

## **Illegale Drogen**

Ein Sozialindikatorenreport  
von Karl-Heinz Reuband

### **3.3.1 Einleitung**

Vor nicht wenigen Jahren glaubte ein großer Teil der Drogenexperten, die Drogenwelle in der Bundesrepublik – sowohl im Bereich des weichen als auch des harten Drogengebrauchs – würde endgültig abflauen. Doch innerhalb weniger Jahre hat sich die Lage geändert. Die Zahl der Meldungen in den Medien, die eine sich dramatisch zuspitzende Entwicklung beschreiben, wächst von Tag zu Tag. Und gleichzeitig nimmt die Zahl der Schreckensmeldungen zu. Da ist die Rede von neuen, aggressiven Methoden der Dealer: Mit LSD getränkte Abziehbildchen und mit Heroin vermischte Zigaretten würden an ahnungslose und unschuldige Kinder und Jugendliche verschenkt. Und da wird berichtet, daß die Abhängigen immer jünger würden und eine Kriminalitätswelle ungeheuren Ausmaßes sich auf die Bundesrepublik zubewege. Zugleich beginnen die bisherigen Selbstverständlichkeiten in der Wahrnehmung des Drogengebrauchs zu zerbröckeln. Galt noch vor wenigen Jahren der Gedanke an Entkriminalisierung oder Legalisierung von weichen Drogen ebenso als undenkbar und wider aller Vernunft wie die Vorstellung einer Verschreibung von Heroin an Süchtige, so mehren sich in der letzten Zeit die Stimmen, die – unter jeweils unterschiedlichen Rahmenbedingungen – derartiges fordern. Nicht nur unter Politikern der Grünen (vgl. die tageszeitung vom 27. 8. 1987, S. 5), sondern auch unter Vertretern der etablierten Parteien und ebenso unter Drogen-

experten finden sich immer häufiger Überlegungen, die bisherige Drogenpolitik grundsätzlich zu ändern und zu liberalisieren.(1)

Die Drogensituation ist in Bewegung geraten und so auch ihre öffentliche Wahrnehmung. Doch wie so oft in Zeiten einer sich zuspitzenden Problem-entwicklung gehen Wahrheiten, Halbwahrheiten sowie Mythen und der Ruf nach neuen, oft „einfachen“ Lösungen in die Diskussion vermehrt ein. Bloße Mutmaßungen über neue Trends im Drogengebrauch finden umso mehr großen Widerhall, je dramatischer sie erscheinen und sich in das Bild einer sich verschärfenden Entwicklung einfügen. An Korrekturen der ebenso rasch entstehenden wie sich verfestigenden Mythen fehlt es meist oder sie erfolgen zu spät, um deren Ausbreitung zu verhindern: die Vernachlässigung der Forschung zur Ätiologie und Epidemiologie des Konsums harter Drogen macht sich daran ebenso nachteilig bemerkbar wie die Tatsache, daß es an sozialwissenschaftlich ausgebildeten Forschern weitgehend fehlt, die sich dem Thema im Rahmen kontinuierlicher, kumulativer Grundlagenforschung zuwenden.

Im folgenden soll versucht werden, auf der Basis der verfügbaren empirischen Materialien eine Bestandsaufnahme der neuen Entwicklung vorzunehmen. Dies geschieht auf der Basis ausgewählter Indikatoren (Kennziffern), welche Aussagen über Verbreitung, Erscheinungsformen und Trends des Drogengebrauchs erlauben.(2) Dabei beschränken wir uns an dieser Stelle weitgehend auf den Konsum harter Drogen. Die Frage nach der Entwicklung des Gebrauchs weicher Drogen und die nach dem Zusammenhang von Drogen und AIDS finden sich in unseren früheren Übersichten abgehandelt (Reuband 1987, 1988a). Drei Fragen sollen uns im folgenden interessieren: 1. die Verbreitung und Veränderung des Konsums harter Drogen, 2. die soziale Zusammensetzung der Drogenabhängigen und 3. die Stellung der Bundesrepublik im europäischen Vergleich.

### 3.3.2 Die neue Drogenwelle

#### 3.3.2.1 Entwicklung und Verbreitung des Konsums harter Drogen

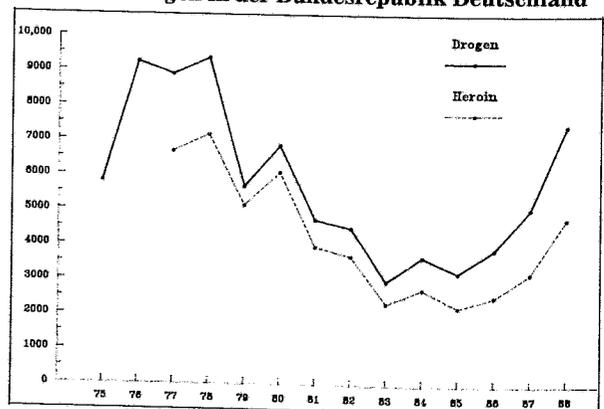
Die beste Datengrundlage zur Bestimmung der Drogenentwicklung stellen nach wie vor die von der Polizei generierten Statistiken dar. Auch wenn man davon ausgehen kann, daß der Umfang des registrierten Täterkreises durch polizeiliche Fahndungsstrategien und den Ausbau des Polizeiapparates entscheidend mitbestimmt wird, kann man vermuten, daß die Mehrheit der Drogenabhängigen irgendwann im Laufe ihrer Drogenkarriere polizeilich auffällt und als Konsument harter Drogen registriert wird.<sup>(3)</sup> Nimmt man den Anteil der Rauschgifttoten, die vorher der Polizei als Konsumenten harter Drogen bekannt waren, als Maßstab, so kommt man für die 80er Jahre im Schnitt auf Werte von rund zwei Drittel vorheriger Identifikation (errechnet nach Angaben des Bundeskriminalamtes). Und nimmt man Informanteninterviews im Rahmen einer repräsentativen Haushaltsbefragung als Datenbasis, so werden von den Heroinkonsumenten, die den Befragten bekannt sind, ebenfalls zwei Drittel als Personen bezeichnet, die wegen ihres Drogengebrauchs schon einmal Probleme mit der Polizei hatten (Reuband 1989a). Unter den weniger weit fortgeschrittenen Konsumenten harter Drogen wird die Quote niedriger liegen. Was die Polizeiregister abbilden können, ist am ehesten der engere Kern der Drogenabhängigen.

Für die Einschätzung neuer Trends im Bereich des harten Drogengebrauchs stellen vor dem Hintergrund der überhaupt verfügbaren Daten die Angaben über *erstmal*s polizeilich auffällige Konsumenten harter Drogen den besten Zugang dar. Sie sind geeignet, in ungefähr die Veränderungen im Zustrom neuer Konsumenten abzubilden. Die in diesem Zusammenhang oft zitierte Zahl der Rauschgiftdelikte ist demgegenüber ein wenig brauchbarer Indikator. Wohl ist es bei vielen Darstellungen in den Medien und nicht selten auch in

wissenschaftlichen Publikationen üblich, eine Injektionsspritze als Mittel optischer Dramatisierung in die graphische Darstellung der Deliktsentwicklung mitaufzunehmen (so etwa Der Spiegel, Nr. 30, 1988, S. 32, Strunck 1989: 312) (4), doch führt diese Symbolik in die Irre: die *Mehrheit* der ermittelten Täter wird von Cannabiskonsumenten repräsentiert. Zur Einschätzung der Gesamtentwicklung des harten Konsums unter Einschluß der Wiederholungstäter eignen sich nur Statistiken, die nach Art der Droge ausdifferenziert sind.

Gemessen an der Zahl der erstmals polizeilich auffälligen Konsumenten harter Drogen – soweit sie in die Falldatei Rauschgift des Bundeskriminalamtes eingeht(5) – hat sich in der Bundesrepublik seit 1984 eine erhebliche Verschärfung der Drogenproblematik vollzogen. Fielen noch 1985 lediglich 3246 Personen erstmals der Polizei als Konsumenten harter Drogen auf, so waren es 1986 3921, 1987 bereits 5084 und 1988 7456. Innerhalb von drei Jahren hat sich die Zahl also mehr als verdoppelt. Anders als üblicherweise dargestellt, handelt es

Abbildung 1: **Erstauffällige Konsumenten harter Drogen in der Bundesrepublik Deutschland**

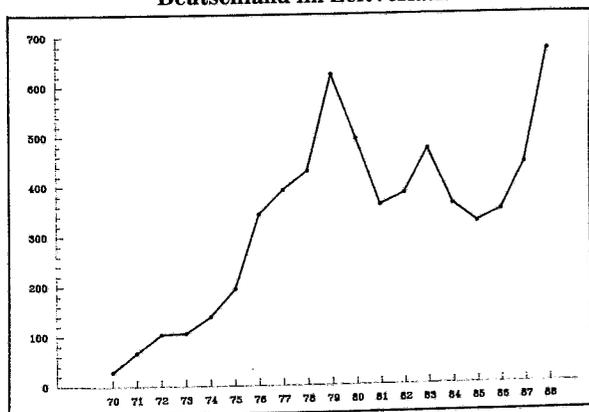


Quelle: Angaben des Bundeskriminalamtes

sich bei dieser Entwicklung jedoch um keinen gradlinigen Verlauf. Wie man *Abbildung 1* entnehmen kann, stellt die gegenwärtige Entwicklung vielmehr eine erneute Ausbreitung *nach* einer Phase des Rückgangs und der Stagnation dar: so waren im Jahr 1976 9236 Personen erstmals der Polizei aufgefallen – *mehr* als im Jahr 1988. Nach diesem Höhepunkt ging die Zahl zurück, bis sie gegen 1984 wieder zu steigen begann. Aufgrund der bisherigen Entwicklung spricht manches dafür, daß sich das Jahr 1989 zu einem bisher noch nicht dagewesenen Höhepunkt in der Entwicklung der Neukonsumenten entwickelt. Die Entwicklung betrifft faktisch alle Bundesländer, wenn auch mit unterschiedlichen Zuwachsraten.

Nicht nur die Zahl der Neukonsumenten, sondern auch die Zahl der Komplikationen durch Drogengebrauch – festgemacht an der Zahl der Drogentoten – ist in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Und wie bei den erstauffälligen Konsumenten gilt auch hier, daß der Verlauf langfristig kein gradlini-

Abbildung 2: **Drogen-Todesfälle in der Bundesrepublik Deutschland im Zeitverlauf**



Quelle: Angaben des Bundeskriminalamtes

ger ist, sondern einer mit Höhen und Tiefen. Dabei überschritt die Zahl der Rauschgifttoden bereits im Jahr 1988 den bisherigen Höchststand von 1979, als 623 Tote zu beklagen waren (*Abbildung 2*). Eine weitere Steigerung auf fast 1000 Tote ist nach bisherigen Schätzungen für das Jahr 1989 zu erwarten. Damit könnte, so die Mutmaßungen des Bundeskriminalamtes, die Bundesrepublik Deutschland zum Land mit den meisten Drogentoten aller europäischen Länder werden. Einmal mehr erweist sich der Zuwachs als ein bundesweites Phänomen, das mehr oder weniger alle Bundesländer und Großstädte umfaßt (*Tabelle 1*).

|   | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Bundesrepublik insgesamt einschl. West-Berlin | 360  | 383  | 472  | 361  | 324  | 348  | 442  | 670  |
| <b>Länder</b>                                 |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Baden-Württemberg                             | 40   | 56   | 61   | 44   | 49   | 32   | 53   | 71   |
| Bayern  | 33   | 33   | 35   | 40   | 33   | 38   | 32   | 50   |
| Berlin  | 65   | 40   | 76   | 32   | 39   | 55   | 41   | 79   |
| Bremen  | 9    | 18   | 29   | 16   | 10   | 22   | 29   | 36   |
| Hamburg                                       | 17   | 29   | 22   | 9    | 18   | 20   | 47   | 74   |
| Hessen  | 59   | 59   | 70   | 73   | 54   | 69   | 96   | 105  |
| Niedersachsen                                 | 28   | 41   | 43   | 35   | 27   | 21   | 26   | 59   |
| Nordrhein-Westfalen                           | 90   | 77   | 109  | 86   | 73   | 67   | 91   | 154  |
| Rheinland-Pfalz                               | 12   | 14   | 19   | 11   | 8    | 14   | 10   | 22   |
| Saarland                                      | 4    | 2    | 5    | 3    | 5    | 4    | 8    | 4    |
| Schleswig-Holstein                            | 4    | 14   | 3    | 12   | 8    | 6    | 9    | 16   |
| <b>Städte</b>                                 |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Düsseldorf                                    | 5    | 7    | 8    | 7    | 3    | 5    | 5    | 11   |
| Frankfurt                                     | 29   | 36   | 40   | 35   | 32   | 42   | 56   | 60   |
| Köln  | 4    | 5    | 4    | 7    | 7    | 2    | 10   | 12   |
| Mannheim                                      | 4    | 10   | 7    | 3    | 3    | 5    | 7    | 9    |
| München                                       | 10   | 6    | 5    | 11   | 13   | 16   | 14   | 21   |
| Nürnberg                                      | 6    | 8    | 7    | 9    | 4    | 3    | 6    | 8    |
| Stuttgart                                     | 1    | 7    | 8    | 6    | 3    | 3    | 3    | 10   |

**Quelle:** Angaben des Bundeskriminalamtes

Warum die Zahl der Drogentoten so dramatisch wächst, ist eine vorerst noch offene Frage. Sie ist zum einen eine Funktion der Gesamtzahl Drogen-

abhängiger, wird zugleich jedoch entscheidend mitgeprägt durch den Reinheitsgehalt der angebotenen Mittel und den körperlichen Zustand der Fixer. Ändert sich der Reinheitsgehalt relativ unerwartet, werden die Schwankungsbreiten größer, so wird es eher zu einer Überdosis kommen. Wie groß die möglichen Schwankungsbreiten bei den üblicherweise eingenommenen Mitteln sind, zeigt das Beispiel Hamburg: Dort schwankte 1988 der Reinheitsgehalt bei den beschlagnahmten Kleinmengen von Heroin unter 1 g zwischen 9,8 % und 63,2 % (Quelle: Jahresbericht 1988 zur Rauschgiftkriminalität in Hamburg). Manche Autoren – so etwa der nordrhein-westfälische Gesundheitsminister – erklären die Entwicklung auch durch eine sich ausweitende „Hoffnungslosigkeit“ unter den länger Abhängigen. Dem entspreche ein hoher Selbstmordanteil unter den Älteren (vgl. Kölner Stadt-Anzeiger vom 20. 10. 1988, S. 36)

Wie groß der Gesamtumfang der gegenwärtigen, harten Drogenszene anzusetzen ist, ist schwer zu sagen. Eine empirisch abgesicherte Ausgangsbasis fehlt. Die Schätzungen variieren z. T. erheblich. Die Angaben des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, die auf Schätzungen der Drogenbeauftragten der Länder zurückgehen, belaufen sich seit mehreren Jahren auf etwa 50 000 Abhängige. In einer Veröffentlichung des Bundespresse- und Informationsamtes aus dem Jahr 1987 wird von einer Zahl von unter 50 000 ausgegangen (Bundespresse- und Informationsamt 1987:3). Demgegenüber liegen die Schätzungen des Bundeskriminalamtes und des Bundesinnenministeriums höher und belaufen sich für die Gegenwart auf etwa 100 000 Personen.

Wie plausibel sind diese Schätzungen? Nimmt man die Zahl der bis Ende 1988 jemals polizeilich registrierten Konsumenten harter Drogen, so kommt man auf rund 91 000. Ein Teil davon – zwischen 1970 und 1988 gab es 6283 Rauschgifttote – ist als zwischenzeitlich verstorben anzusehen (Angaben

des Bundeskriminalamtes, eigene Berechnungen). Ein weiterer, schwer kalkulierbarer Teil ist als „vorläufig oder endgültig“ geheilt oder in Therapie bzw. einer Strafanstalt anzusehen. Der andere, vermutlich größere Teil (Reuband 1989 a) gehört weiterhin zu den aktiven Konsumenten. Angesichts der vorzunehmenden Einschränkungen ist die Zahl der aktuellen Konsumenten unter den jemals registrierten Konsumenten harter Drogen mithin geringer anzusetzen als bei 91 000. Dem steht andererseits ein anderer Teil aus dem bislang nicht identifizierten Dunkelfeld entgegen. Aus dieser Sicht erscheint es realistisch, die Zahl der süchtigen Konsumenten harter Drogen *mindestens* bei Werten zwischen 50 000 und 100 000 anzusetzen. Bei Einschluß nicht süchtiger Gelegenheitskonsumenten und Probierer von Opiaten und injektivem Drogengebrauch in die Kalkulation (dazu vgl. Reuband 1989 d) dürfte sich diese Zahl erheblich erhöhen. Man könnte dann unter Umständen auf Werte bis 200 000 Personen kommen.

### 3.3.2.2 Ursachen des Wandels

Die Gründe für den in den Polizeizahlen dokumentierten, neuerlichen Anstieg des harten Drogengebrauchs sind ungewiß. Zwei Tatbestände lassen die Entwicklung als unerwartet erscheinen: erstens die Tatsache, daß sich seit Ende der 70er Jahre ein fast kontinuierlicher Rückgang in der Zahl der Erstauffälligen ergeben hat und sich unter Jugendlichen – einschließlich solcher mit Drogenerfahrung – die Einstellung zu Heroin weiter ins Negative gekehrt hat. Zweitens der Tatbestand, wonach die Gefahren des injektiven Drogengebrauchs mit dem Aufkommen der AIDS-Epidemie deutlicher geworden sind. Daß eine gemeinsame Nadelbenutzung einen Mechanismus der AIDS-Verbreitung darstellt, ist inzwischen durchweg bekannt (vgl. Reuband 1988 a).

Eine mögliche Erklärung für den dennoch stattfindenden Konsumanstieg könnte sein, daß in *Unter-*

gruppen der Drogenerfahrenen eine andere Bewertung der harten Drogen vollzogen wird als unter den Nichtkonsumenten und bloßen Probierern. Für den Fall des Gebrauchs von Kokain – nicht aber von Heroin – läßt sich dies tatsächlich belegen (Reuband 1988a:45). Und dies ist in diesem Zusammenhang womöglich ein durchaus entscheidender Tatbestand: Mag sich auch der Konsument gegenüber Heroin ablehnend verhalten, so ist er doch dem Kokain gegenüber aufgeschlossen. Hat er dies erst einmal genommen, sinkt unter Umständen ebenfalls die Hemmschwelle gegenüber dem als risikoreicher geltenden Heroin (wobei die Möglichkeit ähnlicher Einnahmeformen über das „sniefen“ den Übergang erleichtern mag). Wäre diese Annahme richtig, hieße das: die Entscheidung für bestimmte Drogen erfolgt *sequentiell* im Rahmen eines Verlaufsprozesses. Welche Droge als nächstes genommen wird, ist weniger von den früheren Einstellungen als von der jeweiligen Phase der Drogenkarriere abhängig, in der sich der Konsument gerade befindet und in der sich bei ihm neue Perspektiven gegenüber dem Drogengebrauch entwickeln (dazu vgl. auch Reuband 1989 b).

Nun gibt es nicht nur die Nachfrage- sondern auch die Angebotsseite des Drogenmarktes. Und diese könnte die Entwicklung ebenfalls begünstigt haben. In der neueren öffentlichen Darstellung wird in der Tat fast immer diese Angebotsseite als die entscheidende Größe der neueren Entwicklung angesprochen. Dabei spielen Vorstellungen vom „Dealer“, der Kinder und Jugendliche zum Konsum veranlaßt, eine herausgehobene Rolle. In der einen – selteneren – Variante ist von Abziehbildern die Rede, die mit LSD getränkt seien und an ahnungslose Kinder verschenkt werden. Behauptet wird, daß durch das bloße Lecken (oder Schlucken) der Abziehbildchen die Kinder süchtig werden. Es ist eine Meldung, die sich in Zeitungen mit Massenverbreitung, den Fernsehnachrichten, ebenso wie in Publikationszeitschriften findet (z. B.

BILD vom 19. 12. 1988, S. 1, 28. 9. 1989, S. 1, 4; 29. 9. 1989, S. 12; Coupé 1989:23). Die Tatsache, daß diese Meldung so schnell übernommen wurde und manche Medien auch nach dem staatlichen Dementi davon nicht ablassen, zeigt, wie sehr sich die damit verbundenen Vorstellungen in das verbreitete Bild vom Dealer fügen. Die Rezeption ist zugleich ein deutliches Zeichen für die weitverbreitete Neigung, den Drogengebrauch jeweils von den Extremen der Drogenabhängigkeit her zu sehen: Von LSD kann man aber – im Gegensatz zu anderen Drogen – körperlich *nicht* abhängig werden (vgl. z. B. Schmidbauer und Scheidt 1981:242). Doch selbst wenn es nur um bloße Rauschzustände und nicht um Sucht ginge: Zum einen würde das bloße Lektieren ohnehin nicht ausreichen, um Rauschzustände hervorzurufen. Zum anderen würde das Mittel Nichtkonsumenten, die zum ersten Mal LSD nehmen und unerwartet Halluzinationen erleben, eher massiv abschrecken als positive Bindungen hervorrufen. Einen Kundenstamm könnten sich Dealer durch solche Strategien nicht aufbauen. Verwechselt wird von denen, die derartige Berichte bringen, daß es LSD auf Löschpapier oder Bilder getropft schon seit langem gibt – als Handelsform, die u. a. eine gewisse Standardisierung der Einheiten für die Drogenerfahrenen ermöglicht. Als Mittel, um Kinder und Jugendliche ohne Drogenerfahrung unwissentlich zum Drogengebrauch zu verleiten, dient diese Darreichungsform nicht.

Die andere, in neuester Zeit populär gewordene Variante der Verführungstheorie geht vom Dealer aus, der mit Heroin vermischte Haschischzigaretten an ahnungslose Jugendliche verschenkt. Er tut dies, um sie langfristig süchtig und damit zum Kunden zu machen (Deutsches Allgemeines Sonntagsblatt vom 11. 12. 1988, S. 1, Hamburger Abendblatt vom 25. 1. 1989, TV Hören und Sehen Nr. 6, 1989, S. 18, Neue Revue Nr. 25, 1989, S. 7). Die Meldungen sind, wie so oft in der öffentlichen Darstellung „neuer Trends“, unhaltbar und ohne empi-

rische Referenz. Sie halten selbst dort einer Nachprüfung nicht stand, wo auf konkrete Orte verwiesen wird. (6) Und sie erscheinen auch aufgrund der bisherigen Studien zur Drogenkarriere als unwahrscheinlich: Übersehen wird, daß der Einstieg in den Heroingebrauch primär im Kontakt mit anderen Personen stattfindet, zu denen nähere Vertrautheit besteht. Fremde, die an den Konsumenten herantreten und ihm kostenlos Heroin oder andere Mittel schenken, kommen praktisch nicht vor (vgl. u. a. Berger et al. 1980, Kreuzer et al. 1981). Die Aussage von der an ahnungslose Jugendliche verschenkten, mit Heroin versetzten Haschischzigarette stellt nichts anderes als einen *Mythos* dar – einen freilich, der seit jeher sehr beliebt ist und immer wieder neu belebt wird. In vielerlei Hinsicht ähnelt er dem in der Frühzeit der weichen Drogenwelle in der Bundesrepublik, als Meldungen kursierten, Haschisch sei von Dealern mit Opium versetzt, um Abhängigkeit zu erzeugen (vgl. Kleiner 1971, Mattke 1972).

Stellt auch die Dealer-Verfügungsthese einen Mythos dar, so ist doch andererseits nicht ausgeschlossen, daß Elemente des Drogenmarktes (und nicht nur Elemente auf der Nachfrageseite) auf die Entwicklung maßgeblich Einfluß nehmen. Zu diesen zählen der Umfang des Drogenangebots und das Preis-Leistungs-Verhältnis. So wie die Preise für alkoholische Getränke die Verbreitung und Häufigkeit des Konsums mitbestimmen (vgl. u. a. De Lint 1977:428, Kendell et al. 1983), so könnte bei illegalen Drogen ein Preisverfall die Ausweitung des Konsums harter Drogen begünstigt haben. In welcher Weise Preissenkungen im einzelnen auf den Konsum harter Drogen Einfluß haben, ist dabei ungeklärt. Die eine Möglichkeit könnte darin liegen, daß die Gelegenheit steigt, kostenlos durch Freunde und Bekannte erstmals an harte Drogen heranzukommen: je weniger die Substanzen kosten, desto eher wird es vermutlich geschehen, daß den Novizen die Möglichkeit der kostenlosen

Teilnahme eingeräumt wird. Die zweite Möglichkeit liegt darin, daß von denen, die mit dem Konsum begonnen haben, aber noch nicht abhängig sind, für das gleiche Geld ein Mehr an Drogen gekauft werden kann. Unter diesen Umständen können es sich diese Konsumenten leisten, Heroin häufiger zu nehmen. Damit steigt zugleich die Schnelligkeit, mit der sie abhängig werden. Nur unter denen, die bereits abhängig sind, dürfte der Konsum weitgehend unabhängig vom Preis betrieben werden. Wenn für sie finanzielle Engpässe entstehen, werden sie sich vermehrt den illegalen Einkommensmöglichkeiten zuwenden.

Nimmt man die Mengen der beschlagnahmten Drogen und unterstellt eine konstante Dunkelfeldrelation, so scheint in den letzten Jahren das Drogenangebot in der Bundesrepublik erheblich größer geworden zu sein. 1984 wurden 264 kg Heroin

**Tabelle 2: Beschlagnahmte Rauschmittelmengen in kg im Zeitverlauf**

| Jahr | Sicherstellungsmengen in kg |        |          |
|------|-----------------------------|--------|----------|
|      | Heroin                      | Kokain | Cannabis |
| 1973 | 15                          | 4      | 4732     |
| 1974 | 33                          | 5      | 3913     |
| 1975 | 31                          | 1      | 6628     |
| 1976 | 167                         | 2      | 5326     |
| 1977 | 61                          | 8      | 9822     |
| 1978 | 187                         | 4      | 4724     |
| 1979 | 207                         | 19     | 6407     |
| 1980 | 267                         | 22     | 3200     |
| 1981 | 93                          | 24     | 6696     |
| 1982 | 202                         | 33     | 3155     |
| 1983 | 260                         | 106    | 4606     |
| 1984 | 264                         | 171    | 5646     |
| 1985 | 208                         | 165    | 11498    |
| 1986 | 157                         | 186    | 2678     |
| 1987 | 320                         | 296    | 3002     |
| 1988 | 537                         | 496    | 11352    |

Quelle: Bundeskriminalamt (1988)

beschlagnahmt und 1985 157 kg, 1986 aber bereits 320 kg und 1988 537 kg (vgl. *Tabelle 2*). Der Zugang zu Heroin (aber auch zu Mitteln wie Kokain) ist leichter geworden. Das vermehrte Angebot scheint – vergleicht man 1988 mit 1987 – mit einem Rückgang der Preise parallel zu gehen. Im längerfristigen Vergleich indes ist die Entwicklung weniger eindeutig als oft behauptet: 1984 betrug der Preis für Heroin 327 DM/g, 1985 315 DM/g, 1986 320 DM/g, 1987 370 DM/g (Angaben des Bundeskriminalamtes). Die Zahl für 1987 liegt danach höher als 1984, gleichzeitig aber ist die Zahl der erstauffälligen Konsumenten harter Drogen einschl. Heroin erheblich gestiegen. Die Preisentwicklung, so scheint es, geht nicht systematisch mit einem Anstieg in der Zahl der Erstauffälligen einher.

Anders die Situation in Hamburg, wo in den letzten Jahren der stärkste Anstieg der Zahl der erstauffälligen Konsumenten harter Drogen zu verzeichnen war: Bis gegen 1986 war hier der Straßenverkaufspreis für Heroin in etwa konstant. Mit dem Übergang zu 1987 sinkt er auf rund die  *Hälfte*  des vorherigen Preises! Gleichzeitig vollzieht sich eine Anhebung des Reinheitsgehaltes des beschlagnahmten Heroins, das Preis-Leistungsverhältnis verbessert sich.<sup>(7)</sup> Und parallel dazu findet eine geradezu explosionsartige Ausbreitung der Erstauffälligkeit statt: von 208 Konsumenten harter Drogen (meist von Heroin) im Jahr 1986 auf 597 im Jahr 1987 und 828 im Jahr 1988. Für 1989 wird bei einem weiterhin sinkenden Preis mit einer zusätzlichen Steigerung gerechnet. Damit scheint für Hamburg ein Zusammenhang zwischen Preisverfall und Ausweitung des Heroingebruchs gegeben zu sein. Für die Bundesrepublik als Ganzes ist der Zusammenhang möglicherweise allein deshalb weniger eindeutig und konsistent, weil es sich um regional aggregierte Durchschnittswerte handelt. Die Zusammenhänge werden durch die Aggregation der einzelnen regionalen Werte auf einem sehr hohen Niveau in gewissem Umfang verwischt.<sup>(8)</sup>

### **3.3.3 Soziale Zusammensetzung der Drogen-szene**

#### **3.3.3.1 Sinkt das Durchschnittsalter der Konsumenten?**

Folgt man neueren Darstellungen zum Drogengebrauch, so steigt nicht nur die Zahl der Drogenabhängigen dramatisch an. Die Dramatik der Entwicklung werde weiterhin dadurch verschärft, daß das Durchschnittsalter der Konsumenten immer weiter sinkt (so z. B. Der Spiegel Nr. 30, 1988, S. 39, Der Spiegel Nr. 12, 1989, S. 85, Deutsches Allgemeines Sonntagsblatt vom 11. 12. 1988, S. 1). Von Hamburg wird etwa behauptet, dort seien 1988 in Beratungsstellen Süchtige aufgetaucht, die noch keine 14 Jahre alt waren (Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 12. 7. 1989). Und von München wird berichtet, in die Entwöhnungsstationen der Krankenhäuser würden immer häufiger sehr junge, 14, 15, 16jährige Drogenabhängige kommen, die am Anfang ihrer Heroinkarriere ständen (Con-Drobs 1988: 11).

Die Klagen klingen neu und sind doch irgendwie vertraut: daß man bei steigendem Suchtmittelgebrauch die Gefahren gern unter Hinweis auf den steigenden Anteil Jugendlicher akzentuiert, ist historisch gesehen nichts Neues. Man findet eine vergleichbare Rhetorik seit dem Mittelalter, im Zusammenhang mit der Problematisierung des Alkoholtrinkens. Und man findet ähnliche Behauptungen in jüngster Zeit auch in Hinblick auf den Konsum weicher Drogen. Dabei ist es typisch (wie z. B. bei Krüger 1988:11), daß auf jegliche Belege verzichtet wird. Für die Autoren, welche die vermeintlich neue Entwicklung beschwören, zählt offenbar die „Plausibilität“ mehr als die empirische Bestandsaufnahme. Würden sie diese versuchen, kämen sie zur Erkenntnis, daß es beim weichen Drogengebrauch den behaupteten Trend gar nicht gibt (vgl. Reuband 1987, 1988b). Offenbar ist die Beschwörung der Gefahr immer dann besonders eindrucksvoll und findet große Reso-

nanz, wenn sie mit Jugendlichen assoziiert werden kann. Dies könnte auch die Bereitwilligkeit erklären, mit der derartige Aussagen in der Literatur und der Öffentlichkeit immer wieder aufgegriffen werden. Doch ob sie eine empirische Basis haben oder nicht, bedarf der Prüfung. Das gilt auch für den hier diskutierten Fall des Gebrauchs harter Drogen. Unter Umständen handelt es sich lediglich um lokal begrenzte Impressionen, die nicht notwendigerweise eine empirische Grundlage haben und generalisiert werden können.

Wir haben mehrere Möglichkeiten, die These vom Sinken des Durchschnittsalters auf der bundesweiten Ebene zu überprüfen: über Angaben des Bundeskriminalamtes zu den erstmals auffälligen Konsumenten harter Drogen und den Rauschgifttoten, sowie über Angaben von ambulanten und stationären Therapieeinrichtungen zu ihrem Klientel. Die empirischen Befunde über polizeilich Erstauffällige (wiedergegeben in *Tabelle 3*) sprechen gegen

**Tabelle 3: Erstauffällige Konsumenten harter Drogen nach Alter im Zeitverlauf (absolute Zahlen)**

| Alter  | 1979 | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| bis 13 | 6    | 7    | 5    | 2    | 1    | 3    | 1    | 2    | 1    | -    |
| 14-17  | 539  | 494  | 327  | 240  | 88   | 184  | 119  | 143  | 161  | 110  |
| 18-20  | 1969 | 2331 | 1331 | 1059 | 456  | 751  | 663  | 789  | 946  | 927  |
| 21-24  | 2048 | 2468 | 1819 | 1615 | 1004 | 1246 | 1016 | 1268 | 1709 | 2519 |
| 25-29  | 845  | 1138 | 905  | 1156 | 957  | 989  | 905  | 1054 | 1373 | 2185 |
| 30-39  | 221  | 343  | 303  | 380  | 433  | 474  | 482  | 602  | 802  | 1531 |
| 40 +   | 45   | 75   | 46   | 54   | 48   | 52   | 60   | 63   | 92   | 184  |
|        | 5673 | 6856 | 4736 | 4506 | 2987 | 3699 | 3246 | 3921 | 5084 | 7456 |

**Quelle:** Bundeskriminalamt

die weitverbreitete Annahme einer zunehmenden Verjüngung von Drogenabhängigen. Weder in absoluten noch in relativen Zahlen läßt sich ein Anstieg in der Zahl jüngerer Konsumenten nachweisen. Das Gegenteil trifft zu: wurden Ende der 70er Jahre und Anfang der 80er Jahre jährlich zwischen fünf und sieben Personen im Alter von 13 Jahren und jünger erstmals der Polizei bekannt, so

ist es 1987 nur noch eine Person und 1988 niemand mehr. Parallel dazu sinkt die Zahl der 14- bis 17-jährigen über die Zeit erheblich ab.

Das Muster wiederholt sich, wenn man die Zahl der Drogentoten zum Maßstab nimmt (Tabelle 4). Und

| Tabelle 4: Drogentote nach Geschlecht und Alter im Zeitverlauf |      |      |      |      |      |      |      |      |      |  |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--|
|  | 1971 | 1972 | 1973 | 1974 | 1975 | 1976 | 1977 | 1978 | 1979 |  |
| Gesamt   | 67   | 104  | 106  | 139  | 195  | 344  | 392  | 430  | 623  |  |
| Männlich   | 59   | 89   | 88   | 117  | 162  | 269  | 299  | 350  | 496  |  |
| Weiblich   | 8    | 15   | 18   | 22   | 33   | 75   | 93   | 80   | 127  |  |
| bis 13 Jahre   | -    | -    | -    | -    | 2    | -    | -    | 1    | -    |  |
| 14-17 Jahre  | 8    | 11   | 12   | 7    | 19   | 31   | 21   | 25   | 43   |  |
| 18-20 Jahre  | 34   | 31   | 33   | 62   | 70   | 108  | 84   | 113  | 147  |  |
| 21-24 Jahre  | 19   | 28   | 43   | 47   | 79   | 147  | 169  | 163  | 250  |  |
| 25-29 Jahre  | 3    | 10   | 12   | 18   | 17   | 52   | 87   | 90   | 148  |  |
| über 30 Jahre  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |  |
| und älter  | 3    | 3    | 3    | 5    | 8    | 6    | 31   | 36   | 35   |  |
| unbekannt  | -    | 19   | -    | -    | -    | -    | -    | 2    | -    |  |
| Durchschnittsalter   | ..   | ..   | ..   | ..   | ..   | ..   | ..   | ..   | ..   |  |
| 1980 1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988                   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |  |
| gesamt   | 494  | 360  | 383  | 472  | 361  | 324  | 348  | 442  | 670  |  |
| männlich   | 373  | 266  | 287  | 346  | 281  | 235  | 275  | 356  | 548  |  |
| weiblich   | 121  | 94   | 94   | 126  | 80   | 89   | 73   | 86   | 122  |  |
| bis 13 Jahre   | -    | 1    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    |  |
| 14-17 Jahre  | 14   | 19   | 12   | 7    | 8    | 2    | -    | 1    | 2    |  |
| 18-20 Jahre  | 86   | 69   | 33   | 56   | 23   | 23   | 15   | 32   | 33   |  |
| 21-24 Jahre  | 167  | 133  | 116  | 135  | 111  | 86   | 60   | 86   | 155  |  |
| 25-29 Jahre  | 169  | 103  | 141  | 176  | 147  | 119  | 132  | 144  | 196  |  |
| über 30 Jahre  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |  |
| und älter  | 58   | 35   | 76   | 97   | 72   | 94   | 141  | 179  | 265  |  |
| unbekannt  | -    | -    | 3    | -    | -    | -    | -    | -    | 19   |  |
| Durchschnittsalter   | ..   | ..   | 26   | 26   | 27   | 27   | 28   | 28   | 29   |  |

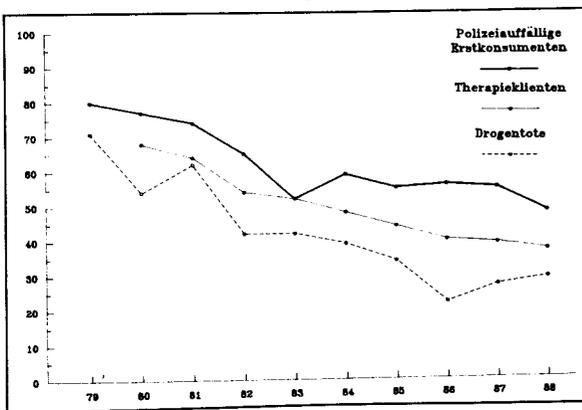
.. keine Angaben

Quelle: Bundeskriminalamt

es findet sich auch dort eine Parallele, wo auf Therapiedaten zurückgegriffen wird (eigene Berechnungen auf der Basis der EBIS Jahresstatistiken). Wie sehr sich im Langzeitvergleich entlang der drei hier verwendeten Indikatoren nicht nur die absolute, sondern auch die relative Zahl Jüngerer verschö-

ben hat, zeigt – für die Erstauffälligen, die therapeutisch Betreuten und die Drogentoten – *Abbildung 3*. Danach sinkt zwischen 1979 und 1988 der

**Abbildung 3: Anteil der Jugendlichen im Alter von 24 Jahren und jünger unter den Konsumenten harter Drogen (in Prozent)**



**Quelle:** Bundeskriminalamt sowie Angaben der EBIS Systems über ambulant betreute Klienten, eigene Berechnungen.

Anteil der unter 25jährigen unter den Erstauffälligen von 80 % auf 48 %, unter den therapeutisch Betreuten von über 68 % auf 37 % und unter den Drogentoten von 71 % auf 29 %. Angesichts der Tatsache, daß die Drogentoten und die ambulant betreuten Konsumenten nicht nur die Konsumenten in einer relativen Frühphase ihrer Heroinkarriere umfassen, sondern auch diejenigen in fortgeschrittenem Stadium – polizeilich Erst- und Wiederauffällige – mag es nicht weiter verwundern, daß Veränderungen bei den therapeutisch Betreuten und den Drogentoten am stärksten sind und unter den Erstauffälligen am wenigsten.

Der Befund, wonach die Trends bei den polizeilich auffälligen und therapeutisch betreuten Fixern

weitgehend ähnlich verlaufen, ist zugleich geeignet, ein Phänomen zu entschlüsseln, das in den letzten Jahren in Therapeutenkreisen vermehrt Anlaß zur Sorge war: die zunehmende „Alterung“ des Klientels. Man hat sie eher als ein Spezifikum des eigenen Tätigkeitsfeldes angesehen, denn als Reflex einer allgemein veränderten Zusammensetzung, sei es, daß man die „kollektive Alterung“ der Therapeuten oder die jeweiligen Anforderungen an die Klientenmotivation zur Ursache erhob (vgl. z. B. Plum 1987:10ff., Sohn 1987:7). Dem entspricht eine auch in anderen Bereichen der Sozialarbeit verbreitete Tendenz, sich über den eigenen Alterungsprozeß und seine Folgen für die Arbeit mit Jugendlichen Gedanken zu machen (siehe etwa Hafenegger 1989). Daß die These, die Veränderungen im Klientel wären Folge von Veränderungen im Therapeutenstab, im vorliegenden Fall auf Fehlzuschreibungen beruht, belegen unsere Vergleichsdaten aus dem Tätigkeitsfeld der Polizei. Die Ursache des beobachteten Wandels kann deshalb nicht sein, daß die jüngeren Konsumenten immer schlechter erreicht werden. Der primäre Grund kann nur darin liegen, daß sich die Zusammensetzung der Konsumenten allgemein verändert hat.

Mag auch auf der nationalen Ebene der Anteil Jüngerer kleiner werden, so sind jedoch auf *lokaler* Ebene andersgeartete Entwicklungen nicht ausgeschlossen. Daß sie existieren, dafür ist Hamburg ein besonders eindrucksvolles Beispiel. Hier zeigte sich zu Beginn der 80er Jahre noch ein Rückgang im Anteil der Jüngeren unter den erstmals auffälligen Konsumenten harter Drogen. Dem folgte Mitte der 80er Jahre eine gewisse Stagnation und dann – parallel zur Ausweitung der Drogenszene – ein wieder steigender Anteil Jüngerer (in absoluten als auch relativen Zahlen). Stellten die unter 25jährigen in Hamburg 1985 und 1986 noch 40 %, so repräsentieren sie 1987 bereits einen Anteil von 48 % und 1988 von 54 % (eigene Berechnungen auf der Basis von Zahlen des Hamburger Rauschgiftdezernates).

Von einem sinkenden Durchschnittsalter der behandelten Heroinkonsumenten wird in Hamburg auch von Beratungsstellen berichtet. Die Verhältnisse mögen in einzelnen anderen Regionen oder Städten der Bundesrepublik ähnlich liegen.

Folgt man Nils Bejerot und anderen Autoren, so ist für eine schrumpfende Phase des Drogengebrauchs ein Anstieg des Durchschnittsalters charakteristisch, für die Expansionsphase jedoch dessen Absinken. Unter diesen Umständen – so die Interpretation – stoßen mehr Jüngere zum Kreis der Konsumenten als bisherige Konsumenten kollektiv altern (vgl. Bejerot 1975:40). Ob diese Aussagen ohne weiteres generalisiert werden können, halten wir für fraglich: Ein steigendes Durchschnittsalter müßte sich schließlich auch dann zeigen, wenn unter den älteren Jugendlichen ein zunehmender Anteil auf den harten Drogengebrauch umsteigt. Aus dieser Sicht könnten die Hamburger Befunde allenfalls heißen, daß dort – anders als im Durchschnitt der anderen Regionen der Bundesrepublik – vor allem unter den Jüngeren eine „Drogenepidemie“ ausgebrochen ist. Weil Jugendliche stärker zu abweichenden Verhaltensweisen und zum Ausprobieren neuer Verhaltensmuster neigen als Ältere (vgl. u. a. Kaiser 1979, Farrington 1986), mag allein aufgrund dieser veränderten Rekrutierungsbasis auch der besonders akzentuierte Anstieg in der Zahl neuer Konsumenten in Hamburg stattgefunden haben. Und vielleicht gibt es auch einen spezifischen Zusammenhang mit der Preisentwicklung: je niedriger die Preise sind, desto eher können sich Jüngere das Mittel in der Anfangsphase ihrer Drogenkarriere, in der sie noch nicht abhängig sind, leisten. Bei ihrem im Vergleich zu den älteren Jugendlichen begrenzten finanziellen Budget sind sie mehr als diese auf entsprechend „günstige“ Angebote angewiesen, um wiederholt zur Droge zu greifen.

Schließlich ist noch ein weiteres Moment zu beachten: solange die Preise niedrig sind, können Kon-

sumformen gewählt werden, die einen relativ „verschwenderischen“ Umgang mit der Substanz beinhalten. Wer Heroin „snieft“ oder raucht, der verbraucht einen größeren Teil der Substanz als jemand, der dieses Mittel spritzt (Berger et al. 1980: 89, Parker et al. 1988:53). Die Kombination von geringen Heroinpreisen und Zurkenntnisnahme von Konsumformen, die nicht mit dem injektiven Gebrauch identisch sind – beides ein Phänomen der zweiten Hälfte der 80er Jahre –, könnte dazu geführt haben, daß mehr Jugendliche als früher über den nichtinjektiven Drogengebrauch zur Heroinverwendung kommen. Angesichts der Vorstellung, daß beim „sniefen“ oder Rauchen des Heroins die AIDS-Gefährdung und das Abhängigkeitsrisiko gegenüber dem injektiven Gebrauch reduziert werden, mag mancher Jugendliche überdies umso stärker gewillt sein, Heroin auszuprobieren (vgl. dazu auch Berger et al.: 1980: 88, Parker et al. 1988:49). Die Tatsache, daß in Hamburg, als Region mit überproportional starkem Anstieg, das Heroin vermehrt von Neueinsteigern nicht injiziert, sondern geraucht wird (persönl. Mitteilung von Beratungsstellen und dem Rauschgiftdezernat), könnte ein Indiz für die Richtigkeit dieser Interpretation sein.

Man wird entsprechend gut daran tun, in der Zukunft den jeweiligen lokalen/regionalen Entwicklungen besondere Aufmerksamkeit zu schenken, um aus den lokalen Rahmenbedingungen heraus Trends zu interpretieren. Daß dies Sinn macht, belegen ausländische Studien: Daß die Entwicklung des Heroingebrauchs als Makrophänomen meist nicht als eine uniforme Entwicklung, sondern als eine Überlappung lokal verschiedener Epidemien zu betrachten ist, haben vor allem Autoren aus den USA betont (Hunt und Chambers 1976). Und daß auf lokaler Ebene nationale Trends in besonderem Maße akzentuiert werden und sich Besonderheiten herausentwickeln können, darauf haben u. a. auch neue Studien zur Drogenabhän-

gigkeit in Großbritannien hingewiesen (u. a. Parker et al. 1988).

### 3.3.3.2 Geschlechtsspezifische Trends: Wird der Anteil weiblicher Fixer unterschätzt?

Ähnlich wie im Fall der Altersbeziehung ist auch die Geschlechterzusammensetzung in Therapeutenkreisen in der letzten Zeit vermehrt thematisiert worden. Die Tatsache, daß die Mehrzahl des Drogenklientels aus Männern besteht, hat dazu geführt, über die Gründe für die Unterrepräsentation der Frauen nachzudenken: ist es die geschlechtsspezifische Zusammensetzung des Therapeutenteams? Sind die therapeutischen Institutionen zu sehr auf die spezifischen Bedürfnisse männlicher Abhängiger zugeschnitten, so daß die Frauen fortbleiben (vgl. z. B. Hanel 1988:2,5)? Unser Vergleich mit den Daten über polizeilich erstmals auffällige Fixer belegt einmal mehr (Tabelle 5), daß es therapiespezifische Gründe nicht sein können: Männer sind – in etwa der gleichen Größenordnung – auch unter den polizeilich auffälligen Abhängigen überrepräsentiert. Und von einer Reduktion der Geschlechterunterschiede kann, wie der Langzeitvergleich belegt, ebenfalls nicht die Rede sein. Nach einer anfänglichen,

| Tabelle 5: Männer-Anteil unter Konsumenten harter Drogen in der Bundesrepublik im Zeitverlauf (in Prozent) |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|  | 1970 | 1971 | 1972 | 1973 | 1974 | 1975 | 1976 | 1977 | 1978 | 1979 |
| Erstmals registrierte Konsumenten harter Drogen (1)  | 91   | 80   | 67   | 77   | 70   | 77   | 75   | 77   | 73   | 70   |
| Opiatabhängige in ambulanten Einrichtungen (2)   | ..   | ..   | ..   | ..   | ..   | ..   | ..   | ..   | ..   | ..   |
| Drogenabhängige in stationären Einrichtungen (3)   | ..   | ..   | ..   | ..   | ..   | ..   | ..   | ..   | ..   | ..   |
| Drogentodesfälle (4)   | ..   | 88   | 86   | 83   | 84   | 83   | 78   | 76   | 81   | 80   |

|   | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Erstmals registrierte Konsumenten harter Drogen (1) | 70   | 68   | 70   | 71   | 71   | 74   | 75   | 76   | 75   |
| Opiatabhängige in ambulanten Einrichtungen (2)      | 68   | 68   | 71   | 72   | 74   | 72   | 73   | 73   | 72   |
| Drogenabhängige in stationären Einrichtungen (3)    | ..   | ..   | 75   | 73   | 68   | 75   | 72   | 71   | 75   |
| Drogentodesfälle (4)                                | 76   | 74   | 75   | 73   | 78   | 73   | 79   | 80   | 82   |

**Quelle:** (1) 1970–1978: Kreuzer et al. (1981: 63) Stichprobe von Drogenabhängigen aus der Kartei des BKA über Konsumenten harter Drogen. Ab 1979: Angabe des Bundeskriminalamtes auf der Basis der Gesamtzahl ermittelter Konsumenten. (2) EBIS Jahresberichte. (3) Verband der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke. DOSY Jahresberichte 1987–1988. (4) Bundeskriminalamt. .. keine Zahlen verfügbar.

leichten Reduktion bis zu Beginn der 80er Jahre steigt der Männeranteil sogar leicht wieder an.

Nun läßt sich andererseits auf der Basis von Umfragen unter Jugendlichen feststellen, daß die einstige Überrepräsentation der männlichen Jugendlichen einer Gleichverteilung der Geschlechter gewichen ist (Welz 1987:107, Reuband 1989c:Tab. 1). Angesichts der Tatsache, daß der Einstieg in den harten Drogengebrauch in der Regel über den Einstieg in den weichen Drogengebrauch (meist in Form von Cannabis) erfolgt, hätte man zeitversetzt eine analoge Entwicklung im Bereich des harten Drogengebrauchs erwarten müssen. Bedeutet dies, daß männliche Fixer generell häufiger freiwillig oder erzwungenermaßen auffällig werden als weibliche? Gibt es so etwas wie ein Dunkelfeld nicht institutionell erfaßter Konsumenten, das sich grundlegend von dem erfaßten unterscheidet? Die Tatsache, daß weibliche Fixer sich über Prostitution eine kontinuierliche Geldquelle erschließen können, um ihre Sucht zu finanzieren (vgl. u. a. Grosse Aldenhövel et al. 1986:347, Harms et al. 1987:377), männliche Fixer dafür die Eigentumskriminalität als Erwerbsquelle nutzen (vgl. u. a. Kreuzer 1975:369 ff., Kreuzer et al. 1981:230 ff., Hanel 1988:5)

– die sie in besonderem Maße der Polizeientdeckung aussetzen muß – könnte man als möglichen Grund der unterschiedlichen Geschlechterverteilung ansehen. Daraus könnte einerseits nicht nur eine unterschiedliche Auffälligkeitschance erwachsen, sondern ebenfalls ein unterschiedlicher Problemdruck, der weniger um therapeutische Hilfe ersuchen läßt.

Man kann versuchen, die Frage der „wahren“ Zusammensetzung der Abhängigen unter Rekurs auf andere Datenquellen zu beantworten. Neben der nicht unproblematischen Möglichkeit, Statistiken über Drogentote heranzuziehen(9), bietet es sich an, Datentypen zu wählen, die nicht im Kontext der polizeilich generierten Ermittlungstätigkeit oder therapeutischer Hilfe entstanden sind. Dabei liegt ein möglicher Zugang darin, auf AIDS-Kranke zu rekurrieren: Die Identifikation als AIDS-Erkrankter ergibt sich aufgrund von somatischen Erscheinungsformen, die mit der Tatsache institutioneller Auffälligkeit gegenüber Beratungsstellen oder der Polizei nichts zu tun hat. Auch wenn die Art des Umgangs mit Risikosituationen – gemeinsame Spritzenbenutzung oder Geschlechtsverkehr ohne Kondom – je nach Geschlecht etwas unterschiedlich ausgeprägt sein sollte, kann man mit der gebotenen Vorsicht diese Daten verwenden. Die zweite Strategie besteht darin, die Teilnahme an Spritzenaustauschprogrammen zum Maßstab zu nehmen. Hierzu liegen bislang lediglich Daten über Teilnehmer eines entsprechenden Programms in Frankfurt vor. Selbst wenn damit eine Heroinszene abgebildet wird, deren Zusammensetzung nicht notwendigerweise völlig mit der bundesweiten Szene identisch ist, ist doch zumindest eine ungefähre Einordnung möglich. Der dritte Zugang eröffnet sich über eine Untersuchung, die wir im Rahmen einer Dunkelfeldforschung mittels Informanteninterviews durchführten: einem repräsentativen Querschnitt der Bundesbürger wurde die Frage gestellt, ob sie einen Drogenabhängigen kennen. War dies der Fall, so

wurde in einem zweiten Schritt um eine Beschreibung des Konsumenten gebeten.

Jede dieser Datenquellen hat ihre eigenen spezifischen Probleme. Aber da diese jeweils unterschiedlicher Art sind, ist die Wahrscheinlichkeit einer systematischen Verzerrung jeweils in die gleiche Richtung reduziert: Je konsistenter die Befunde in eine bestimmte Richtung gehen, desto größer ist die Chance, daß wir es mit einem substantiellen Befund zu tun haben. Die Ergebnisse sind in *Tabelle 6* zusammengestellt. Dabei zeigt sich, daß

| Tabelle 6: Männeranteil unter Konsumenten harter Drogen nach Art der Quelle in Prozent |                     |                           |
|--|---------------------|---------------------------|
| Spritzenaustauschprogramm – Frankfurt – (1)  | AIDS Infizierte (2) | Informanteninterviews (3) |
| 61 % (609)   | 68 % (432)          | 77 % (61)                 |

**Basis:** (1) Teilnehmer am Spritzenaustauschprogramm in Frankfurt Juni bis September 1988; (2) An das Bundesgesundheitsamt gemeldete AIDS-Fälle in der Bundesrepublik einschl. West-Berlin bis einschl. Juli 1989; (3) Repräsentative Befragung der Bevölkerung der Bundesrepublik ab 18 Jahre, Dezember 1987, hier: den Befragten bekannte Süchtige. Jeweils eigene Berechnungen. Basis der Berechnung (N) in Klammern.

**Quelle** (1) FDR (1989:3); (2) Bundesgesundheitsamt, AIDS-Zentrum: gemeldete AIDS-Fälle, Stand 31. 7. 1989; (3) Reuband (1989a)

die Teilnahme am Spritzenaustauschprogramm in Frankfurt noch den niedrigsten Männeranteil erbringen. Die Befunde sowohl zu den AIDS-Erkrankten als auch den in der Umfrage genannten bekannten Abhängigen weisen höhere Werte auf.

Womöglich drückt sich im relativ niedrigen Männeranteil beim Spritzenaustauschprogramm nicht allein die spezifische Zusammenstellung der Frankfurter Drogenszene aus, sondern ebenfalls ein geschlechtsspezifisches Gesundheitsbewußtsein: Das im Vergleich zu den Männern größere Gesundheitsbewußtsein der Frauen (vgl. Hendel-Kramer und Siegrist 1979:32, Pflanz 1986:223) findet möglicherweise seine Parallele in einer überproportional großen Bereitschaft der weiblichen

Fixer, das Angebot des Spritzenaustauschprogramms zu nutzen. Daß der Männeranteil auch unter den AIDS-Infizierten relativ niedrig liegt, mag dieser Interpretation auf den ersten Blick entgegenstehen. Bedenkt man jedoch, daß bis zum Ausbruch der Krankheit mehrere Jahre vergehen, scheint die Zusammensetzung durchaus nicht atypisch zu sein: Sie könnte eher die Zusammensetzung früherer als neuerer Fixerpopulationen abbilden. Noch Anfang der 80er Jahre lag bei den polizeilich oder therapeutisch erfaßten Konsumenten der Männeranteil vorübergehend niedriger, z. T. bei 68 % (vgl. *Tabelle 5*)

Mögen auch die Prozentanteile in den jeweils herangezogenen, andersartigen Datenbasen variieren – im Gesamtbild bestätigen sie das zuvor beschriebene Bild der polizeiauffälligen und therapeutisch erfaßten Konsumenten: Männer stellen die Mehrheit der Drogenabhängigen. Die Geschlechterverhältnisse unter den Konsumenten harter Drogen haben sich denen im Bereich des weichen Konsums *nicht* angeglichen. Der mögliche Grund dafür könnte in einer stärkeren Neigung von Frauen zu gesellschaftlicher Konformität liegen, die – gekoppelt mit der in den letzten Jahren zunehmenden Negativbewertung des Heroin – die begonnene Geschlechterangleichung bremst, sie gar wieder leicht in das Gegenteil wendet (ausführlicher dazu Reuband 1989c)

### **3.3.4 Verbreitung des Konsums harter Drogen im europäischen Kontext**

#### **3.3.4.1 Ansätze zu einem empirischen Vergleich der Drogenprävalenz**

Welcher Art ist nun die Stellung der Bundesrepublik im Kontext der anderen europäischen Länder und wie sehr findet sich die sich hier vollziehende Entwicklung in anderen Ländern wieder? International vergleichbare Daten zur Beantwortung dieser Frage zu finden, ist außerordentlich schwer. Die meiste Forschung ist auf das eigene Land beschränkt. Vergleiche mit anderen Ländern auf

der Basis empirischen Materials werden nicht angestellt und an international vergleichender, koordinierter Forschung fehlt es. Im folgenden versuchen wir, über zwei Indikatoren Ansätze eines Vergleichs zu entwickeln.

Der eine beruht auf den offiziellen, landesspezifischen Schätzungen. Der zweite Zugang greift auf Umfragebefunde zur Kenntnis eines Drogenabhängigen zurück.

Die offiziellen Schätzungen des Gesamtumfangs der Drogenszene sind, wie wir es zuvor am Beispiel der Bundesrepublik gezeigt haben, nicht unproblematisch. Das gilt auch für die anderen Länder. Unternimmt man dennoch den Versuch, auf der Basis dieser Schätzungen – jeweils bezogen auf die Einwohnerzahl – die *relative* Zahl der Drogenabhängigen zu bestimmen, so kommt man auf bemerkenswert große Gemeinsamkeiten zwischen den einzelnen europäischen Ländern. Wie man Spalte 3 in *Tabelle 7* entnehmen kann, erweist sich die Bun-

**Tabelle 7: Verbreitung des Konsums harter Drogen im internationalen Vergleich (um 1986)**

|                | Bevölkerungszahl<br>(in Mill.) | Geschätzte<br>Zahl der Konsumenten harter Drogen | Zahl der Konsumenten harter Drogen auf 100 000 Einw. | Kenntnis eines Abhängigen (4) |                     |
|----------------|--------------------------------|--|--|-------------------------------|---------------------|
|                |                                |  |  | jemals Konsument              | z.Z. noch Konsument |
|                | (1)                            | (2)  | (3)  |                               |                     |
| Bundesrepublik | 61,0                           | 50 000–100 000                                   | 82–164 (M=123)                                       | 14 %                          | 4 %                 |
| Österreich     | 7,6                            | 6 000–7 000                                      | 79–92 (M=86)   | 8 %                           | 2 %                 |
| Dänemark       | 5,1                            | 6 000–10 000                                     | 118–196 (M=157)                                      | 17 %                          | 5 %                 |
| Holland        | 14,6                           | 20 000 [8 000]*                                  | 137 [55]*  | 14 %                          | 6 %                 |
| Frankreich     | 55,3                           | 60 000–100 000                                   | 108–181 (M=145)                                      | 14 %                          | 3 %                 |
| Italien        | 57,1                           | 130 000–170 000                                  | 228–298 (M=263)                                      | 21 %                          | 9 %                 |
| Spanien        | 38,7                           | 100 000  | 258  | 31 %                          | 19 %                |

**Abkürzung:** M = Mittlerer Wert; \* = intravenöser Drogengebrauch

**Quelle:** (1) Statistisches Bundesamt (1987:656); (2) WHO (1988:2). Für Österreich, Dänemark und Holland wurden die Angaben Velimirovic (1987:325) entnommen; (3) eigene Berechnungen auf der Basis von Spalte 1 und 2; (4) Umfrage in der Bevölkerung ab 18 Jahre, Werte für Kenntnis eines Abhängigen in der Bevölkerung nach Noelle-Neumann (1986) sowie Tabellenbände der internationalen Umfrage; eigene Berechnungen.

desrepublik mit einem mittleren Wert (in der Tabelle mit „M“ abgekürzt) von 123 Konsumenten (jeweils pro 100000 Einwohnern) als in etwa vergleichbar mit Frankreich (145), Dänemark (157) und den Niederlanden (136). Eher darunter angesiedelt ist Österreich (mit 86), weitaus höher liegt die Rate in Italien und Spanien (mit 263 bzw. 258).

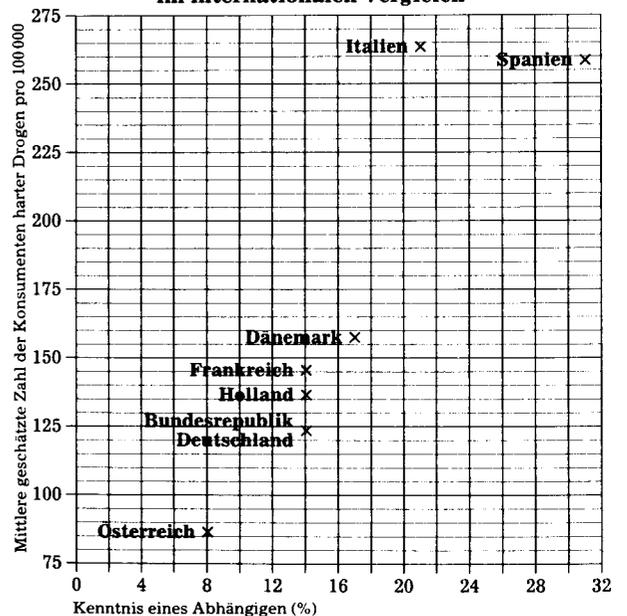
Der zweite Indikator stützt sich auf eine Untersuchung, die 1986 in insgesamt sieben Ländern durchgeführt wurde. Einem repräsentativen Bevölkerungsquerschnitt ab 18 Jahren wurde darin die Frage gestellt „Haben Sie in Ihrem Verwandten- oder Bekanntenkreis erlebt, daß jemand Rauschgift genommen hat und dadurch krank oder süchtig wurde, also unfähig zu einem normalen Leben oder Arbeiten?“ (vgl. dazu Noelle-Neumann 1986). Auf der Basis dieses Indikators läßt sich zwar nicht der Umfang der Drogenabhängigkeit bestimmen, aber es ist zumindest möglich, etwas über die relative Verbreitung – relativ zu anderen Ländern – auszusagen. Auch dieser Indikator ist nicht ohne Probleme.<sup>(10)</sup> Geht man aber einmal davon aus, daß in der Mehrheit der Fälle die Kategorisierung sinnvoll ist – für die Bundesrepublik sprechen die Daten dafür (Reuband 1989a) –, dann kann man die Angaben für unsere Zwecke heranziehen.

Wie man Spalte 4 in *Tabelle 7* entnehmen kann, wird nach den Befunden der Umfrageforschung die relative Stellung der Bundesrepublik, wie sie sich aufgrund der offiziellen Schätzungen ergab, reproduziert: Weitgehende Übereinstimmung herrscht mit Frankreich, Dänemark und den Niederlanden. Gegenüber Österreich wird ein höherer Wert eingenommen und gegenüber Italien und Spanien ein niedrigerer. Diese Reproduktion der Rangreihe ist umso bemerkenswerter und gibt umso größere Sicherheit, als man zu ihr auf der Basis getrennter Indikatoren kommt, die beide Störgrößen unterworfen sind, deren Mechanismus der Verzerrung jedoch jeweils ein anderer ist! Je mehr unterschiedliche Indikatoren in die gleiche

Richtung deuten und dies trotz unterschiedlicher Störeinflüsse, desto sicherer kann man sein, daß mit ihnen die soziale Realität abgebildet wird.

Die Beziehung der beiden Indikatoren erweist sich als eng. Wie man *Abbildung 4* entnehmen kann,

**Abbildung 4: Verbreitung des Konsums harter Drogen im internationalen Vergleich**



geht die geschätzte Zahl der Konsumenten pro 100.000 Einwohner mit der Verbreitung der Kenntnis von Abhängigen weitgehend parallel. Wenn es eine nennenswerte Abweichung der beiden Verläufe gibt, dann betrifft es Spanien und Italien. Entlang der geschätzten Zahl der Konsumenten sind beide Länder angenähert, in der Kenntnis der Abhängigen jedoch überrundet Spanien Italien um

die Hälfte. Zwei mögliche Erklärungen kommen für diese Diskrepanz in Frage: entweder wird die geschätzte Zahl der Abhängigen in Italien zu hoch angesetzt (bzw. ist die Quote für Kenntnis einer Abhängigen zu niedrig) oder die spanischen Schätzungen sind zu niedrig. Wir halten letzteres – wenn auch mit gewissen Vorbehalten(11) – für das wahrscheinlichere. Ermittelt man bei den Befragten, ob es sich bei den von ihnen genannten Abhängigen um aktuelle oder ehemalige Konsumenten handelt, so erhält man für Spanien einen überproportionalen Wert für *aktuellen* Konsum: Die Quote bezieht sich auf eine Mehrheit der Konsumenten, während sie sich in den anderen Ländern, einschließlich Italien, auf eine Minderheit bezieht.(12) Zugleich wissen wir aus anderen Quellen, daß der Drogengebrauch in Spanien ein relativ neues Phänomen repräsentiert. Noch Mitte der 70er Jahre war in Barcelona, der zweitgrößten Stadt Spaniens, kaum ein Drogenabhängiger bekannt. Die Ausweitung des Drogenkonsums ist im wesentlichen ein Phänomen, das erst in den späten 70er Jahren einsetzt (vgl. Spott 1987: III-47).

Damit spricht einiges für die Annahme, daß sich Spanien derzeit in einer Phase des rasch expandierenden Konsums harter Drogen befindet. Die Konsumenten harter Drogen stellen entsprechend zu einem großen Teil neue Konsumenten dar. Es könnte daher sehr wohl sein, daß sich in der Umfrage die aktuelle Entwicklung andeutet – eine, die sich mit Anstieg der Fixerzahlen und den damit verbundenen Komplikationen erst *zeitversetzt* auf der Ebene institutioneller Sichtbarkeit zeigen wird. Daß Spanien dabei ist, zu einem Drehpunkt des internationalen Drogenhandels zu werden – und damit das Drogenangebot dort besonders stark steigen wird –, dafür gibt es aus neuerer Zeit verschiedene Hinweise (Kölner Stadt-Anzeiger vom 1. 6. 1989, S. 35). Das Auseinanderfallen der herangezogenen Indikatoren könnte im Fall Spanien bedeuten, daß diese jeweils das Gleiche, nur mit

anderem Zeitbezug, messen. Die Umfragedaten erscheinen aus dieser Sicht besonders als Mittel geeignet, um neue Entwicklungen frühzeitig anzuzeigen.

#### 3.3.4.2 Drogenpolitik und Drogenprävalenz

Erweisen sich die durch die beiden Indikatoren gebildeten Rangreihen der Länder zur Bestimmung der spezifischen Lage der Bundesrepublik an sich als instruktiv, so erscheinen sie zugleich aus der Perspektive der Drogenpolitik als bedeutsam: die hier aufgeführten Länder vertreten jeweils eine andere Strategie, mit Drogen umzugehen: In den Niederlanden und Spanien herrscht eine Art von Entkriminalisierung vor, wird der Gebrauch von Haschisch weitgehend toleriert, in den anderen Ländern wird – in unterschiedlichen Mischformen – eine repressivere Politik betrieben (vgl. Meyer 1987, Albrecht 1986). Wo eine Tolerierungsstrategie verbreitet ist, wird – wie etwa in den Niederlanden – als Begründung gewöhnlich das Ziel aufgeführt, dadurch die weiche und die harte Drogenszene zu trennen und Kriminalisierungen, die den Weg zum harten Drogengebrauch begünstigen könnten, zu vermeiden (vgl. u. a. Engelsman 1987:98, 1989:213, Vliet 1988:4).

Nimmt man die hier dokumentierten Schätzungen des harten Drogengebrauchs, so erscheinen – anders als gewöhnlich vermutet – die Niederlande in der Rate der Heroinverwender und der Quote für Kenntnis eines Abhängigen der Bundesrepublik in etwa gleich. Die Werte sind also nicht höher als es weitverbreiteten Annahmen in der Bundesrepublik entspricht. Sie sind aber auch nicht niedriger, wie es dem Selbstverständnis vieler holländischer Autoren (wie z. B. Engelsman 1988:212, Vliet 1988:3) eigen ist. Nur wenn man die Zahl der intravenösen Drogenverwender (im Gegensatz zu den meisten anderen Staaten Europas injiziert nur ein kleiner Teil aller Heroinkonsumenten das Mittel) zum Maßstab erhebt, scheinen die Niederlande

über eine geringere Rate für Drogenverbreitung zu verfügen.<sup>(13)</sup> Anders die Situation in Spanien und Italien, mit einer ebenfalls liberalen Drogenpolitik: Hier ist der relative Umfang der harten Drogenszene wesentlich größer als in der Bundesrepublik und den Niederlanden. Das aber heißt: *Ahnliche* Formen der Drogenkontrolle können zu *verschiedenen* Konsequenzen führen, mal eher mit hohen und mal eher mit niedrigen Prävalenzraten einhergehen.

Offenbar gibt es jenseits der Drogenpolitik Einflußgrößen, die maßgeblich über die Verbreitung und Entwicklung des Konsums harter Drogen bestimmen. Wenn die Drogenpolitik Einfluß hat, dann wohl nur in Kombination mit eben diesen anderen Einflüssen. So könnte es denn einen Unterschied machen, in welcher Phase der sich entwickelnden Drogenwelle welche Art von Drogenpolitik betrieben wird. In der Expansionsphase mögen bestimmte Reaktionen andere Effekte haben als in einer stagnierenden Phase oder einer, in der sich das Drogenphänomen längst etabliert hat. Es mag weiterhin einen Unterschied machen, in welcher Kombination von Maßnahmen die Drogenpolitik betrieben wird. Die Entkriminalisierung des Haschischgebrauchs dürfte in Kombination mit Maßnahmen, die gegen den harten Drogengebrauch gerichtet sind, andere Folgen haben als dort, wo sie mit einer Liberalisierung des harten Konsums einhergeht.

Schließlich mag auch das soziokulturelle Klima mit darüber entscheiden, welche Entwicklung – ungeachtet der jeweiligen Drogenpolitik – der Drogengebrauch nimmt. So ist z. B. für Spanien typisch, daß sich hier nach Beendigung des Franco-Regimes mit seinem autoritären Herrschaftsmuster eine Liberalisierungswelle den Weg gebahnt hat. Es vollzieht sich eine Art soziokulturellen Umbruchs mit Veränderungen auf mehreren Ebenen des gesellschaftlichen Gefüges. Dies könnte – wie manche Autoren in der Vergangen-

heit vermutet haben (König 1984) – ein begünstigendes Moment für die Ausbreitung des Drogengebrauchs, einschließlich des Heroingebrauchs, darstellen.(14) Die Frage zur Drogenkontrollpolitik kann daher nicht sein: Welcher Art sind die Effekte spezifischer Drogenpolitik? sondern: Unter welchen Bedingungen führt welche Drogenkontrollpolitik zu welchen Effekten?

### 3.3.4.3 Entwicklung des Drogengebrauchs und der Problemdefinition im internationalen Vergleich

Charakteristisch nicht nur für die Bundesrepublik, sondern auch für viele andere europäische Länder ist, daß sich die Drogensituation in den letzten Jahren weiter verschärft hat. So steigt z. B. nicht nur in der Bundesrepublik, sondern auch in Frankreich, Spanien, Österreich und vor allem Italien die Zahl der Drogentoten an (Tabelle 8). Zum anderen

**Tabelle 8: Zahl der Drogentoten in West-Europa im Zeitverlauf (ausgewählte Länder)**

|                               | 1980* | 1981* | 1982* | 1983* | 1984* | 1985* | 1986** | 1987** | 1988** |
|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| Europa insg.***               | 1490  | 1313  | 1404  | 1606  | 1774  | 1425  | 1398   | 1891   | 2535   |
| Dänemark                      | 165   | 148   | 134   | 139   | 158   | 150   | 109    | 140    | 135    |
| Irland                        | 14    | 11    | 9     | 9     | 10    | 16    | 7      | 2      | ..     |
| Österreich                    | 57    | 34    | 31    | 26    | 46    | 58    | 35     | 44     | 72     |
| Belgien                       | 31    | 30    | 19    | 29    | 32    | 12    | 20     | 17     | 21     |
| Norwegen                      | 43    | 45    | 25    | 31    | 40    | 53    | 55     | 60     | 63     |
| Italien                       | 206   | 237   | 252   | 257   | 392   | 238   | 280    | 505    | 786    |
| Frankreich                    | 172   | 141   | 164   | 190   | 237   | 172   | 185    | 228    | 236    |
| Spanien                       | 27    | 40    | 61    | 93    | 170   | 143   | 189    | 189    | 271    |
| Schweiz                       | 88    | 107   | 109   | 144   | 133   | 120   | 136    | 196    | 205    |
| England u. Wales              | 89    | 61    | 137   | 108   | 102   | 127   | ..     | ..     | ..     |
| Griechenland                  | 5     | 10    | 17    | 9     | 12    | 10    | 28     | 56     | 62     |
| Niederlande                   | 95    | 84    | 61    | 94    | 73    | ..    | ..     | ..     | ..     |
| Luxemburg**                   | 4     | 4     | 2     | 5     | 7     | 1     | 3      | 9      | 8      |
| Bundesrepublik<br>Deutschland | 494   | 360   | 383   | 472   | 361   | 324   | 348    | 442    | 670    |

**Quellen:** Angaben des Bundeskriminalamtes (\* Nationale Zentralbüros; \*\*IP Paris SG); \*\*\*Abzügl. der Zahlen für Ungarn (eigene Berechnungen).

Die Angaben sind aufgrund unterschiedlicher Kriterien für die Zählweise über die Länder hinweg nur bedingt vergleichbar.  
.. = keine Angaben.

wird in einigen Ländern – z. T. durch Ausdifferenzierung einer öffentlichen Drogenszene oder aufgrund der drogeninduzierten Kriminalität – die Drogenproblematik stärker sichtbar. Die Folge scheint jene Positionen in der öffentlichen Diskussion zu begünstigen, die eine Änderung der Drogenpolitik verlangen. Doch die Art der geforderten Änderungen ist von Land zu Land keineswegs identisch. Im Gegenteil: die Unterschiede könnten kaum größer sein. Gefordert wird jeweils das, was als untypisch für die bisherige eigene Politik angesehen wird. Was als typisch und was als untypisch angesehen wird, ist aber nicht überall das Gleiche.

Wo eine eher liberale Drogenpolitik vorherrscht, wird vermehrt der Ruf nach repressiven Maßnahmen laut und wo eine eher repressive Reaktion überwiegt, wird einer liberaleren Reaktion das Wort geredet. So wie in der Bundesrepublik mit einer eher repressiven Drogenpolitik der Ruf nach einer Liberalisierung stärker wird, werden in den Niederlanden mit einer bislang eher liberalen Drogenpolitik die Stimmen häufiger, die eine Verschärfung der staatlichen Reaktion auf das Drogenproblem verlangen. Anfang des Jahres 1989 kam es in Amsterdam zu mehreren heftigen Protestdemonstrationen, die gegen den „überhandnehmenden Drogenhandel“ gerichtet waren (Kölner Stadt-Anzeiger vom 25./26. 2. 1989, S. 47, Sucht Report Nr. 4, 1989, S. 50). Zugleich mehren sich dort die Anzeichen innerhalb der Bürokratien, die auf ein Umdenken hindeuten. Repressivere Maßnahmen gewinnen an Bedeutung.<sup>(15)</sup> In Italien, das ebenfalls eine liberale Drogenpolitik betreibt, schwankt die Diskussion zwischen dem Ruf nach einer weiteren Liberalisierung – bis hin zur Legalisierung von Drogen und dem Ruf nach einer schärferen Bestrafung (Süddeutsche Zeitung vom 27. 7. 1989, S. 9). Monatelang hatte es so ausgesehen, als wollte Italiens Sozialistische Partei eine Liberalisierung in Angriff nehmen, heißt es in einer neueren Darstellung. Doch dann plötzlich wurde „zum Marsch in

die Gegenrichtung“ geblasen. Die 1975 verabschiedete Straffreiheit für mäßige Mengen Rauschgift soll nun wieder aufgehoben werden (Raith 1988:3).

Die Paradoxie dieser gesellschaftlichen Reaktionen besteht darin, daß die Zuspitzung des Drogenproblems als Versagen der eigenen Drogenpolitik wahrgenommen wird, sich realiter jedoch diese Verschärfung ebenfalls in Ländern mit anderer Drogenkontrollpolitik ereignet. Die ethnozentrische Betrachtungsweise, die den Blick auf die Verhältnisse in den Nachbarländern versperrt, verführt dazu, staatliche Maßnahmen mit der Zuspitzung des Drogengebrauchs in Verbindung zu bringen, die damit möglicherweise gar nichts oder nur sehr wenig zu tun haben. Einmal mehr zeigt sich damit etwas, was sich schon im Zusammenhang mit der Analyse des Konsums weicher Drogen gezeigt hatte: eine Überschätzung der eigenen nationalen Besonderheiten und Unterschätzung der Gemeinsamkeiten mit anderen Ländern.<sup>(16)</sup> Die Vernachlässigung international vergleichender Forschung zur Epidemiologie des Drogenkonsums macht sich einmal mehr nachteilig bemerkbar.

Welches die Effekte unterschiedlicher Formen von Drogenkontrollpolitik sind, ist nach wie vor weitgehend ungeklärt und unterliegt Spekulationen, die meist wie gesicherte Erkenntnisse behandelt werden. Vermutlich liegen die Folgen der jeweiligen Drogenkontrollpolitik in ganz anderen Bereichen als wo sie üblicherweise erwartet werden. Und möglicherweise betreffen sie weniger die Verbreitung des Konsums harter Drogen an sich als deren Erscheinungsformen und die medizinisch-sozialen Konsequenzen, die aus dem fortgesetzten Gebrauch erwachsen.<sup>(17)</sup> Nur eine systematische Bestandsaufnahme auf empirischer Grundlage wird diese Fragen klären können.

**Anmerkungen:**

- (1) So forderte z. B. der stellvertretende SPD-Fraktionsvorsitzende Penner die Legalisierung von Drogen (Frankfurter Rundschau vom 7. 2. 1989, S. 20) und der FDP-Bundestagsab-

geordnete Irmer, der Staat solle harte Drogen wie Heroin und Kokain auf Rezept an Drogensüchtige abgeben (Kölner Stadt-Anzeiger vom 7. 6. 1989, S. 39). Weitere Forderungen dieser Art finden sich in verschiedenen Magazinen (siehe z. B. TEMPO, März, 1989). Und schließlich werden sie auch von manchen langjährigen Drogenexperten – wie G. Thamm (1989), Stöver (1989) – aufgestellt, mit z. T. entsprechend breiter Resonanz in den Medien (vgl. z. B. Express vom 1. 6. 1989, S. 1). Zu weiteren Äußerungen in diese Richtung und die Reaktion darauf siehe auch Kölner Stadt-Anzeiger vom 9. 8. 1988, S. 2, Die Welt vom 7. 6. 1989, Welt am Sonntag vom 23. 7. 1989, S. 2. Zu entsprechenden Forderungen aus der Sicht der Wirtschaftswissenschaftler siehe Hartwig und Pies (1989). Der Hamburger Senat ist inzwischen dabei, die Möglichkeiten und Probleme der Drogenvergabe an Süchtige zu prüfen (vgl. Staatliche Pressestelle 1989, Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 12. 7. 1989, Voscherau 1989). Als Ziel der Maßnahmen wird die Zerstörung des illegalen Drogenmarktes genannt. Was die Haltung der Bundesbürger angeht, so wird eine Legalisierung von Haschisch abgelehnt, die Bereitschaft zur Entkriminalisierung durch Sanktionsverzicht scheint dagegen seit 1970 gestiegen zu sein (vgl. Reuband 1988c:490).

- (2) In der Soziologie begann sich innerhalb der späten 60er Jahre ein Interesse zu entwickeln, gesellschaftliche Zustände und Veränderungen mittels eines Systems sozialer Indikatoren im Rahmen einer Sozialberichterstattung zu beschreiben. Die Thematik abweichenden Verhaltens einschl. Drogengebrauch blieb allerdings bis heute ausgeklammert. In jüngster Zeit ist in der Gesundheitsforschung das Interesse an der Thematik erwacht und Ansätze einer kontinuierlichen Gesundheitsberichterstattung entwickelt worden. Auch hier bleibt die Drogenthematik außerhalb der Betrachtung. Unse 1987 begonnene jährliche Bestandsaufnahme für die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Reuband 1987, 1988a) stellt den Versuch dar, dieses Defizit zu reduzieren und im Rahmen einer kontinuierlichen Berichterstattung mit z. T. wechselnden Schwerpunktthemen zu Aussagen über Trends und ihre Determinanten zu kommen.
- (3) In diese Richtung deuten auch die Befunde verschiedener amerikanischer Studien. Wo in der Bundesrepublik Versuche einer Gesamtbilanz der Drogenabhängigen über institutionelle Kontakte versucht wurden – so in Berlin (Skarabis und Patzak 1981), Hamburg und Bremen (jeweils durch die Drogenbeauftragten) – werden die meisten identifizierten Süchtigen durch die Polizeizahlen ausgewiesen. Allerdings ist ungewiß, ob dies auch für die Zukunft erwartet werden kann.
- (4) Es ist nicht ausgeschlossen, daß diese Art der Darstellung mit durch Vorlagen des Bundeskriminalamtes gefördert werden. In manchen dieser Vorlagen ist es ebenfalls üblich, die Gesamtentwicklung des Drogenkonsums mit dem Symbol einer Spritze graphisch aufzubereiten.

- (5) Die Falldatei Rauschgift beruht auf Angaben der einzelnen Bundesländer mit Stichtag 1. Februar des folgenden Jahres. Noch nicht bearbeitete und in die Falldatei eingegangene Unterlagen werden dem Folgejahr zugerechnet. In der Regel entsteht so ein eher geringer und von Jahr zu Jahr vermutlich relativ konstanter „Überhang“ noch nicht bearbeiteter Fälle. In manchen Ländern jedoch ist dieser Überhang aufgrund knapper personeller Mittel oder anderer Gründe weitaus höher (und konnte auch von Jahr zu Jahr stärker schwanken). So liegen für Hamburg die BKA Zahlen für 1988 halb so hoch wie die Zahlen des Hamburger Landeskriminalamtes, die Differenz umfaßt 400-500 Personen. In Rheinland-Pfalz steht einer Zahl von 540 erstmals erfaßter Konsumenten beim BKA einer Zahl von 714 auf Seiten des Landeskriminalamtes gegenüber. Würde man die Zahl der auf Landesebene erfaßten, aber (noch) nicht in die BKA-Falldatei Rauschgift aufgenommenen Erstkonsumenten harter Drogen in die bundesweite Zahl des BKA miteinrechnen, käme man für 1988 auf über 8000 Personen!
- (6) Wo von diesen Praktiken die Rede ist, wird oft auf Hamburg (so Deutsches Allgemeines Sonntagsblatt vom 11. 11. 1988, S. 1, Hamburger Abendblatt vom 25. 1. 1989, S. 2) oder auf Hannover (so Coupe 1989) verwiesen und jeweils behauptet, dort habe sich dies zuerst ereignet. In beiden Fällen ergeben eigene Recherchen keine Belege dafür. Sowohl dem Hamburger Drogenbeauftragten als auch dem Rauschgiftdezernat der Hamburger Polizei liegen keine derartigen Erkenntnisse vor, ebenfalls nicht der Polizei in Hannover oder dem Bundeskriminalamt.
- (7) 1984 bis in das Jahr 1988 hinein lag in Hamburg der Gramm-Preis für Heroin um die 400 DM mit Schwankungen nach oben und nach unten. Seit 1987 ist der Preis auf fast die Hälfte gesunken und hat im 1. Halbjahr 1989 nochmals nachgegeben. In die gleiche Richtung geht der Verfall des Preises pro „Schuß“. Dabei scheint, betrachtet man die Zahlen genauer, der Preisrückgang etwas früher einzusetzen als der Rückgang im Gramm-Bereich. Letzteres scheint nach den Hamburger Zahlen in der zweiten Hälfte des Jahres 1986 einzusetzen. Der Reinheitsgehalt bei Kleinmengen von Heroin betrug nach Angaben des Hamburger Rauschgiftdezernats 1984 29%, 1985 19% und stieg dann wieder an (1986 27%, 1987 31%, 1988 35%). Ebenfalls rückläufig ist in Hamburg wie in der ganzen Bundesrepublik der Preis für Kokain. Durch das Überangebot ist Kokain in manchen Gegenden der Bundesrepublik billiger zu haben als Heroin (vgl. Pittrich 1989).
- (8) Ein Grundproblem liegt darin, daß Regionen mit besonders großer Zahl an Konsumenten das Gesamtbild der Abhängigkeitszahlen überproportional bestimmen, die lokalen Preise aber von der Fixerzahl unabhängig in die Berechnung eingehen. Unter diesen Umständen verwischen auf der Ebene der Gesamtzahl die Entwicklungen in Regionen mit gleicher Bevölkerungszahl, aber unterschiedlicher Abhängigkeitszahl.

möglicherweise die spezifischen Trends in Regionen mit anderer Zusammensetzung.

- (9) Wer mit einer Spritze im Arm tot aufgefunden wird, dessen Konsumentenstatus ist unschwer erkennbar. Wer hingegen einen Selbstmord begeht, bei dem wird in der Regel der Konsumentenstatus nur aufgrund zusätzlicher Informationen erschließbar. Dabei wird der vorherigen polizeilichen Auffälligkeit eine zentrale Bedeutung zukommen: Wer bereits polizeilich auffällig war, wird eine größere Chance haben, als Konsument harter Drogen identifiziert zu werden als jemand ohne eine solche Identifikation. Insofern kann man die Drogentoten – sofern keine Differenzierung nach Todesart erfolgt – nur mit gewissen Einschränkungen zu einer unabhängigen Schätzung verwenden.
- (10) Ob alle Konsumenten harter Drogen in der Umwelt des Befragten als solche bekannt sind und er diese nennt, ist ungewiß. Andererseits ist ebenfalls ungewiß, ob nicht bei einem Teil der Befragten Konsumenten weicher Drogen ebenfalls unter die Rubrik der Abhängigen subsumiert werden. Weiterhin wissen wir im Fall des internationalen Vergleichs nicht, ob und in welchem Ausmaß aus der z. T. unterschiedlichen Art der Stichprobenziehung – mal Quota- und mal Randomstichprobe – Konsequenzen erwachsen. So wurde in der Bundesrepublik, Österreich und Frankreich ein Quotenverfahren eingesetzt, in Italien aber ein Randomverfahren. Nach bundesdeutschen Befunden (Reuband 1989a) führen Quotenstichproben zu höheren Werten für Kenntnis eines Abhängigen als Randomstichproben. Inwieweit dies auch für die anderen, hier einbezogenen Länder gilt, ist ungeklärt.
- (11) Legt man eine Regressionsgerade durch die Punkte in Abbildung 4, spräche einiges eher für eine atypische Schätzung für Italien. Angesichts der geringen Zahl einbezogener Länder, stehen wir einem derartigen Vorgehen allerdings reserviert gegenüber. Nähmen wir jedoch an, bei Italien würde tatsächlich eine Abweichung in der Messung vorliegen, so wäre entweder die geschätzte Zahl der Drogenabhängigen zu hoch oder die Quote für Kenntnis eines Abhängigen wäre zu niedrig. Letzteres ist methodisch bedingt nicht ganz auszuschließen: Wenn auch für Italien gilt, was sich für die Bundesrepublik zeigt (vgl. Anm. 10), müßte eine Quotenstichprobe höhere Werte erbringen als eine Randomstichprobe (die im vorliegenden Fall – anders als in Spanien – als Auswahlverfahren gewählt wurde). Zu der geschätzten Zahl Drogenabhängiger in Italien siehe ebenfalls Fiandri und Mariani, die (unter Einschluß der institutionell nicht erfaßten Konsumenten) 160000 Personen angeben. (Fiandri und Mariani 1988: III-38). Würde man nur die geschätzte Zahl der institutionell erfaßten Konsumenten nehmen, lägen die Werte niedriger. Was die spanischen Zahlen angeht, so werden sie in einer neueren Regierungspublikation bei 80–125000 angegeben, die Werte für Amphetamine liegen weithaus höher (Ministry of Health and Consumers Affairs 1986:19).

- (12) Unter den genannten Süchtigen wurden in Spanien 61 % als derzeit noch praktizierende Konsumenten bezeichnet, in Italien sind es 41 %, in Dänemark 32 %, Bundesrepublik 31 %, Frankreich 24 %, Niederlande 39 % und Österreich 29 % (Quelle: Tabellenbände der einzelnen Erhebungsinstitute, eigene Berechnungen). Umgerechnet auf die Befragten siehe auch Spalte 5 in *Tabelle 7*. Die Tabellenbände wurden freundlicherweise von der Tageszeitung DIE WELT, die diese Umfrage in Auftrag gab, zur Verfügung gestellt.
- (13) Die Schätzzahlen, die wir zur Grundlage unserer Berechnungen für den injektiven Drogengebrauch machen, entstammen in der Regel dem WHO AIDS-Collaborating Centre in Paris (WHO 1988:2). Wo uns keine vorliegen, haben wir auf die Zahlen von Velimirovic (1987) zurückgegriffen. Dies geschah – wie im Fall der Niederlande – auch dort, wo nur Zahlen über injektiven Gebrauch, nicht aber die Zahl der Abhängigen in der WHO Publikation enthalten waren. Die Zahl der Konsumenten harter Drogen von 20000 für Holland finden sich nicht nur bei Velimirovic (1987:325), sondern auch bei verschiedenen holländischen Autoren – sie sprechen von 15–20000 (Vliet 1988:3, Engelsman 1989:211) bzw. 20000 Abhängigen (Hoekstra 1988:101). Was für die Niederlande als Ganzes gilt, muß nicht notwendigerweise auch auf der Ebene einzelner Städte zutreffen. Unternimmt man einen Städtevergleich (jeweils bezogen auf die 15–39jährigen), so erscheint Amsterdam – wo sich in den Niederlanden der Drogengebrauch besonders konzentriert – als der Ort, der im Vergleich zu anderen Städten wie Hamburg, London, Rom, Stockholm und Dublin die höchste Abhängigenrate aufweist (vgl. Council of Europe 1987:38 ff.). Allerdings zeichnet sich die Amsterdamer Fixerpopulation – im Gegensatz zu den anderen Städten – durch einen hohen ethnischen Minoritäten- und Ausländeranteil (u. a. aus der Bundesrepublik) aus. Dabei handelt es sich z. T. um Besucher, nicht um Ortsansässige. Der Prävalenzwert für Amsterdam wird dadurch für die ortsansässige Bevölkerung überschätzt.
- (14) Das Bemerkenswerte an den Ländern Italien und Spanien ist zugleich, daß es sich um eine neuere Entwicklung handelt. Die Drogenszene entwickelt sich gegenüber den westeuropäischen Staaten „verspätet“. Sie stellt im wesentlichen ein Phänomen der späten 70er und 80er Jahre dar. Fast scheint es, als würde der einstige „Rückstand“ in überakzentuierter Form aufgeholt. Zu Italien und Spanien scheint in letzter Zeit auch noch Griechenland hinzuzutreten (vgl. u. a. Hartnoll 1986:67, Salzburger Nachrichten vom 16. 2. 1989). In allen Fällen handelt es sich um Länder, die sich in einer Aufbruchphase aus einer eher traditionell und agrarisch geprägten Gesellschaft befinden mit z. T. traditionell weitverbreiteter Arbeitslosigkeit und ökonomischer Deprivation. Unter diesen Umständen mag der Drogengebrauch – weil in hochindustrialisierten Ländern verbreitet – wie ein Symbol der Modernität erscheinen.

- (15) So entschied sich die Stadt Amsterdam 1988 zu einem härteren polizeilichen Vorgehen gegen die Drogenabhängigen. Zu einer weithin geteilten Billigung der Bürgerproteste in Amsterdam und ein hartes Vorgehen gegen Abhängige siehe auch Emnid (1988:55-56). Von einer Abkehr von traditionell liberalen und progressiven Ansätzen im Verlauf der 80er Jahre in den Niederlanden schreiben auch Trautmann (1989:133) und Cohen (1989:136 ff.).
- (16) So werden in der Bundesrepublik oft die Niederlande als Land mit besonders weit verbreitetem Drogenkonsum (besonders auch von Haschisch) gesehen. Tatsache aber ist, daß dort die Drogenverbreitung unter Jugendlichen (vgl. etwa Sylbing und Persoon 1985 sowie Korf 1988) durchaus auf dem Niveau der bundesdeutschen Zahlen liegt und sich überdies in den 70er Jahren der gleiche Rückgang wie in der Bundesrepublik ereignete. Der Rückgang erweist sich – anders als gewöhnlich unterstellt – weder als ein spezifisch deutsches noch ein spezifisch niederländisches Phänomen (vgl. Reuband 1987:63-65)
- (17) So wird etwa in den Niederlanden betont, daß durch die relativ repressionsfreie Form des Umgangs und den Einsatz von Methadon u. a. – im Gegensatz zu anderen Ländern – mit fast allen Abhängigen institutionelle Kontakte beständen (vgl. z. B. Vliet 1988:4, Engelsman 1988:216). Dies wiederum müßte Konsequenzen auch für den Umgang mit der AIDS-Prophylaxe haben (siehe de Jong 1987:9). Womöglich läßt sich die unterschiedliche Drogenpolitik auch an der Zahl der Drogentoten und anderer Mortalitäts- und Morbiditätsdaten festmachen. Erschwert wird der Vergleich allerdings dadurch, daß die Kriterien für „Drogentod“ in den verschiedenen Ländern unterschiedlich sind.

#### Literatur:

- ALBRECHT, H. J.: Criminal Law and Drug Control: a Look at Western Europe, in: International Journal of Comparative and Applied Criminal Justice, 10, 1986, S. 17-40
- BEJEROT, N.: Drug Abuse and Drug Policy. An Epidemiological and Methodological Study of Drug Abuse of Intravenous Type in the Stockholm Police Arrest Population 1965-1970 in relation to Changes in Drug Policy. Copenhagen 1975
- BERGER, H., K. H. Reuband und U. Widlitzek: Wege in die Heroinabhängigkeit. Zur Entwicklung abweichender Karrieren. München 1980
- BUNDESPRESSE- UND INFORMATIONSSAMT: Drogenpolitik. Bonn 3/1987
- COHEN, P.: Zur gegenwärtigen Situation der Amsterdamer Drogenpolitik, in: Kriminologisches Journal, 21, 1989, S. 136-139
- CON-DROBS: Tätigkeitsbericht 1988. München 1989

- COUNCIL OF EUROPE: Multi-City Study of Drug Misuse. Technical Report on Indicators of Drug Misuse in seven Cities and Recommendations für Future Monitoring. Final Report. Section 2. Straßburg 1987
- COUPÉ: Endstation Drogentod. Jeder fünfte Schüler ist bereits drogenabhängig!, in: Coupé. Die junge Illustrierte, Nr. 8, 1989, S. 21-26 1989:23
- DE JONG, W.: Drug Policy in the Netherlands: Tolerance or Repression, in: Newsletter of the European Movement for the Normalization of Drug Policy, 2. Rotterdam 1987, S. 6-10
- DE LINT, J.: Alcohol Control Policy as a Strategy of Prevention: A Critical Examination of the Evidence, in: J. S. Madden. R. Walker und W. H. Kenyon (Hg.), Alcoholism and Drug Dependence. A Multidisciplinary Approach. New York und London 1977, S. 425-450
- ENGELSMAN, E. L.: Die Auswirkungen der holländischen Drogenpolitik, in: D. Thommen (Hg.), Drogenproblematik im Wandel, Lausanne 1987, S. 96-102
- ENGELSMAN, E. L.: Dutch Policy in the Management of Drug-related Problems, in: British Journal of Addictions, 84, 1989, S. 211-218
- EMNID: Niederlande: Einstellungen zu Drogenabhängigen und präferiertes Vorgehen, in: Emnid Information, 40, 11-12, 1988, S. 55-56
- FARRINGTON, D. P.: Age and Crime, in: M. Tonry und N. Morris (Hg.), Crime and Justice. An Annual Review or Research. Chicago and London 1986, S. 189-250 1986
- FDR: Spritzenaustausch ist sinnvolle AIDS-Prophylaxe, in: FDR Berichte, Nr. 19, 1989, S. 2-4
- FIANDRA, T. DI und F. MARIANI: The epidemiological Approach to Drug Abuse in Italy, June 1988, in: NIDA (Hg.), Epidemiological Trends in Drug Abuse. Community Epidemiology Work Group Proceedings, December 1988, Rockville, Md. 1988, S. III-31-40
- FUENTE DE HOZ, L. DE LA: Epidemiology of Drug Abuse in Spain, December 1988, in: NIDA (Hg.), Epidemiological Trends in Drug Abuse: Community Epidemiology Work Group Proceedings, December 1988, Rockville, Md. 1988, S. III-1-16
- GROSSE ALDENHÖVEL, H., P. BRCANOVIC, V. SCHUH-MANN und M. A. KOCH: Anamnestiche und HIV-serologische Befunde bei Personen mit intravenösem Drogenmißbrauch, in: Bundesgesundheitsblatt, 29, 1986, S. 347-349
- HAFENEGGER, B.: „Älter werden“ in der Jugendarbeit, in: Neue Praxis, 19, 1989, S 234-242
- HANEL, E.: Frau und Sucht. Therapie für drogensüchtige Frauen, in: Sucht Report, 1988, S. 2-6
- HARMS, G., U. LAUKAMM-JOSTEN, U. BIENZLE und I. GUG-GENMOOS-HOLZMANN: Risk Factors for HIV Infection in German i. v. Drug Abusers, in: Klinische Wochenschrift, 65, 1987, S. 376-379

- HARTWIG, K. H. und I. PIES: Drogen vom Staat. Plädoyer für eine ökonomisch fundierte Politik, in: DIE ZEIT, Nr. 10, 3.3.1989, S. 95
- HARTNOLL, R. L.: Current Situation relating to Drug Abuse Assessment in European Countries, in: Bulletin on Narcotics, Vol. 28, 1986, S. 65-89
- HENDEL-KRAMER, A. und J. SIEGRIST: Soziale und psychische Determinanten des Krankheitsverhalten, in: J. Siegrist und A. Hendel-Kramer (Hg.), Wege zum Arzt. Ergebnisse medizinsoziologischer Untersuchungen zur Arzt-Patientenbeziehung. München 1979, S. 24-55
- HOEKSTRA, M. J.: Drogenpolitik und Drogenhilfe in den Niederlanden, in: M. Staak (Hg.), Betäubungsmittelmisbrauch. Berlin 1988, S. 100-108
- HUNT, L. G. und C. D. CHAMBERS: Heroin Epidemics. New York 1976
- KAISER, G.: Kriminologie. Eine Einführung in die Grundlagen. 4. Aufl. Heidelberg und Karlsruhe 1979
- KENDELL, R. E., M. DE ROUMANIE und E. B. RITSON: Effect of Economic Changes on Scottish Drinking Habits 1978-82, in: British Journal of Addiction, 78, 1983, S. 365-379
- KLEINER, D.: Opium im Haschisch - eine Legende?, in: Deutsches Ärzteblatt, 68, 1971, S. 1164-1165
- KÖNIG, R.: Leben im Widerspruch. Versuch einer intellektuellen Biographie. Frankfurt/M. 1984
- KOOYMAN, M.: Behandlung oder Strafe, in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 10, Nr. 3/4, 1987, S. 41-45
- KORF, D. J.: Twintig jaar softdrug-gebruik in Nederland: Een terugblik vanuit prevalentiestudies, in: Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en andere Psychotrope Stoffen, 14, Nr. 3, 1988, S. 81-89
- KREUZER, A.: Drogen und Delinquenz. Eine jugendkriminologisch-empirische Untersuchung der Erscheinungsformen und Zusammenhänge. Wiesbaden 1975
- KREUZER, A., C. GEBHARDT, M. MAASSEN und M. STEINHILBERS: Drogenabhängigkeit und Kontrolle. Kriminologische Untersuchung über Phänomenologie des Heroinkonsums und polizeiliche Drogenkontrolle. BKA Forschungsreihe. Wiesbaden 1981
- KRÜGER, A.: Hippies, Hardrock und Heroin, in: Sucht Report. Heft 2, 1988, S. 2-13
- MATTKE, D. J.: Stand der Drogenforschung, in: Sucht ist Flucht. Drogen- und Rauschmittelmisbrauch in der Bundesrepublik. Materialien vom Anti-Drogenkongreß. Hamburg 1972, S. 41-61
- MEYER, J. (Hg.): Betäubungsmittelstrafrecht in Westeuropa. Eine rechtsvergleichende Untersuchung im Auftrag des Bundeskriminalamtes. Freiburg i. Br. 1987
- MINISTRY OF HEALTH AND CONSUMERS AFFAIRS: National Plan on Drugs. Madrid 1986

- NOELLE-NEUMANN, E.: Die Deutschen wollen die Gefahr nicht sehen, in: DIE WELT, Nr. 154, 7. 7. 1986, S. 6
- PARKER, H., K. BAKS und R. NOWCOMBE: Living with Heroin. Milton Keynes und Philadelphia 1988
- PFLANZ, M.: Sozialer Wandel und Krankheit. Augsburg 1986
- PITTRICH, W.: Überblick über die aktuelle Drogensituation sowie Angebot der Drogenhilfe. Landschaftsverband Westfalen-Lippe. Drucksache Nr. 9/1934, 21. 2. 1989
- PLUM, W.: Warum kommen immer weniger jüngere Klienten in die Beratungsstellen?, in: Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg (Hg.), 4. Arbeitstagung für Verbandsmitarbeiter. Stuttgart 1987, S. 9-15
- PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI (Hg.): Prima Giornata Mondiale Contro l'abuso e il traffico delle droghe, Rom 1988
- PRESSE- UND INFORMATIONSAMT: Drogenpolitik. Public Document. Bonn 3/1987
- RAITH, W.: Das italienische Drogen-Desaster, in: die tageszeitung vom 19. 11. 1988, S. 3
- REUBAND, K. H.: Drogenstatistik 1986 – Die Datenlage zur Verbreitung von Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit. Möglichkeiten und Probleme gesellschaftlicher Dauerbeobachtung, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Hrsg., Jahrbuch '87 zur Frage der Suchtgefahren. Hamburg 1987, S. 53-88
- REUBAND, K. H.: Drogenstatistik 1987 – Neue Trends und Problemlagen: Die Situation des Drogengebrauchs in der zweiten Hälfte der 80er Jahre, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Hrsg., Jahrbuch '89 zur Frage der Suchtgefahren. Hamburg 1988a, S. 41-103
- REUBAND, K. H.: Verbreitung und Erscheinungsformen des Drogengebrauchs: Umfragen unter Jugendlichen in Schleswig-Holstein 1968-1987, in: Jugendforum. Fachzeitschrift für Praxis, Wissenschaft und Politik der Jugendhilfe in Schleswig-Holstein, Nr. 9/10, 1988b, S. 240-244
- REUBAND, K. H.: Haschisch im Urteil der Bundesbürger. Moralische Bewertung, Gefahrenwahrnehmung und Sanktionsverlangen 1970-1987, in: Neue Praxis, Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik, 18, 1988c, S. 480-495
- REUBAND, K. H.: Über den Versuch, das Dunkelfeld der Drogenabhängigkeit zu beschreiben. Informanteninterviews als Mittel der Sozialforschung (unveröffentl. Manuskript). Köln 1989a
- REUBAND, K. H.: Vom Haschisch zum Heroin? Soziokulturelle Determinanten der Drogenwahl (unveröffentl. Manuskript). Köln 1989b
- REUBAND, K. H.: Gegenläufige Trends und widersprüchliche Befunde zum geschlechtsspezifischen Konsum „weicher“ und „harter“ Drogen (unveröffentl. Manuskript). Köln 1989c

- REUBAND, K. H.: „Heroinprobierer“ – Über eine Kategorie von Konsumenten, die es eigentlich nicht geben dürfte (unveröffentl. Manuskript). Köln 1989d
- SCHMIDBAUER, W. und J. V. SCHEIDT: Handbuch der Rauschdrogen. 6. Aufl. München 1981
- SKARABIS, H. und M. PATZAK: Die Berliner Heroinszene. Weinheim 1981
- SOHN, M.: Drogenstatistik 1986, in: FDR-Berichte, Nr. 13, Dezember 1987, S. 1–8
- SPOTT, J. G.: Drug Abuse Trends in Barcelona, Spain, in: National Institute on Drug Abuse (Hg.), Patterns and Trends on Drug Abuse in the United States and Europe. Proceedings of the Community Epidemiology Work Group, Rockville, Md. 1987, S. III-47–54
- STAATLICHE PRESSESTELLE: Konzept zur Drogenbekämpfung, in: Berichte und Dokumente, Nr. 891, 20. Juli 1989. Hamburg 1989
- STATISTISCHES BUNDESAMT: Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland 1986. Stuttgart 1987
- STRUNCK, P.: Gewöhnung und Abhängigkeit, in: G. Eggers, R. Lempp, (Hg.), G. Nissen und P. Strunck, (Hg.) Kinder und Jugendpsychiatrie. 5. Aufl. Berlin 1989. S. 310–323
- STÖVER, H.: Wege zur Legalisierung verbotener Drogen, in: vorschicht, April 1989, S. 7–10
- SUCHT REPORT Nr. 4, 1989, S. 50
- SYLBING, G. und J. M. G. PERSON: Cannabis Use among Youth in Netherlands, in: Bulletin of Narcotics, Vol. 27, Nr. 4, 1985, S. 51–60
- THAMM, G.: Drogenfreigabe – Kapitulation oder Ausweg?. Hilden 1989
- TRAUTMANN, F.: Akzeptierende Drogenarbeit in Amsterdam – Wie fortschrittlich ist die niederländische Drogenpolitik heute? in: Kriminologisches Journal, 21, 1989, 126–135
- TV HÖREN UND SEHEN Nr. 6, 1989, S. 18,
- VELIMIROVIC, B.: AIDS und Drogenabhängigkeit aus der Sicht des Epidemiologen, in: AIDS-Forschung (AIFO), 6. Juni 1987, S. 323–334
- VLIET, H. J. v.: Drug Policy as a Management Strategy: some Experiences from the Netherlands. Presentation at the International Congress on Drug Abuse, 14.–16. 11. 1988, Washington D. C. 1988
- VOSCHERAU, H.: Interview, in: DER SPIEGEL, Nr. 29, 1989, S. 27–29
- WELZ, R.: Epidemiologie und Risikofaktoren jugendlichen Drogenkonsums, in: Th. Hellbrügge (Hg.), Drogen im Kindes- und Jugendalter. Lübeck 1987, S. 104–119
- WHO: Global Programme on AIDS. Report of the Meeting on HIV Infection and Drug Injecting Intervention Strategies, 18.–20. 1. 1988. Genf 1988