zur Prävalenz des weichen Drogenkonsums Gebrauch und setzen sie mit den Schätzungen für den Konsum harter Drogen in Beziehung. Wir verwenden dabei die offiziell geschätzte Zahl der Konsumenten harter Drogen anstelle der Umfragedaten, weil in dieser Weise die Einbeziehung eines größeren Kreises von Ländern ermöglicht wird und unsere vorherige Analyse zudem eine funktionale Äquivalenz der beiden Indikatoren nahelegt. Im Fall der Umfragedaten, die Aussagen über die Verbreitung von weichem Drogenkonsum (in Form von Cannabis) erlauben, verwenden wir – sofern verfügbar – diejenigen aus der

Periode 1986 bis 1988. Wo mehrere Daten für diese Zeit vorliegen, greifen wir auf den Durchschnittswert zurück. Und wo nur frühere oder spätere Umfragen existieren, setzen wir diese statt dessen in der Analyse ein.

Die Ergebnisse sind in *Abbildung 2* enthalten: Es wird deutlich, daß es keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen der Verbreitung weicher Drogen – wie Cannabis – und dem Konsum harter Drogen gibt. Zwar zeichnen sich die Schweiz und insbesondere Spanien durch überproportionale Werte sowohl für den Gebrauch weicher Drogen als auch den Gebrauch harter Substanzen aus. Doch weist andererseits Dänemark als Land mit der höchsten Cannabisprävalenz in unserer Übersicht durchaus durchschnittliche Werte für den Konsum harter Drogen auf. Dieses Ergebnis bedeutet entweder: Es gibt keine eindeutige Beziehung zwischen der Prävalenz weicher und der Prävalenz harter Drogen. Oder es bedeutet, daß eine solche Beziehung besteht, diese aber allenfalls Wahrscheinlichkeitsbezüge repräsentiert – Ausnahmen („Ausreißer“) könnten die Regelmäßigkeit der Beziehung stören und Zusammenhänge komplexer Natur bewirken.

¹⁵ Vgl. K.-H. Reuband, Vom Haschisch zum Heroin? Soziokulturelle Determinanten der Drogenwahl, in: Suchtfahren, 36 (1990), S. 1-17.

VI. Intervenierende Mechanismen

Welcher Art auch immer die wahren Beziehungen zwischen der Prävalenz von Cannabis und dem harten Drogengebrauch sein mögen – zumindest für die Länder, die hier betrachtet worden sind, ist klar, daß nicht nur die Drogenpolitik gemischte Effekte auf die Prävalenz, sondern daß auch die Prävalenz von Cannabis gemischte Effekte auf die Zahl der Abhängigen hat. Selbst wenn beide Einflußfaktoren gemeinsam berücksichtigt werden und wir den Prävalenzwert für Cannabisgebrauch kontrollieren, scheinen die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Drogenpolitik weiterhin ohne Wirkung auf die Verbreitung des Drogengebrauchs zu sein. Schweden, Deutschland und die Niederlande z. B. erweisen sich in der Verbreitung des harten Drogengebrauchs als weitgehend ähnlich – trotz der unterschiedlichen Art und Weise, in der in diesen Ländern mit weichem und hartem Drogengebrauch umgegangen wird. Andere Faktoren als die Drogenpolitik dürften von Bedeutung sein und die spezifischen Muster der Drogenprävalenz erklären.

Welche intervenierenden Faktoren wirksam sind, ist unbekannt. Theoretisch könnten sie vom Drogenangebot bis hin zur Drogennachfrage einschließlich der informellen Normen und Einstellungen der Bevölkerung reichen. Weil es jedoch an vergleichbaren Daten für die meisten Länder in bezug auf die hier relevanten Fragen fehlt, müssen wir uns an dieser Stelle mit dem Vergleich einzelner Länder begnügen. Dabei ergeben sich Zweifel an der – in der Literatur so stark betonten – Bedeutsamkeit des Drogenangebots: Obwohl Drogen – insbesondere Cannabis – in den Niederlanden in den mehr als 2500 Coffeeshops leicht erhältlich sind, ist die Prävalenzrate für Erwachsene ebenso wie für Jugendliche mit der in Deutschland, wo kein derartiges Angebot existiert, identisch. Soziokulturelle Faktoren ebenso wie spezifische lokale Besonderheiten haben vermutlich einen größeren Einfluß als Drogenpolitik und das Drogenangebot. Sie mögen denn auch erklären, warum manche Länder mit einer liberalen Drogenpolitik überproportional hohe Raten für Drogenprävalenz und Drogenabhängigkeit aufweisen, während das in anderen mit vergleichbarer Liberalität nicht der Fall ist. Auffällig ist, daß die Verbreitung von Drogenabhängigkeit in den Ländern besonders groß zu sein scheint, die lange Zeit wirtschaftlich unterentwickelt waren und die eine hohe Arbeitslosigkeit aufwiesen. Wenn rasches ökonomisches Wachstum stattfindet – wie in einigen dieser Länder, etwa Italien und Spanien, in

den sechziger und siebziger Jahren – kann dies zu einem Zustand der „Anomie“ führen, wie Emile Durkheim einst vermutete¹⁶; entweder unter denen, die plötzlich wohlhabend geworden sind, oder unter denen, die ökonomisch weiterhin in ungünstiger Lage verbleiben. Es könnte ebenfalls von Bedeutung sein, in welcher Phase des Drogengebrauchs als Massenphänomen welche Art von Politik implementiert wird, und es mag weiterhin bedeutsam sein, in welcher Kombination von Maßnahmen dies geschieht.

Manches spricht dafür, daß den informellen Normen in der Gesellschaft für die Verbreitung und Erscheinungsformen des Drogengebrauchs eine zentrale Bedeutung zukommt und sie ein stärkeres Gewicht haben als die formellen Normen auf der Ebene des Rechts und der Drogenpolitik. So zeichnen sich etwa die Niederländer – trotz andersgearteter Drogenpolitik – durch eine ähnlich negative Einstellung zum Konsum von Cannabis aus wie die Deutschen. Sie schreiben zwar dem Cannabisgebrauch etwas seltener Risiken zu, als die Bundesbürger dies tun, gleichwohl glauben sie mehrheitlich an die Existenz von Risiken. Und die Mehrheit plädiert zudem für eine Bestrafung des Cannabisgebrauchs¹⁷. Unter Umständen liegt hierin auch der Grund, warum die Drogenprävalenz in den Niederlanden trotz hoher Drogenverfügbarkeit als Ganzes niedrig geblieben ist: Drogen zu konsumieren gilt – gesamtgesellschaftlich gesehen – als Abweichung von der Norm. Wer zu Drogen greift, begibt sich außerhalb des Spektrums gesellschaftlich akzeptierter Verhaltensweisen.

Die besonders starke Belastung Spaniens mit Drogenproblemen mag ebenfalls etwas – wenn auch in anderer Form – mit gesamtgesellschaftlichen Normen und spezifischen Normen der Jugendkultur zu tun haben. Der Drogengebrauch könnte durch eine soziokulturelle Umbruchsituation mitbegünstigt worden sein: So setzte mit dem Zusammenbruch des Franco-Regimes in Spanien eine Art soziokulturelle „Revolution“ ein, in deren Gefolge die bisherigen Normen und traditionellen Autoritäten in Frage gestellt wurden¹⁸. Eine derartige Situation könnte, wie der Soziologe René König einst vermutete¹⁹, die Bereitschaft begünstigen, mit neuen Erfahrungen und alternativen Lebensstilen, einschließlich Drogengebrauch, zu experimentieren.

16 Vgl. E. Durkheim, *Der Selbstmord*. Neuwied-Berlin 1973, (zuerst französisch 1893).

17 Vgl. dazu eingehender K.-H. Reuband (Anm. 3).

18 Vgl. M. Vicent, *Die Stadt der neuen Herrlichkeit*, in: Merian, Madrid 1990, S. 29–31.

19 Vgl. R. König, *Leben im Widerspruch. Versuch einer intellektuellen Biographie*, Frankfurt am Main 1984, S. 71.

VII. Schlußbemerkungen

Wir haben in dieser Arbeit versucht, auf der Basis international vergleichbarer Daten eine Bestandsaufnahme der Drogensituation in Westeuropa vorzunehmen. Dabei hat sich gezeigt, daß die Entwicklung in der Bundesrepublik nicht für diese spezifisch ist, sondern ein in vielen anderen Ländern anzutreffendes Muster darstellt. Als besonders gewichtiger Befund ergab sich: Die vorfindbaren Variationen von Land zu Land lassen sich *nicht* auf die dort jeweils betriebene Drogenpolitik zurückführen. Dies schließt nicht aus, daß Analysen zu anderen Aspekten des Drogengebrauchs andere Zusammenhänge erbringen. Und ausgeschlossen ist ebenfalls nicht, daß vertiefende Analysen unter Einschluß historischer Verläufe manche der beobachteten Zusammenhänge auflösen.

Politisch folgt aus unseren Befunden, daß bei Harmonisierungsbestrebungen in Europa auf der Ebene der Drogengesetzgebung nicht auf Standards für eine „richtige“ oder „falsche“ Gesetzgebung verwiesen werden kann. Die Hoffnung, eine völlig andere Drogenpolitik würde zu einer Lösung des Problems führen, erscheint angesichts ähnlicher Entwicklungsverläufe in Ländern mit unterschiedlicher Drogenpolitik als voreilig und illusorisch. Solange man die Elemente der jeweils effektiven Drogenpolitik nicht eindeutig bestimmen kann, können keine genauen Handlungsanweisungen gegeben werden. Gleichwohl lassen sich unsere Befunde auch so deuten, daß Experimente in der Drogenpolitik durchaus machbar und vielleicht auch wünschenswert sind, solange keine gegenteiligen Erfahrungen vorliegen.

Forschungspolitisch folgt aus den Befunden, daß vor allem den sozialen und kulturellen Mechanismen mehr Beachtung geschenkt werden muß, welche über die Genese und Entwicklung des Drogengebrauchs bestimmen. Die bis heute anhaltende einseitige Förderung klinischer und individualpsychologischer Arbeiten²⁰ hat zur Folge gehabt, daß die sozialwissenschaftliche – und hier vor allem die empirisch ausgerichtete – Erforschung des Drogengebrauchs in der Bundesrepublik defizitär und rudimentär geblieben ist und Spekulationen und bloße Mythen die drogenpolitische Diskussion maßgeblich bestimmen.

Was im Bereich der Forschung für die Zukunft notwendig erscheint, sind insbesondere Untersuchungen, die von vornherein ländervergleichend angelegt sind und sich auf vergleichbare Indikatoren stützen. Und was zum anderen nötig ist, sind *ländervertiefende* Analysen, in denen die *Entwicklung* des Drogengebrauchs und der gesellschaftlichen Reaktion rückblickend und zugleich prospektiv analysiert wird.

20 Zu den Forschungsdefiziten siehe Karl-Heinz Reuband, Forschungsdefizite im Bereich des Drogengebrauchs, in: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 39 (1993), S. 48–57. Auch das jüngst aufgelegte Forschungsförderungsprogramm des Bundesministeriums für Forschung und Technologie (BMFT) zu Fragen der Sucht ändert daran nichts – es erweist sich bei näherem Hinsehen als Ausdruck eines bloßen symbolischen Aktionismus und nicht als ernstgemeinter Versuch, das Forschungsdefizit zu beheben. Denn mit der Förderung einiger ausgewählter Projekte geht eine rigide Abschließung gegenüber anderen Projekten und Neuanträgen einher: Über mehrere Jahre hinweg wird es unmöglich sein, beim BMFT überhaupt noch einen Antrag im Suchtbereich zu stellen. Schließlich gibt es auch beim Bundesministerium für Gesundheit keine Ansätze zur Förderung sozialwissenschaftlich ausgerichteter Grundlagenforschung. Die Vernachlässigung ist um so gravierender, als die Defizite der Forschung seit langem bekannt sind und bereits seit den siebziger Jahren in Publikationen wiederholt auf die Notwendigkeit einer aktiven Forschungsförderungspolitik hingewiesen wurde.

Thomas Schweer/Hermann Strasser: Drogenmarkt Deutschland: Die Szene im Wandel

Aus Politik und Zeitgeschichte, B 9/95, S. 3–12

Der deutsche Drogenmarkt befindet sich im Umbruch. War in den siebziger und achtziger Jahren das Heroin im Bereich der harten Drogen das bevorzugte Rauschmittel der Drogenszene, drängt seit Mitte der achtziger Jahre das Kokain verstärkt auf den bundesdeutschen Drogenmarkt. So überstieg 1986 die sichergestellte Kokainmenge erstmals die des Heroins, 1990 wurde mit 2274 Kilogramm sogar dreimal soviel Kokain wie Heroin beschlagnahmt. Anfang der achtziger Jahre waren es lediglich rund 20 Kilogramm. Die Entwicklung hin zu Aufputzmitteln belegt auch die Zunahme bei den Erstkonsumenten von Kokain und Amphetaminen.

Aufgrund der Sättigung des nordamerikanischen Kokainmarktes werden die südamerikanischen Drogenkartelle ihren Druck auf den europäischen bzw. deutschen Drogenmarkt weiter verstärken. Die damit verbundene Expansion des bundesdeutschen Kokainmarktes wird zu einem Preisverfall der Droge führen, was wiederum schichtspezifischen Konsumformen, wie etwa dem Gebrauch des Kokainderivats Crack, Vorschub leisten wird. Die zunehmenden Sicherstellungen bei Crack sind ein deutlicher Hinweis auf die Ausbreitung der „Fast-Food-Droge“ auch in der bundesdeutschen Rauschgiftszene.

Wolfgang Schneider: Ausstiegswege aus der Sucht illegaler Drogen. Forschungsergebnisse und praktische Konsequenzen

Aus Politik und Zeitgeschichte, B 9/95, S. 13–21

Im Beitrag werden die zentralen Ergebnisse eines Forschungsprojektes an der Universität Münster „Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen“ dargestellt. Mit Hilfe von qualitativen Methoden wurden biographische und drogale Erfahrungskarrieren rekonstruiert und die Lebensweltbedingungen von Selbstausteigern und kontrollierten Gebrauchern im Vergleich zu denen therapiebereiter Drogenabhängiger dokumentiert. Die Forschungsergebnisse zeigen, daß Drogenabhängigkeit kein statischer Zustand ist, der, einmal erreicht, nur über langzeittherapeutische Maßnahmen aufhebbar wäre. Die phasensequenzanalytische Aufarbeitung von drogalen Entwicklungsverläufen im Längsschnitt bestätigt, daß es unterschiedliche Muster und Phasen des Gebrauchs illegaler Drogen gibt. Sie reichen von zwanghaften, exzessiven Formen bis hin zu kontrolliertem und regelorientiertem Gebrauch. Außerdem konnten vielfältige Ausstiegsverläufe eruiert werden, die ohne professionelle Betreuung selbständig eingeleitet und auch durchgehalten werden. Abschließend werden praktische Konsequenzen, die sich aus diesen Forschungsergebnissen ergeben, diskutiert.

Karl-Heinz Reuband: Drogenkonsum und Drogenpolitik in Westeuropa. Epidemiologische Befunde im Vergleich

Aus Politik und Zeitgeschichte, B 9/95, S. 22–31

Im Beitrag wird der Versuch unternommen, die Drogensituation in westeuropäischen Ländern zu vergleichen. Damit verbunden ist die Frage, inwieweit sich zwischen der jeweiligen Drogensituation eines Landes und seiner Drogenpolitik – hier vor allem bezogen auf die strafrechtliche Situation – Zusammenhänge ergeben.

Ein Ergebnis der Bestandsaufnahme ist, daß die Entwicklung in der Bundesrepublik nicht für diese spezifisch ist, sondern einem in vielen anderen Ländern anzutreffenden Muster entspricht. Ein weiteres wichtiges Ergebnis ist, daß sich die vorfindbaren Variationen von Land zu Land *nicht* auf die jeweils betriebene Drogenpolitik zurückführen lassen. Informelle soziale Normen scheinen eine größere Bedeutung zu haben als formelle legale Normen und Drogenverfügbarkeit. Die Frage kann daher nicht sein: „Welche Effekte erwachsen aus welcher Drogenpolitik?“, sondern: „Unter welchen sozialen und kulturellen Bedingungen führt welche Art von Drogenpolitik zu welchen Konsequenzen?“

Politisch folgt aus den Befunden, daß bei Harmonisierungsbestrebungen in Europa auf der Ebene der Drogengesetzgebung nicht auf Standards für eine „richtige“ oder „falsche“ Gesetzgebung verwiesen werden kann. Die Hoffnung, eine völlig andere Drogenpolitik würde eine Lösung des Problems erbringen, erscheint angesichts ähnlicher Entwicklungsverläufe in Ländern mit unterschiedlicher Drogenpolitik als voreilig und illusorisch. Solange die Elemente der jeweils effektiven Drogenpolitik nicht eindeutig zu bestimmen sind, können keine genauen Handlungsanweisungen gegeben werden. Gleichwohl lassen sich die Befunde des Beitrages auch so deuten, daß Experimente in der Drogenpolitik durchaus machbar und vielleicht auch wünschenswert sind, solange keine gegenteiligen Erfahrungen vorliegen.