
Forschungsnotiz

Empirische Befunde zur sozialen Zusammensetzung Drogenabhängiger

Ergebnisse einer Informantenbefragung

1. Zielsetzung und Methodik

Wo es in der Drogenliteratur um den Gebrauch harter Drogen geht, stellen in der Regel Konsumenten mit institutionellen Kontakten die Basis dar. Entweder handelt es sich um Personen in ambulanter oder stationärer Therapie, oder es handelt sich um solche, die polizeilich auffielen und als Konsumenten harter Drogen amtlich registriert wurden. Inwieweit sich hierbei ein repräsentatives Bild der Drogenabhängigkeit ergibt, bleibt offen. Unter Umständen erklären die beschriebenen Hintergrundmerkmale eher die institutionelle

Auffälligkeit an sich als den Griff zur Droge und den Weg in die Abhängigkeit.

Im folgenden soll über die Ergebnisse einer *explorativen* Studie berichtet werden, in der ein neuer Zugang gewählt wurde, um das Problem der selektiven Erfassung der Drogenabhängigkeit über institutionelle Kontakte zu umgehen. Grundlage sind »*Informanteninterviews*«, die im Rahmen einer repräsentativen Stichprobe der Bevölkerung der Bundesrepublik erhoben wurden. Kennzeichnend für Informanteninterviews ist es, daß der Befragte nicht zu Aussagen über sich selbst herangezogen wird, sondern zu Aussagen über seine

Umwelt und Geschehnisse, an denen er direkt oder indirekt beteiligt oder über die er hinlänglich informiert ist. Weil sowohl die institutionell erfaßten als auch die nicht erfaßten Abhängigen in die Analyse eingehen, könnte man in unserem Fall auch von einer »Dunkelfeldstudie« sprechen.^{1*}

Als Basis der Untersuchung dient eine repräsentative Umfrage der bundesdeutschen Bevölkerung ab 18 Jahre, die wir über GETAS als Erhebungsinstitut im Dezember 1987 mit insgesamt 987 Befragten durchführten. Darin wurde im Anschluß an eine Frage zur Kenntnis von Drogenkonsumenten und in Anlehnung an eine Frage des Instituts für Demoskopie (1974) gefragt: »Gehört auch jemand dazu, der dadurch krank oder süchtig wurde, also unfähig zu einem ganz normalen Leben oder Arbeit?«. Um auch jene Konsumenten in die Analyse miteinzubeziehen, die Mittel wie Heroin lediglich einige wenige Male probierten und nicht abhängig wurden, wurde bei Verneinung der Frage die Nachfrage gestellt: »Kennen Sie persönlich jemanden, der schon mal Heroin genommen oder gespritzt hat – egal, ob er dies nur ausprobiert oder über einen längeren Zeitraum getan hat?«. Die Antworten auf die Haupt- und Nachfrage zusammen konstituieren die empirische Ausgangsbasis unserer Untersuchung.

Für die Analyse engen wir den Kreis der Betroffenen noch einmal ein: indem wir jeweils nur jene Personen der Analyse zugrunde legen, welche sich auch durch zusätzliche Nachfragen in ihrem spezifischen Konsummuster als Konsumenten harter Drogen auszeichneten: d. h. sie entweder *Heroin* nahmen oder Drogen *spritzten*. In dieser Operationalisierung kommt man in unserer Stichprobe auf insgesamt 61 Konsumenten harter Drogen, für die nähere Informationen vorliegen.² Die Vertrautheit der Befragten mit ihnen erweist sich als relativ groß. Die Voraussetzung für Informanteninterviews ist günstig (vgl. ausführlicher dazu Reuband, 1990 b). Im folgenden interessiert uns die soziale Zusammensetzung der Abhängigen, ihre Polizeikontakte, Therapieerfahrung und Abstinenzquote.

2. Soziale Zusammensetzung der Konsumenten

Mit Hilfe der von uns erhobenen Daten kann versucht werden, einige der offenen Fragen u. a. zur sozialen Zusammensetzung der Drogenabhängigen zu klären. So gibt es z. B. den bemerkenswerten Befund, daß sich nach Umfragen unter Jugendlichen die Verbreitung der Drogenprävalenz (primär des Haschischgebrauchs) unter den Geschlechtern in den letzten Jahren angeglichen hat. Die einstige Überrepräsentation der Männer ist einer Gleichverteilung gewichen (Welz, 1987: 107, Reuband, 1990 c). Nach den Daten über polizeiauffällige Konsumenten harter Drogen und nach den Daten über ambulant und stationär betreute Opiatkonsumenten hingegen sind Männer nach wie vor überrepräsentiert (Bundeskriminalamt, 1988 b: 24, Simon, et al., 1988: 24 f., DOSY, 1988: 14). Da der Weg zum Konsum harter Drogen über den Gebrauch »weicher« Drogen (fast immer in Form von Haschisch) verläuft, und die Personen mit Haschischerfahrung deshalb die Rekrutierungsbasis – gewissermaßen den ersten Filter in der Drogenkarriere – darstellen (vgl. dazu u. a. Kandel/Faust, 1975; Berger et al., 1980: 49 f., Reuband, 1990 b), hätte man einen anderen Trend erwarten müssen: unter den Konsumenten harter Drogen hätten sich zeitverzögert die Geschlechtsunterschiede ebenfalls reduzieren müssen.

Bedeutet diese Diskrepanz zwischen den Daten, daß die weiblichen Fixer unter den Polizeiauffälligen und den Abhängigen in Therapieeinrichtungen unterrepräsentiert sind? Fallen das Dunkelfeld und die offiziell ermittelte Repräsentation der Drogenabhängigkeit gar zunehmend auseinander? Die Tatsache, daß sich weibliche Fixer die notwendigen Mittel zur Finanzierung der Sucht relativ leicht über Prostitution anstelle der Eigentumsdelikte beschaffen können (und diese auch häufiger wählen als männliche Fixer; vgl. Grosse-Aldenhövel et al., 1986: 347; Kreuzer et al., 1981: 230 ff.; Hanel, 1988: 5; Harms et al., 1987: 377), ist in der Vergangenheit vielfach als Grund einer möglichen Unterrepräsentation in der Polizeistatistik genannt worden: weil weibliche Fixer damit weniger riskante Varianten

* Anm. s. S. 533.

der Geldbeschaffung praktizieren, seien sie einem geringeren polizeilichen Entdeckungsrisiko ausgesetzt (siehe auch Kreuzer, 1975: 381). Weniger verstrickt in die Problematik fortgesetzter Deliktbegehung, könnten weibliche Fixer schließlich auch einem geringeren Problemdruck ausgesetzt sein und deshalb eine geringere Motivation empfinden, sich in Therapie zu begeben.

Unsere Dunkelfelduntersuchung zeigt jedoch, daß Männer unter den Fixern mit 77% tatsächlich die Mehrheit darstellen. Von einer Unterrepräsentation der Frauen unter den polizeilich registrierten oder therapeutisch behandelten Konsumenten kann mithin nicht die Rede sein. Gemessen an den Konsumenten, die in Kontakt mit helfenden oder strafenden Institutionen gekommen sind, liegt der Männeranteil in der Umfrage im Gegenteil z. T. sogar etwas höher (Tabelle 1). Daß aber heißt: wenn sich die langfristige Geschlechtsangleichung im Bereich der Haschischerfahrung per se nicht analog auf der Ebene des Konsums harter Drogen niederschlägt, dann muß dies auf seiten der weiblichen Konsumenten primär etwas mit einer im Vergleich zu Männern geringeren und überdies sinkenden Umsteigequote auf harte Drogen zu tun haben. Es scheint, als wären Frauen im Umgang mit den

Drogen vorsichtiger als Männer, sobald sie erst einmal mit dem Ausprobieren von Drogen begonnen hätten.³

In dieser Hinsicht scheinen die Frauen einem Muster zu folgen, das sich auch bei anderen Formen der Delinquenz wiederfindet. So läßt sich anhand von Schülerbefragungen zur selbstberichteten Delinquenz zeigen, daß mit zunehmender Delinquenzhäufigkeit und zunehmender Schwere des Delikts der Frauenanteil sinkt (Reuband, 1983: 208). Die langfristig steigende Ablehnung des Heroingebrauchs unter Jugendlichen wie Konsumenten (vgl. Reuband, 1988 b: 485 ff.) könnte dessen Verwendung in zunehmendem Maße den Makel schwerer Abweichung vermittelt haben – mit der Konsequenz, daß die Frauen (eine geringere Risikoneigung und Konformitätsneigung unterstellt) ihre Umsteigequote von Haschisch auf Heroin reduzierten (vgl. dazu auch Reuband, 1990 c).

Nicht nur das Geschlecht, auch das Alter der Abhängigen wird in der Literatur gelegentlich als ungeklärte Frage behandelt. So ist die Tatsache, daß unter den therapeutisch behandelten Konsumenten das Durchschnittsalter steigt (siehe u. a. Simon et al., 1988: 24), von manchen Autoren als Indiz dafür genommen worden, daß qua »kollektiver Alterung« der Therapeuten der Zugang zu den jüngeren

Tabelle 1: Geschlecht und Alter der Konsumenten harter Drogen (in %)

	(1) Ambul. Einr.	(2) Station. Einr.	(3) Polizei- Auffällige		(4) Umfrage
			Insges.	Erstauff.	
Männer	75	71	72	76	77
bis 29 Jahre	77	84	76	83	92
(N=)	(5440)	(328)	(9444)	(1215)	(61)

Alle Angaben beziehen sich auf bundesweite Erhebungen aus dem Jahr 1987.

Datensatzbeschreibung: (1) Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke, zusammengeschlossen im EBIS Verbund. Im EBIS Verbund sind im wesentlichen die Einrichtungen konfessioneller Träger zusammengefaßt. Kategorie: »Abhängigkeit von Opiaten und sonstigen illegalen Drogen«. Quelle: Simon et al., (1988: 25, 27); eigene Berechnungen. (2) Stationäre Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, zusammengeschlossen im Verband der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke e. V. Kategorie: »Drogenabhängige«. Quelle: DOSY (1988: 14, 20); eigene Berechnungen. (3) Polizeiauffällige Konsumenten harter Drogen, »Insges.« = Kategorie: »Allg. Verstöße gegen das BTM-Gesetz, davon Heroin«, »Erstauff.« = »Erstauffällige Konsumenten harter Drogen«. Quelle: Bundeskriminalamt (1988 a: Tabelle 22, 50; 1988 b: 24, 85); eigene Berechnungen. (4) Bevölkerung der Bundesrepublik und West Berlin ab 18 Jahre. Hier: Vom Befragten genannte Konsumenten harter Drogen.

Konsumenten zunehmend erschwert wird und diese sich seltener in Therapie begeben. Andere Autoren haben mehr oder minder elaborierte Überlegungen angestellt über Veränderungen auf der motivationalen Ebene der nachwachsenden Drogengeneration und die möglichen negativen Folgen von Professionalisierungstendenzen auf seiten der Therapeuten (vgl. u. a. Plum, 1987: 10 ff.; Sohn, 1987: 7).

Weitet man jedoch einmal den Blick über die Klientel von Therapieeinrichtungen hinaus aus und betrachtet die Veränderungen unter den Polizeiauffälligen, so wird offenkundig, daß hier *ähnliche* Altersverschiebungen stattfinden (vgl. Reuband, 1989) und die therapie-spezifische Erklärung nicht zutreffend sein kann. Entweder ist das Alter der erfaßten Konsumenten realiter gestiegen, bedingt durch die »Alterung« der Konsumenten, die durch einen Zuwachs neuer Konsumenten nicht kompensiert wird. Oder die Konsumenten werden lediglich in einer späteren Phase ihrer Drogenkarriere polizeilich auffällig und gehen später in Therapie. Da ein großer Teil der Abhängigen erst aufgrund richterlichen Drucks in Therapie kommt (vgl. u. a. Drogenhilfe Tübingen, 1988: 37) und beides nicht voneinander unabhängig ist, muß auch die Polizeiauffälligkeit in einer späteren Phase der Drogenkarriere zwangsläufig Folgen für das Durchschnittsalter der therapeutisch betreuten Konsumenten haben.

Wie unsere Umfrage (Tabelle 1) belegt, sind die Konsumenten der Dunkelfelderhebung im Schnitt jünger als die behandelten und polizeilich registrierten Konsumenten harter Drogen. Dies könnte bedeuten, daß eine Sichtbarkeit der Abweichung in der Umwelt des Akteurs in der Regel früher einsetzt als gegenüber Institutionen. Bis Konsumenten eine ambulante oder stationäre Therapie aufsuchen, vergehen meist mehrere Jahre, ebenso wie eine Polizeiauffälligkeit und Identifizierung als Fixer erst nach längerer Zeit erfolgt (vgl. Kreuzer et al., 1981: 252; Drogenhilfe Tübingen, 1988: 14; Sickinger, 1989: 12). Inwieweit im Dunkelfeld langfristig ähnliche Veränderungen des Durchschnittsalters stattfinden wie im Bereich der institutionell ermittelten Daten, muß mangels früherer Umfragen zum

Thema vorerst offenbleiben. Die Frage wird erst im Rahmen weiterer Studien beantwortbar sein.

Für unsere Diskussion ist an dieser Stelle entscheidend: die große Mehrheit der Konsumenten harter Drogen ist unter 30 Jahre. Die Drogenabhängigkeit ist nach wie vor ein Phänomen, das mit den Drogenerfahrungen spezifischer, jüngerer Geburtskohorten zu tun hat. Eine Diffusion auf ältere Generationen, die vor Beginn der in den 60er Jahren einsetzenden Drogenwelle (dazu vgl. Reuband, 1988 a) aufwuchsen, scheint bislang nicht in nennenswertem Maße aufgetreten zu sein.

3. Konsummuster und Mortalität

Nicht alle Konsumenten, die Drogen gespritzt oder Heroin genommen haben, müssen dies über einen längeren Zeitraum hinweg getan haben. Manche hören – entgegen weitverbreiteten populären Mythen – bereits in der Frühphase ihrer Drogenkarriere nach einigen Malen des Probierkonsums wieder auf. Andere beenden den Gebrauch nach einer Therapie und manche auch spontan, allenfalls gestützt durch nichtprofessionelle Hilfe. Wieder andere fallen einer Überdosis zum Opfer oder werden aufgrund ihres riskanten Lebensstils in Unfälle verwickelt oder sterben an organischen Folgeschäden. Nach einer Untersuchung von K. J. Lange fielen von den Konsumenten harter Drogen, die 1968–1974 in Hamburg erstmals amtlichen Stellen als Konsumenten harter Drogen bekannt wurden, rund 70% in den 80er Jahren polizeilich nicht wieder als Drogenkonsumenten auf (Lange, 1986). Für Konsumenten harter Drogen, die eine ambulante Beratung aufsuchten, kommen Bschor und Mitarbeiter für Berlin nach 10–15 Jahren auf eine »Abbruchquote« von 61% (unaufgeklärte Fälle nicht mitgerechnet; siehe Bschor et al., 1984: 1130; eigene Berechnungen). Rund ein Drittel davon (= 21% aller Konsumenten) zählt freilich zu den zwischenzeitlich Verstorbenen (die übrigen Konsumenten sind zu 40% »rehabilitiert«, ganz oder teilweise noch »gefährdet«: 39%). Ähnliche Mortalitäts-Verhältnisse sind wohl auch in der zitierten Hamburger Studie zu unterstellen, deren Zahlen sind daher nicht notwendiger-

weise mit Heilerfolgen gleichzusetzen (wie in der Literatur durchweg geschehen).

In unserer Erhebung werden 22% der Drogenkonsumenten als »verstorben« bezeichnet. Gegenüber der Berliner Untersuchung von Bschor et al. (1984: 1103) liegt dieser Anteil in etwa gleich hoch – angesichts des Longitudinaldesigns der Berliner Studie ein eher unerwarteter Befund: denn je länger der verstrichene Zeitraum ist, desto größer ist auch die Wahrscheinlichkeit eines derartigen Ereignisses. Entsprechend hätte der Wert in unserer Studie niedriger ausfallen müssen. Der Grund könnte darin liegen, daß der Tod eines Abhängigen in dessen Umwelt mitunter erst die Sichtbarkeit über dessen Konsumentenstatus schafft. Es handelt sich um ein spektakuläres Ereignis, das mehr oder minder zwangsläufig die Frage nach dem Hintergrund und der Ursache des Todes aufwirft.

Ob jemand verstorben ist oder noch lebt, korreliert nach unseren Daten nicht mit zwischenzeitlichem Abbruch des Konsums. Entweder wird von einigen Befragten der Tod mit dem »Aufhören« des Konsums gleichgesetzt oder – was ebenfalls nicht ganz unrealistisch wäre: viele der Verstorbenen haben tatsächlich vorher schon den Konsum beendet. Sie sind nicht an den Drogen, sondern allenfalls an deren langfristigen Nebenfolgen oder den Folgen ihres eigenen, allgemein risikoreichen Lebensstils gestorben (von der natürlichen Sterberate einmal ganz abgesehen).

Unter den nichtverstorbenen Konsumenten werden in unserer Dunkelfelduntersuchung 40% der beschriebenen Konsumenten als drogenabstinient bezeichnet (»Diese Person hat/hatte mit dem Drogengebrauch inzwischen vermutlich/ganz sicher aufgehört«). 60% gelten als weiter aktive Konsumenten (die entsprechende Aussage wird mithin verneint). Gegenüber den Hamburger und Berliner Longitudinalstudien liegt diese Quote der aktiven Konsumenten höher, was man als ein realistischeres Abbild der Drogensituation deuten könnte: denn was unsere Untersuchung von den Longitudinaluntersuchungen unterscheidet, ist die Tatsache, daß sie einen Querschnitt zu einem gegebenen Zeitpunkt erfaßt. Alte und neue Konsumenten werden in die Betrachtung einbezogen. Demgegenüber wird in

den zuvor zitierten beiden Longitudinalstudien lediglich eine Kohorte über Zeit verfolgt und die nachwachsenden Drogengenerationen ausgelassen.

4. Polizeiauffälligkeit und Therapieerfahrung

Nach älteren amerikanischen Untersuchungen fallen langfristig fast alle Heroinabhängigen im Lauf ihrer Drogenkarriere bei Institutionen der Polizei auf (Robins/Murphy, 1967; McAuliffe, 1975). Nach deutschen Untersuchungen steigt die Wahrscheinlichkeit der Auffälligkeit mit steigender Konsumerfahrung und Konsumintensität an (Reuband, 1982). Daß die Abhängigen, die täglich Drogen injizieren und zudem meist durch kriminelle Delikte die Sucht finanzieren, irgendwann bei der Polizei auffällig werden, ist mithin auch in der Bundesrepublik wahrscheinlich, wenngleich bislang nicht näher untersucht. Unklar ist schließlich ebenso die Verbreitung von Kontakten mit ambulanten und stationären Einrichtungen. Eine ganze Reihe von Autoren unterstellen, daß eine Mehrheit der Fixer nicht durch therapeutische Institutionen erfaßt wird (z. B. Raida, 1987: 65; Rosenbrock, 1987: 102). Andere Autoren gehen von einer Mehrheit aus (Penkert, 1987: 70; Kindermann, 1987: 72; Scherf, 1988: 2). Entsprechend entzündeten sich an diesen unterschiedlichen Wahrnehmungen z. T. heftige Konflikte über die Notwendigkeit neuer drogenpolitischer Maßnahmen, wie z. B. den Einsatz von Methadon.

Glaubt man den Angaben der Befragten, so hat die Mehrheit der ihnen bekannten Konsumenten – rund zwei Drittel (66%) – schon einmal wegen Drogengebrauchs »Probleme mit der Polizei« gehabt. Allerdings müssen die Kontakte mit der Polizei nicht notwendigerweise wegen des Gebrauchs von Heroin geschehen sein, sie können sich ebenfalls auf andere, »weiche« Drogen (wie Haschisch) beziehen und schon in einer früheren Phase des Umgangs mit Drogen gelegen haben. Gleichzeitig gibt es aber vermutlich bei einem Teil der Betroffenen eine Neigung, Polizeikontakte gegenüber anderen Personen zu verheimlichen. Damit gehen Über- und Unterschätzung ineinander über. Würde man freilich die Zahl der vorher als Konsumenten harter Drogen

bekannten Drogentoten als Indikator zur Schätzung der Dunkelziffer nehmen (so z. B. Kreuzer et al., 1981: 78 ff.), so finden sich Angaben, die den unsrigen angenähert sind: in der Zeit zwischen 1986 und 1987 handelt es sich um einen Wert von 63% (errechnet vom Bundeskriminalamt, 1988 a: Tab. 24). Unsere Dunkelfelderhebung – so sehr man sie auch wegen der geringen Fallzahl in den Ergebnissen als tentativ betrachten muß – ist damit mit den Befunden aus anderen Quellen hinlänglich kompatibel und stützt diese eher als daß sie diese widerlegt.

Ebenso wie Kontakte mit der Polizei scheinen Kontakte mit Therapieeinrichtungen nach unseren Daten eine geläufige Erfahrung der meisten Konsumenten harter Drogen zu sein. Rund 70% der Befragten geben an, der Konsument habe schon mal eine ambulante oder stationäre Therapie durchlaufen (»war wegen Drogenmißbrauch schon mal in Beratung oder Therapie«). Allerdings ist damit nichts darüber ausgesagt, ob die Kontakte über eine sporadische Kontaktaufnahme hinausgingen. Viele Kontakte beschränken sich auf einige wenige Konsultationen (vgl. z. B. Simon et al., 1988: 10). Und ebensowenig kann man etwas über den Erfolg aussagen. Viele der betreuten Klienten dürften den Weg in die Sucht später wieder aufgenommen oder von vornherein ihren Konsum fortgesetzt haben. Nach verschiedenen Untersuchungen kann man bei nicht mehr als rund einem Drittel aller stationär betreuten Abhängigen nach dem Ablauf der Therapie mit einer Drogenabstinenz rechnen (vgl. u. a. Raschke/Schliehe, 1985: 51). Bei ambulanten Kontakten ist eine noch geringere Erfolgsrate anzusetzen.

Polizeikontakte und Therapiekontakte sind nach unseren Daten nicht unabhängig voneinander: wer Kontakte mit Beratungsstellen kennt, der hat überproportional häufig auch schon Probleme wegen Drogen mit der Polizei gehabt. Zwei Möglichkeiten kommen für diesen Zusammenhang als Ursache in Betracht. Die eine Erklärung rekuriert auf Drittfaktoren wie die Dauer der Drogenabhängigkeit: je länger jemand süchtig ist, desto eher wird er polizeiauffällig, desto eher auch wird er – unabhängig von der Polizeiauffälligkeit – therapeutische Einrichtungen aufsuchen. Die

zweite Erklärung geht davon aus, daß der Kontakt mit der Polizei und mit Gerichten zu einem erhöhten Druck führt, der den Weg in die Therapie ebnet: die erfahrenen Belastungen werden subjektiv als so gravierend erlebt, daß sich der Abhängige vermehrt um Entzug bemüht. Schließlich mag es auch in vielen Fällen seitens der Gerichte Therapieauflagen geben und die Therapie als Ersatz für Strafe zur Auswahl gestanden haben (dazu vgl. Egg/Kurze, 1989).

5. Therapieerfahrung und Drogenabstinenz

Von den (noch lebenden) Konsumenten *ohne* Therapie wird überproportional häufig berichtet, sie hätten den Konsum wieder eingestellt: während unter denen mit Therapie rund ein Viertel dies getan haben (6 von 23 Konsumenten), sind es unter denen ohne Therapieerfahrung fast die Hälfte (5 von 11 Konsumenten). Ähnliche – wenn auch schwächere – Zusammenhänge ergeben sich bei Kontakten mit der Polizei wegen des Drogengebrauchs. Daß nicht die Konsumenten mit Therapie am häufigsten den Weg aus der Abhängigkeit finden, sondern im Gegenteil diejenigen ohne Therapie, muß am meisten erstaunen: herrscht doch in der Literatur fast durchweg die Vorstellung vor, daß nur Therapie den Weg in die Drogenabstinenz bewirken kann.

Daß dies nicht notwendigerweise zutrifft, zeigen einige, bislang noch spärliche Untersuchungen, vor allem aus den USA. Sie belegen, daß viele Abhängige ohne Therapie, im Rahmen eigener Selbsthilfebemühungen, sich von ihrer Sucht befreien (siehe u. a. Robins, 1974; Biernacki, 1986). In der amerikanischen und vor allem der deutschsprachigen Rezeption dieser Befunde wird die Rate der Heilungen dabei freilich oft überschätzt. Die in diesem Zusammenhang vielzitierte Studie von Lee Robins (1974) über amerikanische Soldaten in Vietnam, belegt zwar nach deren Rückkehr in die USA eine mehrheitliche Abkehr von Heroin. Übersehen wird jedoch fast immer, daß die Mehrheit der Heroinverwender in Vietnam das Heroin rauchte, inhalierte oder in anderer Form nahm, das in den USA und anderen Ländern übliche Injizieren (das zu einer schnelleren Abhängigkeit führt und ge-

ringere Ausstiegsschancen bietet) aber nur von einer *Minderheit* praktiziert wurde. Das Ausmaß der Drogenbindung und der Abhängigkeitsquote dürfte aufgrund dessen anders einzuschätzen sein als in den üblichen Deutungen dieser Studie. Nicht die Tatsache eigener Heilungsversuche ist damit an sich kontrovers, sondern deren relative Verbreitung.

Doch warum sollten in unserer Untersuchung gerade Personen ohne Therapie häufiger als solche mit therapeutischen Kontakten den Konsum beenden? Der Grund liegt vermutlich in der unterschiedlichen Dauer der Drogenabhängigkeit: je länger jemand Drogen nimmt und davon abhängig ist, desto eher dürfte er sich einerseits an eine therapeutische Einrichtung wenden (und andererseits der polizeilichen Kontrolle anheimfallen). Wer erst kurze Zeit Drogen genommen hat – und womöglich noch nicht abhängig geworden ist –, der wird eher in der Lage sein, den Heroingebrauch wieder aufzugeben. Aus dieser Sicht spiegelt das Muster nicht den Effekt der therapeutischen Intervention wider, sondern von Drittfaktoren, die mit dem Aufsuchen dieser Hilfe verbunden sind.

Im Hinblick auf die Zusammensetzung der Personen, welche den Drogenkonsum abbrechen, bedeutet der Befund: ein großer Teil derer, die mit dem Konsum aufhören, vollzieht diesen Akt offenbar ohne institutionelle Hilfe (oder polizeiliche Intervention). Viele brechen ihren Konsum ab, *bevor* sie mit den Institutionen in Kontakt gekommen sind, die auf die Betreuung und Resozialisierung der Drogenabhängigen ausgebildet sind. In der Tat gibt es auch aus anderen Quellen Hinweise dafür, daß viele Konsumenten harter Drogen in der Bundesrepublik – möglicherweise sogar eine Mehrheit – über das bloße Probieren der Substanz und den probenhaften injektiven Gebrauch nicht hinausgehen. Der Konsum wird beendet, bevor er sich zu einem stabilen Handlungsmuster entwickeln konnte (vgl. dazu eingehender Reuband, 1990 b).

6. Schlußbemerkungen

Die hier vorgelegten Ergebnisse sind als die Befunde einer ersten explorativen Studie mit

neuem methodischen Instrumentarium anzusehen. Notwendigerweise ergaben sich dabei gewisse Störgrößen, welche die Ergebnisse potentiell beeinflussen und sie als vorläufig erscheinen lassen. Es handelt sich vor allem um Störgrößen, die aus der selektiven Erinnerung und Sichtbarkeit schwererer Fälle von Drogenabhängigkeit erwachsen. So könnte es etwa sein, daß Drogentote in unserer Umfrage häufiger genannt werden als sie realiter unter Drogenabhängigen vorkommen. Gleiches könnte für Therapieerfahrung zutreffen.

Zwei Arten von Strategien scheinen uns geeignet, diese Störgrößen zu minimieren: erstens eine Erweiterung hinsichtlich der Nennung von Konsumenten und Drogenabhängigen, die der Befragte kennt oder in der Vergangenheit kennengelernt hat. Solange eine Auswahl unter mehreren Personen getroffen werden muß, besteht die Gefahr einer selektiven Auswahl zugunsten des schwerwiegendsten und spektakulärsten Falles. Sobald der Befragte alle ihm bekannten Konsumenten nennen muß, wird diese Gefahr reduziert. Wenn er nicht nur die Drogenabhängigen, sondern auch die Konsumenten mit ungeklärtem Abhängigkeitsstatus aufführt, wird zudem eine genauere Beschreibung potentieller *Grenzfälle* zwischen bloßem Konsum und Abhängigkeit möglich.

Was zweitens notwendig erscheint, ist eine differenzierte Erfassung der *Umstände*, unter denen der Befragte vom Konsum des beschriebenen Akteurs erfuhr: wurde dessen Drogengebrauch erst im Zusammenhang mit spektakulären Ereignissen – etwa bei Aufsuchen einer stationären Therapie, Tod oder erst nach Abschluß bestimmter Verläufe (wie Therapie und Abwendung vom Drogengebrauch) bekannt? Oder ist die Tatsache des Drogengebrauchs schon länger bekannt, und die beschriebene Auffälligkeit (wie Tod oder Polizeikontakt) stellt sich erst im Rahmen des weiteren biographischen Verlaufs später ein? Sobald man die näheren Umstände der Informationsgewinnung berücksichtigt, wird unsere Fähigkeit verbessert, das »wahre« Bild der Drogenabhängigkeit über Informanteninterviews zu erfassen.

Anmerkungen

- 1 Den Begriff der »Dunkelfeldstudie« fassen wir hierbei extensiv, wir schließen die Auffälligen (in der älteren Literatur auch »Hellfeld« genannt) mit ein. Die Fragen zur Kenntnis Abhängiger sind Bestandteil einer von uns durchgeführten Erhebung, die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Köln) finanziell gefördert wurde.
- 2 Die Zahl der Nennungen (Konsumenten harter Drogen) variiert je nach Analyse und unter Auslassung der Kategorie für »weiß nicht«. In der Regel liegt sie zwischen 40 und 60 Personen.
- 3 Warum aber, so fragt man sich weiter, liegt gerade in unserer Umfrage der Männeranteil höher als bei den Zahlen zur Therapie oder Polizeiauffälligkeit? Der Grund könnte ein zeitbezogener sein: Nimmt man die Zahlen über *erstmalig* polizeilich auffällige Konsumenten harter Drogen als Maßstab, so kommt man für die Jahre 1987 und 1988 jeweils auf einen Anteil von 76% (errechnet nach Angaben des Bundeskriminalamtes). Man erhält also eine höhere Quote, als sie auf der Basis der *jemals* polizeilich ermittelten Konsumenten harter Drogen errechnet werden kann! Diese liegt zu Beginn der 80er Jahre noch bei einem Männeranteil von rund 70% der erst auffälligen Konsumenten harter Drogen. Möglicherweise drücken sich in den Umfragezahlen überproportional neuere Trends unter Drogenkonsumenten aus. Entsprechend wird die Diskrepanz aus den Polizeiakten reduziert, sobald dem Rechnung getragen wird. Die auf seiten der Befragten möglicherweise bestehende Neigung, bevorzugt diejenigen Konsumenten zu nennen, die sich derzeit oder vor nicht allzu langer Zeit dem Konsum hingaben, könnte u. U. zugleich erklären, warum sich langfristig die Zahl der bekannten Abhängigen weniger stark verändert hat als es die Gesamtzahl jemals ermittelter Fixer hätte erwarten lassen.

Literatur

- Berger, H./Reuband, K. H./Widlitzek, U.: Wege in die Heroinabhängigkeit. Zur Entwicklung abweichender Karrieren. München 1980.
- Biernacki, P.: Pathways from Heroin Addiction. Recovery without Treatment. Philadelphia 1986.
- Bschor, F./Schommer, H. G./Wessel, J.: Risiken und Perspektiven der Drogenabhängigkeit. Katamnese-Ergebnisse bei 100 Opiatabhängigen der Zugangsjahre 1969–1974, in: Deutsche medizinische Wochenschrift, 109, 1984, S. 1101–1105.
- Bundeskriminalamt: Polizeiliche Kriminalstatistik 1987. Wiesbaden 1988 a.
- Bundeskriminalamt: Rauschgift. Jahresbericht 1987. Wiesbaden 1988 b.
- DOSY: Dokumentationssystem DOSY 1987. Therapie-daten der stationären Behandlung für Suchtkranke. Kassel 1988.
- Drogenhilfe Tübingen: Tätigkeitsbericht 1987. Tübingen 1988.
- Egg, R./Kurze, M.: Drogentherapie in staatlich anerkannten Einrichtungen. (Kriminologische Zentralstelle. Ergebnisse einer Umfrage. Berichte – Materialien – Arbeitspapiere. Heft 3.) Wiesbaden 1989.
- Grosse-Aldenhövel, H./Brcanovic, P./Schuhmann, V./Koch, M. A.: Anamnestische und HIV-serologische Befunde bei Personen mit intravenösem Drogenmißbrauch, in: Bundesgesundheitsblatt, 29, 1986, S. 347–349.
- Hanel, E.: Frau und Sucht. Therapie für drogensüchtige Frauen, in: Sucht Report, 1988, S. 2–6.
- Harms, G./Laukamm-Josten, U./Bienze, U./Guggenmoss-Holzmann, I.: Risk Factors for HIV Infection in German i. v. Drug Abusers, in: Klinische Wochenschrift, 65, 1987, S. 376–379.
- Kandel, D. B./Faust, R.: Sequence and Stages in Patterns of Adolescent Drug Use, in: Archives of General Psychiatry, 32, 1975, S. 923–932.
- Kindermann, W.: Diskussionsbeitrag, in: Stenographisches Protokoll der 12. Enquete-Kommission: »Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung.« Deutscher Bundestag, Protokoll Nr. 12. Bonn 1987.
- Kreuzer, A.: Drogen und Delinquenz. Eine jugendkriminologisch-empirische Untersuchung der Erscheinungsformen und Zusammenhänge. Wiesbaden 1975.
- Kreuzer, A./Gebhardt, C./Maasen, M./Stein-Hilbers, M.: Drogenabhängigkeit und Kontrolle. Kriminologische Untersuchung über Phänomenologie des Heroinkonsums und polizeiliche Drogenkontrolle (BKA-Forschungsreihe). Wiesbaden 1981.
- McAuliffe, W. E.: Beyond Secondary Deviance: Negative Labeling and its Effects on the Heroin Addict, in: W. R. Gove, Hrsg.: The Labeling of Deviance. Evaluating a Perspective. New York 1975, S. 205–242.
- Penkert, W.: Diskussionsbeitrag, in: Stenographisches Protokoll der 12. Enquete-Kommission: »Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung.« Deutscher Bundestag, Protokoll Nr. 12. Bonn 1987.
- Plum, N.: Warum kommen immer weniger jüngere Klienten in die Beratungsstellen? in: Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg, Hrsg., 4. Arbeitstagung für Verbandsmitarbeiter. Stuttgart 1987, S. 7–15.
- Raida, J.: Diskussionsbeitrag: Stenographisches Protokoll der 12. Enquete-Kommission: »Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung.« Deutscher Bundestag, Protokoll Nr. 12. Bonn 1987.
- Raschke, P./Schliehe, F.: Therapie und Rehabilitation bei Drogenkonsumenten. Langzeitstudie am Beispiel des Hammer Modells (Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales). Düsseldorf 1985.
- Reuband, K. H.: Delinquenz und Polizeiauffälligkeit, in: G. Albrecht und M. Brusten, Hrsg., Soziale Probleme und soziale Kontrolle. Neue empirische Forschungen, Bestandsaufnahmen und kritische Analysen. Opladen 1982, S. 288–312.
- Reuband, K. H.: Dunkelfeld, Deliktstruktur und Täterbild. Zum Verhältnis von registrierter und nichtregistrierter Kriminalität, in: H.-J. Kerner, H. Kury und K. Sessar, Hrsg., Deutsche Forschungen zur Kriminalitätsentstehung und Kriminalitätskontrolle. Köln 1983, S. 199–234.

- Reuband, K. H.: »Drogenkonsum im Wandel. Eine retrospektive Messung der Drogenerfahrung Jugendlicher, 1967–1987«, in: Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie (ZSE), 8, 1988 a, S. 54–68.
- Reuband, K. H.: Haschisch im Urteil der Bundesbürger. Moralische Beurteilung, Gefahrenwahrnehmung und Sanktionsverlangen 1970–1987, in: Neue Praxis, 6, 1988 b, S. 480–495.
- Reuband, K. H.: Illegale Drogen – Ein Sozialindikatorenreport, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Hrsg., Jahrbuch '90 zur Frage der Suchtgefahren. Hamburg 1989, S. 113–155.
- Reuband, K. H.: Vom Haschisch zum Heroin? Soziokulturelle Determinanten der Drogenwahl, in: Suchtgefahren, 36, 1990 a, S. 1–17.
- Reuband, K. H.: Informanteninterviews als Mittel der Dunkelfeldforschung. Erste Erfahrungen mit einer neuen Methodologie zur Beschreibung des Dunkelfeldes von Drogenabhängigkeit, in: Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform Heft 5, 1990 b.
- Reuband, K. H.: Widersprüchliche Befunde und geschlechtsspezifische Trends im Bereich des Konsums weicher und harter Drogen. Unveröffentlichtes Manuskript. Köln 1990 c.
- Reuband, K. H.: Erscheinungsformen des Fixens: das Phänomen des Probierkonsums. Unveröffentlichtes Manuskript. Köln 1990 d.
- Robins, L. N.: The Vietnam Drug User Returns. Final Report. (Special Action Office Monograph, Series A, No. 2.) Washington 1974.
- Robins, L. N./Murphy, G. E.: Drug Use in a Normal Population of Young Negro Men, in: American Journal of Public Health, 57, 1967, S. 1580–1596.
- Rosenbrock, R.: Diskussionsbeitrag, in: Stenographisches Protokoll der 12. Enquete-Kommission: »Gefahren von AIDS und wirksame Wege zu ihrer Eindämmung.« Deutscher Bundestag, Protokoll Nr. 12. Bonn 1987.
- Scherf, H.: Man kann manchmal helfen, in: FDR-Berichte Nr. 14, Dezember 1987/Januar 1988, S. 1–3.
- Sickinger, R.: Erfahrungen Drogenabhängiger mit Jugend- und Drogenberatungsstellen. (Projektgruppe Suchtmittelfragen/Projekt AMSEL.) Frankfurt 1989.
- Simon, R./Helas, I./Schmidtobreck, B./Ziegler, H./Bühner, G.: Jahresstatistik der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland (Berichtszeitraum 1. 1. 1987–31. 12. 1987). EBIS-Berichte Bd. 10, München 1988.
- Sohn, M.: Drogenstatistik 1986, in: FDR-Berichte Nr. 13, Dezember 1987, S. 1–8.
- Welz, R.: Epidemiologie und Risikofaktoren jugendlichen Drogenkonsums, in: Th. Hellbrügge, Hrsg., Drogen im Kindes- und Jugendalter. (Fortschritte der Sozialpädiatrie, Bd. 10.) Lübeck 1987, S. 104–119.

Verf.: Priv.-Doz. Dr. Karl-Heinz Reuband, Zentralarchiv für empirische Sozialforschung, Universität zu Köln, Bachemer Str. 40, 5000 Köln 41