

Konsumentinnen illegaler Drogen in Deutschland und den USA

Eine explorative Vergleichsstudie zur Wirkung von
Drogenpolitiken auf die Lage drogenkonsumierender Frauen

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades einer Doktorin der Philosophie
im Fachbereich Erziehungswissenschaften
der Johann Wolfgang Goethe-Universität
zu Frankfurt am Main

vorgelegt von

Christiane Bernard
aus Bad Homburg v.d.H.

eingereicht 2011

erschienen 2012

1. Gutachter: Prof. Dr. Henner Hess
2. Gutachterin: Prof. Dr. Helga Cremer-Schäfer
3. Gutachter: Prof. Dr. Heino Stöver

Tag der mündlichen Prüfung: 12. Juni 2012

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Prof. Henner Hess für seine stets unterstützende und motivierende Begleitung meines Promotionsvorhabens, für die kritischen und inspirierenden Diskussionen, die wesentlich zum Fortgang meiner Arbeit beigetragen haben, und dafür, dass er immer meine fachliche, berufliche und persönliche Weiterentwicklung gefördert hat. Insbesondere möchte ich mich bei ihm auch für die großzügige Vermittlung von Forschungskontakten bedanken, womit der Grundstein für meinen dreijährigen Forschungsaufenthalt in New York gelegt wurde.

Frau Prof. Cremer-Schäfer danke ich herzlich für die Übernahme des Zweitgutachtens, ihre fachliche Unterstützung sowie ihre wissenschaftlichen und praktischen Anregungen und Ratschläge.

Herrn Prof. Stöver sei für die unkomplizierte Übernahme des Drittgutachtens gedankt.

Bedanken möchte ich mich ebenso bei der Polytechnischen Gesellschaft, die mich im Rahmen ihres MainCampus-Stipendiatenwerks mit einem Doktorandenstipendium finanziell und ideell gefördert hat.

Bernd Werse und Cornelia Morgenstern sowie unserem ehemaligen Mitstreiter Oliver Müller-Maar danke ich für die gute Zusammenarbeit und die kollegiale Arbeitsatmosphäre am Centre for Drug Research.

Mein Dank gilt auch meinen Freunden und Kollegen während meiner Zeit in New York. Speziell Prof. Bernard Cohen für die Möglichkeiten der beruflichen Weiterentwicklung und die gemeinsamen "ethnographic observations" in der Bronx sowie Charles Lieberman für die bereichernden Diskussionen über „criminology“, „teaching“ und unsere scherzhaften Debatten über „you Germans/you Americans“. Bedanken möchte ich mich auch bei Manni Morales vom Positive Health Project für seine unermüdliche Hilfsbereitschaft und seinen „Beschützerinstinkt“ beim Streetwork in Harlem.

Gedankt sei ebenso meinen ehemaligen Kolleginnen und Kollegen vom Drogennotdienst, vor allem Nicole Meurer für den stets interessanten Austausch über frauenspezifische Belange in der Drogenarbeit.

Maren Hullen, Sybille Bernard, Miriam Leonardy und Andreas Fischer danke ich für das Korrekturlesen der Arbeit und die wertvollen Anmerkungen.

Ein herzlicher Dank gilt auch meiner Familie und meinen Freunden für die moralische Unterstützung.

Rüdiger von Selzam danke ich von ganzem Herzen für seine unermüdliche Unterstützung, seine Motivation und für all die Dinge, die er für mich auf sich genommen hat. Seine Geduld und sein Verständnis haben mir immer wieder den notwendigen Rückhalt während der Dissertationsphase gegeben.

Mein besonderer Dank gilt schließlich den interviewten Frauen, die sich die Zeit genommen und mir Einblicke in ihre Alltagswelt gewährt haben. Bis zur Fertigstellung der vorliegenden Dissertation sind vier der sechzehn Interviewpartnerinnen verstorben. Ihnen ist diese Arbeit gewidmet.

Frankfurt am Main, im Juli 2012

Christiane Bernard

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Soziale Probleme im Spiegel objektivistischer und konstruktivistischer Theorien	9
2.1 Die objektivistische Perspektive: Soziale Probleme als real existierende Zustände	10
2.2 Die konstruktivistische Perspektive: Soziale Probleme als Ergebnis gesellschaftlicher Definitionsprozesse	12
2.3 Die Bearbeitung sozialer Probleme durch Formen der sozialen Kontrolle	17
2.3.1 Theoretische Einordnung des Begriffs der sozialen Kontrolle	17
2.3.2 Die Institutionalisierung sozialer Kontrolle: Helfende und strafende Kontrollinstanzen	18
2.3.3 Funktionen und Auswirkungen der sozialen Kontrolle – Objektivistische und konstruktivistische Betrachtungen	20
3. Das Drogenproblem in Deutschland und den USA: Objektivistische und konstruktivistische Erklärungen im Vergleich	28
3.1 Objektivistische Überlegungen: Der Konsum illegaler Drogen als problematischer gesellschaftlicher Sachverhalt	28
3.1.1. Das aktuelle Ausmaß des Drogenproblems in Deutschland und den USA: Eine Einordnung mittels quantitativer Daten	30
3.1.2 Die Entstehung des Drogenproblems und seiner sozialen Kontrolle in Deutschland und den USA – Eine objektivistische Betrachtung	32
3.1.2.1 Die Drogengebrauchssituation vor dem Ersten Weltkrieg	33
3.1.2.2 Entwicklung der Konsummuster zwischen den Weltkriegen	35
3.1.2.3 Die Weiterentwicklung des Drogengebrauchs bis Mitte der 1960er Jahre	38
3.1.2.4 Die Expansion des illegalen Drogengebrauchs ab Mitte der 1960er Jahre	40
3.1.2.5 Der Konsum von Drogen als objektives soziales Problem: Abschließende Betrachtungen	43
3.2 Konstruktivistische Überlegungen: Der Konsum illegaler Drogen als problematisiertes soziales Phänomen	44
3.2.1 Die Opiumfrage und der Beginn der Drogenprohibition	46
3.2.2 Die Opiumkonferenzen von Shanghai und Den Haag: Auswirkungen auf die internationale Drogenpolitik und die rechtliche Situation in den USA	49
3.2.3 Die Ausweitung der Drogenkontrollpolitik nach dem Ersten Weltkrieg	51
3.2.4 Die Entstehung der weltweiten Drogenprohibition nach dem Zweiten Weltkrieg	55
3.2.5 Die Herausbildung des „modernen“ Drogenproblems	57
3.2.6 Das Drogenproblem als soziale Konstruktion: Abschließende Betrachtungen	63
3.3 Die aktuelle Drogenpolitik Deutschlands und der USA	65
3.3.1 Drogengesetzgebung	67
3.3.2 Drogenhilfe	72
3.4 Reformansätze als Versuche das Drogenproblem zu dekonstruieren	78

4. Frauen und illegale Drogen: Nationaler und internationaler Forschungsstand	87
4.1 Die Anfänge der frauenspezifischen Drogenforschung: Der defizitäre Blick auf Drogenkonsumentinnen	87
4.2. Die Ausweitung der frauenspezifischen Drogenforschung im Kontext von HIV und AIDS	91
4.3 Bisherige Erkenntnisse der genderspezifischen Drogenforschung – Eine kritische Betrachtung	93
4.4 Ethnographische Forschungsarbeiten: Frauen in Drogensubkulturen	96
4.4.1 Genderspezifische Aspekte der Drogenfinanzierung	99
4.4.2 Veränderungen der Drogenszene durch Crack: Internationale und nationale Forschungsbefunde	101
4.5 Stand der international vergleichenden Drogenforschung	108
5. Methodische Konzeption der Untersuchung	118
5.1 Forschungsleitende Fragestellung und Zielsetzung	118
5.2 Theoretische Konzeption der Untersuchung: Zur Interdependenz von Makro- und Mikroebene	119
5.3 Methodologischer Hintergrund: Triangulation quantitativer und qualitativer Forschung	122
5.4 Methodisches Vorgehen der Untersuchung	128
5.4.1. Sekundäranalyse nationaler statistischer Daten	128
5.4.2 Primärerhebung in der „offenen Drogenszene“ in Frankfurt am Main	132
5.4.2.1 Zugangswege zum Forschungsfeld	133
5.4.2.2 Qualitative und quantitative Interviewverfahren	134
5.4.2.3 Auswahl der Untersuchungsgruppe und Durchführung der Erhebung	137
5.4.2.4 Analyse des qualitativen und quantitativen Datenmaterials	138
5.4.3 Metaanalyse ethnographischer Studien zur Drogenszene in New York	140
5.5 Anspruch und Grenzen der Untersuchung	144
6. Konsumentinnen illegaler Drogen in Deutschland und den USA: Ergebnisse der Sekundäranalyse	147
6.1 Konsum illegaler Drogen in der weiblichen Allgemeinbevölkerung	147
6.1.1 Erfahrungen mit dem Konsum illegaler Drogen	147
6.1.2 Konsum illegaler Drogen im zurückliegenden Jahr und Monat	150
6.1.3 Geschlechtsspezifische Aspekte des Konsums illegaler Drogen	153
6.2 Behandlungen von Konsumentinnen illegaler Drogen	157
6.2.1 Behandlungen in Krankenhäusern	157
6.2.2 Stationäre und ambulante drogentherapeutische Behandlungen	161
6.2.3 Geschlechtsspezifische Differenzen bezüglich drogenbezogener Behandlungen	163
6.3 Gesundheitliche Risiken des illegalen Drogengebrauchs	167
6.3.1 HIV und AIDS	167
6.3.2 Drogenbedingte Todesfälle	169
6.3.3 Gesundheitsrisiken des Drogenkonsums: Genderspezifische Aspekte	171
6.4 Kriminalisierung von Drogenkonsumentinnen	173

6.5	Abschließende Betrachtung der quantitativen Daten _____	177
7.	Die Drogenszene in Frankfurt am Main als Alltagswelt von Drogenkonsumentinnen _____	179
7.1	Einleitende Bemerkungen zum Forschungsfeld und zur Untersuchung _____	180
7.2	Soziodemographische Charakteristika der Befragten _____	185
7.2.1	Alter, Familienstand und eigene Kinder _____	185
7.2.2	Ausbildungsniveau und Beschäftigungssituation _____	187
7.2.3	Aktuelle Wohnsituation _____	188
7.3	Wege und Integration in das Drogenmilieu _____	190
7.3.1	Einstieg in den Drogengebrauch und Konsumerfahrungen _____	191
7.3.2	Einstiegsverläufe in den Heroin- und Crackgebrauch _____	193
7.3.3	Einstieg und Integration in die Frankfurter Drogenszene _____	200
7.4	Konstitutionselemente des Szenealltags _____	202
7.4.1	Typischer Tagesablauf _____	203
7.4.2	Drogenkonsum _____	205
7.4.2.1	Aktuelle Konsummuster _____	205
7.4.2.2	Aktuelle Applikationsformen _____	215
7.4.2.3	Orte des Konsums _____	221
7.4.3	Der Erwerb von Drogen: Preise, Verfügbarkeit und Qualität _____	226
7.4.4	Finanzierung des Drogenkonsums _____	231
7.4.4.1	Drogenprostitution _____	238
7.4.4.2	Drogenhandel _____	246
7.5	Zur Geschlechterhierarchie der Drogenszene _____	249
7.6	Soziale Beziehungen und Netzwerke in der Drogenszene _____	251
7.7	Risiken und Belastungen des Szenelebens _____	256
7.7.1	Erfahrungen mit Gewalt und Eigentumskriminalität _____	257
7.7.2	Erfahrungen mit den Kontrollbehörden _____	262
7.7.3	Überdosierungserfahrungen _____	266
7.7.4	Drogenbezogenes Risikoverhalten und Infektionsstatus _____	270
7.7.5	Allgemeine Befindlichkeit und gesundheitliche Beschwerden _____	272
7.8	Nutzung und Bewertung der Drogenhilfe _____	280
7.9	Möglichkeiten und Barrieren für einen Ausstieg aus der Drogenszene _____	290
7.10	Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse _____	292
8.	Frauen in der New Yorker Drogenszene: Ergebnisse der Metaanalyse _____	299
8.1	Zur sozialen Situation von Drogenkonsumentinnen _____	304
8.2	Drogenerfahrungen und aktuelle Konsummuster _____	306
8.3	Drogenbezogenes Risikoverhalten _____	309
8.4	Finanzierung des Drogenbedarfs _____	312
8.4.1	Legale und informelle Einkommensquellen _____	312
8.4.2	Prostitution _____	314
8.4.3	Drogenhandel _____	319
8.5	Kriminalisierung von Drogenkonsumentinnen _____	326
8.6	Gesundheitliche Situation _____	327

8.7	Inanspruchnahme drogenspezifischer Behandlungsangebote	330
8.8	Vergleich der Ergebnissen für New York und Frankfurt	332
9.	Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerungen	338
10.	Literaturverzeichnis	355
11.	Anhang	392

Tabellenverzeichnis

Tabelle 6.1:	Lebenszeit-Prävalenz einzelner ausgewählter illegaler Substanzen, illegaler Drogen insgesamt sowie illegaler Drogen außer Cannabis bei 18- bis 64-jährigen und 12- bis 25-jährigen Frauen in Deutschland und den USA	148
Tabelle 6.2:	12-Monats- und 30-Tages-Prävalenz einzelner ausgewählter illegaler Substanzen, illegaler Drogen insgesamt sowie illegaler Drogen außer Cannabis bei 18- bis 64-jährigen und 12- bis 25-jährigen Frauen in Deutschland und den USA	151
Tabelle 6.3:	Lebenszeit-Prävalenz einzelner ausgewählter illegaler Substanzen, illegaler Drogen insgesamt sowie illegaler Drogen außer Cannabis bei 18- bis 64-Jährigen und 12- bis 25-Jährigen in Deutschland und den USA nach Geschlecht (F/M)	154
Tabelle 6.4:	12-Monats- und 30-Tages-Prävalenz einzelner ausgewählter illegaler Substanzen, illegaler Drogen insgesamt sowie illegaler Drogen außer Cannabis bei 18- bis 64-Jährigen und 12- bis 25-Jährigen in Deutschland und den USA nach Geschlecht (F/M)	156
Tabelle 6.5:	Ambulante und stationäre drogentherapeutische Behandlungen von Frauen in Deutschland und den USA: Gesamtzahl, Inzidenz pro 100.000 Einwohnerinnen, Hauptdiagnose (ausgewählte Substanzen) sowie Anteil der Substituierten	161
Tabelle 6.6:	Drogenbezogene Behandlungen in Krankenhäusern in Deutschland und den USA: Gesamtzahl, Inzidenz pro 100.000 Einwohner nach einzelnen ausgewählten Substanzen nach Geschlecht (F/M)	164
Tabelle 6.7:	Ambulante und stationäre drogentherapeutische Behandlungen in Deutschland und den USA: Gesamtzahl, Inzidenz pro 100.000 Einwohner, Hauptdiagnose (ausgewählte Substanzen) sowie Anteil der Substituierten nach Geschlecht (F/M)	165
Tabelle 6.8:	Kriminalisierung von Drogenkonsumentinnen in Deutschland und den USA: Gefängnispopulation und Inhaftierungsrate, Frauenanteil und weibliche Inhaftierungsrate, Anteil der wegen Drogendelikten inhaftierten Frauen, Zahl der Festnahmen/Ermittlungen gegen Frauen wegen Drogendelikten und Anteil der Drogenkriminalität an der registrierten weiblichen Gesamtkriminalität	174
Tabelle 7.1:	Durchschnittsalter beim Erstkonsum und Lebenszeit-Prävalenz verschiedener illegaler Substanzen und des i.v. Konsums der im Jahr 2008 befragten Frauen	191
Tabelle 7.2:	Durchschnittliches Einstiegsalter in den Konsum diverser illegaler Substanzen und den i.v. Konsum nach Vergleichsgruppen	192
Tabelle 7.3:	30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenz verschiedener Substanzen sowie Anzahl der konsumierten Drogen nach Geschlecht (2008)	206
Tabelle 7.4:	30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenz ausgewählter Substanzen sowie Anzahl der konsumierten Drogen nach Vergleichsgruppen	210
Tabelle 7.5:	30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenz von Benzodiazepinen, Kokain, Crack und Heroin nach Erhebungsjahr	214

Tabelle 7.6:	Anteile des i.v. Konsums sowie Applikationsformen von Heroin, Benzodiazepinen und Crack nach Vergleichsgruppen_____	219
Tabelle 7.7:	Anteile des i.v. Konsums sowie Applikationsformen von Benzodiazepinen, Kokain, Heroin und Crack nach Erhebungsjahr _____	221
Tabelle 7.8:	Einschätzung der Verfügbarkeit und Qualität der wichtigsten Szenerdrogen nach Erhebungsjahr_____	227
Tabelle 7.9:	Primäre und generelle Einkommensquellen der letzten Woche nach Geschlecht (2008) _____	232
Tabelle 7.10:	Generelle Einkommensquellen der letzten Woche nach Vergleichsgruppen_	234
Tabelle 7.11:	Einnahmequellen in der letzten Woche nach Erhebungsjahr_____	237
Tabelle 7.12:	Umstände der zuletzt erlebten Deliktsituation nach Geschlecht (2008) _____	258
Tabelle 7.13:	Begleitumstände der letzten Überdosierung nach Geschlecht (2008) _____	267
Tabelle 7.14:	Anteile der mit HIV oder Hepatitis Infizierten nach Vergleichsgruppen _____	271
Tabelle 7.15:	Anteile der mit HIV oder Hepatitis infizierten Frauen nach Erhebungsjahr ____	272
Tabelle 7.16:	Gesundheitszustand und Beschwerden (Auswahl) in den letzten drei Monaten nach Geschlecht (2008) _____	273
Tabelle 7.17:	Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands und Beschwerden (Auswahl) in den letzten drei Monaten nach Vergleichsgruppen _____	278
Tabelle 7.18:	Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands und Beschwerden (Auswahl) in den letzten drei Monaten nach Erhebungsjahr _____	279
Tabelle A.11.1:	Ausgewählte soziodemographische Daten der im Jahr 2008 befragten Frauen und Männer _____	409
Tabelle A.11.2:	Ausgewählte soziodemographische Daten der Vergleichsgruppen _____	410
Tabelle A.11.3:	Ausgewählte soziodemographische Daten nach Erhebungsjahr _____	410

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 6.1:	Drogenbezogene Krankenhausbehandlungen von Frauen in Deutschland und den USA: alle Behandlungen sowie Behandlungen wegen einer Abhängigkeitssymptomatik nach einzelnen ausgewählten Substanzen ____	159
Abbildung 6.2:	Anteile des Infektionswegs „i.v. Konsum“ unter den weiblichen HIV-Infizierten, an AIDS Erkrankten sowie den neu mit HIV und AIDS Diagnostizierten in Deutschland und den USA _____	168
Abbildung 6.3:	Anteile des Infektionswegs „i.v. Konsum“ unter HIV-Infizierten, an AIDS Erkrankten sowie den neu mit HIV und AIDS Diagnostizierten nach Geschlecht_____	172
Abbildung 7.1:	Konsumintensität von Heroin und Crack (nach Konsumeinheiten; KE) nach Geschlecht (2008)_____	207
Abbildung 7.2:	Konsumintensität von Heroin (nach Konsumeinheiten; KE) nach Vergleichsgruppen_____	211
Abbildung 7.3:	Überwiegende und grundsätzliche Nutzung ausgewählter Orte für den i.v. Konsum nach Geschlecht (2008) _____	222
Abbildung 7.4:	Überwiegende und grundsätzliche Nutzung ausgewählter Orte für den i.v. Konsum nach Vergleichsgruppen_____	223
Abbildung 7.5:	Delikterfahrungen (Mehrfachnennungen) im Monat vor der Befragung nach Geschlecht (2008)_____	257
Abbildung 7.6:	Wöchentliche und tägliche Nutzung verschiedener Angebote der Drogenhilfe nach Geschlecht (2008) _____	281
Abbildung 7.7:	Wöchentliche Nutzung niedrigschwelliger Drogenhilfeangebote (Auswahl) nach Vergleichsgruppen_____	283

Abkürzungsverzeichnis

BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGH	Bundesgerichtshof
BJS	Bureau of Justice Statistics
BKA	Bundeskriminalamt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMJ	Bundesministerium der Justiz
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CASA	The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDR	Centre for Drug Research
CND	Commission on Narcotic Drugs
CSA	Controlled Substances Act
CUNY	City University of New York
DAWN	Drug Abuse Warning Network
DBDD	Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
DEA	Drug Enforcement Administration
DSHS	Deutsche Suchthilfestatistik
DRV	Deutsche Rentenversicherung Bund
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
ECDP	European Cities on Drug Policy
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ESAP	Expanded Syringe Access Program
EU	Europäische Union
FBI	Federal Bureau of Investigation
FBN	Federal Bureau of Narcotics
FDR	Falldatei Rauschgift
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
i.v.	intravenös
LSD	Lyserg-Säure-Diethylamid
n.s.	nicht signifikant
N-SSATS	National Survey of Substance Abuse Treatment Services
NYU	New York University
ONDCP	Office of National Drug Control Policy
PCP	Phenyl-Cyclidin-Piperidin

PKS	Polizeiliche Kriminalstatistik
RKI	Robert Koch-Institut
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SEP	Syringe Exchange Program
Sig.	Signifikanz
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
TEDS	Treatment Episode Data Set
UCR	Uniform Crime Report
UN	United Nations
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
VGR	Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen
WHO	World Health Organization

1. Einleitung

„The use of drugs to alter consciousness (...) has been a feature of human life in all places on the earth and in all ages of history. In fact, to my knowledge, the only people lacking a traditional intoxicant are the Eskimos, who had the misfortune to be unable to grow anything and had to wait for white men to bring them alcohol“ (Weil 1972: 17).

Der Konsum psychoaktiver Substanzen lässt sich als ein „kulturelles Universal“ (Murdoch 1945) begreifen. Schon immer und in allen Kulturen haben Menschen Drogen¹ für verschiedene Zwecke (z. B. zur Linderung oder Heilung von Krankheiten, für religiöse Rituale, zur Bewusstseinsveränderung und Bewusstseinsweiterung, zur Steigerung der ökonomischen Produktivität oder als Genussmittel) genutzt. Veränderungen des Bewusstseinszustands hervorzurufen, scheint ein grundsätzliches menschliches Bedürfnis zu sein und kann daher als anthropologische Konstante angesehen werden (vgl. Weil 1972: 17ff.; Westermeyer 1980: 132ff.; Blätter 1990: 22ff.).

Eine problemzentrierte Sicht auf den Drogenkonsum, wie sie sich eindrücklich in der Auffassung des Drogengebrauchs als soziales Problem widerspiegelt, stellt demgegenüber ein relativ neues Phänomen dar, dessen Entstehungsgeschichte erst Ende des 19. Jahrhunderts begann. Die „Kernidee“ des Drogenproblems besagt, dass mit dem Drogenkonsum nicht nur ein hohes individuelles Risiko- und Schädigungspotenzial einhergeht, sondern sich hiermit vor allem hohe Folgeschäden für die Gesellschaft als Ganzes verbinden und daher eine politische Lösung oder zumindest politische Interventionen angezeigt sind. So heißt es beispielsweise im EU-Drogenaktionsplan (2005 bis 2008), der im Rahmen der „EU-Strategie zur Drogenbekämpfung“ für die Jahre 2005 bis 2012 verabschiedet wurde:

„Das Drogenproblem stellt eine schwerwiegende Bedrohung für die Sicherheit und Gesundheit der europäischen Gesellschaft dar; seine Bekämpfung zählt zu den wichtigsten Anliegen der Bürger Europas. (...) Eine realistische und wirksame Lösung dieses globalen Problems gehört weiterhin zu den vorrangigen politischen Zielen der Europäischen Union“ (Europäische Union 2005: 1).

Wenngleich sich in den letzten Jahren der Blick verstärkt auch auf legale Substanzen richtet, gilt die gesellschaftliche Sorge doch nach wie vor primär den illegalen Drogen, die als Kern des Drogenproblems begriffen werden. Eine prägnante Illustration dieser Sichtweise liefern die Ausführungen des ehemaligen Präsidenten des Bayerischen Landeskriminalamts:

„In den letzten Jahren hat sich der illegale Konsum von Drogen (...) zu einem der dringendsten

¹ Die vorliegende Arbeit orientiert sich an der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) formulierten Definition von Drogen. Danach sind mit Drogen alle psychotropen oder psychoaktiven Substanzen bezeichnet, die aufgrund ihrer chemischen Beschaffenheit Strukturen oder Funktionen im lebenden Organismus verändern, wobei sich diese Veränderungen insbesondere in den Sinnesempfindungen, der Stimmungslage, im Bewusstsein oder in anderen psychischen Bereichen oder im Verhalten bemerkbar machen (vgl. Vogt/Scheerer 1989: 5f.). Als illegale Drogen werden alle psychoaktiven Substanzen verstanden, deren Herstellung, Besitz, Erwerb, Handel und Weitergabe nach der deutschen und US-amerikanischen Drogengesetzgebung untersagt bzw. streng reglementiert und mit Strafen bedroht sind.

gesellschaftlichen Probleme entwickelt. Ein Problem, das (...) nahezu weltweit die Gesundheit unzähliger Menschen erheblich beeinträchtigt, das Leben der Abhängigen ruiniert, ihre Angehörigen verzweifeln lässt, zu Beschaffungs-, Folge- und Begleitkriminalität führt und den Volkswirtschaften hohen Schaden zufügt“ (Ziegenaus 1999: 129).

Das heutige Drogenproblem ist vor allem in einem internationalen Zusammenhang zu verstehen. Besonders deutlich kommt die Überzeugung darüber, dass es sich bei dem Drogenproblem um ein globales Problem handelt, in den drei gültigen internationalen Drogenabkommen von 1961 („Single Convention on Narcotic Drugs“), 1971 („Convention on Psychotropic Substances“) und 1988 („United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances“) zum Ausdruck. Hiermit sind verpflichtende, strenge Kontrollen (bestimmter) psychoaktiver Substanzen und die entsprechende Umsetzung der Kontrollstrategien in die nationalen Drogenpolitiken sowie internationale Kooperationen zur Bekämpfung des Drogenproblems festgeschrieben. Zementiert wurde mit den internationalen Abkommen eine prohibitive Drogenkontrollpolitik, die weltweite Differenzierung in legale und illegale Substanzen sowie die Problemsicht auf illegale Drogen und deren Konsumenten².

Im Rahmen der internationalen Vorgaben obliegt es jedoch den einzelnen Vertragsstaaten – gemäß ihrer nationalen Verfassung – die Mittel zur Unterbindung des Verkehrs und des Konsums der unerwünschten, illegalisierten Substanzen zumindest bis zu einem gewissen Grad selbst zu bestimmen (vgl. United Nations 1988). Die Kontrollmaßnahmen müssen dabei nicht zwangsläufig und ausschließlich auf Bestrafung beruhen. So heißt es in der Konvention von 1988:

„b) The Parties may provide, in addition to conviction or punishment for an offence established in accordance with paragraph 1 of this article, that the offender shall undergo measures such as treatment, education, aftercare, rehabilitation or social reintegration. c) Notwithstanding the preceding subparagraphs, in appropriate cases of a minor nature, the Parties may provide, as alternatives to conviction or punishment, measures such as education, rehabilitation or social reintegration, as well as, when the offender is a drug abuser, treatment and aftercare“ (United Nations 1988).

Aufgrund dieser eingeräumten „Flexibilität“ der sich zwischen den idealtypischen Ansätzen von Strafe und Hilfe³ bewegenden Kontrollstrategien und einer in diesen Bereichen je unterschiedlichen Schwerpunktsetzung bestehen somit, trotz der internationalen Bestimmungen, durchaus Differenzen zwischen den nationalen Drogenpolitiken der einzelnen Vertragsländer.

² Auch wenn es sich hier um eine frauenspezifische Arbeit handelt, wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit bei allgemeinen Aspekten, die beide Geschlechter betreffen, die maskuline Form verwendet und auf die Verwendung von Doppelformen oder anderen Kennzeichnungen für weibliche und männliche Personen verzichtet. Dies ist auch einem besseren Verständnis geschuldet, indem terminologisch differenziert wird, wenn es sich um geschlechts- bzw. frauenspezifische Aspekte handelt.

³ Unter Hilfe sind auch die niedrigschwelligen Angebote aus dem Bereich der „harm reduction“ zu fassen. Bezeichnet sind hiermit Hilfeangebote, die darauf abzielen, die mit dem Konsum illegaler Drogen einhergehenden Gesundheitsrisiken und -schäden zu reduzieren. Der Ansatz richtet sich an Personen, die nicht in der Lage oder willens sind, ihren Drogenkonsum zu beenden. Wichtige auf Schadensminderung abzielende Angebote sind die Abgabe steriler Spritzenutensilien, Konsumräume, die Substitution (sowohl mit Ersatzstoffen als auch mit Heroin), die medizinische Versorgung und weitere überlebenspraktische Hilfen (Notunterkünfte, Essensversorgung etc.).

Auf diese Unterschiede nimmt die hier vorgelegte explorative Studie Bezug, indem sie die deutsche und US-amerikanische Drogenpolitik vergleichend untersucht und damit einen Beitrag zur wissenschaftlichen Diskussion über den Einfluss drogenpolitischer Konzepte auf den Umgang mit illegalisierten psychoaktiven Substanzen und die damit assoziierten Begleitfolgen leisten will.

Zugrunde gelegt wird die These, dass entscheidende Aspekte des Drogenkonsums, insbesondere die damit einhergehenden Problemlagen, durch die Kontextbedingungen des Drogengebrauchs, wie sie durch die nationale Drogenpolitik konstituiert sind, bestimmt werden (vgl. Kemmesies 1995a: 76; Heymann/Brownsberger 2001: 4).

Basierend auf der Annahme der Geschlechtsspezifität des Drogenkonsums wird das Phänomen unter einer frauenspezifischen Perspektive betrachtet. Es wird hiermit davon ausgegangen, dass Genderdifferenzen bezüglich der Drogengebrauchsmuster und der gesellschaftlichen Bewertung von weiblichen und männlichen Konsumierenden psychoaktiver Substanzen bestehen und auch das subkulturelle Gefüge der Drogenszene geschlechtsspezifisch differenziert ist und folglich unterschiedliche Konsequenzen für beide Geschlechter mit sich bringt. Insgesamt basiert die Forschungsarbeit damit auf der These, dass die gesellschafts- bzw. drogenpolitischen Strukturen unterschiedliche Auswirkungen auf drogenkonsumierende Frauen und Männer haben und die besondere Situation von Konsumentinnen illegaler Drogen begründen.

Der hier gewählte Vergleich zwischen Deutschland und den USA erscheint in mehrfacher Hinsicht für einen wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn geeignet. Zunächst bestehen zwischen beiden Ländern vielfache Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Entwicklung des illegalen Drogengebrauchs und dessen Herausbildung als Jugendphänomen. US-amerikanische Drogentrends haben oftmals mit einer zeitlichen Verzögerung auch in Deutschland (zumindest in einem gewissen Umfang) ihren Niederschlag gefunden. Dies lässt sich insbesondere für Heroin, Kokain, LSD und Cannabis in den 1960er und 1970er Jahren feststellen sowie für den Crackkonsum seit Beginn der 1990er Jahre. Beide Länder sind zudem als Unterzeichnerstaaten der genannten Konventionen an die internationalen Drogenkontrollabkommen gebunden. Die USA haben dabei maßgeblich die Ausformung und Richtung der internationalen Drogenpolitik bestimmt und damit auch wesentlichen Einfluss auf die deutsche Drogenpolitik genommen (vgl. Selling 1989a: 1). Die Geschichte der Drogenkontrolle in Deutschland ist durch US-amerikanische Drogenideologien und entsprechende Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogenproblems geprägt. Dies betrifft in erster Linie die repressiven und punitiven Strategien im „Kampf gegen Drogen“ und die Idee der Strafandrohung als Präventionsmittel. Die drogenpolitischen Strukturen Deutschlands werden daher letztlich erst mit Blick auf die USA verständlich.

Seit den 1990er Jahren ist jedoch eine wachsende „Emanzipierung“ der deutschen von der US-amerikanischen Drogenpolitik zu beobachten, sodass beide Länder zu-

nehmend unterschiedliche Strategien gegenüber dem Drogengebrauch verfolgen. Während die Drogenpolitik der USA nach wie vor durch Punitivität geprägt ist, hat sich die deutsche Drogenpolitik stärker zu einem Modell der Medizinalisierung und Schadensminderung entwickelt. Entscheidend für diese Entwicklung war die Erkenntnis, dass eine punitive Drogenpolitik zahlreiche negative Effekte mit sich bringt – vor allem eine Intensivierung (wenn nicht gar Erzeugung) der gesundheitlichen und sozialen Risiken und Krisenlagen der Konsumenten sowie hohe gesellschaftliche Folgekosten. Eine Rolle für die veränderte Ausrichtung der deutschen Drogenpolitik haben auch die Erfahrungen in den Niederlanden gespielt, wo trotz oder gerade wegen einer liberaleren Drogenpolitik nicht nur die mit dem Drogenkonsum assoziierten Risiken, sondern auch die Konsumentenzahlen zum Teil deutlich niedriger sind als in Ländern mit stark repressiven drogenpolitischen Zugangswegen (vgl. Degenhardt et al. 2008: 1053ff.).

Unter Einbeziehung der Makro- und Mikroebene zielt die vorliegende Untersuchung darauf ab, ein differenziertes Bild der Situation von Konsumentinnen illegaler Drogen in Deutschland und den USA zu zeichnen und die Auswirkungen von Drogenpolitiken empirisch zu untersuchen. Die Forschungsarbeit ist dabei im Schnittfeld von explorativen/qualitativen und hypothesenprüfenden/quantitativen Verfahren angesiedelt.

Für den mikroperspektivischen Vergleich wurden als Beispielstädte Frankfurt am Main und New York City gewählt, weil sich hier die differenten drogenpolitischen Richtungen Deutschlands und der USA besonders prägnant abbilden. Frankfurt gilt als einer der Wegbereiter des „harm reduction“-Ansatzes („Frankfurter Weg“), New York dagegen ist nicht nur Pionier des „zero tolerance“-Modells, sondern hier bestand bis zur Reform der „Rockefeller Drug Laws“ im Jahr 2009 eine Gesetzgebung, die in besonderer Weise die Politik des „being tough on drugs“ verkörperte und hohe Haftstrafen für Drogendelikte vorsah.⁴ Im Fokus des Vergleichs stehen Heroin- und Crackgebraucherinnen, die eine hohe Integration in Straßen-Drogenszenen aufweisen. Der Blick richtet sich damit auf einen besonders problembehafteten und weithin als Kern des Drogenproblems verstandenen Ausschnitt des Gesamtphänomens „Gebrauch illegaler Drogen“. Dieser Teilbereich wurde gewählt, da diese Konsumgruppe im Zentrum drogenpolitischer Aktivitäten steht und davon auszugehen ist, dass sich die Effekte der jeweiligen Drogenpolitik hier besonders deutlich niederschlagen (vgl. Kemmesies 1995a: 1). Für den Vergleich zwischen Frankfurt und New York spricht auch die Verbreitung des Crackkonsums. Neben Los Angeles ist New York City die US-amerikanische Stadt, in der sich in den 1980er Jahren die „Crack-Epidemie“ am stärksten ausgebreitet hat, Ende der 1990er Jahre ist der Konsum hier aber auch besonders deutlich zurückgegangen. Insofern liegen in New York Erfahrungen mit den verschiedenen Phasen einer

⁴ Mit der Reform wurden vor allem die hohen Mindesthaftstrafen für verschiedene Drogendelikte abgeschafft (vgl. Sayegh 2010: 1).

„Crackwelle“ vor, die sich in einem breiten Forschungsstand ausdrücken und wichtige Erkenntnisse für die Situation in Deutschland respektive Frankfurt liefern können. Darüber hinaus lassen sich für New York ein Konsumrückgang von Heroin und Veränderungen der Heroingebrauchsmuster beobachten. In Frankfurt am Main hat sich der Konsum von Crack seit Mitte der 1990er Jahre in der „offenen Drogenszene“⁵ verbreitet und das Kokainderivat hat sich mittlerweile, neben Heroin, als wichtigste Substanz in diesem Umfeld etabliert. Eine vergleichbare Entwicklung ist in Deutschland lediglich für Hamburg zu erkennen. Insgesamt ist der Blick auf Crack vor allem auch deshalb von Interesse, weil die Substanz lange Zeit im Zentrum des US-amerikanischen „war on drugs“ stand. Ferner haben sich durch die crackspezifischen Wirkungsweisen neue Herausforderungen an das Hilfesystem ergeben. Und schließlich sind mit dem Crackkonsum verschiedene frauenspezifische Problematiken assoziiert, die für die vorliegende Arbeit von besonderer Relevanz sind.

Anhand der durch den makro- und mikroperspektivischen Vergleich gewonnenen Erkenntnisse sollen Empfehlungen an die Drogenpolitik formuliert werden, die unter Berücksichtigung frauenspezifischer Belange und Problemkonstellationen auf eine Verbesserung der Situation von Drogenkonsumentinnen und eine Reduzierung ihrer Problemlagen abzielen. Dabei gilt es die Strategien und Ziele der aktuellen drogenpolitischen Maßnahmen kritisch zu hinterfragen und Möglichkeiten für eine „(bedarfs-) gerechtere“, genderspezifische Drogenpolitik zu entwerfen. Auch der Europäische Drogenaktionsplan betont, dass die Einbeziehung des Genderaspekts eine wesentliche Bedingung für die Planung und Entwicklung effektiver drogenpolitischer Strategien ist (vgl. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (nachfolgend: EMCDDA) 2006: 21). Die Voraussetzung für eine gendersensible Drogenpolitik ist dabei die detaillierte Kenntnis der Lage und Bedürfnisse von drogenkonsumierenden

⁵ Der Begriff der „Drogenszene“ bezeichnet ein sowohl personell als auch örtlich bestimmtes soziales Milieu, das durch den Konsum von Drogen strukturiert ist. Zum einen ist hiermit der spezifische Personenkreis bezeichnet, der durch den Konsum und/oder Verkauf bestimmter Substanzen als zugehörig zur Szene gilt. Zum anderen ist hiermit ein sozialer Raum beschrieben – der zentrale Treffpunkt von Drogenkonsumierenden und das Umfeld, in dem die auf den Drogengebrauch abgestellten Aktivitäten stattfinden. Drogenszenen differenzieren sich unter anderem durch die jeweils konsumierte Droge (z. B. Cannabis-szene, Kokainszene, Heroin- und/oder Crackszene), die Gebrauchsintensität (kontrollierter vs. kompulsiver Konsum) und durch ein unterschiedliches Nähe-Distanz-Verhältnis zur Hauptkultur (vgl. Kemmesies 1995a: 81f.). Darüber hinaus lassen sich Drogenszenen auch durch ihre zentralen Gesellungs- und Organisationsformen in private, halboffene und offene Szenen unterscheiden. Als „offen“ gelten Drogenszenen, wenn sich der Kauf, Verkauf und der Konsum illegaler Substanzen innerhalb einer mehr oder weniger großen Personengruppe in der Öffentlichkeit, für jedermann erkennbar, d. h. „offen-sichtlich“, vollzieht. Offen sind Drogenszenen aber auch dahingehend, dass sie keine festumrissene Größe darstellen, sondern spezifischen Entwicklungsdynamiken und Wandlungsprozessen (z. B. durch Drogen- oder Konsumtrends oder ordnungspolitische Steuerungsbemühungen) unterliegen (vgl. Kemmesies 1995b: 4). Insgesamt kann somit nicht von „der Drogenszene“ gesprochen werden, sondern es lassen sich vielmehr verschiedene Teilszenen ausmachen. Die im Betrachtungsfokus der vorliegenden Arbeit stehende Drogenszene zeichnet sich durch großstädtische, offene Strukturen, kompulsive Drogenkonsummuster (mit den Hauptdrogen Heroin und Crack) und der Distinktion gegenüber der Hauptkultur bzw. einem hohen Grad an sozialer Desintegration aus. Sie kann insofern als ein eigener subkultureller Raum gedacht werden, in dem sich spezifische Kommunikations- und Gesellungsformen herausbilden, alternative Wertorientierungen entfalten und ein von der Hauptkultur abweichendes Normsystem besteht (vgl. Noller/Reinicke 1987: 110).

Frauen (und Männern) und deren systematische Einbeziehung in die Entwicklung adäquater und humaner drogenpolitischer Konzepte.

Eine international vergleichende Analyse von Drogenpolitiken ist dabei ein wichtiges Instrument, um ein verbessertes Wissen über drogenpolitische Strategien zu erlangen. Einerseits lässt sich so von den Erfahrungen und Erkenntnissen in anderen Ländern profitieren, andererseits können hierdurch die Auswirkungen sowie die Vor- und Nachteile der jeweiligen Politik aufgedeckt und Verbesserungsvorschläge für die Zukunft abgeleitet werden.

Für die vorliegende Arbeit ist gleichwohl zu berücksichtigen, dass die gesellschaftlichen Bedingungen Deutschlands und der USA nur eingeschränkt miteinander vergleichbar sind. Unterschiede bezüglich der Verbreitung des Drogenkonsums und der Begleitfolgen können daher nicht zwangsläufig und ausschließlich als Effekte der Drogenpolitik gewertet werden, sondern sind zum Teil eng mit den Gesellschaftsstrukturen verwoben. Es ist jedoch davon auszugehen, dass insbesondere die Risiken des Konsums und die Problemlagen von Drogenkonsumierenden entscheidend durch die Drogenpolitik geprägt sind.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in folgende Abschnitte:

In Kapitel 2 wird die theoretische Betrachtungsfolie sozialer Probleme, worunter das Drogenproblem zu fassen ist, erschlossen. Hierfür werden die beiden dominierenden sozialwissenschaftlichen Erklärungsansätze, die objektivistische und konstruktivistische Perspektive, sowie die aus den Ansätzen ableitbaren Maßnahmen zur Bearbeitung sozialer Probleme einander gegenübergestellt und hinsichtlich ihres Erklärungspotenzials für die vorliegende Arbeit untersucht.

Das objektivistische und konstruktivistische Erklärungsmodell werden in Kapitel 3 genutzt, um die Entstehung des Drogenproblems und der drogenpolitischen Leitbilder in den USA und Deutschland sowie die Herausbildung der heutigen Drogenkontrollpolitik im historischen Kontext zu analysieren. Hierbei wird der Frage nachgegangen, wann, warum und wie sich eine problemzentrierte Sichtweise auf den Drogengebrauch und damit das Drogenproblem entwickelt hat, worauf die Differenzierung zwischen legalen und illegalen Drogen gründet und wann die gesellschaftliche Stigmatisierung von Drogengebern einsetzte. Der Blick in die Geschichte wird zeigen, dass das Verbot bestimmter psychoaktiver Substanzen besondere historische Wurzeln hat, die nicht in der Gefährlichkeit von Drogen begründet sind, sondern auf politischen, ökonomischen und professionsspezifischen Interessen beruhen. Diese verschiedenen Interessen und Motive der beteiligten Akteure sowie die damit einhergehenden Definitionsprozesse, die schließlich zur Herstellung des Drogenproblems geführt haben, werden nachgezeichnet. Die historische Analyse soll dabei die Verknüpfung zwischen der US-amerikanischen und deutschen Drogenpolitik verdeutlichen und den Blick dafür öffnen,

dass die heutige Drogenpolitik auf Prämissen beruht, die den Anfängen des 20. Jahrhunderts entstammen.

Kapitel 4 stellt den Forschungsstand zum Thema „Frauen und illegale Drogen“ dar. Die Forschung in Deutschland ist vornehmlich ätiologisch ausgerichtet. Konsumentinnen illegaler Drogen werden meist in institutionellen Kontexten untersucht, wodurch sich eine deutliche Färbung der Forschungsergebnisse ergibt. Frauen werden als pathologisch und defizitär klassifiziert, die Erklärungsmuster für ihren Drogengebrauch verweisen relativ einheitlich auf ein problemzentriertes Motiv. Ethnographische Forschungsarbeiten, die ein kontextbezogenes und umfassenderes Verständnis der Situation von Drogengebraucherinnen ermöglichen und Einblicke in die Subjektperspektive geben, liegen vor allem aus den USA vor. Eine frauenspezifische international vergleichende Drogenforschung ist hingegen kaum existent. Nur sehr vereinzelt sind komparative Studien zwischen Drogenkonsumentinnen in unterschiedlichen Ländern vorhanden, bisher liegt jedoch keine Forschungsarbeit vor, die drogenkonsumierende Frauen in Deutschland und den USA vergleichend untersucht. Die vorliegende Studie stößt damit in eine Forschungslücke und unternimmt den Versuch, diese Lücke zu verringern.

Das methodische Vorgehen der hier vorgelegten Untersuchung wird in Kapitel 5 erläutert. Den theoretischen Hintergrund bilden Überlegungen zum Interdependenzverhältnis zwischen Mikro- und Makroebene. Um ein möglichst umfassendes Verständnis des Forschungsgegenstands zu erlangen, wurde das Forschungsdesign methodenplural angelegt. Zum Einsatz kamen quantitative Methoden in Form einer Sekundäranalyse nationaler statistischer Daten und einer standardisierten Fragebogenerhebung sowie qualitative Methoden in Form des problemzentrierten Interviews mit Drogenkonsumentinnen und einer Metaanalyse ethnographischer Studien. In Frankfurt wurde eine eigene empirische Erhebung in der Straßen-Drogenszene durchgeführt. Die Ergebnisse für New York stützen sich auf die systematische Analyse vorhandener Forschungsarbeiten.

Kapitel 6 präsentiert die Ergebnisse der Sekundäranalyse zur Drogengebrauchssituation in Deutschland und den USA. Mittels der verfügbaren empirischen Indikatoren werden einerseits die Verbreitung des illegalen Drogenkonsums von Frauen sowie andererseits dessen Begleitfolgen und die Problemlagen von Drogengebraucherinnen anhand der Inanspruchnahme von Behandlungen, der Verbreitung drogen- bzw. kontrollinduzierter Gesundheitsrisiken und des Ausmaßes der Kriminalisierung vergleichend untersucht. Dabei wird auch auf Geschlechterunterschiede sowie Entwicklungen im Zeitverlauf Bezug genommen.

An die Darstellung der makroperspektivischen quantitativen Daten schließt sich die Präsentation der auf die lokalen Bezugsräume Frankfurt am Main und New York City fokussierten Ergebnisse an. Hiermit werden Erkenntnisse darüber gewonnen, wie

sich die jeweilige Drogenpolitik auf der Mikroebene, d. h. in den alltagsweltlichen Spezifika, den Interaktionen und dem (Alltags-)Handeln drogenkonsumierender Frauen niederschlägt. Kapitel 7 bildet den Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit und widmet sich einer ausführlichen Darstellung der Ergebnisse zur „offenen Drogenszene“ in Frankfurt am Main. In den Betrachtungsfokus rücken hiermit die Perspektive der Frauen, die verschiedenen Konstitutionselemente ihrer Alltagswelt⁶, ihre Strategien zur Bewältigung des Szenealltags und die mit dem Szeneleben einhergehenden Risiken und Belastungen. Dargelegt werden ebenso geschlechtsspezifische Unterschiede und Differenzen zwischen verschiedenen weiblichen Konsumgruppen. Zu diesem Zweck wurde ein Gruppenvergleich zwischen Frauen durchgeführt, die Crack in unterschiedlicher Intensität konsumieren. In einem Längsschnittvergleich wird zudem die Situation von Frauen in der Frankfurter Drogenszene im Hinblick auf Veränderungen beleuchtet.

Das daran anschließende Kapitel 8 präsentiert die durch die Metaanalyse gewonnenen Erkenntnisse zur Lage von Drogenkonsumentinnen in New York City. Anhand ausgewählter ethnographischer Studien werden wesentliche Elemente ihrer Alltagswelt (Drogenkonsum und dessen Finanzierung, gesundheitliche Risiken, Kriminalisierungserfahrungen, Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten etc.) herausgestellt, die als Basis für den Vergleich mit den Frankfurter Ergebnissen dienen.

In Kapitel 9 werden schließlich die Ergebnisse der Teilstudien integriert und hinsichtlich ihrer Implikationen für drogenpolitische Strategien reflektiert. Anhand der gewonnenen Erkenntnisse sollen Schlussfolgerungen und Empfehlungen an die Drogenpolitik formuliert und Möglichkeiten aufgezeigt werden, die zur Verbesserung der psychosozialen und gesundheitlichen Lage drogenkonsumierender Frauen und zur Entwicklung einer bedarfsgerechten Hilfe beitragen können.

⁶ In Anlehnung an Schütz (vgl. Schütz/Luckmann 1979) wird die Alltagswelt oder auch alltägliche Lebenswelt als Bereich der Wirklichkeit verstanden, der die gegebene, unhinterfragte und selbstverständliche Basis des alltäglichen Denkens und Handelns bildet. Die Alltagswelt ist eine intersubjektive Welt, in der andere Subjekte existieren und in der das soziale Handeln, Interaktionen und Beziehungen angesiedelt sind. Die Subjekte sehen die Alltagswelt in wesentlich gleicher Weise, d. h. ihnen ist die Grundstruktur ihrer Wirklichkeit gemeinsam. Aufgrund dieser Gegenseitigkeit, der Reziprozität der Perspektiven, wird Handeln erst möglich, da sich das individuelle Handeln an den Handlungserwartungen, die an den Anderen gestellt werden, orientiert. Schütz geht dabei davon aus, dass das alltägliche Handeln auf Typisierungen (dem „verfügbaren Wissensvorrat“) beruht, die den Orientierungs- und Bezugsrahmen liefern.

2. Soziale Probleme im Spiegel objektivistischer und konstruktivistischer Theorien

Wie einleitend dargelegt, besteht weitgehend Konsens darüber, dass es sich bei dem Konsum illegaler Drogen um ein soziales Problem handelt. Mit dem folgenden Kapitel soll der Frage nach den Konstitutionselementen sozialer Probleme nachgegangen werden. Hierfür werden mit dem objektivistischen und konstruktivistischen Ansatz die beiden dominierenden sozialwissenschaftlichen Erklärungsmodelle erläutert und die unterschiedlichen Blickwinkel auf soziale Probleme, die sich mit beiden Perspektiven verbinden, veranschaulicht. Die Gegenüberstellung beider Theorien wurde gewählt, weil die Drogenpolitik, wie gezeigt werden wird, durch ein objektivistisches Verständnis bestimmt ist. Mittels konstruktivistischer Ansätze lässt sich jedoch ein veränderter Blick auf das Drogenproblem einnehmen, der ein besseres Verständnis gesellschaftlicher (Definitions-)Prozesse ermöglicht und damit einen wesentlichen Erkenntnisgewinn für die vorliegende Arbeit verspricht.

In einem alltagsweltlichen Verständnis bezeichnen soziale Probleme gesellschaftliche Bedingungen oder Verhaltensweisen, die als unerwünscht, störend, schädlich oder bedrohlich für die Gesellschaft erscheinen und mit Hilfe bestimmter Maßnahmen korrigiert werden sollen. Konstitutiv für soziale Probleme ist ihre öffentliche Thematisierung und die Vorstellung ihrer Veränderbarkeit sowie die Implementierung von Interventionsmaßnahmen (vgl. Groenemeyer 1990: 20f.). Wenngleich sehr unterschiedliche gesellschaftliche Phänomene (wie Armut, Arbeitslosigkeit, Kriminalität, Gewalt oder eben der Konsum illegaler Drogen) als soziale Probleme verstanden werden, besteht ihr gemeinsames Merkmal dennoch darin, dass die Betroffenen als deviant gelten, da sie mit ihren Verhaltens- oder Lebensweisen gegen die von der Allgemeinheit als verbindlich erachteten Wert- und Normvorstellungen verstoßen und damit zu Außenseitern, Problem- oder Randgruppen werden (vgl. Groenemeyer 1999: 20ff.; Schetsche 2007: 126).

In Bezug auf soziale Probleme muss zwischen individuellen und sozialen Problemlagen unterschieden werden. Selbst schwerwiegende individuelle Probleme betreffen nicht zwingend die Gesellschaft insgesamt und geben zu gesellschaftlichen Interventionen Anlass. So ist davon auszugehen, dass es schon früh Menschen gab, die den Konsum psychoaktiver Substanzen als persönliches Problem empfanden, ein soziales Problem war der Drogenkonsum aber (noch) nicht. So vermutet Sonnedecker (1963: 836), dass „das Problem nicht anders als andere schlechte Angewohnheiten angesehen wurde“ und Scheerer (1993: 79) konstatiert: „Noch vor hundert Jahren hätte niemand gewusst, was mit dem Drogenproblem gemeint sein sollte“. Letztlich ist es somit

erst die gesamtgesellschaftliche Relevanz, die den Drogengebrauch zu einem sozialen Problem werden lässt.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, wie Gesellschaften überhaupt dazu kommen, bestimmte Verhaltensweisen oder Sachverhalte als soziale Probleme zu definieren. Innerhalb der Sozialwissenschaften existieren hierzu im Wesentlichen zwei deutlich voneinander unterscheidbare Erklärungsansätze. Noch bis Anfang der 1970er Jahre dominierte der strukturfunktionalistische, objektivistische Ansatz die Theorien sozialer Probleme. Erst mit dem von Berger/Luckmann (1966) begründeten Paradigma des Sozialkonstruktivismus geriet diese traditionelle Sichtweise zunehmend in die Kritik und es entwickelte sich die definitionstheoretische, konstruktivistische⁷ Perspektive als alternatives Erklärungskonzept (vgl. Albrecht 1990: 5ff.; Schetsche 2007: 115). Die Grundpositionen dieser beiden konkurrierenden Denkschulen und ihre je spezifischen Erklärungsmodelle zur Genese sozialer Probleme werden im Folgenden gegenübergestellt. Hierdurch soll nachvollzogen werden, warum der Drogenkonsum als soziales Problem erachtet wird.

2.1 Die objektivistische Perspektive: Soziale Probleme als real existierende Zustände

Objektivistische Erklärungsansätze basieren auf einer biologistischen Idee der Gesellschaft als Organismus. In diesem Verständnis erfüllen die verschiedenen miteinander interagierenden Strukturen und Teilsysteme einen jeweils unterschiedlichen Beitrag für die Arbeitsweise des Gesamtsystems und tragen so zu dessen Gleichgewicht und Bestand bei. Soziale Probleme stellen in dieser Perspektive Funktionsprobleme dar. Sie verweisen auf eine Störung des gesellschaftlichen Systems, auf eine Abweichung von einem normalen, harmonischen Funktionieren der Gesellschaft. Impliziert ist damit auch die Annahme, eindeutig zwischen pathologischen und gesunden gesellschaftlichen Zuständen differenzieren zu können (vgl. Groenemeyer 1999: 27ff.; May 2005: 29).⁸

Für das objektivistische Erklärungsmodell sind vor allem die Arbeiten Mertons von Bedeutung. Merton (1975: 114) definiert soziale Probleme als wesentliche Diskrepanz zwischen sozialen Standards und den tatsächlich vorherrschenden sozialen Bedingun-

⁷ Gelegentlich findet sich in der wissenschaftlichen Literatur auch die Bezeichnung konstruktivistisch (vgl. u. a. Schetsche 2008; Ratzka 2008).

⁸ Angesichts der Tatsache, dass sich moderne Gesellschaften gerade durch eine gewisse Differenziertheit von Interessen, Normen und Werten verschiedener sozialer Gruppen auszeichnen, die teilweise miteinander in Konflikt stehen, aber durchaus nebeneinander existieren können, ist eine klare Bestimmung dessen, was als pathologisch oder gesund zu gelten hat, kaum möglich. Vielmehr scheint dies stark von der Perspektive der Betroffenen abzuhängen. Eine von einer sozialen Gruppe als problematisch empfundene Situation muss für eine andere Gruppe noch lange kein soziales Problem und auch keine Abweichung darstellen. Zudem können die von einer Gruppe befürworteten Maßnahmen zur Lösung eines sozialen Problems gerade zu einem sozialen Problem für andere Gruppen werden (vgl. Groenemeyer 1990: 44).

gen. Mit sozialen Standards sind vor allem Wertorientierungen bezeichnet, d. h. Vorstellungen in der Gesellschaft darüber, was erstrebenswert ist. Gleichzeitig handelt es sich auch um eher „technische“ Standards, die Schlussfolgerungen darüber zulassen, ob bestimmte Erscheinungen den reibungslosen Ablauf des gesellschaftlichen Systems gewährleisten oder stören (vgl. hierzu auch Bellebaum/Braun 1974: 1). Soziale Probleme markieren dementsprechend ein Missverhältnis zwischen den Wertvorstellungen einer Gesellschaft und der sozialen Realität, zwischen dem was ist und dem, was sein soll. Damit wird angenommen, dass soziale Probleme als objektive Bedingungen oder Bedingungskonstellationen im gesellschaftlichen Gefüge existieren, dass sie im Widerspruch zu einer „normalen“, „gesunden“ Gesellschaft stehen und einen Zustand der Dysfunktion, Desorganisation, Pathologie oder Abweichung anzeigen (vgl. Blumer 1975: 102). Soziale Probleme besitzen demnach einen objektiven Kern, der an sich problematisch ist (vgl. Dollinger/Raithel 2006: 23). Analytisch unterteilt Merton (1975: 114) soziale Probleme in die Kategorien „soziale Desorganisation“ und „abweichendes Verhalten“. Soziale Desorganisation verweist auf Unzulänglichkeiten in einem sozialen System, die verhindern, dass sich kollektive und individuelle Ziele im Rahmen der vorgegebenen Möglichkeiten realisieren lassen. Abweichendes Verhalten bezieht sich auf Verhaltensweisen, die in relevantem Maß gegen gesellschaftliche Normen verstoßen. Normen werden dabei als objektiv vorhandene, von den Individuen unabhängige Fakten angesehen (vgl. hierzu auch Peters 2009: 20).

Merton (1975: 122f.) zufolge hat sich die Bestimmung sozialer Probleme auf die Identifikation und Analyse der strukturellen und normativen Funktionsbedingungen eines sozialen Systems zu richten. Vorausgesetzt wird damit, dass sich Funktionsbeeinträchtigungen anhand objektiver Kriterien feststellen lassen, wodurch sie unabhängig von subjektiven Interpretationen als soziale Probleme diagnostiziert und einer Lösung zugänglich gemacht werden können. Die Aufgabe der Soziologie sieht Merton darin, jene Bedingungen und Konstellationen aufzudecken, die als objektiv schädlich für das gesellschaftliche System zu beurteilen sind. Dies beinhaltet insbesondere auch das Identifizieren so genannter latenter sozialer Probleme – Sachlagen oder Verhaltensweisen, die zwar sozialen Standards widersprechen, jedoch von der Gesellschaft (noch) nicht als soziale Probleme erkannt worden sind. Nach Merton müsse die Soziologie in diesem Sinne auch dazu beitragen, latente in manifeste – der Gesellschaft bewusste – soziale Probleme zu überführen. Insgesamt existieren soziale Probleme demzufolge unabhängig von ihrer gesellschaftlichen Wahrnehmung und öffentlichen Thematisierung als soziale Tatsachen, worin sich besonders deutlich das objektivistische Verständnis Mertons illustriert.

2.2 Die konstruktivistische Perspektive: Soziale Probleme als Ergebnis gesellschaftlicher Definitionsprozesse

Der Konstruktivismus, wie er im Anschluss an Berger/Luckmann (1966) rezipiert wurde, ist explizit als Wissenssoziologie konzipiert. Die Analyse sozialer Probleme verbindet sich mit einer tief greifenden Gesellschaftskritik, indem auf die gesellschaftliche Relativität sozialer Probleme sowie die politischen, moralischen und ökonomischen Interessen innerhalb der Problemdiskurse verwiesen wird (vgl. Spector/Kitsuse 1983: 23ff.; Groenemeyer 1999: 19f. und 2003a: 7).

Blumer, einer der Ersten, der die konstruktivistische Perspektive zur Grundlage seines Denkens über soziale Probleme machte, stellte mit seinem 1971 erschienenen Aufsatz „Social Problems as Collective Behavior“ die Prämissen der objektivistischen Perspektive fundamental in Frage. Seine Kritik formuliert er in drei Hauptpunkten (vgl. Blumer 1975: 103ff.):

- 1) Soziale Probleme sind nicht in objektiven, wissenschaftlich zweifelsfrei zu identifizierenden gesellschaftlichen Faktoren begründet.

In der Annahme, dass soziale Probleme als objektive Bedingungen in einer Gesellschaft existieren, werde ein grundlegendes Missverständnis von der Natur sozialer Probleme deutlich. Denn es könne damit nicht erklärt werden, warum und wie manche Fälle von Abweichung, Dysfunktion und sozialer Desorganisation zu einem sozialen Problem werden, während andere Fälle diesen Status nicht erreichen. Es sei ein gravierendes Missverständnis, anzunehmen, dass „jede schädigende oder nachteilige soziale Bedingung oder Konstellation in einer Gesellschaft automatisch für sie zum Problem wird“ (ebd.: 107).

- 2) Die Identifizierung sozialer Probleme leitet sich von der öffentlichen Bestimmung ab und nicht umgekehrt.

Blumer verweist hierbei darauf, dass die Soziologie in der Regel nicht soziale Probleme entdecke, sondern diese erst wahrnehme, nachdem sie von und in der Gesellschaft bereits als solche erkannt wurden. Damit folge die Wissenschaft den Werten und Normen der Öffentlichkeit, übernehme diese unhinterfragt und bleibe so allgemeinen Werturteilen verhaftet. Andere schädigende Bedingungen würden zwar teilweise erläutert, ohne ihnen jedoch den Status eines sozialen Problems beizumessen (vgl. ebd.: 103f.)

- 3) Aus der wissenschaftlichen Analyse sozialer Probleme resultieren nur in den seltensten Fällen Mittel zur Problemlösung.

Während der objektivistische Ansatz anstrebt, durch das Studium der objektiven Beschaffenheit eines sozialen Problems der Gesellschaft solide und effektive Mittel für dessen Behandlung bereitzustellen, betont Blumer die Aussichtslosigkeit eines solchen Unterfangens, da ignoriert werde, wie eine Gesellschaft angesichts ihrer sozialen Probleme handelt (vgl. ebd.: 106).

„Ein soziales Problem ist immer ein Brennpunkt der Wirksamkeit divergierender und konfligierender Interessen, Intentionen und Ziele. Es ist das Zusammenspiel dieser Interessen und Ziele, das die Art und Weise bestimmt, wie die Gesellschaft mit ihren Problemen verfährt. Die soziologische Betrachtung der objektiven Beschaffenheit des Problems steht weit außerhalb dieses Zusammenspiels der Interessen (...) [und; C. B.] liefert eine grundlegende Erklärung der Ineffektivität soziologischer Studien von sozialen Problemen“ (ebd.).

Für eine lohnende Untersuchung sozialer Probleme müsse die Soziologie daher auf die Frage fokussieren, warum bestimmte soziale Situationen oder Verhaltensweisen überhaupt als Problem aufgefasst werden. Nach Blumer besitzen soziale Probleme eben keinen objektiven Wesenskern, der an sich problematisch ist, sondern dieser problematische Gehalt werde erst durch kollektive Definitionsprozesse erzeugt. Diese Prozesse seien für das Auftauchen sozialer Probleme verantwortlich und bestimmten darüber, wie soziale Probleme wahrgenommen und betrachtet werden, welche Ursachen ihnen zugeschrieben werden, welcher Plan zu ihrer Bearbeitung entworfen und wie dieser Plan praktisch umgesetzt wird (vgl. ebd.: 107). Ein soziales Problem existiere somit erst, wenn es als solches von der Gesellschaft anerkannt werde.

„Solange eine Gesellschaft sich eines sozialen Problems nicht bewußt ist, nimmt sie es nicht wahr; sie befaßt sich nicht mit ihm, diskutiert es nicht, und sie unternimmt auch nichts im Hinblick auf eine Lösung. Das Problem besteht einfach nicht“ (ebd.).

Die Bestimmung sozialer Probleme habe sich daher nicht auf eine vermeintliche Ursachenforschung zu richten, sondern auf den Prozess, mit dem die Gesellschaft dazu kommt, ihre sozialen Probleme wahrzunehmen, zu definieren und zu behandeln (vgl. ebd.: 107f.)

Im Anschluss an Blumer entstanden zahlreiche weitere soziologische Arbeiten, die soziale Probleme unter einer konstruktivistischen Perspektive analysierten (z. B. die Arbeiten von Spector/Kitsuse 1977; Phol 1977; Gusfield 1981; Schneider 1985; Best 1987; Schetsche 1996) und dazu beigetragen haben, den konstruktivistischen Ansatz als eigenständige Theorie sozialer Probleme zu etablieren.

Mit der Einordnung sozialer Probleme als Konstruktion wird der Fokus auf die gesellschaftlichen Definitionsprozesse, auf die Rolle der verschiedenen Akteure und deren Interessen sowie auf die Rekonstruktion der Problemdiskurse gerichtet, die den Umgang mit dem Problem und die gesellschaftlichen Handlungsoptionen bestimmen. Während also objektivistische Theorien mit ihrer Forschung zu den Ursachen, Verläufen, der Verbreitung und Behandlung einzelner sozialer Probleme deren problematischen Charakter voraussetzen, fragt die konstruktivistische Perspektive nach dem Prozess der gesellschaftlichen Problematisierung (vgl. Groenemeyer 2003a: 4). Es interessiert nicht eine bestimmte soziale Bedingung, sondern das, was über diese Bedingung gesagt wird. Noch vor Blumer (1971) konstatierten diesbezüglich bereits Fuller/Meyers (1941a: 320): „Social problems are what people think they are“.⁹ Über die

⁹ Fuller/Meyers gelten nur bedingt als Vertreter der konstruktivistischen Perspektive, da sich ihre Theoretisierung sozialer Probleme noch deutlich auf objektive soziale Bedingungen stützt und nicht auf deren Definition (vgl. Spector/Kitsuse 2001: 46). Sie können aber sicherlich als Vorreiter einer konstruktivistischen Betrachtung sozialer Probleme verstanden werden.

Formulierung von Ansprüchen und Beschwerden sowie durch ihr konkretes Handeln stellen demnach verschiedene Akteure soziale Probleme aktiv als „public issues“ her. Die Konstruktion sozialer Probleme bezeichnet insofern eine „claims-making activity“ (Spector/Kitsuse 2001: 73) – einen Prozess, mit dem Umstände oder Ereignisse, öffentlich und kollektiv, als veränderungsbedürftig definiert, skandalisiert und zum Gegenstand politischer Programme und Maßnahmen gemacht werden. Betont wird damit der handlungstheoretische Aspekt sozialer Probleme. Ihre Konstitution wird als Prozess und Ergebnis des kollektiven Handelns verschiedener Akteure – Becker (1966: 147ff.) bezeichnet sie als Moralunternehmer – verstanden. Den Moralunternehmern muss es dabei gelingen, die öffentliche Meinung davon zu überzeugen, dass ein Sachverhalt tatsächlich problematisch ist und Interventionsmaßnahmen angezeigt sind. Die Akteure beanspruchen dabei für sich das, was Gusfield (1989) „the ownership of social problems“ nennt: Das Wissen und die Kompetenz, die öffentliche Definition des Problems aufzustellen, zu benennen, worin dessen Ursachen liegen und festzulegen, was dagegen getan werden muss. Indem die Moralunternehmer Diagnosen stellen und Lösungsvorschläge bereithalten, aber auch indem sie bestimmte Aspekte hinzufügen oder weglassen, verleihen sie dem sozialen Problem seine spezielle Gestalt (vgl. Scheerer 1993: 81).

Die Herstellung sozialer Probleme beschreiben konstruktivistische Theorien meist anhand von Phasenmodellen. Blumer (1975: 106) beispielsweise unterscheidet fünf Phasen der Problemwerdung: 1) Das Auftauchen eines sozialen Problems bzw. dessen Wahrnehmung und Benennung, 2) die öffentliche Anerkennung des sozialen Problems, 3) die Mobilisierung des gesellschaftlichen Handelns, 4) die Erstellung eines offiziellen Handlungsplans zur Bearbeitung des sozialen Problems und 5) die Ausführung des Handlungsplans.

Nach ihrer anfänglichen Thematisierung müssen soziale Probleme folglich eine gesellschaftliche Legitimierung erfahren, d. h. sie müssen in der öffentlichen Diskussion Berücksichtigung finden, um einen Handlungsdruck zu erzeugen. Die öffentliche Thematisierung sozialer Probleme basiert dabei vor allem auf der Aktivierung von Emotionen (moralische Entrüstung, Empörung, Gefühl von Ungerechtigkeit etc.). Erst dadurch, dass sie solche Gefühle erwecken, werden gesellschaftliche Situationen zu sozialen Problemen. Je emotionaler und heftiger die öffentliche Reaktion ausfällt, desto schwerwiegender wird das soziale Problem beurteilt. Der affektive Gehalt ist somit wesentlicher Bestandteil sozialer Probleme. Um derartige Emotionen zu aktivieren, sind Dramatisierungen, Moralisierung, Skandalisierungen und die Produktion von Mythen von hoher Bedeutung (vgl. Groenemeyer 1999: 20). Für diese Form der Thematisierung sozialer Sachverhalte nehmen wiederum die Massenmedien eine herausragende Funktion ein (vgl. Schetsche 2008: 138ff.). Sie strukturieren die Gestalt und Größe des Problems und beeinflussen dadurch wesentlich die öffentliche Meinung, von der wie-

derum abhängig ist, ob und in welcher Form sich gesellschaftliche Gruppen und politische Akteure dem Thema annehmen (vgl. Scheerer 1982: 123). Die Massenmedien fungieren insofern einerseits selbst als Moralunternehmer, da sie durch eine selektive Informationsverbreitung den öffentlichen Diskurs mitbestimmen. Andererseits ist der Zugang zu den Kommunikationsmedien für andere kollektive Akteure entscheidend, um ihrem Anliegen gesellschaftliches Gehör zu verschaffen.

In der Regel sind verschiedene Kollektivakteure mit unterschiedlichen Wertvorstellungen und Interessen an der Thematisierung sozialer Probleme beteiligt, „die sich im Wunsch nach Erlangung expertischer Deutungshoheit (...) auf dem Markt konkurrierender Problemdeutungen feilbieten“ (Schetsche 2008: 93). Diese unterschiedlichen Akteure – Experten, Wissenschaftler, Vertreter der Strafverfolgungsbehörden, Politiker, die Betroffenen selbst, Sozialarbeiter, Mediziner oder andere Gruppierungen – grenzen sich in Konflikten um die angemessene Definition und Behandlung des Problems gegeneinander ab und spannen das Handlungsfeld eines sozialen Problems auf, in dem sich mögliche Ansichten, Praktiken, Interventionen und Bewertungen bewegen. Für die Konstitution eines sozialen Problems ist somit auch entscheidend, wie der Sachverhalt konkret thematisiert wird und welcher Handlungsplan bzw. welche Zuständigkeiten für die Problemlösung sich aus dieser Thematisierung ableiten. Die Definitionsmacht ist dabei keineswegs gleichmäßig verteilt: Die verschiedenen Akteursgruppen können unterschiedliche Einflüsse und Ressourcen (z. B. soziale Netzwerke, Geld, Zugang zu den Massenmedien) geltend machen, um bestimmte Deutungsmuster und Sachverhalte in öffentlichen und politischen Arenen zu platzieren. Umgekehrt bedeutet dies, dass die Problemdefinitionen von Akteuren ohne entsprechende Ressourcen in der öffentlichen Diskussion nicht oder nur kaum berücksichtigt werden, da ihnen schlicht die Mittel und Möglichkeiten fehlen, um ihr Interesse öffentlich darzustellen.

Von der erfolgreichen Etablierung eines sozialen Problems lässt sich sprechen, wenn es kollektiven Akteuren gelungen ist, ihre Bewertung des problematisierten Sachverhalts gegenüber anderen konkurrierenden Perspektiven durchzusetzen, diese Problemsicht gesellschaftlich wahrgenommen und durch soziales Handeln reproduziert wird und sich die staatlichen Kontrollinstanzen basierend auf dieser Sichtweise dem Problem annehmen. Soziale Probleme können insofern als Ergebnis von Interessendurchsetzungen, eingebettet in die damit verbundenen Ideologien, verstanden werden (vgl. Groenemeyer 1999: 19).

Umstritten ist innerhalb der konstruktivistischen Perspektive, inwiefern die Herstellung eines sozialen Problems auf konkreten gesellschaftlichen Bedingungen aufbaut. Während beispielsweise Fuller/Meyers (1941b: 25) annehmen, dass jedes soziale Problem einen objektiven und subjektiven Aspekt hat und auch bei Blumer (1975: 112) die „objektive Beschaffenheit des sozialen Problembereichs“ zwar irrelevant, aber dennoch als Grundlage der Formulierung sozialer Probleme vorstellbar ist, definieren

Spector/Kitsuse (1977) als Vertreter eines radikal konstruktivistischen Ansatzes soziale Probleme als „the activities of individuals or groups making assertions of grievances and claims with respect to some putative conditions“ (ebd.: 75). Nach ihrer Auffassung kann die Konstruktion sozialer Probleme auch auf vermeintlichen Sachverhalten beruhen und damit frei von objektiven Bedingungen sein.¹⁰

Unabhängig davon, ob man der Position eines gemäßigten oder radikalen Konstruktivismus zustimmt – die vorliegende Arbeit, soviel sei vorweggenommen, schließt sich der gemäßigten Variante an – eröffnen konstruktivistische Ansätze eine Perspektive auf soziale Probleme, die sich durch eine gewisse Offenheit und Flexibilität auszeichnet. Nicht jedes soziale Problem durchläuft demnach automatisch alle Stufen der Problemgenese, vielmehr können kollektiv handelnde Akteure nur dann ein Problem erfolgreich etablieren, wenn sie hierfür verschiedene Hürden im Verlauf des Konstruktionsprozesses überwinden. Damit lässt sich erklären, warum und wie soziale Probleme im öffentlichen Bewusstsein auftauchen und auch wieder verschwinden, warum manche Phänomene nur kurzfristig skandalisiert werden, ohne den Status eines sozialen Problems (im Sinne einer öffentlichen handlungsinitierenden Legitimierung) zu erreichen, und warum zu unterschiedlichen Zeiten oder in unterschiedlichen Gesellschaften bestimmte Bedingungen als soziales Problem thematisiert oder als Selbstverständlichkeit hingenommen werden.¹¹ Das Potenzial des konstruktivistischen Ansatzes liegt vor allem darin, dass hiermit nicht nur auf die Relativität der Interpretation und Deutung sozialer Probleme verwiesen und somit die Gesellschaft selbst einer Kritik unterzogen wird, sondern sich darüber hinaus erfassen lässt, inwiefern die spezifische Konstitution sozialer Probleme, basierend auf den verschiedenen Interessen, zum Objekt strategischer Politik werden kann. Soziale Probleme sind offenbar nicht grundsätzlich dazu da, um gelöst zu werden. Vielmehr scheinen mit politischen Interventionsmaßnahmen durchaus andere Funktionen und Ziele verfolgt zu werden, als dies ihre Programmatik bezüglich der Bearbeitung sozialer Probleme vorgibt (vgl. Groenemeyer 1999: 22).

¹⁰ Als Beispiel hierfür lässt sich die Hexenverfolgung oder der Satanismus (vgl. ausführlich hierzu: Best 2007: 130ff.) anführen.

¹¹ So lassen sich eine Reihe sozialer Sachlagen finden, die aus heutiger Sicht als problematisch gelten können, innerhalb ihres sozialen und historischen Kontextes aber keine Aufmerksamkeit erfahren (haben) (z. B. Rassismus, Diskriminierung von Frauen). Umgekehrt lassen sich gesellschaftliche Begebenheiten identifizieren, die einst als soziales Problem aufgefasst wurden, in unserer heutigen Gesellschaft jedoch nicht mehr als solches thematisiert werden (z. B. Homosexualität). Und schließlich existieren Situationen, deren Wahrnehmung als soziales Problem vergleichsweise neu ist (wie der sexuelle Missbrauch von Kindern, Jugendgewalt, das „Koma-Saufen“ von Jugendlichen oder pathologisches Spielen).

2.3 Die Bearbeitung sozialer Probleme durch Formen der sozialen Kontrolle¹²

Soziale Probleme sind per Definition nicht von dem Bemühen ihrer Kontrolle zu trennen, da letztlich erst mit der Implementierung und Ausführung eines „Bearbeitungsplans“ gesellschaftliche Phänomene den Status eines sozialen Problems erhalten. Die Maßnahmen und Interventionen, die der Lösung oder zumindest der Reduzierung sozialer Probleme dienen (sollen), lassen sich unter dem Begriff der sozialen Kontrolle subsumieren. Soziale Kontrolle stellt damit das Komplementärkonzept zu sozialen Problemen dar (vgl. Groenemeyer 2001: 6).

2.3.1 Theoretische Einordnung des Begriffs der sozialen Kontrolle

Maßnahmen der sozialen Kontrolle dienen dazu, unerwünschte Verhaltensweisen zu vermeiden und Konformität herzustellen. Umfasst ist hiermit die Gesamtheit der Handlungen, mit denen normverletzendes Verhalten verhindert oder sanktioniert wird.¹³ Soziale Kontrolle beinhaltet dementsprechend eine (pro)aktive und eine reaktive Dimension. Unter aktiver sozialer Kontrolle lassen sich Mechanismen verstehen, die unerwünschtes Verhalten einerseits präventiv (z. B. durch technisch-materielle Beschränkung der Möglichkeiten wie Videoüberwachung, Einzäunungen oder Informationszurückhaltung) abzuwenden suchen (vgl. ausführlich dazu Hess 1983: 8ff. sowie Scheerer/Hess 1997: 106ff.) und andererseits dem Aufbau einer gewollten, verinnerlichten Konformität dienen sollen – „to make people want to do what they are supposed to do“¹⁴ (Scheerer/Hess 1997: 109). Die reaktive soziale Kontrolle stellt demgegenüber

¹² Das Konzept der sozialen Kontrolle, wie es erstmals von Ross (1901) formuliert wurde, hat zahlreiche Kritik erfahren (vgl. zusammenfassend Scheerer/Hess 1997; Scheerer 2000; Peters 2002). Die Kritik richtet sich vor allem darauf, dass der Kontrollbegriff einerseits zu vage und andererseits untergründig herrschaftslegitimierend sei. Erstgenannter Kritikpunkt wurde insbesondere durch Cohen (1985: 2) hervorgehoben, der soziale Kontrolle als „Mickey-Mouse-Begriff“ bezeichnet. Der zweite Kritikpunkt wurde vor allem durch Sack (1993) sowie Cremer-Schäfer/Steinert (1998) formuliert: Der Begriff beschönige die mit ihm bezeichneten Vorgänge, weil es sich um einen Euphemismus für Strafe handle. Es wird daher vorgeschlagen, den Begriff der sozialen Kontrolle durch den der „sozialen Ausschließung“ zu ersetzen, da hiermit das eigentliche Wesen der sozialen Kontrolle erfasst werde. Trotz dieser Kritik erscheint der Begriff der sozialen Kontrolle in seiner hier verwendeten Definition als brauchbares Konzept. Dies zum einen, weil trotz einer gewissen Vagheit des Begriffes nicht dessen Nutzbarkeit verloren geht (vgl. Scheerer 2000: 16). Zum anderen werden Machtverhältnisse in Bezug auf soziale Kontrolle in konstruktivistischen Theorien und damit auch in der vorliegenden Arbeit stets reflektiert. Die Kritik einer herrschaftslegitimierenden Funktion ist insofern nicht zutreffend. Darüber hinaus erfasst das Konzept der sozialen Ausschließung nur einen Teil dessen, was unter sozialer Kontrolle zu verstehen ist, umgekehrt werden mit der hier verwendeten Definition auch Ausschließungsprozesse erfasst. Der Verzicht auf den Begriff der sozialen Kontrolle zu Gunsten des Konzepts der sozialen Ausschließung erscheint somit als unnötig einschränkend.

¹³ Normen haben dabei unterschiedliche Reichweiten, Verbindlichkeitsgrade und unterliegen unterschiedlich schwerwiegenden Sanktionen. Relevant für die Einstufung von Normen ist der vom Normsetzer angestrebte Geltungsgrad (für wen soll die Norm Gültigkeit haben?), der Wirkungsgrad der Norm (von wem und wie weit soll die Norm befolgt werden?), die Sanktionsbereitschaft des Normsetzers sowie die subjektiven Erwartungen der Handelnden im Hinblick auf die Wahrscheinlichkeit, mit der ihr Handeln sanktioniert wird (vgl. Lamnek 2007: 20ff.).

¹⁴ Als die beiden wichtigsten Mechanismen für den Aufbau einer inneren Kontrolle nennt Hess (1983: 9f.) die Sozialisation des Einzelnen in die Institutionen hinein und die Legitimierung der Institutionen. Die Sozialisation sucht dabei den Widerspruch zwischen Individuum und Gesellschaft, die Legitimation den Widerspruch zwischen Herrschenden und Beherrschten aufzulösen, wengleich auch mit der Sozialisation

eine Antwort auf abweichendes Verhalten dar. Sie lässt sich in informelle und formelle Formen differenzieren, wobei die Unterschiede in der Art ihrer Organisation liegen.¹⁵ Die informelle Kontrolle wird von Interaktionspartnern der Primär- und Sekundärgruppen (Familie, Nachbarschaft, Schule, Verein, Kirche etc.) ausgeübt. Ihre Reaktionen auf unerwünschtes Verhalten können psychischer (z. B. Spott, Missbilligung, Beziehungsabbruch), physischer (z. B. Gewalt) oder ökonomischer (u. a. Verlust des Arbeitsplatzes) Natur sein (vgl. Hess 1983: 12). Die formelle soziale Kontrolle obliegt dagegen den eigens dafür geschaffenen staatlichen Instanzen – der Justiz und der Polizei, den Strafanstalten, der Psychiatrie, der Sozialarbeit usw. Das Handeln und die Sanktionsmittel der Kontrollinstanzen sind normativ und formalisiert durch die Politik bzw. die Gesetzgebung geregelt (z. B. Freiheitsentzug, Geldstrafe, therapeutische Behandlung). Es ist diese Institutionalisierung der sozialen Kontrolle und die Schaffung formeller Kontrollinstanzen, die für die Bearbeitung sozialer Probleme fundamental sind. Nachfolgend werden deshalb die formellen Instanzen der sozialen Kontrolle in den Fokus gerückt und die Funktionen und Auswirkungen der sozialen Kontrolle aus objektivistischer und konstruktivistischer Perspektive betrachtet.

2.3.2 Die Institutionalisierung sozialer Kontrolle: Helfende und strafende Kontrollinstanzen

Soziale Probleme bilden den Ausgangspunkt für politische Interventionen in Form der Kriminal-, Sozial- und Gesundheitspolitik. Die spezifischen Auffassungen und Interpretationen eines sozialen Problems, Annahmen über dessen Ursachen und Erklärungen bilden die Legitimations- und Handlungsbasis für die jeweilige Interventionspolitik und die hier zugeordneten Instanzen.

Als Reaktionsweisen auf soziale Probleme lassen sich einerseits die Kriminalisierung (vertreten durch die strafenden Institutionen: Polizei, Justiz usw.) und andererseits die Pathologisierung (vertreten durch die helfenden Institutionen: Medizin, Psychologie, Sozialarbeit etc.) differenzieren.¹⁶ Das zentrale Unterscheidungsmerkmal

Momente vermittelt werden, die eine bestimmte Sozialstruktur legitimieren. Als Ergebnis von Sozialisation und Legitimation geht die aktive Kontrolle in die Motivation des Individuums ein, d. h. in dessen Selbstinterpretation seiner Antriebe. Damit ist die Konformität mit sozialen Normen nicht nur zweckrational (weil sie den eigenen ideellen und materiellen Interessen entspricht), sondern kann auch wertrational sein (im Sinne einer Entsprechung mit der erlernten Überzeugung was gut und richtig ist). Weil Sozialisation jedoch nie vollständig gelingt und die Legitimierung von Institutionen bzw. sozialen Strukturen aufgrund von sozialen Konflikten brüchig werden kann, bleibt Abweichung prinzipiell möglich (vgl. dazu auch Schmid 2003: 31).

¹⁵ Die Differenzierung zwischen formeller und informeller sozialer Kontrolle ist dabei als idealtypisch zu verstehen: So wirken etwa formelle Kontrollen in informelle Zusammenhänge hinein (wie bspw. die Straffälligkeit Jugendlicher den Auslöser für familiäre Kontrolle darstellen kann oder mit Haftstrafen ein Verlust von Status und Chancen einhergeht), wie umgekehrt informelle Konstellationen das Handeln der Instanzen beeinflussen (wenn sich bspw. die Reaktion der Justiz an dem sozialen Status bzw. an den sozialen Ressourcen des Straftäters orientiert) (vgl. Hess 1983: 14).

¹⁶ Hess (1983: 15) führt als dritte mögliche Reaktion auf Devianz die Neutralisierung an. Sie tritt auf den Plan, wenn weder eine Kriminalisierung noch eine Pathologisierung des unerwünschten Verhaltens durchgesetzt werden kann. Unter Neutralisierung ist der Versuch zu verstehen, ein Verhalten auf bestimmte Personengruppen oder bestimmte soziale Kontexte zu beschränken, in denen es in diesem eingeschränk-

beider Interventionsformen liegt im Grad der zugeschriebenen Verantwortung und Schuld. Während mit der Kriminalisierung eine Sichtweise vertreten wird, nach der das soziale Problem von den Betroffenen selbst verursacht ist und sie insofern für ihre Situation verantwortlich sind, zur Rechenschaft gezogen und bestraft werden können, wird mit der Pathologisierung den Betroffenen die Verantwortung abgesprochen. Sie gelten als krank und somit als hilfe- und behandlungsbedürftig. An dem Zustand, unter dem sie selbst leiden, tragen sie keine Schuld und haben diesen nicht verursacht (vgl. Peters 2002: 143ff.; Groenemeyer 2003b: 21f.).¹⁷ Der Kriminelle und der Kranke markieren insofern zwei Idealtypen, denen jeweils eine spezifische Form der Interventionspolitik zuteilwird – der Kranke wird behandelt, der Kriminelle bestraft. Ziel der strafrechtlichen Sozialkontrolle ist dabei jedoch nicht nur die Bestrafung als direkte Reaktion auf kriminelles Handeln, sondern hiermit verbindet sich insbesondere auch die Intention der Spezial- und Generalprävention¹⁸ zukünftiger Straftaten durch Abschreckung (über eine symbolische und expressive Punitivität; vgl. Popitz 1968) mittels Sanktionsdrohungen (vgl. Hess 1983: 17; Peters 2009: 143).¹⁹

Wenngleich sich die Mittel und Strategien der strafenden und helfenden Instanzen für die Bearbeitung sozialer Probleme unterscheiden – erstere streben eine eher unmittelbare Lösung des Problems an und neigen zur Ausschließung der Betroffenen, während letztere auf deren Unterstützung, Exklusionsvermeidung und Integration abzielen (vgl. Cremer-Schäfer/Steinert 1998: 17) – so sind beide Formen dennoch eindeutig durch eine Kontrollabsicht definiert. Die Bearbeitung sozialer Probleme erfolgt dabei in den wenigsten Fällen ausschließlich durch die eine oder andere der beiden Kontrollinstanzen. Vielmehr lässt sich oftmals eine Allianz sanktionierender und helfender Institutionen beobachten, der die Idee der funktionalen Alternative zur Strafe zugrunde liegt (vgl. ebd.: 64). Prägnant spiegelt sich dieser Sachverhalt in den §35ff. des Betäubungsmittelgesetzes („Therapie statt Strafe“; vgl. Kap. 3.3.1) wider. Unter dem „Ideal der Rehabilitation“²⁰ (Allen 1981) werden die Besserungs-, Erziehungs- und

ten Rahmen toleriert wird. Da sich soziale Probleme jedoch gerade durch ein hohes Maß an gesellschaftlicher Sorge über eine bestimmte Problematik und einem dadurch geforderten politischen Einschreiten charakterisieren lassen, spielt die Neutralisierung als Reaktionsweise auf soziale Probleme eine wohl eher marginale Rolle. Zu bemerken ist jedoch, dass die neueren, schadensmindernden Ansätze in der Drogenpolitik (wie z. B. die Einrichtung von Konsumräumen in Deutschland) einer Neutralisierung zumindest ähneln.

¹⁷ In diesem Sinne stellt auch die Sozialpolitik, mit der auf problematische gesellschaftliche Strukturen als Ursache von sozialen Problemen verwiesen wird, eine Form der sozialen Kontrolle dar (vgl. Steinert 1990). In Anlehnung an Groenemeyer (2003b: 28) werden hier Behandlung und Sozialpolitik unter der Kategorie Hilfe zusammengefasst: Erstere zielt auf die Veränderung individueller Handlungsorientierungen und -motivationen ab, letztere auf die Handlungskontexte und -ressourcen.

¹⁸ Es ist dabei erst dieser präventive Gedanke, der das Strafrecht und Strafe zu Formen der sozialen Kontrolle werden lässt. Bekräftigt wird diese Idee dadurch, dass Erziehung, Besserung und Resozialisierung als wichtige Funktionen der Bestrafung gelten (vgl. Cremer-Schäfer/Steinert 1998: 44).

¹⁹ Hess (1983:14) trifft hierbei eine deutliche Differenzierung zwischen dieser Art der Präventivwirkung und der aktiven sozialen Kontrolle, da hier die Konformität nicht verinnerlicht und gewollt sei, sondern „von außen“ aufgezwungen werde.

²⁰ Zahlreiche Autoren (vgl. u. a. Feeley/Simon 1992; Garland 1996; Franz 2000; Kreissl 2000; Wagner/Dorschky 2004; Singelstein/Stolle 2008) postulieren im Zusammenhang mit den gesellschaftlichen Transformationsprozessen der letzten 30 Jahre einen „Niedergang des Rehabilitations-Ideals“ (Allen 1981)

Behandlungsfähigen zu den Adressaten der helfenden, der „sanften Kontrolleure“ (Peters/Cremer-Schäfer 1975), während für die „Unverbesserlichen“ (Cremer-Schäfer/Steinert 1998: 44) die strafenden Institutionen zuständig sind. Die Grenzen der Hilfe werden so festgelegt und Strafe, welche den Charakter einer letzten Lösung erhält, legitimiert (vgl. Stehr 2008: 330).²¹

2.3.3 Funktionen und Auswirkungen der sozialen Kontrolle – Objektivistische und konstruktivistische Betrachtungen

Ausgehend von der strukturfunktionalistischen Idee, dass soziale Probleme eine Störung und Dysfunktionalität gesellschaftlicher Systeme anzeigen, analysiert der objektivistische Ansatz soziale Kontrolle auf der gesellschaftlichen Makroebene unter dem Aspekt der Stabilisierung der sozialen Ordnung. Soziale Kontrolle wird dabei als „politisch neutrale“ (Jensen/Gerber 1998: 1) Reaktion auf einen anhand von objektiven Kriterien festzustellenden Normverstoß verstanden, der als Risiko für die soziale Ordnung wahrgenommen wird (vgl. Groenemeyer 2003b: 24; Klimke/Lautmann 2008: 247). Auf der mikrosoziologischen Ebene gilt Devianz als eine der Handlung inhärente Eigenschaft bzw. als Merkmal der Person. Die Ursachen devianten Verhaltens werden auf individuelle, familiäre, soziale und/oder kulturelle Fehlanpassungen und Sozialisationsdefizite zurückgeführt (vgl. Franke/Sander-Franke 1998: 26; Lamnek 2008: 15).²² Zur Strategie der sozialen Kontrolle gehört es dabei, unerwünschte Verhaltensweisen anhand von Diagnosefiguren zu typisieren und sie so „für die Zukunft handhabbar und im konkreten Einzelfall beantwortbar zu machen“ (Hess/Scheerer 2004: 75).

Auf den Zusammenhang zwischen sozialer Kontrolle (insbesondere der Kriminalisierung und des Strafens) und der Festigung der sozialen Ordnung und des sozialen

und eine gänzliche Neubestimmung der Politik sozialer Probleme auf Basis risikotheorietischer Orientierungen („Risikomanagement“). Die neuen Kontrolltechniken zielten dabei vor allem auf die Identifizierung von Risikopopulationen und deren zunehmende Exklusion ab, wobei mit der Risikoorientierung tendenziell eine Entmoralisierung abweichenden Verhaltens einhergehe. Soziale Probleme werden in diesem Diskurs zu normalen, erwartbaren Ereignissen, zu einem technischen Problem der Regulierung von Ordnung und Sicherheit. In diesem Kontext wird auch von einer Privatisierung und Individualisierung sozialer Probleme, im Sinne einer neo-liberalen Orientierung und dem „aktivierenden“ Sozialstaat (vgl. u. a. Krasmann 1999; Ziegler 2001; Sack 2004: 42; Dorschky/Wagner 2004: 129), oder von einer Strategie der „Responsibilisierung“ (Garland 2001: 124ff.) gesprochen, mit der Devianz und Kriminalität als individuelles Versagen und als Resultat mangelnder Disziplin oder Selbstkontrolle definiert werden. Parallel zur Entmoralisierung abweichenden Verhaltens zeige sich jedoch auch eine Remoralisierung im Zusammenhang mit einer expressiv ausgerichteten Punitivität („punitive turn“) (vgl. Sack 2004; Jacobson 2006). Insofern lasse sich eine gleichzeitige Entwicklung von Risikomanagement (Entmoralisierung von Devianz) einerseits und moralisch fundierter Punitivität (Remoralisierung von Devianz) andererseits feststellen, jeweils bezogen auf unterschiedliche Gruppen, Lebensstile und Verhaltensweisen (vgl. dazu die Differenzierung in „criminology of the self“ vs. „criminology of the others“ bei Garland 1996: 446).

²¹ Diese differenzierte Praxis der Politik sozialer Probleme ist dabei keineswegs eine neue Idee. So plädierte bereits von Liszt (1883) für die Abschreckung jener, die ihr zugänglich sind, die Behandlung für diejenigen, die ihrer bedürfen und das „Unschädlichmachen“ für all jene, die nicht gebessert werden können.

²² Um die Ursachen von Devianz zu erklären, steht ein ganzes Arsenal von Theorien zur Verfügung: unter anderem Mertons Anomietheorie (1938), die Techniken der Neutralisation nach Sykes und Matza (1957), die Theorie der differentiellen Assoziation (Sutherland 1939) und der differentiellen Verstärkung (Akers 1969), Hirschis Kontrolltheorie (1969) sowie die Subkulturtheorie von Cohen (1955) oder die Rational-Choice-Theorie (vgl. u. a. Becker 1976).

Zusammenhalts im Sinne einer sozialen (moralischen) Integration hat vor allem Durkheim hingewiesen (1938). Gesellschaften bedürfen, so Durkheim (1999a: 5ff.), zur Stabilisierung ihrer sozialen Ordnung einer expressiven Symbolisierung moralischer Grenzen.²³ Einen solchen Mechanismus sieht er in der sozialen Kontrolle und der damit verbundenen Definition abweichenden Verhaltens verkörpert. Die Funktion der sozialen Kontrolle liegt nach Durkheim (1975: 180) in der Vergewisserung des „kollektiven Bewusstseins“, d. h. dem Wissen der Gesellschaftsmitglieder über ihre Zugehörigkeit zum Kollektiv und die hierin geteilten Werte und Normen als Grundlage ihrer Gemeinschaft.²⁴ Die Sanktionierung abweichenden Verhaltens verdeutliche nicht nur die Gültigkeit der Normen, der moralischen Standards und der legitimen Ordnung, setze diese durch und festige sie, sondern erhöhe auch die Konformitätsbereitschaft der Gesellschaftsmitglieder und verstärke ihre Gruppensolidarität. Devianz bilde dabei die Negativfolie, vor der sich die Konformen moralisch bestätigen und hierdurch ihre Kohäsion erhöhen könnten. Das Strafrecht und die hierdurch geschützten ranghöchsten Normen mit dem stärksten Verbindlichkeitsgrad versteht Durkheim (1999a: 6f.) als den zentralen Indikator für das Kollektivbewusstsein. Da die Bezeichnung Kriminalität immer auch eine moralische Konnotation transportiere – Kriminelles ist moralisch verwerflich, stört die innere Ordnung und den inneren Frieden, führt zu Schäden etc. – lasse sich Strafe als deutlichster Ausdruck der moralischen Ordnung, als nachdrücklichste Reaktion auf die Verletzung der gemeinschaftlichen moralischen Grenzen und Werte begreifen (vgl. hierzu auch Groenemeyer 2003b: 22ff.). Die Funktionalität sozialer Kontrolle wird primär in ihrem expressiven und symbolischen Charakter verortet: Sie richte sich weniger gegen die Tat und die Täter an sich, sondern ziele auf die Gesellschaft insgesamt ab, indem sie zur Herstellung eines Wertekonsens, zur Sicherstellung der Wertintegration und damit insgesamt zur Stabilisierung der sozialen Ordnung beitrage.

Der begrenzte Gewinn einer objektivistischen Bestimmung sozialer Kontrolle zeigt sich einerseits darin, dass sozialer Wandel mit diesem Modell kaum erklärt werden kann, wird doch der Zweck der sozialen Kontrolle insbesondere in der Herstellung von Konformität gesehen.²⁵ Andererseits bleibt das Grundproblem dieses Ansatzes beste-

²³ Der Begriff der Moral spielt im Denken Durkheims eine zentrale Rolle. Die Moralordnung versteht er als Grundlage für die Gesellschaftsordnung überhaupt (vgl. u. a. Durkheim 1975: 171ff.). In seiner Untersuchung über den „Selbstmord“ (1973) verweist er auf einen Zustand der „moralischen Misere“ (ebd.: 16), d. h. auf einen Mangel an sozialer Ordnung (Anomie), der daraus resultiere, dass bestehende (religiöse) Normen an Verbindlichkeit verlieren, das kollektive Bewusstsein geschädigt ist und die soziale Kontrolle weitgehend unterminiert wird (vgl. ebd.: 273ff.). Es ist dabei nicht das bloße Auftreten von Selbstmord, Kriminalität oder anderen Formen abweichenden Verhaltens, das auf eine moralische Krise hinweise (im Gegenteil: abweichendes Verhalten und Kriminalität versteht Durkheim als normale gesellschaftliche Phänomene), sondern deren unverhältnismäßiges Wachstum. Das heißt, ein pathologischer gesellschaftlicher Zustand (bzw. ein soziales Problem) wird erst dadurch angezeigt, dass deviantes Verhalten ein Übermaß erreicht (vgl. hierzu Durkheim 1999b: 131ff. sowie Münch 2002: 74ff.).

²⁴ Nach Durkheim (1999a: 5) ist der Ursprung der sozialen Ordnung der Zwang, der durch das Kollektiv ausgeübt wird.

²⁵ Wenngleich bereits Durkheim (1999a: 7) einräumt, dass die Abweichler von heute die moralischen Innovateure von morgen werden können, sozialer Wandel also prinzipiell möglich ist, wird dieser dennoch in

hen: Es kann eben nicht objektiv und eindeutig bestimmt werden, was abweichendes Verhalten ist, sondern diese Bestimmung lässt sich immer nur auf der Folie der räumlich-zeitlich gültigen bzw. angewendeten Definitionen festmachen (vgl. Luedtke 2008: 186). Zudem zeigt das Erklärungsmodell eine gewisse „Blindheit“ gegenüber der Selektivität der sozialen Kontrolle und deren Auswirkungen auf der Interaktionsebene. Erfasst werden kann ebenfalls nicht die politische Bedeutung, die der sozialen Kontrolle bei der Bearbeitung sozialer Probleme zukommt, da objektivistischen Modellen ein gesellschaftskritischer Ansatz fehlt.

Konstruktivistische Ansätze scheinen hier erneut eine umfassendere und weniger norminhärente Analyse der sozialen Kontrolle zu ermöglichen. Auf der Makroebene richtet sich der Blick auf die Entstehung und Entwicklung von Problemkategorien und deren Institutionalisierung in politischen Diskursen und Interventionsprogrammen. Auf der Mikroebene stehen die interaktiven Aushandlungen und Anwendungen von Problemdefinitionen in der konkreten „Problemarbeit“ (Holstein/Miller 1993) im Vordergrund – die Interpretationsschemata der Kontrollinstanzen, ihre Zuschreibungsprozesse an die Betroffenen sowie die Auswirkungen dieser Zuschreibungen. Die Verknüpfung zwischen Mikro- und Makroebene ergibt sich aus der Frage, wie gesellschaftliche Problemdeutungen und Formen der Problembearbeitung in individuelles Handeln und Erleben übersetzt werden (vgl. Groenemeyer 2003a: 11f.), sowie umgekehrt, wie aus den Interaktionen von „Problembetroffenen“ und „Problembearbeitern“ neue soziale Phänomene entstehen, die wiederum die Ausgangsbedingungen für das zukünftige Handeln der verschiedenen Akteure verändern (vgl. Hess/Scheerer 2004: 73). Die Problemdiskurse sind dabei immer eingebunden in umfassendere gesellschaftliche und kulturelle Entwicklungen, die bestimmen, in welcher Weise soziale Probleme thematisiert, in der Politik institutionalisiert und konkret bearbeitet werden. Die Politik sozialer Probleme ändert sich somit durch sozialen Wandel (vgl. Groenemeyer 2003b: 17ff.).

Für konstruktivistische Theorien sind soziale Probleme nicht nur konstruiert, sondern diese Konstruktionen sind in vielen Fällen folgenreich, da auf ihnen Politiken und Interventionen aufbauen. Spätestens mit der Festlegung einer Kontrollpolitik schafft die gesellschaftliche Definition eines Phänomens als soziales Problem ihre eigene Realität und wird zur sozialen Tatsache (vgl. Scheerer 1993: 82; Groenemeyer 2003a: 8). Mit Spector/Kitsuse (2001: 150) lässt sich hierzu festhalten: „When institutions are created, the social problem cannot disappear so easily“. Die Betrauung von Kontrollinstanzen mit der Problembearbeitung verweist nicht nur auf die erfolgreiche Etablierung eines sozialen Problems, sondern die Institutionen sind auch ein zentraler Indikator dafür, welche Problemsicht sich offiziell in der Gesellschaft durchgesetzt hat (vgl. Groene-

erster Linie als gesellschaftliches Ungleichgewicht, als Zustand der Anomie, bewertet (vgl. hierzu auch Scheuch 2003: 9).

meyer 2003b: 18). Mit ihren Programmen und konkreten Bearbeitungsformen repräsentieren die Institutionen diese spezifische Problemsicht, legitimieren, routinisieren und festigen sie durch ihr professionelles Handeln und transportieren ihre Deutungsmuster wiederum als „offizielle Perspektive“ in die Öffentlichkeit und Politik zurück. Soziale Probleme werden somit nach ihrer erfolgreichen Institutionalisierung durch das Wechselverhältnis von Problemdeutung und Problembearbeitung im Sinne eines „doing social problems“ (Groenemeyer 2010) kontinuierlich hergestellt. Dementsprechend hat die soziale Kontrolle entscheidende Anteile an der Konstruktion und Festigung eines sozialen Problems (vgl. Spector/Kitsuse 2001: 130ff.; Groenemeyer 2003b: 19). Berücksichtigung finden müssen in diesem Kontext auch die spezifischen Interessen der verschiedenen Kontrolleure, vor allem ihre Bestrebungen, die Interventionspolitik für ihre eigenen Berufsfelder nutzbar zu machen, um sich so ein lohnendes Tätigkeitsfeld zu verschaffen (zu denken ist hier bspw. an die Professionalisierung der Sozialarbeits- und Therapieberufe und ihre erfolgreiche Festlegung von Klientengruppen). Zum Erhalt ihrer Berufsfelder sind die Kontrolleure auf eine erfolgreiche Problematisierung bestimmter Sachlagen und damit auf einen permanenten „Problemnachschub“ angewiesen. So muss beispielsweise die Sozialarbeit nicht nur die alte Klientel an das Hilfesystem anbinden, sondern auch einer ständig neuen potenziellen Klientel Hilfe anbieten (vgl. Cremer-Schäfer/Steinert 1998: 62).

Im Verlauf der Problembearbeitung kann es auch zu Veränderungen in der Interpretation des sozialen Problems kommen (vgl. Schetsche 1996: 98f.; Spector/Kitsuse 2001: 142ff.). Nicht selten schaffen Kontrollinstanzen durch ihre Problembearbeitung aktiv neue soziale Probleme. Erklärungen und Beschwerden über die Kontraproduktivität, Unangemessenheit, Ineffizienz oder Ungerechtigkeit der etablierten Maßnahmen können dann den Ausgangspunkt für neue Aktivitäten von Akteursgruppen darstellen, die die Legitimität der bisherigen Interventionspolitik in Frage stellen und alternative Lösungsvorschläge unterbreiten (vgl. Groenemeyer 2003a: 10f.). Spector/Kitsuse (2001: 142) sprechen in diesem Fall von einem sozialen Problem zweiter Generation.²⁶

Wie die in der Gesellschaft dominierenden und durch die Instanzen der sozialen Kontrolle vertretenen Definitionen und Interpretationen sozialer Probleme auf der interaktionistischen (mikroperspektivischen) Ebene wirken, d. h. sich im alltäglichen Handeln der Kontrolleure und für die von der Problembearbeitung Betroffenen manifestieren, steht im Fokus des „Labeling Approach“ (auch als Labeling-, Etikettierungs- oder Stigmatisierungsansatz bezeichnet). In deutlicher Abgrenzung zu objektivistischen

²⁶ Im Unterschied zu Blumer (1975), dessen Phasenmodell mit der Implementierung eines Handlungsplans zur Bearbeitung sozialer Probleme endet, weist das von Spector/Kitsuse (2001: 142ff.) entworfene vierstufige Karrieremodell explizit zwei Entwicklungsphasen sozialer Probleme auf, in denen es nach der „Ausführung eines offiziellen Handlungsplans“ bei Akteuren zur Unzufriedenheit mit den institutionellen Formen der Problembearbeitung kommt (Phase 3) und schließlich die Fähigkeit oder der Wille der Kontrollinstanzen zur Lösung des Problems angezweifelt wird und alternative Bearbeitungsmodelle entwickelt werden (Phase 4).

Theorien und deren ätiologische Konzeption devianten Verhaltens konstatiert der Labeling-Ansatz, dass soziale Kontrolle keine Reaktion auf abweichendes Verhalten ist, sondern umgekehrt, Devianz als Produkt der sozialen Kontrolle und der damit verbundenen Zuschreibungs- und Etikettierungsprozesse zu begreifen ist und damit ebenso wie soziale Probleme hergestellt wird (vgl. Groenemeyer 2003b: 18; May 2005: 41).

„[S]ocial groups create deviance by making rules whose infractions constitute deviance, and by applying those rules to particular people and labeling them as outsiders. (...) [D]eviance is not a quality of the act a person commits, but rather a consequence of the application by others of rules and sanctions to an ‚offender‘. The deviant is one to whom that label has successfully been applied; deviant behavior is behavior that people so label“ (Becker 1966: 9).

Erst die Definition einer (zunächst wertneutralen) Handlung als deviant, kriminell oder krank lässt Abweichung, Kriminalität und Pathologie entstehen – erst durch die Reaktion der Kontrollinstanzen und die erfolgreiche Zuschreibung eines Etiketts werden Personen zu Abweichlern, Kriminellen und Kranken gemacht. Der Labeling-Ansatz vollzieht insofern einen deutlichen Perspektivwechsel. Nicht die Ursachen abweichenden Verhaltens, sondern die Reaktionen der Kontrollinstanzen, ihre Zuschreibungsprozesse und ihr Beitrag zur Ausbildung und Festigung devianter Verhaltensweisen sowie die hinter der Produktion und Vergabe von Etiketten liegenden Interessen bilden den Gegenstand der Analyse (vgl. Luedtke 2008: 217). Betont wird auch die Selektivität der sozialen Kontrolle²⁷, d. h. die personen- bzw. gruppenspezifisch unterschiedliche Anwendung und Durchsetzung von Normen, wodurch Menschen – unter anderem in Abhängigkeit von ihrer ethnischen Zugehörigkeit, sozialen Herkunft, ihrem Alter, Berufsstatus oder Geschlecht – einem unterschiedlichen Sanktionsrisiko unterliegen.²⁸ Damit wird letztlich erst durch die Kontrollinstanzen entschieden, wem das Attribut „abweichend“ zugeschrieben wird (vgl. u. a. Becker 1966; Sack 1968; Quensel 1970; Feest/Blankenburg 1972; Peters 1995; Klimke/Lautmann 2008).

Mit seinem Karrieremodell illustriert Becker (1966: 25ff.), welche Folgen die Etikettierung für die soziale Existenz der Betroffenen haben kann. Mit der Reaktion der Kontrollinstanzen und der Zuschreibung eines Labels reduzieren sich die konformen Handlungsmöglichkeiten einer Person. Richtet die soziale Umwelt ihr Verhalten gegenüber der Person an dem Label aus und passt die Person ihr Handeln daran an, kommt es zur erneuten Devianz. Es setzt ein Verstärkungskreislauf ein, mit dem sich die konfor-

²⁷ Die kritische kriminologische Forschung fokussiert hierbei insbesondere auf die Polizei, die selektiv ermittelt und bestimmt, wer in das Schema „kriminell“ fällt sowie auf die Gerichte, die das Geschehen bewerten und letztendlich das Etikett „kriminell“ vergeben. Nicht nur das Strafrecht ist lückenhaft, sondern auch die Strafverfolgungsbehörden arbeiten selektiv (u. a. in Abhängigkeit zur Arbeitsökonomie, zu den Bewertungen der Persönlichkeit des Täters, zur Zuschreibung von Motiven und Verantwortung) (vgl. Hess/Scheerer 2004: 90). So gibt es immer wieder Delikte, die besonders in das Blickfeld der Öffentlichkeit geraten und dann verstärkt verfolgt werden (vgl. Bammann 2002). Insgesamt bildet somit die polizeilich registrierte und durch Richter verurteilte Kriminalität nur einen kleinen Ausschnitt aus der Gesamtheit des die Strafnormen verletzenden Verhaltens ab. Zudem wird die Entscheidung darüber, welche Delikte der Polizei bekannt werden, auch durch die von strafbaren Handlungen Betroffenen selbst gefällt. So zeigt sich, dass die Anzeigebereitschaft je nach Delikten und Bevölkerungsgruppen differiert (vgl. Hess/Scheerer 2004: 89).

²⁸ Verwiesen wird insofern auch auf eine gesellschaftspolitische Dimension, da die Setzung und Durchsetzung von Normen in Abhängigkeit von gesellschaftlichen Machtpositionen steht (vgl. Becker 1966: 3ff.).

men Handlungsmöglichkeiten, die Chancen auf konforme Rollen und einen konformen Status immer weiter reduzieren (sowie sich umgekehrt möglicherweise die Chance erhöht, in nonkonformen Rollen an Status zu gewinnen) und immer mehr Devianz ausgelöst wird. Die Etikettierung hat dabei auch Folgen für das Selbstbild des Abweichlers. Die Behandlung einer Person als ob ihre Abweichung generell und nicht spezifisch sei – in Anlehnung an Hughes (1945) spricht Becker (1966: 33) von einem „master status“²⁹ – löst eine sich selbsterfüllende Prophezeiung aus. Der Abweichler beginnt sich entsprechend seinem Stigma, so wie es die gesellschaftliche Zuschreibung von ihm erwartet, zu verhalten, integriert diese Fremdzuschreibungen in sein Selbstbild und entwickelt schließlich die Identität eines Abweichlers. Als letzten Schritt einer Devianzkarriere sieht Becker den Eintritt in eine deviante Subkultur (vgl. ebd.: 37). Hierdurch verfestigt sich die deviante Identität, da der Abweichler hier auf „Gleichgesinnte“ treffe und ihm eine „self-justifying rationale“ (ebd.: 38) für sein Verhalten angeboten werde.³⁰

Ähnlich wie Becker argumentiert auch Lemert (1951) mit seinem Konzept der „sekundären Devianz“. Bezeichnet ist hiermit die Veränderung des Selbstkonzepts eines Abweichlers in Folge der öffentlich-sozialen Reaktion auf sein deviantes Verhalten. Stärker als Becker betont Lemert (1999: 387ff.) jedoch die aktive Leistung der Abweichler. Deviante lernten, nachdem sie durch Prozesse der sozialen Kontrolle zunächst in die sekundäre Devianz gedrängt wurden, aktiv die Rolle des Abweichenden zu spielen. Hierfür eigneten sie sich spezielles Wissen, Fertigkeiten und Rollenkompetenzen an, verschafften sich eine Haltung und Weltsicht als Abweichler und integrierten die Rolle des Devianten schließlich in ihr Selbstbild.

Folgt man den Prämissen des Labeling-Ansatzes, so sind es letztlich die Instanzen der sozialen Kontrolle, die durch ihre Zuschreibungs- und Stigmatisierungsprozesse entscheidend zur Ausbildung devianter Karrieren beitragen. So schränkt einerseits die Strafverfolgung die legalen Handlungsmöglichkeiten für Täter ein, befördert deren Selbstverständnis als Kriminelle und drängt sie in eine kriminelle Identität. Andererseits können auch die stigmatisierenden Effekte der helfenden Instanzen zur Entwicklung abweichender Karrieren – im Sinne einer „erlernten Hilflosigkeit“ (Seligman 1999) – führen.

„Whoever is regarded as unable to steer his or her own actions (...) is quite likely to acquire a kind of learned helplessness, and to regard his or her own actions as determined by forces outside his or her own will and sphere of influence“ (Scheerer/Hess 1997: 116).

²⁹ Der „master status“ hat eine herausragende Bedeutung für die soziale Identität eines Individuums. Obwohl es sich hierbei nur um ein Merkmal der Person (z. B. Geschlecht, Ethnie, Beruf etc.) handelt, wird dieses auf die gesamte Persönlichkeit übertragen und überschattet damit alle anderen Eigenschaften. Der „master status“ bestimmt somit, wie eine Person handelt, vor allem aber wie die soziale Umwelt auf sie reagiert. In Bezug auf Devianz schreibt Becker (1966: 33): „One receives the status as a result of breaking the rules, and the identification proves to be more important than most others. One will be identified as a deviant first, before other identifications are made. (...) The deviant identification becomes the controlling one“.

³⁰ Subkulturen, Szenen, Banden, Schwarzmärkte etc. können somit als Makro-Phänomene gelten, die durch die Interaktion von Abweichlern und Kontrolleuren entstehen (vgl. Hess/Scheerer 2004: 86).

Vergleichbar argumentieren auch Cremer-Schäfer/Steinert (1998: 57f.), für die das Pendant zu Hilfe und Fürsorge in der Entmündigung liegt. Unter dem Deckmantel der Hilfe könne die Perspektive der Betroffenen ignoriert, die Verantwortung für sie übernommen und der Einzelne notfalls auch gegen seinen Willen helfenden Maßnahmen unterworfen werden. Scheff (1963: 436ff.) verweist demgegenüber, ähnlich wie Lemert (1951), stärker auf den aktiven Part der als krank und behandlungsbedürftig Etikettierten hin. Wesentlich für die Verfestigung einer Pathologie seien nicht nur die sozialen Reaktionen auf das Label „krank“, sondern auch das entsprechende Rollenverhalten der so Etikettierten, die im Verlauf des Stigmatisierungsprozesses ihre Rolle als Kranke aktiv übernehmen (vgl. hierzu auch Szasz 1961 sowie die „Konversion als Anpassungsstrategie an totale Institutionen“ bei Goffman 1973). Die Rollenübernahme gründe sich darauf, dass die als krank Etikettierten für ihr labelkonformes und damit die medizinische Diagnose übernehmendes Verhalten durch das soziale Umfeld belohnt werden (ihnen wird Hilfe gewährt, sie erfahren Mitleid etc.), während Handeln, das sich gegen die Übernahme des Labels richtet, bestraft werde. Eine deutliche Illustration findet dies darin, dass das Herbeiführen einer Krankheitseinsicht ein wesentliches Ziel des therapeutischen Prozesses ist und der Widerstand gegen eine Krankheitsdiagnose als Leugnung und fehlendes Problembewusstsein interpretiert wird (vgl. Reinerman 2005: 35).

Der Labeling-Ansatz rückt somit auch die helfenden Institutionen als Etikettierungsinstanz in den Blick der Analyse. Im Gegensatz zum gesellschaftlichen Verständnis und auch zum Selbstverständnis der Sozialen Arbeit vom Helfer, dessen Handeln im Interesse der Adressaten steht, wird die Diskreditierung der Betroffenen hervorgehoben, die mit dem fürsorgerischen Handeln einhergeht (vgl. dazu auch Skiba 1979: 225ff.; Cremer-Schäfer/Steinert 1998: 59ff.). Cremer-Schäfer/Peters (1975: 1f.) betonen, dass die Soziale Arbeit, indem sie die Handlungsmöglichkeiten der Hilfeempfänger einschränkt und sie auf die Rolle der fürsorgebedürftigen Außenseiter festlegt, wesentlich zur Produktion und Reproduktion abweichender Verhaltensweisen beitrage und somit gerade das verstärke, was sie zu verhindern sucht.

Obwohl sich in jüngster Zeit eine kritische Soziale Arbeit³¹ zu formieren begonnen hat, die versucht, ein konstruktivistisches Verständnis in die Interventionspraxis zu transportieren, ist festzuhalten, dass nach wie vor sowohl die helfenden als auch die strafenden Kontrollinstanzen auf Basis eines objektivistischen, ätiologischen Verständnisses sozialer Probleme und abweichenden Verhaltens operieren. Maßgeblich für das Handeln der Kontrolleure ist, wer von sozialen Problemen betroffen ist, anhand wel-

³¹ Für Deutschland ist beispielsweise der „Arbeitskreis Kritische Soziale Arbeit“, für die USA die „Social Welfare Action Alliance“ zu nennen. Festzuhalten ist jedoch, dass in den USA noch seltener als in Deutschland ein kritischer Ansatz in der Praxis der Sozialen Arbeit zu erkennen ist. McDonald (2003: 123ff.) führt dies darauf zurück, dass die Soziale Arbeit in den USA besonders stark mit dem Gesundheitswesen verknüpft ist und die Ausrichtung an ätiologischen, medizinischen Fakten den Wunsch nach Effektivität und Effizienz (sowie deren Überprüfbarkeit) und gesellschaftlicher Anerkennung reflektiere.

cher Merkmale sich die Betroffenen identifizieren lassen, welches die Ursachen sozialer Probleme sind und was dagegen getan werden kann. Das Problematische an sozialen Problemen wird damit als selbstverständlich vorausgesetzt und bereits erfolgte Problemdefinitionen bilden die Grundlage der Arbeit (vgl. Scheerer 1993: 80). Dass die vom Konstruktivismus hervorgehobene gesellschaftspolitische und normative Konnotation sozialer Probleme kaum Berücksichtigung im Handeln der Kontrollinstanzen findet, lässt sich vermutlich unter anderem darauf zurückzuführen, dass der konstruktivistische Ansatz für eine konkrete Anwendungsorientierung möglicherweise als irrelevant oder unbrauchbar erachtet wird. Anzunehmen ist, dass die mit der Bearbeitung sozialer Probleme betrauten Instanzen vor allem an verlässlichen Aussagen über die Voraussetzungen für eine Problembearbeitung interessiert sind. Für Steinert (1985) gründet sich die geringe Popularität des Labeling-Ansatzes in seiner „ziemlich unplausiblen Art, die Welt zu betrachten“ (ebd.: 38), wüssten wir doch im Alltag genau, was abweichendes Verhalten und kriminelle Handlungen seien. Der Labeling-Ansatz habe somit immer gegen diese Alltagsevidenz anzukämpfen, womit er sich mehr als erkenntnistheoretische Perspektive denn als konkreter Forschungs- und Handlungsansatz eigne (vgl. hierzu auch Karstedt-Henke 1982: 282). Der entscheidende Grund dafür, dass konstruktivistische Ideen in der praktischen Arbeit kaum Berücksichtigung finden, resultiert offenbar jedoch aus ihrem instanzenkritischen Moment, werden die Interventionen der verschiedenen Institutionen damit doch grundsätzlich in Frage gestellt und faktisch delegitimiert (vgl. Peters 1995: 115).

Abschließend lässt sich daher mit Groenemeyer (2001: 13) eine Zweiteilung der sozialwissenschaftlichen Betrachtung sozialer Probleme konstatieren. Während die Theorien sozialer Probleme mittlerweile von der konstruktivistischen Perspektive dominiert werden, orientiert sich die konkrete Anwendungsforschung und Praxis sozialer Probleme an einem objektivistischen Verständnis. Auf Grundlage der bereits in der Gesellschaft und Politik etablierten und institutionalisierten Problemdefinitionen werden Ausprägungen, Ursachen und Entwicklungsdynamiken sozialer Probleme in den Fokus gerückt (vgl. ebenso Scherr 2001: 74ff.)³². Diese Diskrepanz zwischen sozialwissenschaftlicher Theorie und Praxis sozialer Probleme scheint dabei ein ungelöstes Problem darzustellen, schränkt sie doch weitgehend den fruchtbaren Wissenstransfer zwischen beiden Bereichen ein.

³² Scherr (2001: 74) verweist darauf, dass sich die Soziologie sozialer Probleme in Deutschland in engem Bezug zur Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit entwickelt hat, womit ebenfalls eine objektivistische Sichtweise, im Sinne einer konkreten Bearbeitung der definierten Ursachen, vorangetrieben wurde.

3. Das Drogenproblem in Deutschland und den USA: Objektivistische und konstruktivistische Erklärungen im Vergleich

Im Anschluss an die theoretische Betrachtung sozialer Probleme werden an dieser Stelle der objektivistische und konstruktivistische Ansatz genutzt, um das Drogenproblem und seine soziale Kontrolle in Form der Drogenpolitik zu analysieren. In diesem Sinne werden die objektivistischen und konstruktivistischen Erklärungen zur Genese und Beschaffenheit des Drogenproblems in den USA und Deutschland gegenübergestellt und die Herausbildung der drogenpolitischen Leitbilder in beiden Ländern nachgezeichnet.

Drogenpolitik kann definiert werden als die Gesamtheit an Bestrebungen, Zielsetzungen, Wert- und Normhaltungen, die den Umgang mit Drogen und ihren Gebrauchern in einer Gesellschaft bestimmen (vgl. Kemmesies 1995a: 9). Genauer ist damit jener Politikbereich bezeichnet, der sich mit Drogen, deren Gebrauch und Missbrauch sowie Maßnahmen zur Kontrolle und Bekämpfung des Konsums von und des Handels mit psychoaktiven Substanzen befasst (vgl. Schwilk 1996: 12). Die drogenpolitischen Leitbilder gestalten die Norm- und Gesetzgebung und schaffen den Bezugsrahmen, innerhalb dessen sich die Reaktionsformen der Kontrollinstanzen entfalten.

Wie gezeigt werden wird, lässt sich zwischen dem Drogenproblem Deutschlands und der USA eine enge Verknüpfung ausmachen. So waren die USA nicht nur für die internationale und damit auch für die deutsche Drogenpolitik im Hinblick auf die Etablierung einer Prohibitionspolitik richtungsweisend, sondern US-amerikanische Drogen- und Konsumtrends haben sich auch immer wieder mit zeitlicher Verzögerung in Deutschland niedergeschlagen. Die Geschichte des US-amerikanischen Drogenproblems ist somit zu einem Großteil zugleich auch die Geschichte des Drogenproblems in Deutschland (vgl. Selling 1989a: 1). Die folgende Darstellung widmet sich zunächst dem objektivistischen Ansatz, daran anschließend wird die konstruktivistische Sichtweise auf das Drogenproblem expliziert.

3.1 Objektivistische Überlegungen: Der Konsum illegaler Drogen als problematischer gesellschaftlicher Sachverhalt

Objektivistische Theorien gründen auf der Annahme, dass soziale Probleme das Resultat evidenter problematischer und schädlicher Sachverhalte sind und dass der hieraus resultierende gesellschaftliche und individuelle Schaden die beobachtbare, tatsächliche Realität des sozialen Problems anzeigt.

Der Konsum illegaler Drogen gilt aufgrund seiner gesundheitsschädlichen und abhängigkeiterzeugenden Wirkung sowie den damit assoziierten Verhaltensweisen (Kriminalität, soziale und gesundheitliche Verelendung etc.) als für das Individuum und die Gesellschaft objektiv schädlich. Damit wird eine Sichtweise vertreten, mit der die Ursache des Drogenproblems in den Substanzen selbst verortet wird. Als Beleg für eine derartige Argumentation werden von Verfechtern der objektivistischen Perspektive unter anderem naturwissenschaftlich-medizinische Studien zitiert, welche die physiologischen Auswirkungen psychoaktiver Substanzen auf Körper und Gehirn, gesundheitliche Schädigungen und die Entwicklung einer Abhängigkeit – im Sinne einer Veränderung der biochemischen Prozesse im Gehirn – dokumentieren (vgl. Dollinger/Schmidt-Semisch 2007: 9). Neben den biologisch-somatischen Effekten werden aber auch die psychischen Auswirkungen des Drogenkonsums und die Entwicklung einer Drogenabhängigkeit als objektiv diagnostizierbare Zustände angesehen³³ – eine Persönlichkeitsstörung gilt hierbei entweder als Ursache oder Resultat des Drogenkonsums (vgl. ebd.: 10f.). Drogenabhängigkeit wird damit grundsätzlich, unabhängig davon, ob sie als ein physiologisches und/oder psychologisches Phänomen verstanden wird, als substanzbedingte Eigenschaft und pharmakologische Tatsache konzipiert.³⁴ Auf diese Weise wird ein Bild von Drogengebrauchern entworfen, das sie als durch die Droge fremdbestimmt und determiniert zeigt und jede Möglichkeit eines regulierten und kontrollierten Konsums ausschließt (vgl. ebd.: 9). Die drogenpolitische Differenzierung zwischen legalen und illegalen Drogen wird durch das angeblich höhere Abhängigkeits- und Schädigungspotenzial legitimiert, welches von illegalen Substanzen ausgeht. Es scheint nur eine logische Konsequenz zu sein, dass diese „hochgefährlichen“ Stoffe durch staatliche Kontrollmaßnahmen reguliert werden, um ihren Gebrauch und Missbrauch möglichst zu verhindern. So hält Beckstein (1999: 121) fest: „Suchtpolitische Entscheidungen sind immer (...) ein Signal über die Gefährlichkeit dieser Stoffe“. Vor allem bei Heroin und (neuerdings) Crack gilt der Prozess der „Junkiesation“ (Kemmesies/Gerlach 1990: 30) als pharmakologisch vorprogrammiert. Bezeichnet ist hiermit der Weg vom Gebrauch in die Abhängigkeit und die Entwicklung eines ausschließlich drogengebrauchsbezogenen Lebensstils, welcher mit sozialer und gesundheitlicher Verelendung und Kriminalität einhergeht und an dessen Ende schließlich der Tod steht (vgl. Kielholz/Ladewig 1973: 39f.).³⁵

³³ So werden die Klassifizierungssysteme des ICD 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) und des DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) als medizinisch-objektive Kriterien zur Diagnose einer Drogenabhängigkeit herangezogen.

³⁴ Ein besonders prägnantes Beispiel hierfür liefern die Ausführungen von McLellan et al. (2000), die Sucht als „chronic medical illness“ definieren und unter anderem Analogien zu Asthma oder Hypertonie herstellen. Sie gehen dabei davon aus, dass ein „natural course of addiction“ (ebd.: 1692) existiert.

³⁵ Generell lässt sich diese objektivistische Argumentation einer pharmakologischen Determiniertheit jedoch auf alle illegalen Substanzen übertragen, indem auf ihre Einstiegs- und Schrittmacherfunktion für die Entwicklung einer Drogenkarriere verwiesen wird. So wird auch heute noch teils vehement die These vertreten, dass sich an den Konsum einer jeweiligen Substanz mit einem bestimmten Wirkungsspektrum (z. B. Cannabis) quasi unweigerlich der Konsum weiterer Substanzen mit einem stärkeren Wirkpotenzial anschließt (vgl. kritisch dazu Kemmesies 2004: 23).

Einen weiteren Beleg dafür, das Drogenproblem als einen gegebenen problematischen Sachverhalt zu beurteilen, sehen objektivistische Erklärungsmodelle darin, dass sich mit Hilfe statistischer Daten das Ausmaß des Drogenproblems und die gesundheitlichen und sozialen Folgekosten bewerten lassen. Als bedeutsame Messindikatoren gelten epidemiologische Studien sowie Statistiken aus dem Bereich der Hilfe und Strafverfolgung. Die „Formel“ zur Bestimmung der Größe des Problems erscheint zunächst plausibel: Je mehr Personen illegale Drogen konsumieren, deshalb abhängig werden, sich in Behandlung begeben oder kriminell werden, desto größer scheint auch das Drogenproblem zu sein. Es ist jedoch zu betonen, dass aufgrund der Dunkelfeldproblematik und verschiedener anderer Einflussgrößen (wie z. B. der Intensität der polizeilichen Ermittlungsarbeit oder der zur Verfügung stehenden Behandlungsangebote) derartige Statistiken keineswegs das tatsächliche Ausmaß des Drogengebrauchs widerspiegeln. Den objektivistischen Ansätzen soll nachfolgend dennoch insofern Rechnung getragen werden, als mit den anschließenden Ausführungen der Versuch einer „objektiven“ Bestimmung des Drogenproblems unternommen wird.

3.1.1. Das aktuelle Ausmaß des Drogenproblems in Deutschland und den USA: Eine Einordnung mittels quantitativer Daten

Trotz der oben genannten Einschränkungen (Dunkelfeldproblematik, statistische Verzerrungen usw.) soll ein Eindruck von der Tragweite des Drogenproblems, wie es sich anhand verschiedener aktueller statistischer Daten für Deutschland und die USA präsentiert, vermittelt werden. Intendiert ist hiermit, erste Einblicke in die Drogengebrauchssituation in beiden Ländern zu liefern.³⁶ Es muss jedoch angemerkt werden, dass sich die Datenlage in den USA und Deutschland unterschiedlich darstellt und nur eingeschränkt vergleichbar ist. Dennoch lassen sich die zum Teil deutlichen Unterschiede zwischen beiden Ländern abbilden.

Nach den aktuellen Ergebnissen des „Epidemiologischen Suchtsurvey“ (Kraus 2008) verfügt in Deutschland knapp ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung (18 bis 64 Jahre) über Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen. Rund 3% haben auch im zurückliegenden Monat eine illegale Substanz konsumiert und können daher als aktuelle Drogengebraucher gelten. Ein höheres Ausmaß des illegalen Drogenkonsums lässt sich demgegenüber anhand der jüngsten Daten des „National Survey on Drug Use and Health“ (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (nachfolgend: SAMHSA) 2009a) für die USA ablesen. Danach hat nahezu die Hälfte der erwachsenen US-Bevölkerung (12 Jahre und älter) schon einmal eine illegale Droge konsumiert und 8% sind aktuelle Drogengebraucher. Nur 6% der deutschen, jedoch fast ein Drittel der US-amerikanischen Bevölkerung haben schon einmal eine andere illegale Droge

³⁶ Auf eine ausführliche Darstellung wird an dieser Stelle verzichtet, da in Kapitel 6 quantitative Daten detailliert und unter einem zugespitzten Fokus präsentiert werden.

als Cannabis konsumiert. Die Anteile für einen aktuellen Konsum liegen diesbezüglich in Deutschland bei knapp 1%, in den USA bei 3%. Heroin und Crack haben jeweils weniger als 0,5% der deutschen Erwachsenen schon einmal probiert, in den USA betragen die entsprechenden Anteile dagegen 3% für Crack und 1,5% für Heroin. Einen aktuellen Konsum beider Substanzen berichten in beiden Ländern jedoch gleichermaßen maximal 0,1% der Erwachsenen. Insgesamt lässt sich somit eine deutlich höhere Verbreitung des illegalen Drogengebrauchs in den USA ablesen.

Richtet sich der Blick auf die Behandlungsstatistiken, so zeigt sich, dass im Jahr 2008 in Deutschland 106 drogenbezogene Krankenhausbehandlungen³⁷ pro 100.000 Einwohner³⁸ (insgesamt über 86.000 Behandlungen; vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland 2009a) und in den USA 323 drogenbezogene Krankenhausbehandlungen pro 100.000 Einwohner (knapp 993.000 Personen; vgl. SAMHSA 2010a) registriert wurden – die Inzidenzrate in den USA liegt damit dreimal höher als in Deutschland. Ein ähnliches Verhältnis lässt sich für ambulante und (teil-)stationäre drogentherapeutische Behandlungen beobachten: Deutschlandweit stehen 124 Behandlungen pro 100.000 Einwohner (insgesamt über 100.000 Behandlungen; vgl. Pfeiffer-Gerschel et al. 2009) 357 Behandlungen pro 100.000 Einwohner (rund 1,1 Millionen Behandlungen; vgl. SAMHSA 2009b) in den USA gegenüber.³⁹ Die Inzidenzrate für Substitutionsbehandlungen ist hingegen mit 88 pro 100.000 Einwohner in Deutschland (gut 72.000 Personen; vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) 2009) und 89 pro 100.000 Einwohner (über 270.000 Personen) in den USA (vgl. SAMHSA 2009b) nahezu identisch. In Relation zu den höheren Konsum- und sonstigen Behandlungszahlen deutet dies auf eine geringere Verfügbarkeit bzw. Inanspruchnahme der Substitution in den USA hin.

Des Weiteren wurden im Jahr 2008 in Deutschland 293 Rauschgiftdelikte pro 100.000 Einwohner (insgesamt rund 240.000 Rauschgiftdelikte) polizeilich registriert (vgl. Bundeskriminalamt (nachfolgend: BKA) 2009). 75 Verurteilungen pro 100.000 Einwohner (gut 61.000 Verurteilungen) erfolgten wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (nachfolgend: BtMG), wobei Drogendelikte 7% der Gesamtverurteilungen ausmachten (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland 2009b). Demgegenüber erfolgten ebenfalls im Jahr 2008 in den USA 555 Festnahmen pro 100.000 Einwohner (etwa 1,7 Millionen Festnahmen) wegen Drogendelikten, dies entspricht einem

³⁷ Jeweils ohne die legalen Drogen Alkohol und Tabak.

³⁸ Die Werte pro 100.000 Einwohner beruhen auf eigenen Berechnungen auf Grundlage der Bevölkerungsdaten des Statistischen Bundesamtes (<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/>; abgerufen am 12.02.2010) und des US Census Bureau (<http://www.census.gov>; abgerufen am 12.02.2010). Bevölkerung Deutschlands 2008: 82 Millionen; Bevölkerung der USA 2008: 307 Millionen.

³⁹ Eigene Berechnungen auf Basis der Tabellenbände der „Deutschen Suchthilfestatistik“ (Pfeiffer-Gerschel et al. 2009) und des „Treatment Episode Data Set“ (SAMHSA 2009c). Für Deutschland wurden alle Betreuungen ohne Einmalkontakte (ambulant) und beendete Behandlungen (stationär) einbezogen, für die USA alle Behandlungsaufnahmen („admissions“). Eingeschlossen wurden für beide Länder jeweils die Behandlungsfälle, in denen Opiode, Cannabis, Sedativa/Hypnotika, Kokain/Crack, andere Stimulanzien, Halluzinogene oder multiple/andere psychotrope Substanzen (ohne Alkohol oder Tabak) im Vordergrund der Behandlung (Hauptdiagnose) standen.

Anteil von 12% aller Festnahmen (vgl. Federal Bureau of Investigation (nachfolgend: FBI) 2009). Während 15% der Insassen in deutschen Justizvollzugsanstalten wegen BtMG-Delikten inhaftiert sind (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland 2010a), beträgt der Anteil an Drogenstraftätern in US-amerikanischen Gefängnissen ein Viertel (vgl. The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (nachfolgend: CASA) 2010). Es lässt sich somit festhalten, dass ein wesentlich höherer Anteil der US-Bevölkerung im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen in das Netz der Justiz gerät. Die aktuelle Studie von Mostardt et al. (2009) kommt zu dem Ergebnis, dass in Deutschland jährlich etwa sechs Milliarden Euro an öffentlichen Geldern für die Prävention, Behandlung und die strafrechtliche Bekämpfung des illegalen Drogenkonsums aufgewendet werden – dies entspricht 0,24% des Bruttoinlandsprodukts⁴⁰. Für die USA schätzt Miron (2008), dass jährlich fast 45 Milliarden US-Dollar und damit 0,3% des US-amerikanischen Bruttoinlandsprodukts⁴¹ allein in strafrechtliche Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogenproblems fließen.

Anhand der hier ausgewählten Daten ist abzulesen, dass der Konsum illegaler Drogen sowohl in Deutschland als auch in den USA mit hohen gesellschaftlichen Kosten einhergeht. Im Vergleich zu Deutschland sind die USA augenscheinlich mit einem Drogenproblem größeren Ausmaßes konfrontiert – darauf deuten die höheren Konsumentenzahlen und der größere Bevölkerungsanteil hin, der sich in eine Drogenbehandlung begibt. Die Strafverfolgungsstatistiken und die höheren staatlichen Ausgaben für prohibitive Maßnahmen verweisen zudem darauf, dass die USA stärker als Deutschland auf repressive Strategien zur Bearbeitung des Drogenproblems setzen. Zudem scheinen hier nicht ausschließlich abstinenzorientierte Behandlungsmethoden, wie die Substitution, für einen geringeren Anteil der Konsumenten zur Verfügung zu stehen. Offen bleibt jedoch, wie und vor allen Dingen wann das Drogenproblem in beiden Ländern entstanden ist und worin mögliche Ursachen für das vermeintlich größere Drogenproblem der USA liegen. Diesen Fragen widmen sich die nachfolgenden Ausführungen.

3.1.2 Die Entstehung des Drogenproblems und seiner sozialen Kontrolle in Deutschland und den USA – Eine objektivistische Betrachtung

„The drug problem (...) has a relatively short history. Although (...) substances with psychoactive properties have been known for thousands of years, their use on a large scale for the enhancement of pleasure and performance spans less than two centuries. The abuse of drugs as such can be traced to a number of factors (...) all of which combined to make drugs readily available for the relief of many ills, both physical and psychological“ (Inciardi 1990: 1).

⁴⁰ Eigene Berechnung auf Grundlage der Angaben des Statistischen Bundesamtes (2009c) zum Bruttoinlandsprodukt Deutschlands.

⁴¹ Eigene Berechnung auf Basis der Angaben des International Monetary Fund (2010) zum Bruttoinlandsprodukt der USA.

Wie das Zitat von Inciardi verdeutlicht, wird die Entstehung des Drogenproblems aus objektivistischer Sicht an dem Ausmaß festgemacht, welches der Konsum psychoaktiver Substanzen zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Geschichte erreichte. Diese quantitative Veränderung des Drogengebrauchs, so die objektivistische Argumentation, stellte eine Bedrohung des gesellschaftlichen Systems und dessen Funktionsfähigkeit dar. Um diese Funktionsgefährdung abzuwehren und zu beseitigen, schienen Interventionen zwingend geboten (vgl. Scheerer 1982: 78).

Laut Briesen (2005: 17ff.) entstand in den USA bereits vor dem Ersten Weltkrieg der Drogengebrauch als soziales Problem, während für Deutschland eine vergleichbare Entwicklung erst für die späten 1960er Jahre konstatiert wird. Spätestens ab den 1970er Jahren etablierte sich dann in beiden Ländern „der Drogenkonsum als Massenphänomen“ (ebd.: 17). Mit der anschließenden Darstellung soll diese offenbar zeitlich verschobene Problemgenese für beide Nationen anhand verschiedener Indikatoren nachvollzogen werden. Es sei jedoch betont, dass sich die Datenlage für die USA und Deutschland bis in die 1960er Jahre nicht nur als äußerst lückenhaft erweist, sondern die Daten bezüglich Reliabilität und Validität auch deutlichen Einschränkungen unterliegen.

3.1.2.1 Die Drogengebrauchssituation vor dem Ersten Weltkrieg

Für die USA des 19. Jahrhunderts wird eine relativ starke Verbreitung des medizinischen und genussorientierten Konsums psychoaktiver Substanzen (insbesondere von Opiaten) angenommen. Brecher et al. (1972: 3) charakterisieren die Zeit als „dope fiend’s paradise“ und Inciardi (1990: 29) hält fest: „Since these opiates were addictive and used so widely (...) America obviously had a drug problem“. Als wesentliche Bedingungsfaktoren für die hohe Verbreitung des Drogenkonsums werden die fehlende staatliche Kontrolle und die medizinische Verschreibungspraxis identifiziert. Zubereitungen mit Opium und seinen Derivaten sowie Kokain waren rezeptfrei in „drugstores“ erhältlich und die Substanzen wurden gegen zahlreiche Beschwerden ärztlich verordnet oder zur Selbstmedikation genutzt (vgl. ebd.: 2ff.). Mit Musto (1999: 1ff.) lässt sich die hohe Prävalenz des Opiatgebrauchs auch darauf zurückführen, dass kaum medizinische Alternativen zu einer Opiatbehandlung existierten. Während die diagnostischen Möglichkeiten der Medizin begrenzt waren, boten Opiate zumindest eine wirkungsvolle Schmerzbehandlung. Eine weitere Rolle für die Konsumverbreitung spielte nach Briesen (2005: 27) der Wohlstand in den USA, der es gestattete, ärztliche Hilfe einzuholen und eine wichtige Quelle der Selbstmedikation war, dies vor allem auch vor dem Hintergrund der Abgeschiedenheit des Lebens und Arbeitens. Opiate wurden in erster Linie von Frauen mittleren Alters konsumiert, die aus der „weißen“, ländlichen Ober- und Mittelschicht stammten. Den hohen Frauenanteil begründet Selling (1989a: 24f.) damit, dass die Werbung der Patentmedizin vor allem auf Frauen abzielte, Opiate besonders

häufig bei psychischen Verstimmungen verschrieben wurden und zudem der Alkoholkonsum von Frauen verpönt war.

Ein Problembewusstsein bezüglich des Drogenkonsums entstand in den USA zu Beginn des 20. Jahrhunderts, als wissenschaftliche Erkenntnisse zunehmend auf die Gefahr einer Gewöhnungs- und Abhängigkeitsentwicklung hinwiesen. Es folgten bald Forderungen nach einer staatlichen Regulierung des Drogengebrauchs, die schließlich mit dem Erlass des „Pure Food and Drug Act“ (1906) – dem ersten nationalen Drogenkontrollgesetz der USA – und wenige Jahre später mit der Verabschiedung des „Harrison Narcotics Act“ (1914) politisch umgesetzt wurden (vgl. Selling 1989b: 281; Inciardi 1990: 5). Während der „Pure Food and Drug Act“ lediglich die Kennzeichnungspflicht für bestimmte Substanzen in medizinischen Präparaten festlegte, wurde mit dem „Harrison Narcotics Act“ der freie Verkauf von Opiaten und Kokain verboten. Die Abgabe durfte fortan nur noch zu medizinischen Zwecken erfolgen, zudem wurden die Rezeptpflicht und die staatliche Registrierung von Medizinern, Apothekern, Herstellern und Importeuren der kontrollierten Substanzen eingeführt. Der Umgang mit den Stoffen war nun noch legal, wenn eine entsprechende Lizenz erworben wurde und die Registrierten ihrer Berichtspflicht bezüglich sämtlicher Transaktionen nachkamen. Streng genommen handelte es sich bei dem „Harrison-Gesetz“ zunächst um ein Steuergesetz, das neben einer staatlichen Einnahmequelle ein Kontrollinstrument des nicht-privaten Verkehrs mit Substanzen sein sollte (vgl. Faupel et al. 2004: 44ff.). Mit seiner Änderung im Jahr 1919 sollte sich das Gesetz jedoch zum wesentlichen Mittel der konsumentenfokussierten Drogenkontrolle in den USA entwickeln. Der Kauf und Besitz von Drogen war nun nur noch straffrei, wenn die Substanzen sowohl ärztlich verschrieben als auch versteuert waren. Damit wurde der Straftatbestand des unerlaubten Drogenbesitzes geschaffen. Darüber hinaus wurde es Ärzten untersagt, Drogen an Abhängige zur Linderung von Entzugserscheinungen zu verschreiben, wodurch chronischen Opiat- und Kokainkonsumenten die legale Versorgung gekappt wurde. Personen, die ihren Konsum nicht aufgeben wollten oder konnten, blieb damit nur noch die illegale Beschaffung (vgl. Selling 1989a: 67f.).

Auch in Deutschland waren Opiate im 19. Jahrhundert wichtige Beruhigungs- und Schmerzmittel. Der Gebrauch beschränkte sich jedoch weitgehend auf einen rein medizinischen Kontext. Als Folge der Behandlung von Kriegsverletzungen war der Morphinismus nach den Deutschen Einigungskriegen (1864 bis 1871) eine bekannte soziale Erscheinung geworden, erregte jedoch keine besondere gesellschaftliche Besorgnis. Die sich abzeichnenden negativen Begleiterscheinungen einer Opiatbehandlung führten jedoch früh zu einer Regulierung der Arzneimittelvergabe in Deutschland, so zum Beispiel durch die „Verordnung betreffend den Verkehr mit Apothekerwaren“ im Jahr 1872 (vgl. Briesen 2005: 26). Auch gegenüber Kokain, das nach seiner erstmaligen Herstellung (1859/60) zunächst als „Wunderheilmittel“ gepriesen und vor allem in

der Behandlung der Morphinabhängigkeit Verwendung gefunden hatte, wurden innerhalb der Ärzteschaft zunehmend Bedenken geäußert, die schließlich zu einer Reduzierung der medizinischen Anwendung führten (vgl. Gunkelmann 1989: 361). Bis zum Ausbruch des Ersten Weltkriegs entstanden in Deutschland weitere Apothekengesetze und Abgabeverordnungen (vgl. ausführlich hierzu: Scheerer 1982), die generell die Verschreibung und Vergabe von Medikamenten regelten. Die erlassenen Verordnungen wurden als ausreichende Maßnahmen der Drogenkontrolle angesehen. Strafrechtliche Schritte wurden nicht in Betracht gezogen, handelte es sich bei den Konsumenten doch überwiegend um anerkannte Mitglieder der Gesellschaft, deren Drogengebrauch meist die Folge von Kriegshandlungen war (vgl. Scheerer 1982: 51; Selling 1989a: 10ff.).

Zusammenfassend lassen sich für den Drogengebrauch in Deutschland und den USA bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts wesentliche Differenzen beobachten, die in einer unterschiedlichen Konsumverbreitung sowie verschiedenen Konsumkontexten deutlich werden. Während in Deutschland der Konsum nahezu ausschließlich im Rahmen der ärztlichen Verschreibungspraxis stattfand und diesbezüglich auch Abgabeverordnungen bestanden, unterlagen psychoaktive Substanzen in den USA bis zum Erlass des „Pure Food and Drug Act“ bzw. des „Harrison Act“ keinerlei Kontrollen und wurden nicht nur vielfach von Ärzten verschrieben, sondern auch zur Selbstmedikation und zu Genusszwecken genutzt. Unterschiede lassen sich ebenfalls bezüglich der Konsumentengruppen feststellen: In den USA machten Frauen der oberen Gesellschaftsschichten den Großteil der Gebraucher aus, in Deutschland traten vor allen Dingen Kriegsveteranen als Konsumenten in Erscheinung. Darüber hinaus lassen sich differente Kontrollmaßnahmen in beiden Ländern beobachten: Wurde in Deutschland die Substanzabgabe durch Apotheken als ausreichende Kontrolle angesehen, implementierten die USA bereits 1914 die Prohibition als Drogenkontrollstrategie.

3.1.2.2 Entwicklung der Konsummuster zwischen den Weltkriegen

Infolge des „Harrison Act“ ergab sich in den USA offenbar eine Reduzierung des Opiat- und Kokainkonsums (vgl. Musto 1995: 468). Wurde für die Jahre zuvor geschätzt, dass etwa 200.000 US-Bürger regelmäßig diese Substanzen konsumierten, wurde nun ein Rückgang auf 50.000 bis 60.000 Personen vermutet (vgl. Lindesmith 1965: 50; King 1974: 17f.). Nach Courtwright (1982: 33f.) hatte sich die Quote der compulsiven Konsumenten bis 1920 mehr als halbiert, wobei er annimmt, dass es schon vor in Kraft treten des „Harrison-Gesetzes“ zu einem Konsumrückgang gekommen war.

Zurückgeführt werden kann diese Entwicklung auf eine veränderte ärztliche Verschreibungspraxis und die Abnahme der Selbstmedikation. Eine wichtige Rolle spielte auch der medizinische Fortschritt. Neue Diagnosetechniken kamen auf, die bakteriellen Ursachen zahlreicher Krankheiten wurden entdeckt und wirksame, opiatfreie

Schmerzmittel (wie z. B. Aspirin) entwickelt (vgl. Briesen 2005: 60f.). In den USA ließ sich ein Rückgang des Substanzgebrauchs vor allem unter Frauen beobachten, die zuvor das Gros der Konsumierenden gestellt hatten. Ein Anstieg des illegalen Heroingebrauchs⁴² zeichnete sich demgegenüber in den Großstädten unter „weißen“, männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Unterschicht ab.⁴³ Betroffen von dieser Entwicklung war zunächst New York City, wo Heroin bald zum meist verbreiteten Opiat auf dem Schwarzmarkt wurde.⁴⁴ Im Verlauf der nächsten zwei Jahrzehnte breitete sich der Heroinkonsum dann auf andere US-Großstädte aus (vgl. Selling 1989a: 156).

Nach 1914 hatte damit in den USA ein grundlegender Wandel der Konsum- und Konsumentenstruktur stattgefunden: Von den opium-, morphin- und kokainkonsumierenden, sozial angepassten Frauen der Mittel- und Oberschicht hin zu den heroinkonsumierenden, teilweise verelendeten und marginalisierten Jugendlichen der Unterschicht, deren Drogengebrauch ausschließlich „hedonistisch“ motiviert war und zum Bestandteil ihres randständigen Lebensstils wurde. Verbunden damit war eine gesellschaftliche Umbewertung des Drogengebrauchs. Der neue Typ des Junkies⁴⁵, der fortan die öffentliche Wahrnehmung prägte, galt nicht mehr als krank, sondern als kriminell und rückte dementsprechend stärker in den Fokus der Strafverfolgung (vgl. Briesen 2005: 65ff.). Nach Lindesmith (1965: 50ff.) stieg allein die Zahl der Anklagen wegen Drogenstraftaten zwischen 1915 und 1930 von knapp 500 auf über 7.500 an.

In Deutschland hatte erneut, vor allem als Folge der Wundversorgung, der Konsum von Morphin während und nach dem Ersten Weltkrieg zugenommen. Für die Nachkriegszeit wurde ein bis zu achtfacher Anstieg der Morphingebraucher vermutet. Neben Kriegsveteranen waren auch Angehörige medizinischer Berufe die Konsumenten (vgl. Scheerer 1982: 59). Eine bedeutsame Veränderung der Substanzkontrolle stellte der Erlass des ersten deutschen Drogengesetzes („Deutsches Opiumgesetz“) im Jahr 1920 dar, mit dem Opium, seine Derivate und Kokain strengeren Kontrollen unterworfen wurden. Import, Export, Herstellung, Verarbeitung und der Verkehr mit den Substanzen wurden einer Aufsichtspflicht unterstellt, die legale Abgabe an Konsumenten beschränkt und der Strafrahmen bei Gesetzesverstößen festgeschrieben. Dennoch

⁴² Die Verbreitung, die Heroin nach dem „Harrison Act“ erfuhr, mag zu einem wesentlichen Teil auf die Bedingungen des Schwarzmarkts zurückzuführen sein. Anders als Rohopium oder Morphin ist Heroin farb- und geruchlos, haltbar, potenziert und somit leicht zu transportieren und zu verstecken. Zudem ist es aufgrund seiner chemischen Eigenschaften relativ gut zu strecken (vgl. Selling 1989a: 156).

⁴³ Der Männeranteil der in Krankenhäusern behandelten Heroinkonsumenten lag in den 1920er und 1930er Jahren bei 75%-95%, das Einstiegsalter in den Heroingebrauch unter ihnen zwischen 19 und 22 Jahren (vgl. Courtwright 1982: 88ff.). Die Daten des „New York State Commission of Prison“ zeigen, dass im Jahr 1924 von den 237 wegen Drogendelikten Verurteilten über 60% 30 Jahre oder jünger waren, lediglich 11% waren über 40 Jahre alt. Der Anteil der Männer unter straffällig gewordenen Drogengebrauchern lag in Studien der 1920er und 1930er Jahre zwischen 80% und 90% (vgl. Selling 1989a: 139).

⁴⁴ Nach der Studie von Simon (1924) waren 95% der über 8.000 wegen Drogendelikten polizeilich erfassten Personen Heroinkonsumenten.

⁴⁵ Der Begriff bürgerte sich seit den 1920er Jahren in New York ein, da die Konsumenten häufig dadurch überlebten, dass sie in industriellen Abfällen („junk“) nach Kupfer, Blei, Zink und Eisen suchten und als „junkmen“ durch die Stadt zogen (vgl. Courtwright 1982: 85).

war das Gesetz in erster Linie ein Handelskontrollgesetz, welches kaum auf die Konsumsphäre abzielte. Es verbot weder ausdrücklich den Konsum aus anderen als medizinischen Gründen, noch untersagte es explizit eine ärztliche Abgabe an Abhängige. Zudem konnten die Konsumenten auf zahlreiche opiat- und kokainhaltige Ersatzstoffe ausweichen, die nicht den Bestimmungen des Opiumgesetzes unterlagen (vgl. Scheerer 1982: 53f.; Briesen 2005: 51ff.). Dass das Gesetz vergleichsweise geringe Auswirkungen auf die Gebraucher hatte, lässt sich auch daran ablesen, dass zwischen 1921 und 1928 jährlich lediglich zwischen 100 und 300 Personen wegen Verstößen gegen das Opiumgesetz verurteilt wurden (vgl. Ellinger 1974: 26). Eine Rolle für die geringen Verurteilungszahlen spielte aber auch, dass der Drogengebrauch nach wie vor weniger als strafrechtliches, sondern vielmehr als medizinisches Phänomen verstanden wurde. Wegen der geringen Konsumverbreitung schien eine Verstärkung der Kontrollmaßnahmen ohnehin nicht geboten. Noch 1923 hält der Kriminologe Aschaffenburg fest:

„Der Opiummißbrauch ist in Deutschland und ganz Europa ohne jede Bedeutung (...). Morphin wird hauptsächlich von den Gebildeten mißbraucht, vor allem von den Berufsarten, denen es leicht zugänglich ist. Ein Volksgift im eigentlichen Sinne wird es wohl nie werden“ (Aschaffenburg 1923 zit. nach Selling 1989b: 285).

Eine andere Sichtweise herrschte demgegenüber auf Kokain. In einigen deutschen Großstädten hatte der Konsum unter Intellektuellen und Künstlern zugenommen.⁴⁶ Anfang der 1920er Jahre bildeten sich dann vereinzelt Kokainszenen, in denen die Substanz aus hedonistischen Gründen geschnupft wurde (vgl. Scheerer 1982: 60; Gunkelmann 1989: 363).

1929 wurde in Deutschland eine Novellierung des Opiumgesetzes vorgenommen, welches mit Ausnahme weniger Änderungen bis zur Verabschiedung des BtMG im Jahr 1972 Gültigkeit behalten sollte. Mit dem neuen Gesetz wurde die Verwendung von Opiaten, Kokain und Cannabis auf wissenschaftliche und medizinische Zwecke beschränkt, Höchstgrenzen für die ärztlichen Verschreibungsmengen festgelegt und die Regelungen bezüglich Ein- und Ausfuhr, Herstellung, Verarbeitung, Abgabe und Veräußerung verschärft. Zudem wurde die Möglichkeit geschaffen, ständig neue Substanzen dem Gesetz zu unterstellen (vgl. Scheerer 1982: 59ff.; Schmid 2003: 89). Mit der Neufassung wurde nicht nur der Geltungsbereich des Opiumgesetzes deutlich ausgeweitet, sondern auch die Konsumenten gerieten in den Blick der Kontrolle, da jeder Versuch, außerhalb der medizinischen Praxis in den Besitz der kontrollierten Substanzen zu gelangen, nun verboten war. Erstmals wurde damit auch eine klare Differenzierung zwischen legalen und illegalen Drogen festgeschrieben (vgl. Scheerer 1982: 63; Selling 1989b: 285; Schmid 2003: 90). In den Jahren nach der Implementierung stiegen die Verurteilungen wegen Vergehen gegen das neue Opiumgesetz kurzfristig auf über 360 Fälle (1933/34) an, gingen dann jedoch wieder um zwei Drittel, auf

⁴⁶ In der Krankenhausstatistik kam es zwischen 1913 und 1924 zu einer Zunahme der wegen Kokain Behandelten von 0,1% auf 1,5% (vgl. Gunkelmann 1989: 362).

122 Fälle (1936), zurück (für 1937 bis 1949 liegen keine Daten vor). Insgesamt lassen sich aber keine wesentlichen Schwankungen in der Verurteilungsstatistik vor und nach der Novellierung des Opiumgesetzes beobachten (vgl. Ellinger 1974: 26).

Die Entwicklungen des Drogengebrauchs und seiner sozialen Kontrolle in den USA und Deutschland zwischen den beiden Weltkriegen lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass in den USA für diese Zeit relativ deutliche Veränderungen der Konsum- und Konsumentenstruktur zu beobachten sind, für die Situation in Deutschland insbesondere die Implementierung einer Drogengesetzgebung und die Entstehung vereinzelter Kokainszenen bedeutsam waren. Anzeichen für eine wesentliche Veränderung der Konsummuster und eine Verbreitung des Konsums unter (marginalisierten) Jugendlichen gab es indes in Deutschland nicht. Ein deutlicher Unterschied zwischen beiden Ländern lässt sich schließlich auch bezüglich der Bewertung des Drogengebrauchs und seiner Kontrollformen konstatieren: Dominierte in Deutschland nach wie vor eine medizinische Sicht, setzte sich in den USA zunehmend eine kriminalisierende Perspektive durch und dem Drogengebrauch wurde verstärkt mit strafrechtlichen Mitteln begegnet.

3.1.2.3 Die Weiterentwicklung des Drogengebrauchs bis Mitte der 1960er Jahre

In den USA war es während des Zweiten Weltkriegs infolge der Unterbrechung von Handelswegen zu Versorgungsproblemen und zu einer deutlichen Reduzierung des Drogengebrauchs gekommen. Nach Kriegsende stieg der illegale Konsum dann wieder an. Wie die Daten des jährlichen „Uniform Crime Report“ (UCR) des FBI zeigen, erhöhte sich die Zahl der erfassten Drogendelikte zwischen 1945 und 1962 von gut 1.900 auf knapp 33.000 Fälle – dies bedeutete einen Anstieg von 4,0 auf 26,7 Drogenstraftaten pro 100.000 Einwohner (vgl. Lindesmith 1965: 54f.). Die vorliegenden Strafverfolgungs- und Behandlungsdaten weisen zudem auf eine „Verjüngung“ der Konsumenten hin: Unter den Drogenstraftätern stieg der Anteil der unter 25-Jährigen zwischen 1932 und 1961 von 15% auf 42% an (vgl. ebd.: 66) und 80% der 1953 erstmals polizeilich registrierten Drogenkonsumenten waren unter 30 Jahre alt (vgl. Pettit 1959: 35). Außerdem sank das Durchschnittsalter der stationär Behandelten zwischen 1937 und 1962 von 39 auf 33,5 Jahre (vgl. Ball/Chambers 1970: 87ff.). Darüber hinaus zeigt sich anhand der Daten ein steigender Konsum illegaler Drogen unter Angehörigen ethnischer Minderheiten (vor allem Afroamerikaner)⁴⁷: Unter den Drogenstraftätern wuchs ihre Zahl von 362 im Jahr 1933 auf fast 12.000 im Jahr 1965 (vgl. Courtwright 1982:

⁴⁷ Diese Entwicklung kann zum Teil wohl auch auf die US-amerikanische Binnenwanderung zurückgeführt werden. Zahlreiche Afroamerikaner der ländlichen Gebiete der Südstaaten wanderten in die Großstädte des Nordostens und des Westens ab. Hatten 1910 knapp drei Viertel von ihnen auf dem Land gewohnt, so lebte 1960 der gleiche Anteil nun in Städten, wo auch eine höhere Verfügbarkeit von Drogen gegeben war (vgl. Courtwright 1982: 15f.).

15f.), ihr Anteil unter den stationär Behandelten stieg zwischen 1935 und 1966 um mehr als das Dreifache (vgl. Ball/Chambers 1970: 87ff.) und 70% der im Jahr 1953 erstmals polizeilich registrierten Drogenkonsumenten waren Angehörige einer ethnischen Minorität (vgl. Pettit 1959: 35).

Mit den Entwicklungen auf der Konsumebene gingen deutliche Veränderungen auf der Kontrollebene einher. Mit dem „Boggs Act“ (1951) und dem „Narcotics Drug Control Act“ (1956) wurden deutliche Strafverschärfungen eingeläutet.⁴⁸ Legitimiert wurde dies nicht nur mit der Zunahme von Drogendelikten, sondern vor allem mit der steigenden Zahl an jugendlichen Konsumenten:

„The most shocking part about these figures is the fact that there has been an alarming increase in drug addiction among younger persons. In the first six months of 1946, the average age of addicted persons (...) was 37.5 years. (...) During the first six months of 1950, only four years later, the average had dropped to 26.7 years (...)“ (Congressional Record 1951: 8197 zit. nach Shafer 1972).

Eine nahezu gegensätzliche Entwicklung lässt sich für den Drogengebrauch in Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg bis Mitte der 1960er Jahre feststellen. Die Nachkriegszeit stand erneut im Zeichen eines medizinisch-induzierten (iatrogenen) Opiatkonsums, insbesondere bei Kriegsverletzten. Angehörige der medizinischen und pharmazeutischen Berufsgruppen, die leichten Zugang zu den Substanzen hatten, stellten nach wie vor die zweite Hauptkonsumgruppe. Die Gebraucher waren meist älter, deutlich über die Hälfte war zwischen 31 und 50 Jahre alt – ein außerhalb des medizinischen Kontextes stattfindender Konsum existierte kaum (vgl. Schmid 2003: 90). Mit dem Abklingen der Kriegsnachwirkungen reduzierte sich bis Ende der 1950er Jahre schließlich auch der iatrogene Opiatkonsum. Die Zahl der registrierten Gebraucher sank zwischen 1954 und 1959 von etwa 5.000 auf 4.500 Personen und die Verurteilungen wegen Verstößen gegen das Opiumgesetz reduzierten sich im Verlauf der 1950er Jahre auf ganze 100 Fälle jährlich (vgl. Ellinger 1974: 29). Insgesamt machte die Drogenkriminalität damit einen zu vernachlässigenden Teil der Gesamtkriminalität aus. Jugendliche oder Heranwachsende traten in den diversen Statistiken als Konsumenten kaum in Erscheinung und auch insgesamt wurde dem illegalen Drogenkonsum in Deutschland bis Mitte der 1960er Jahre keine besondere gesellschaftliche Relevanz beigemessen (vgl. Schmid 2003: 90).

⁴⁸ Mit dem „Boggs Act“ wurde bei einer Erstverurteilung wegen eines Drogendelikts eine Haftstrafe von mindestens zwei bis maximal fünf Jahren verhängt, bereits bei der Zweitverurteilung lag das Strafmaß bei mindestens fünf und maximal zehn Jahren, bei jeder weiteren Verurteilung wurde das Strafmaß auf zehn bis 20 Jahre festgesetzt. Mit dem „Narcotics Drug Control Act“ wurden die Strafmaße des „Boggs Act“ erweitert: Eine Erstverurteilung wegen Drogenbesitzes konnte mit bis zu zehn Jahren Freiheitsstrafe geahndet werden, eine Zweitverurteilung mit bis zu 20 Jahren und weitere Verurteilungen mit bis zu 40 Jahren. Der Verkauf von Drogen wurde bei der Erstverurteilung bereits mit einem mindestens fünfjährigen Freiheitsentzug bestraft, eine Zweitverurteilung zog ein Mindeststrafmaß von zehn Jahren nach sich. Die Abgabe von Heroin an Minderjährige wurde mit mindestens zehn Jahren bis zu einer lebenslänglichen Freiheitsstrafe sanktioniert. Auf Empfehlung der Geschworenen konnte auch die Todesstrafe verhängt werden (vgl. Briesen 2005: 179ff.).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich in den USA spätestens nach dem Zweiten Weltkrieg der Konsum illegaler Drogen als Phänomen unter männlichen Jugendlichen der Großstädte herauskristallisierte, wobei Angehörige ethnischer Minderheiten einen zunehmenden Anteil der Konsumenten ausmachten. Der Gesetzgeber reagierte auf diese Entwicklungen mit deutlichen Strafverschärfungen. In Deutschland bezog sich das Phänomen „Drogengebrauch“ zunächst auf den iatrogenen Konsum durch Schmerzpatienten sowie den Konsum durch medizinisches und pharmazeutisches Personal. Die Gebraucher entsprachen dabei im Wesentlichen dem Typus des „klassischen Morphinisten“ (Scheerer 1989: 287; Kreuzer 2009: 162). Spätestens bis Ende der 1950er Jahre reduzierte sich in Deutschland auch diese Form des Konsums, sodass bis Mitte der 1960er Jahre der Gebrauch illegalisierter Substanzen praktisch bedeutungslos war. Jugendliche Konsumenten waren in Deutschland bis dato nicht in Erscheinung getreten.

3.1.2.4 Die Expansion des illegalen Drogengebrauchs ab Mitte der 1960er Jahre

In den USA nahm ab Mitte der 1960er Jahre der Konsum illegaler Drogen – insbesondere der von Cannabis, LSD und Heroin – deutlich zu und erreichte 1979 einen Höhepunkt. Wie die Daten des „National Household Survey on Drug Abuse“ (SAMHSA 1980) zeigen, hatten zu Beginn der 1960er Jahre weniger als 5% der US-Bevölkerung schon einmal eine illegale Droge konsumiert, 1971 waren es bereits 10% und 1979 schließlich 30%. Ende der 1970er Jahre verfügten damit über 56 Millionen Amerikaner über Erfahrungen mit dem Konsum illegaler Drogen, aktuelle Konsumenten waren rund 25 Millionen (14% der Gesamtbevölkerung). Zu einem weit überwiegenden Teil handelte es sich um den Gebrauch von Cannabis, wenngleich sich auch der Anteil derjenigen, die schon einmal LSD konsumiert hatten, zwischen 1972 und 1979 von 5% auf 10% verdoppelte. Die Zahl derer, die über Erfahrungen mit dem Konsum von Heroin berichteten, erhöhte sich zwischen 1969 und 1979 von 500.000 auf zwei Millionen (1,3% der erwachsenen Bevölkerung), knapp 130.000 Personen (0,1% der Bevölkerung) waren im Jahr 1979 aktuelle Heroinkonsumenten. Anhand der Daten der Strafverfolgungsbehörden ist auch ein deutlicher Anstieg des verfolgten illegalen Drogengebrauchs abzulesen: Zwischen 1965 und 1979 stiegen die Festnahmen wegen Drogendelikten von 60.000 auf 560.000 Fälle (vgl. FBI 1980).

Für Deutschland lassen sich ab Ende der 1960er Jahre tief greifende Veränderungen der Drogengebrauchssituation erkennen. Nicht nur kam es zu einem Konsumanstieg, sondern die Gebraucher waren nun, vergleichbar mit den USA, vor allem Jugendliche. Da Konsumentenstudien für Deutschland erst seit Mitte der 1970er Jahre vorliegen, werden an dieser Stelle ersatzweise Polizeistatistiken herangezogen, die als Indikatoren für den Anstieg des Drogenkonsums angesehen werden können. Dies sind

Statistiken zu Tatverdächtigen und Verurteilten sowie zu den sichergestellten Drogenmengen.

In Deutschland stieg die Zahl der wegen Drogendelikten Verdächtigen zwischen 1967 und 1969 um das Vierfache (auf ca. 5.000 Fälle) an. 1970 wurden dann bereits mehr als 16.000 Fälle, 1973 über 27.000 Fälle und 1979 schließlich mehr als 47.000 Fälle registriert (vgl. BKA 2001: 106). Anhand der Strafverfolgungsstatistiken lässt sich ebenfalls die Veränderung der Altersstruktur der Konsumenten ablesen. So waren 1967 noch fast 90% der wegen Drogenstraftaten Verurteilten über 21 Jahre alt, bis 1973 stieg der Anteil der unter 21-Jährigen auf drei Viertel, reduzierte sich dann bis 1979 jedoch wieder auf 41% (vgl. Ellinger 1974: 32f.). Insgesamt waren 1979 jedoch etwa drei Viertel der wegen Drogendelikten Verdächtigen und Verurteilten jünger als 25 Jahre (vgl. BKA 2001: 108; Statistisches Bundesamt Deutschland 2011). Auch die polizeilichen Sicherstellungsmengen⁴⁹ geben Hinweise auf ein zunehmendes Ausmaß des Drogengebrauchs in Deutschland ab Ende der 1960er Jahre. So erhöhten sich beispielsweise die Sicherstellungsmengen von Cannabis von 45 kg (1965) auf 6.700 kg (1971) und auch 1979 wurde mit 6.400 kg eine große Menge der Substanz beschlagnahmt. Anhand der Daten lässt sich ebenfalls ablesen, dass Heroin erst ab den 1970er Jahren in Deutschland eine Rolle spielte. 1968 wird die Substanz erstmals in der Statistik aufgeführt, mit bis zu 3 kg wurden in den Folgejahren aber lediglich geringe Mengen sichergestellt. Zwischen 1973 und 1979 erhöhten sich die Sicherstellungsmengen dann jedoch erheblich von 15 kg auf 207 kg (vgl. BKA 2001: 111). Schätzungen zum Ausmaß des Drogengebrauchs in der deutschen Allgemeinbevölkerung liegen für die 1970er Jahre nur vereinzelt vor. Die Ergebnisse der Studie zur „Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (nachfolgend: BZgA) 2001: 52f.) zeigen dabei, dass 16% bis 19% der 12- bis 25-Jährigen in den Jahren 1973 bis 1979 über Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen verfügten, einen aktuellen Konsum gaben 5% an. Franke (1976: 3) schätzt die Zahl der Drogenabhängigen für das Jahr 1976 auf 27.000 und Kreuzer et al. (1981: 79) vermuten, dass Ende der 1970er Jahre über 50.000 Personen in Deutschland compulsive Drogengebraucher waren.

Die hier vorgestellten Daten lassen für Deutschland auf einen Anstieg des illegalen Drogenkonsums, vor allem unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen, seit Mitte bzw. Ende der 1960er Jahre schließen. Seitens des Gesetzgebers wurde auf diese Entwicklung – wie zuvor in den USA – mit einer Verschärfung des Strafrechts reagiert. Das BtMG, welches 1972 in Kraft trat und das bis dato gültige Opiumgesetz ablöste, erweiterte unter anderem die Liste an Substanzen und Zubereitungen, die den Kontrollen unterstellt wurden, nahm eine Ausdifferenzierung und Erweiterung der Straftatbe-

⁴⁹ Verwiesen sei darauf, dass diese Statistiken äußerst anfällig für Verzerrungen sind, die sich beispielsweise durch große Einzelfunde ergeben können.

stände vor und erhöhte die verschiedenen Strafmaße. Erstmals wurde auch der Besitz von Betäubungsmitteln, die Abgabe an Dritte sowie das Verschaffen einer Konsumgelegenheit unter Strafe gestellt. In „besonders schweren Fällen“ (z. B. Abgabe von Drogen an Minderjährige, Besitz, Einfuhr oder Abgabe von nicht-geringen Mengen) konnte eine Freiheitsstrafe von bis zu zehn Jahren verhängt werden (vgl. Scheerer 1982: 82ff.).⁵⁰ In der amtlichen Begründung für den Entwurf des BtMG heißt es:

„Der Mißbrauch von Rauschgiften (...) droht ein gefährliches Ausmaß zu erreichen. (...) Einer Seuche gleich breitet es sich mehr und mehr auch in der Bundesrepublik Deutschland aus. Immer weitere Kreise der Bevölkerung werden von dieser Welle erfaßt. In besonderem Maße droht der Jugend Gefahr (...). [D]as Gesetz [dient; C. B.] dem Ziel, der Rauschgiftwelle in der Bundesrepublik Deutschland Einhalt zu gebieten und damit große Gefahren von dem einzelnen und der Allgemeinheit abzuwenden. Es geht darum, den einzelnen Menschen, insbesondere den jungen Menschen, vor schweren und nicht selten irreparablen Schäden an der Gesundheit und damit vor der Zerstörung seiner Persönlichkeit, seiner Freiheit und seiner Existenz zu bewahren. (...) Es geht darum, der Allgemeinheit den hohen Preis zu ersparen, den ihr die Opfer einer sich ungehemmt ausbreitenden Rauschgiftwelle abverlangen würden. Es geht schließlich darum, die Funktionsfähigkeit der Gesellschaft nicht gefährden zu lassen“ (Schroeder 1973: 111f.).

Auffällig ist die hochemotionale Sprache der amtlichen Begründung, in der deutlich die objektivistische Sicht auf das Drogenproblem zum Ausdruck kommt. Betont werden das „gefährliche Ausmaß“ des Drogenmissbrauchs und die hiervon ausgehende Bedrohung der individuellen und gesellschaftlichen Existenz. Staatliche Interventionsmaßnahmen in Form einer Verschärfung repressiver Mittel werden als zwingend notwendig zur Abwehr der Bedrohung und für den Erhalt des gesellschaftlichen Systems dargestellt.

Wird die Drogengebrauchssituation, wie sie sich seit den 1960er Jahren anhand des vorliegenden quantitativen Datenmaterials für die USA und Deutschland präsentiert, zusammengefasst, so lassen sich folgende Entwicklungen festhalten: Der Konsum illegaler Drogen stieg in beiden Ländern im Verlauf der 1960er und 1970er Jahre deutlich an und bildete sich als Jugendphänomen heraus. In Deutschland stellte der jugendliche Drogengebrauch dabei ein gänzlich neues Phänomen dar, während in den USA bereits nach dem Ersten Weltkrieg Heranwachsende verstärkt als Konsumenten illegaler Drogen in Erscheinung getreten waren. Einhergehend mit dieser Annäherung der Konsum- und Konsumentenstrukturen lässt sich auch eine Angleichung der Kontrollmaßnahmen in beiden Ländern feststellen. Spätestens mit dem Inkrafttreten des BtMG wurde auch in Deutschland ein repressiv-prohibitives Vorgehen festgeschrieben, wie dies in den USA bereits mit der Verabschiedung des „Harrison Act“ geschehen war.

⁵⁰ Umgekehrt zeigt sich die Differenzierung der Strafmaße darin, dass in Fällen des Besitzes von nur geringen Mengen zum Eigenverbrauch von einer Strafe abgesehen werden konnte und dadurch „Probierer“ vor den negativen Folgen einer Vorstrafe bewahrt werden sollten (vgl. Scheerer 1982: 84).

3.1.2.5 Der Konsum von Drogen als objektives soziales Problem: Abschließende Betrachtungen

Im Rahmen des objektivistischen Erklärungsmodells wird das heutige Drogenproblem an dem Ausmaß des Drogengebrauchs und den damit assoziierten individuellen und gesellschaftlichen Begleiterscheinungen festgemacht, die die Implementierung sozialer Kontrollmaßnahmen legitimieren. Folgt man dieser objektivistischen Argumentation, so lässt sich die Herausbildung des Drogenproblems anhand des vorliegenden Datenmaterials nachvollziehen. Im historischen Verlauf – insbesondere in den 1960er/1970er Jahren, in denen das Drogenproblem seine heutige Gestalt erhielt – kam es in Deutschland und den USA zu einer quantitativen Zunahme des Drogengebrauchs und der Drogenkriminalität, auf die mit staatlichen Interventionen reagiert wurde. Die objektivistische Sichtweise erscheint hier durchaus einleuchtend. Wird die Genese des Drogenproblems jedoch genauer in den Blick genommen, ergeben sich zahlreiche Fragen und Kritikpunkte, die auf theoretische Blindstellen des objektivistischen Ansatzes verweisen und sein begrenztes Erklärungspotenzial begründen.

Zunächst einmal ist fraglich, inwieweit die vorliegenden statistischen Daten die tatsächliche Entwicklung des Drogengebrauchs abbilden. Es ist davon auszugehen, dass die Statistiken der Kontrollbehörden wie auch die Konsumentenbefragungen durch die bestehende Problemsicht geprägt sind. Wird der Drogengebrauch als Kriminalitätsproblem aufgefasst, Drogengesetze verschärft und die strafrechtliche Verfolgungspraxis intensiviert, erhöht sich zwangsläufig auch die Zahl der registrierten Drogendelikte. Ebenso ist zu erwarten, dass sich eine gesellschaftlich transportierte Sicht von Drogenkonsumenten als Kranke in einer steigenden Zahl an Behandlungen niederschlägt. Zu vermuten ist auch, dass die Proklamation des Drogenkonsums als Jugendphänomen steigende Anteile jugendlicher Drogengebraucher in den Statistiken hervorbringt. Anzuzweifeln ist darüber hinaus, ob ein quantitativer Anstieg des Drogengebrauchs überhaupt eine notwendige Voraussetzung für die Erklärung eines Drogenproblems darstellt. So startete beispielsweise Anslinger, Leiter des „Federal Bureau of Narcotics“ (FBN) und einer der stärksten Verfechter der Drogenprohibition, seine Anti-Marihuana-Kampagne in einer Zeit, als es keine Belege für eine hohe Konsumverbreitung der Substanz gab. Ebenso wurde der US-amerikanische „war on drugs“ in den 1980er Jahren durch Reagan intensiviert, als der Drogengebrauch rückläufig war (vgl. Reinerman 1994: 95). Fraglich ist auch, warum in Deutschland überhaupt in den 1920er Jahren Drogenkontrollen eingeführt wurden, war das Ausmaß des Drogenkonsums doch relativ gering und erregte keine besondere gesellschaftliche Besorgnis. Von einer staatlichen Kontrollreaktion auf ein soziales Problem kann insofern hier nicht gesprochen werden. Insgesamt scheint die gesellschaftliche Wahrnehmung des Drogenproblems somit nicht zwangsläufig mit der Zu- oder Abnahme des Drogengebrauchs und den damit assoziierten vermeintlichen Begleiterscheinungen einherzugehen. Für diese

These spricht ebenfalls, dass sich in verschiedenen Gesellschaften und Kulturen unterschiedliche Umgangsweisen mit ein und derselben Droge herausgebildet haben⁵¹ oder der Konsum einzelner Substanzen, trotz eines augenscheinlich hohen individuellen und gesellschaftlichen Schädigungspotenzials, nicht als soziales Problem thematisiert wird.⁵² Ignoriert werden mit dem objektivistischen Erklärungsmodell auch die Komplexität und Heterogenität von Konsumverläufen und Konsumbiographien, wie sie mittlerweile in zahlreichen Studien belegt sind. So verdeutlichen die Erkenntnisse zum kontrollierten Drogengebrauch und zum Phänomen der Selbstheiler (vgl. u. a. Harding 1982; Zinberg 1984; Haves/Schneider 1992; Weber/Schneider 1992; Kemmesies 2004), dass nur ein kleiner Teil der Konsumenten überhaupt eine dauerhafte Drogenbindung entwickelt. Insofern können die pharmakologischen Eigenschaften einer Substanz nicht der unmittelbare Grund für die Entstehung einer Abhängigkeit und somit auch nicht für die Herausbildung des Drogenproblems sein (vgl. Reinerman 2005: 24). Anhand der dargestellten Kritik lässt sich schlussfolgern, dass sich das Drogenproblem nicht objektivistisch bestimmen und nicht von seiner gesellschaftlichen Definition als soziales Problem trennen lässt und daher als soziale Konstruktion zu begreifen ist. Wie sich die Herstellung des Drogenproblems anhand von konstruktivistischen Ansätzen nachvollziehen lässt, steht im Fokus der nachfolgenden Ausführungen.

3.2 Konstruktivistische Überlegungen: Der Konsum illegaler Drogen als problematisiertes soziales Phänomen

„Das Drogenproblem ist (...) ein anerkanntes, ein drängendes und doch ein so sorgfältig bürokratisch gehegtes Problem, daß man sich sein Verschwinden wohl gerade in Politik und Verwaltung kaum noch vorstellen kann“ (Scheerer 1993: 78f.).

Im Gegensatz zum objektivistischen Ansatz, der den illegalen Drogenkonsum als einen an sich problematischen Sachverhalt beurteilt, betont das konstruktivistische Erklärungsmodell die gesellschaftlichen Definitionsprozesse und Problematisierungsleistungen verschiedener Akteure, die dem Drogengebrauch erst seinen Problemcharakter verleihen und ihn als soziales Problem herstellen. In diesem Sinne werden nicht nur das Drogenproblem, sondern auch die damit verknüpften Konzepte von „Drogen“, „Drogenmissbrauch“ und „Drogenabhängigkeit“ als soziale Konstruktionen verstanden.

⁵¹ Zu denken ist hier beispielsweise an die unterschiedliche Cannabispolitik der USA und den Niederlanden oder die unterschiedliche Bewertung, die der Konsum von Alkohol im zeitlichen Verlauf erfahren hat (z. B. mit der Prohibition in den USA).

⁵² Mit über 200.000 bzw. über 500.000 Personen sterben in Deutschland und den USA pro Jahr deutlich mehr Menschen an den Folgen des Tabak- und Alkoholkonsums als an den Folgen illegaler Drogen (an illegalen Drogen Verstorbene: Deutschland: 1.500; USA: 17.000) (vgl. Mokdad et al. 2004; Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2009). Wissenschaftlich erwiesen ist auch, dass z. B. der Konsum von Alkohol zu massiven körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen und Spätschäden führen kann, während solche Folgen für die meisten illegalen Drogen nicht nachgewiesen sind. Dies gilt auch für den regelmäßigen Konsum von Heroin. Vergleichbares trifft ebenso auf einen nicht-medikamentös unterstützten Entzug zu, der bei Alkohol zu schweren Gesundheitsschädigungen bis hin zum Tod führen kann, während dies bei Heroin nicht der Fall ist (vgl. Faupel et al. 2004: 240ff.).

Die gesellschaftliche Meinung darüber, was überhaupt als Droge aufzufassen ist und ob gegen den Konsum Maßnahmen ergriffen werden sollen, ist durch soziale, politische, kulturelle und kontextuelle Faktoren bestimmt und unterliegt damit immer auch gesellschaftlichen Wandlungsprozessen. Wie das Eingangszitat von Scheerer andeutet, verbinden sich mit dem Drogenproblem offensichtlich verschiedene Interessen, die weit über die von objektivistischen Modellen herausgestellte Sorge für das individuelle und gesellschaftliche Wohl hinausgehen.

Wenn nachfolgend die Theorie des Konstruktivismus zur Analyse des Drogenproblems genutzt und damit die „Gemachtheit“ der sozialen Realität betont wird, so wird damit nicht die objektive Existenz der konstruierten Phänomene angezweifelt (vgl. Hess/Scheerer 1999: 37). Das Drogenproblem als soziales Konstrukt zu begreifen, meint eben nicht, dass es ohne weiteres anders zu definieren und wegzudenken wäre oder nicht real sei (vgl. Reinerman 2005: 29; Schabdach 2009: 18). Vielmehr lässt sich hier mit dem Thomas-Theorem folgern: „Situations that are defined as real are real in their consequences“ (Thomas/Thomas 1928: 572). So weist unter anderem Schabdach (2009: 18f.) darauf hin, dass Drogenabhängigkeit und damit auch das Drogenproblem als kollektive Wissensbestände in der Gesellschaft verankert sind und Personen, die illegale Drogen konsumieren, sich zwangsläufig mit diesen Problemdeutungen auseinandersetzen müssen.⁵³

Mit der sich anschließenden konstruktivistischen Analyse wird somit nicht der Realitätsgehalt des Drogenproblems bestritten, entscheidend ist jedoch, dass diese Realität als durch menschliches Handeln hergestellt verstanden wird (vgl. Degkwitz 1999: 47f.; Schabdach 2009: 19). Der Unterschied zu einer objektivistischen Betrachtung liegt in den Fragestellungen, die den Ausgangspunkt der Analyse bilden (vgl. Best 2003: 143f.). Zugrunde gelegt wird damit ein gemäßigt konstruktivistisches Verständnis, nach dem ein soziales Problem die Summe aus sozialem Sachverhalt und seiner Thematisierung bzw. Problematisierung ist (vgl. Scheerer 1993: 79f.). Eine radikal konstruktivistische Perspektive, in der die empirische Wirklichkeit für die Analyse sozialer Probleme letzten Endes keine Rolle spielt, würde auf einer rein erkenntnistheoretischen Ebene verbleiben und für die Reflexion der sozialen Wirklichkeit letztlich keine Relevanz besitzen (vgl. kritisch hierzu Albrecht 2001: 116ff.; Groenemeyer 2003a: 7, Best 2007: 129ff.). Best (2007: 143) fasst in seiner Kritik am radikalen Konstruktivismus zusammen:

⁵³ Dies trifft auch auf die Interpretation der Drogenwirkung zu. So konnte Becker (1966: 41ff.) zeigen, dass die von Drogenkonsumenten berichteten subjektiven Effekte von den Konsumenten selbst, durch deren aktive Interpretation der eher vagen physiologischen Effekte, produziert werden. Reinerman (2005: 29f.) betont, dass die speziellen Merkmale und zugeschriebenen Bedeutungen der Drogenerfahrung, ebenso wie das Verhalten, das daraus resultiert, kulturspezifisch verankert sind. So zeigten Kulturen, in denen die Menschen nicht daran glauben, dass Drogen einen Kontrollverlust verursachen, kaum Abhängigkeitsentwicklungen. Umgekehrt bedeute dies jedoch nicht, dass nur weil der Kontrollverlust offenbar stärker ein kulturelles Konstrukt als eine physiologische Tatsache darstellt, das Gefühl des Kontrollverlusts als vermittelte Interpretationsfolie weniger real für die Konsumenten sei.

„[T]he implications of strict constructionism push the analyst (...) into a contextless region where claims-making may only be examined in the abstract. The sociology of social problems began with the assumption that sociological knowledge might help people to understand and improve the world; strict constructionism sells that birthright for a mess of epistemology.“

Im Folgenden soll nachgezeichnet werden, wie sich die heute einhellig vertretene Sicht auf das Drogenproblem sowie dessen Definition, Ursachenbeschreibung, moralische Bewertung und Bearbeitungsweisen historisch herausgebildet haben. Hierfür werden die gesellschaftlichen Konstruktionsprozesse, Definitionsleistungen und Interessen der verschiedenen Akteure beleuchtet. Der Fokus liegt auf den Hintergründen der weltweiten Differenzierung in legale/gesellschaftlich akzeptierte und illegale/„sozialschädliche“ Drogen. Dies ist deshalb von Interesse, da die Differenzierung weniger pharmakologisch fundiert zu sein scheint – wie von objektivistischen Theorien nahegelegt wird – sondern offenbar ein kulturhistorisch geprägtes Phänomen ist. Aufgezeigt werden soll, dass die heutige Problemperspektive und die mit ihr einhergehende repressive Drogenkontrollpolitik keine natürliche, quasi alternativlose Antwort auf einen vermeintlich steigenden Substanzkonsum war (vgl. Scheerer 1993: 78). Ausdrücklich wird es nicht um die Frage gehen, warum Menschen Drogen gebrauchen und gegebenenfalls von ihnen abhängig werden. Dass es ein menschliches Grundbedürfnis ist, positive Affektzustände zu erleben, die eben auch durch psychoaktive Substanzen hervorgerufen werden können (vgl. Kap. 1), wird als gegeben vorausgesetzt.

3.2.1 Die Opiumfrage und der Beginn der Drogenprohibition

Noch im 19. Jahrhundert waren der medizinische, teilweise auch der hedonistische Konsum verschiedener psychoaktiver Substanzen weltweit verbreitet. Weder in der öffentlichen Anschauung noch in der rechtlichen Normierung bestand ein qualitativer Unterschied zwischen Substanzen, die später illegalisiert werden sollten, und Arznei- und Genussmitteln. Die Konsumenten entstammten vornehmlich sozial konformen, respektablen Kreisen der Gesellschaft. Eine moralische Verurteilung des Konsums oder eine Assoziation mit kriminellen Aktivitäten existierten ebenso wenig wie Bestrebungen, bestimmte Substanzen zu verbieten (vgl. Scheerer 1982: 28ff.).

Die Anfänge einer internationalen Problematisierung des Drogengebrauchs lassen sich auf das Ende des 19. Jahrhunderts und hier auf das Aufkommen der ostasiatischen Opiumfrage datieren. Eine dominierende Rolle spielten hierbei die USA, die darum bemüht waren, den internationalen Opiumhandel größtmöglichen Beschränkungen zu unterwerfen (vgl. Jungblut 2004: 33). Diesen US-amerikanischen Bestrebungen auf internationaler Ebene waren gesellschaftliche Entwicklungen im eigenen Land vorausgegangen, die zur Implementierung erster bundesstaatlicher Drogenkontrollaktivitäten geführt hatten. So wurde beispielsweise mit der kalifornischen „Opium Den Ordinance“ (1875) das Rauchen von Opium illegalisiert. Reinerman (1994: 93f.) sowie Musto (1999: 3ff.) betonen, dass das Gesetz nicht auf gesundheitlichen Bedenken beruh-

te, sondern als Ergebnis einer Diskriminierungskampagne gegen chinesische Einwanderer zu werten ist. Mit dem „Goldrausch“ und dem Bau der Eisenbahn waren zahlreiche Chinesen in den Westen der USA immigriert. Die Fertigstellung der Eisenbahnlinie und das Versiegen des Goldes läutete eine Rezession ein, die auf dem Arbeitsmarkt eine starke Konkurrenz zwischen den US-amerikanischen Arbeitern und den für Niedriglöhne arbeitenden Immigranten bewirkte und die chinesischen Einwanderer zu einer ökonomischen Bedrohung des amerikanischen Lebensstils werden ließ. Die diskriminierende Absicht des Anti-Opium-Gesetzes, welches bis 1888 landesweit durchgesetzt wurde, illustriert sich eindrücklich darin, dass ausschließlich die chinesische Tradition des Rauchens von Opium in „Opiumhöhlen“ kriminalisiert wurde, nicht jedoch der medizinische oder anderweitige genussorientierte Gebrauch von Opiaten, wie er in der US-amerikanischen Mittel- und Oberschicht verbreitet war. Nach Musto stellte die „Opiumhöhlen-Verordnung“, gemeinsam mit weiteren repressiven anti-chinesischen Gesetzen,⁵⁴ eine wichtige politische Strategie dar, um die ökonomischen Ängste der US-Bevölkerung zu beschwichtigen. Hierfür wurden fremdenfeindliche Motive geschürt und die chinesischen Einwanderer als Sündenbock für die schlechte Wirtschaftslage etikettiert. Das Opiumrauchen war dafür von großem Nutzen, da es die chinesische Lebensweise mit allen denkbaren Lastern und Übeln verband (vgl. ebd.: 6ff.).

„Das Bild des Opiumrauchers war eine zu allem Bösen fähige Schreckensgestalt, eine Bedrohung für die ganze Gesellschaft, die immer wieder die Gefahren der chinesischen Verderbtheit für das weiße Amerika beschwor“ (Selling 1989a: 16).

Die Kriminalisierung des Rauchopiums („Chandu“) und seiner Konsumenten ist folglich im Kontext der Stigmatisierung und Diskriminierung einer ethnischen Minderheit zu interpretieren und liefert einen ersten Beleg dafür, dass Drogengesetzgebungen von Interessen und Einflüssen gelenkt sein können, die weit ab von gesundheitspolitischen Überlegungen stehen.

Wirtschaftliche und politische Motive sollten auch für die Etablierung der internationalen Drogenkontrolle eine entscheidende Rolle spielen. Den Hintergrund für die US-amerikanischen Bestrebungen, eine strenge Regelung des internationalen Opiumhandels zu erwirken, bildeten vor allem ihre ökonomischen und politischen Interessen in China und Südostasien. Die USA waren darum bemüht, ihre Stellung als Handelsmacht im ostasiatischen Raum zu verbessern und sich den Zugang zum chinesischen Markt, der als entscheidend für die zukünftige Position einer Nation in der Weltwirtschaft galt, zu sichern. Um dieses außenpolitische Ziel zu realisieren, musste Ostasien jedoch einerseits von der wirtschaftspolitischen Dominanz Englands befreit werden, die durch den Opiumhandel entstanden war.⁵⁵ Andererseits galt es, China vor einer dro-

⁵⁴ Hier insbesondere zu erwähnen ist der „Chinese Exclusion Act“ aus dem Jahr 1882, mit dem eine zunächst zehnjährige Einwanderungssperre für chinesische Arbeiter in die USA festgelegt wurde.

⁵⁵ Die Handelsbeziehungen zwischen England und China waren bis 1820 relativ unausgeglichen. China exportierte Tee und Seide nach England, kaufte umgekehrt aber kaum etwas von den Engländern. Ab 1820 intensivierte England den Export bengalischen Opiums nach China und konnte damit in den Folge-

henden Aufteilung durch die Kolonialmächte zu bewahren (vgl. Scheerer 1982: 17). Der Opiumhandel entwickelte sich dabei zum Spielball im Kräftefeld der imperialistischen Politik (vgl. ausführlich hierzu Scheerer 1982; Selling 1989a; Holzer 2002). Die Position der USA war dadurch gekennzeichnet, dass sie, im Gegensatz zu anderen Kolonialmächten wie Frankreich, England, Japan oder Deutschland, weder Territorien in China noch opiumproduzierende Kolonien besaßen und der Opiumhandel somit als Wirtschaftsfaktor für sie unbedeutend war. Aufgrund der diskriminierenden Behandlung chinesischer Immigranten in den USA waren die amerikanisch-chinesischen Beziehungen zudem zerrüttet. Es war daher ein US-amerikanisches Interesse, diese Beziehungen durch eine außenpolitische Unterstützung Chinas gegen imperialistische Bestrebungen zu verbessern. Eine weitere Rolle spielte der Spanisch-Amerikanische Krieg (1898), durch den die Philippinen in den kolonialen Besitz der USA gefallen waren. Die Übernahme der Philippinen war für die USA ein bedeutender Schritt in Richtung einer höheren wirtschaftlichen und politischen Einflussnahme im „Fernen Osten“, da die Inselgruppe als wichtiger strategischer Stützpunkt für Expansionsbestrebungen in Ostasien galt. Auf den Philippinen wurden die US-Amerikaner auch direkt mit dem freien Handel von Opium und einem hohen Konsum in der Bevölkerung konfrontiert (vgl. Scheerer 1982: 34f.; Beke-Bramkamp 1992: 65f.).

Für die Errichtung der internationalen Opiumkontrollen war schließlich auch die protestantische Missionierung in China bedeutsam.⁵⁶ Nicht nur verurteilten die US-amerikanischen und englischen Missionare den Opiumkonsum der chinesischen Bevölkerung als moralisches Laster, entscheidend war vielmehr, dass sie den Opiumhandel als eines der größten Hindernisse für ihre Mission ansahen und daher dessen Beendigung forderten. Erst die beiden Opiumkriege (1839-1842 und 1856-1860) hatten die christliche Missionierung in China überhaupt ermöglicht.⁵⁷ Für die chinesische Bevölkerung war die Missionierung somit eng mit dem Opiumhandel und den Opiumkriegen assoziiert und sie begegnete den protestantischen Bemühungen deshalb mit großer Ablehnung. Nach Holzer (2002: 63ff.) stellten die Missionare die erste Akteursgruppe dar, die den Opiumgebrauch international problematisierte und politische Interventionen forderte und dabei eine durchweg moralische Betrachtung des Drogenkonsums prägte. Zur Klärung des „ostasiatischen Opiumproblems“ berief die USA schließlich im Jahr 1909 in Shanghai die erste internationale Opiumkommission ein. Anliegen der USA war es, die internationale Staatengemeinschaft von einer gemeinsamen Politik gegenüber dem Opiumhandel zu überzeugen, um so eine Lösung der Opiumfrage

jahren die Handelsbilanz mit China deutlich zu seinen Gunsten verschieben und sich eine dominierende Handelsposition in China verschaffen (vgl. Scheerer 1982: 27; Holzer 2002: 52).

⁵⁶ Ebenso gab es eine protestantische Missionierung der philippinischen Bevölkerung.

⁵⁷ Mit der Niederlage im „Ersten Opiumkrieg“ wurde China gezwungen, fünf Vertragshäfen abzutreten bzw. für den internationalen Handel zu öffnen. Ermöglicht wurde damit auch der Aufbau von Missionsposten. Nach dem „Zweiten Opiumkrieg“ konnten sich dann die Missionare frei in China bewegen (vgl. Holzer 2002: 55f.).

herbeizuführen. Als wichtigen Schritt hierfür proklamierte die USA die weltweite Prohibition des nicht-medizinischen Gebrauchs von Opium (vgl. ebenso Scheerer 1982: 38f.; Beke-Bramkamp 1992: 67; Briesen 2005: 39).

Die internationalen Entwicklungen, die schließlich zur Konferenz in Shanghai führten, waren somit wesentlich durch die politischen, wirtschaftlichen und religiösen Interessen der USA dominiert. Der englisch-chinesische Opiumhandel wurde letztlich erst zur Opiumfrage, als die USA diesen Handel zum internationalen Problem erklärten (vgl. Scheerer 1993: 83).

3.2.2 Die Opiumkonferenzen von Shanghai und Den Haag: Auswirkungen auf die internationale Drogenpolitik und die rechtliche Situation in den USA

Die Konferenz in Shanghai (1909) sowie die drei Jahre später stattfindende Konferenz in Den Haag (1912) legten den Grundstein für die internationale Drogenkontrolle. Die Verhandlungen beider Konferenzen waren dabei vor allem durch die gegensätzlichen wirtschaftlichen und politischen Interessen der beteiligten Nationen⁵⁸ geprägt. Während die USA die Belange der protestantischen Opiumgegner vertraten und damit China unterstützten, repräsentierte England die ökonomischen Interessen der in den Opiumhandel involvierten Staaten. Deutschland hingegen vertrat die wirtschaftlichen Interessen der pharmazeutischen Industrie. Außer den USA befürwortete keine der teilnehmenden Nationen eine weltweite Opiumprohibition und auch generell bestand nur wenig Interesse an einem internationalen Drogenkontrollabkommen. Statt mit einem Vertragstext endete die Konferenz in Shanghai deshalb lediglich mit unverbindlichen Empfehlungen. Auch in Den Haag konnten die USA ihre Forderungen nach einer strengen internationalen Drogenkontrolle nicht durchsetzen, wenngleich es zu einem Abkommen kam, mit dem sich die Unterzeichnerstaaten zu einer Reihe regulativer Maßnahmen gegenüber Opium, Morphin und Heroin sowie Kokain verpflichteten. Die Ausweitung des „Haager Opiumabkommens“ auf Opiate und Kokain ging dabei auf die politische Initiative Englands zurück. Während sich das US-amerikanische Vorgehen auf eine Kontrolle von Opium beschränkt hatte, knüpfte England seine Teilnahme an der Konferenz in Den Haag daran, dass künftig auch Morphin, Heroin und Kokain strengen Kontrollen unterworfen werden sollten. Als Begründung für diese Kontrollausweitung gab die englische Regierung an, dass die Konsumenten im Falle eines Opiumverbots auf diese Substanzen ausweichen würden bzw. eine derartige Entwicklung in Ostasien bereits eingesetzt habe. Die englische Forderung stellte dabei eine direkte Offensive gegen Deutschland dar, dem Hauptproduzenten der genannten Substanzen. England gelang es dadurch, die politische Aufmerksamkeit von der eigenen Rolle in der Opium-

⁵⁸ In Shanghai nahmen insgesamt dreizehn, in Den Haag zwölf Nationen teil. Unter anderem waren dies die USA, China, England, Deutschland, die Niederlande und Frankreich.

frage abzulenken und Deutschland als Hauptschuldigen für die Krisenlage in Ostasien herauszustellen (vgl. Scheerer 1993: 88f.).

Mit den Verhandlungen in Den Haag konnten die USA erneut nur einen Teilerfolg erzielen. Zwar kam es zu einem Abkommen, dies beinhaltete jedoch nur Empfehlungen für eine Drogenkontrolle. Den Unterzeichnerstaaten wurden damit eigene Wege in ihrer Drogenkontrollpolitik zugestanden. Zudem beteiligten sich nur wenige Staaten an der Durchsetzung des Abkommens. Bis 1914 hatten zwar mehr als 40 Staaten das „Haager Abkommen“ unterzeichnet, nicht einmal die Hälfte unter ihnen hatte es jedoch auch ratifiziert (vgl. de Ridder 2000: 118).

Das Scheitern der USA, die internationale Staatengemeinschaft von einer strengen Kontrollpolitik zu überzeugen, lässt sich wohl auch darauf zurückführen, dass sie im eigenen Land zu diesem Zeitpunkt noch keine Drogengesetzgebung implementiert hatten. Ein weltweites Vorgehen gegen Drogen schienen die USA nur dann durchsetzen zu können, wenn sie selbst „vorbildliche“ Regelungen vorweisen konnten (vgl. Beke-Bramkamp 1992: 67ff.). Nach Musto (1973: 36) erhöhte die Zurückhaltung der meisten Nationen die Entschlossenheit der US-amerikanischen Delegation, ihre Aufrichtigkeit mit einer handfesten nationalen Drogenkontrolle unter Beweis zu stellen. Diese Entschlossenheit wurde schließlich mit dem Erlass des „Harrison Narcotics Act“ demonstriert.⁵⁹

Auf internationaler Ebene können die unterschiedlichen wirtschaftlichen und politischen Interessen der einzelnen Staaten als ursächlich für die jeweilige Haltung gegenüber einer internationalen Drogenkontrollpolitik angesehen werden. Als Gegner traten insbesondere Deutschland und England auf. Beide Länder waren darum bemüht, ihre pharmazeutische Industrie bzw. den Opiumhandel als bedeutende Wirtschaftsfaktoren zu sichern. Die Interessen der USA lagen demgegenüber in einem Ausbau ihrer Handelsaktivitäten in Ostasien und einer Verbesserung der chinesisch-amerikanischen Beziehungen. Nicht zu unterschätzen ist auch die Bedeutung von Religion und Moral für die US-amerikanische Initiative. Nicht nur setzte sich die Delegation der USA in Shanghai und Den Haag aus Geistlichen zusammen, sondern beide Konferenzen standen unter dem Vorsitz des US-amerikanischen Bischofs Brent. Die internationalen Bemühungen der USA hatten dabei starke Rückkopplungseffekte auf ihre nationale Drogengesetzgebung. So lässt sich der Erlass des „Harrison Narcotics Act“ vor allem in den Kontext der hohen Bedeutung, die die USA der Drogenfrage auf außenpolitischer Ebene zuschrieben, einordnen.

⁵⁹ Für die Verabschiedung des „Harrison Act“ spielten medizinische Begründungen erneut eine allenfalls untergeordnete Rolle. Das Gesetz wurde durch dramatische Darstellungen der Gefahren des Drogenkonsums legitimiert, die sich erneut mit stark rassistischen Vorbehalten verknüpften. So wurde beispielsweise Kokain als direkter Auslöser von (sexueller) Gewalt und Kriminalität unter Afroamerikanern dargestellt. Dies geschah zu einer Zeit, als in den Südstaaten Versuche, die Rechte der ehemaligen Sklaven wieder zu beschneiden, auf teilweise gewaltsamen Widerstand gestoßen waren (vgl. Musto 1973: 43ff.).

3.2.3 Die Ausweitung der Drogenkontrollpolitik nach dem Ersten Weltkrieg

Erst nach dem Ersten Weltkrieg verpflichteten sich sowohl die Sieger- als auch die Verlierermächte durch die Unterzeichnung des Friedensvertrags von Versailles, dem Haager Opiumabkommen beizutreten und dessen Bestimmungen zu ratifizieren. Nach Scheerer (1993: 94f.) markierte die weltweite Ratifizierung der Haager Konventionen den Übergang von der Opiumfrage des 19. Jahrhunderts zur Drogenproblematik des 20. Jahrhunderts. Die auf Grundlage des Abkommens implementierten nationalen Drogengesetzgebungen richteten sich dabei weniger auf die zentralen Aspekte der alten Opiumfrage (Mohnanbau, Rauch- und Rohopium), sondern vor allem auf die industriell hergestellten Substanzen (Opiate und Kokain). Die Partikularität der Opiumfrage war damit in eine universelle Drogenfrage transformiert worden.

Mit dem Versailler Vertrag war auch Deutschland gezwungen, sich dem internationalen Druck unter der Führung der USA zu beugen und die internationalen Bestimmungen in eine nationale Drogengesetzgebung umzusetzen. Deutschland kam dieser Verpflichtung mit dem Erlass des Opiumgesetzes (1920) nach. Auch wenn das Opiumgesetz auf die Überwachung des Imports bis hin zur Abgabe an den Verbraucher und weniger auf die Kontrolle der Konsumenten abzielte, veränderte sich damit dennoch die gesellschaftliche Wahrnehmung des Drogenkonsums.

„Erst das Opiumgesetz von 1920 ‚transplantierte‘ (...) die Sichtweise – wenn nicht erst die Wahrnehmung – des Rauschgiftproblems. (...) Damit einher ging ein langsamer Wandel der moralischen Bewertung, die Herausbildung des heutigen Stereotyps vom ‚Fixer‘ und eine allgemeine Dramatisierung des Betäubungsmittelkonsums“ (Scheerer 1982: 53).

Besonders bemerkenswert ist hierbei, dass der Implementierung des Opiumgesetzes keine gesellschaftlichen Problematisierungsprozesse in Deutschland vorangegangen waren, sondern erst die auferlegte Illegalisierung diese Problematisierungsprozesse in Gang setzte.

Einen öffentlichen, moralischen Anstoß erregte der Drogenkonsum in Deutschland erstmals im Zusammenhang mit dem Konsum von Kokain Anfang der 1920er Jahre. Das Auftreten der Konsumenten in der Öffentlichkeit und ihr hedonistischer Gebrauch waren oftmals auch mit politischen und gesellschaftskritischen Motiven verbunden, wodurch sie als Bedrohung der bürgerlichen Ordnung wahrgenommen wurden. Insbesondere die Ärzteschaft formierte sich dabei als Moralunternehmer. Gunkelmann (1989: 362ff.) führt das Engagement der Mediziner vor allem auf deren berufsständische Interessen zurück. Immer häufiger wurde der Ärzteschaft in der Öffentlichkeit der Vorwurf gemacht, dass sie mit ihrer liberalen Verschreibungspraxis wesentlich zur Ausbreitung des Drogen- bzw. Kokainkonsums beigetragen habe. Mit ihrem Drängen auf eine Verschärfung der Drogengesetzgebung versuchten sich die Ärzte als „Hüter der Volksmoral“ (Kaulitzki 1995: 147) zu profilieren und so ihre eigene Verantwortung für den Drogenkonsum zu relativieren. Indem sie vor allem den Konsum von Kokain,

nach seiner weitgehenden Verbannung aus der Medizin, moralisch verurteilte und mit den „sozial Gescheiterten“ (ebd.: 146) assoziierte, trug die Ärzteschaft entscheidend zu einer Neubewertung des Drogenkonsums bei. Unter Rückgriff auf das Konzept der Suchtpersönlichkeit wurden die Konsumenten als sittlich defekt und degeneriert stigmatisiert. Angehörige von sozialen Randgruppen wurden als Prototyp des Drogenkonsumenten entworfen und so ein Bild gezeichnet, welches sich effektiv zur Mobilisierung der Öffentlichkeit nutzen ließ (vgl. Gunkelmann 1989: 365).

Auf internationaler Ebene kam es 1924 und 1925 zu den Genfer Opiumkonferenzen. Erneut traten in den Verhandlungen die unterschiedlichen Interessen der USA und Deutschlands zu Tage. In den USA herrschte eine relativ hohe Verbreitung des illegalen Drogengebrauchs. Eine Lösung ihres nationalen Drogenproblems sah die US-Regierung vor allem in einer Verschärfung der internationalen Drogenkontrolle und forderte deshalb eine strikte Überwachung von Import und Export sowie eine Einschränkung der Produktion. Deutschland, nach wie vor um die Interessen seiner Pharmaindustrie bemüht, versuchte dagegen eine strenge internationale Drogenkontrolle zu vermeiden (Holzer 2002: 119ff.). Besonders prägnant illustriert sich der deutsch-amerikanische Konflikt in den Verhandlungen über ein internationales Heroinproduktionsverbot. Als einer der Hauptproduzenten exportierte Deutschland den Großteil seines Heroins in die USA. In ihrer Begründung für ein weltweites Heroinproduktionsverbot betonten die US-amerikanischen Delegierten die kriminalitätserzeugende und moralzerstörende Wirkung der Substanz. Die Kontrollen des internationalen Handels wurden seitens der USA für eine wirksame Bekämpfung ihres nationalen „Heroinproblems“ als nicht ausreichend erachtet, weshalb sie für eine vollständige Prohibition eintraten (vgl. ebd.: 125f.). Deutlich wird in diesem Zusammenhang auch die jeweils unterschiedliche Bewertung des nationalen Drogengebrauchs. In Deutschland wurde der Drogenkonsum primär als medizinisches und weniger als moralisches Problem gesehen. Im weiteren Unterschied zu den USA, die über internationale Regelungen den Drogengebrauch im eigenen Land einzudämmen suchten, verstand Deutschland den Drogenkonsum der Bevölkerung als ein innenpolitisch zu regelndes Phänomen, welches keiner internationalen Lösung bedürfe. Die Folge dieser Auffassung war eine zweigleisige Politik Deutschlands – innenpolitisch wurde der Umgang mit Drogen strenger kontrolliert, außenpolitisch wurden vor allem die Interessen der Pharmaindustrie vertreten (vgl. ebd.: 109ff.).

Zwar konnten die USA ihre Forderung nach einem generellen Verbot der Heroinproduktion nicht durchsetzen, dennoch gingen die Genfer Konventionen weit über die in Den Haag beschlossenen Regelungen hinaus. Die Bestimmungen wurden unter anderem auf medizinisches Opium, Kokablätter und Cannabis ausgeweitet und es galt nun die grundlegende Beschränkung der Anwendung und des Umgangs mit den kontrollierten Substanzen auf rein medizinische und wissenschaftliche Zwecke. Den Ver-

tragsstaaten wurde auferlegt, die gesamte Produktion sowie den Handel, Import und Export staatlichen Kontrollen zu unterstellen und einen jährlichen Bericht über den Substanzverbrauch abzugeben. Ebenso wurde eine offizielle Kommission, das „Permanent Central Opium Board“, als internationales Organ der Drogenkontrolle eingesetzt (vgl. Briesen 2005: 96). Die Genfer Konventionen legten damit das Fundament für eine weltweit strenge Drogenkontrolle (vgl. Siebel 1997: 21).

Deutschland ratifizierte 1929 mit der Novellierung des Opiumgesetzes die Bestimmungen des Genfer Abkommens. Die wesentliche Neuerung lag darin, dass das Gesetz verstärkt auf die Kontrolle der Konsumsphäre abzielte: Obwohl Sinn und Zweck des Opiumgesetzes nach wie vor die Regulierung des „Verkehrs mit Betäubungsmitteln“ war (vgl. Holzer 2007: 41), wurden die Konsumierenden mit den neuen Bestimmungen ihrer bislang schützenden Anonymität beraubt. Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient war fortan detailliert geregelt, indem zulässige Höchstgrenzen sowie Art und Weise der Verschreibung festgelegt wurden (vgl. Scheerer 1982: 63f.; Jungblut 2004: 45).

Deutschland war 1933 aus dem Völkerbund ausgetreten und konnte daher seine Drogenpolitik relativ unabhängig von internationalen Abkommen und Kontrollorganen gestalten (vgl. Holzer 2007: 51ff.). Im Nationalsozialismus entwickelte sich die deutsche Drogenpolitik zu einem wichtigen Teil der „Volksgesundheitspolitik“ und drogenpolitische Maßnahmen verknüpften sich eng mit dem Leitgedanken der Rassenhygiene. Drogen galten als das Erbgut schädigende und damit zur Entartung der Rasse führende „Keimgifte“⁶⁰ (ebd.: 79) und Drogenkonsumenten dementsprechend als Träger von minderwertigem Erbgut (vgl. ebd.: 71ff.). Obwohl während des Nationalsozialismus keine wesentlichen Änderungen am Opiumgesetz vorgenommen wurden – es gab keine Verschärfung des Strafrahmens oder eine Erweiterung der mit Strafe bedrohten Handlungen (vgl. ebd.: 65) – wurden durch verschiedene Verordnungen⁶¹ abseits des Opiumgesetzes die Drogenkontrolle intensiviert und in diesem Kontext auch verschiedene Institutionen gegründet.⁶² Zwar konzentrierte man sich aufgrund der geringen Konsumverbreitung illegaler Drogen vorwiegend auf Alkohol, jedoch wurden auch

⁶⁰ Eine Ausnahmestellung kam Pervitin zu, das als Mittel zur Leistungssteigerung eine breite Verwendung im Militär fand. Hier wurde gewissermaßen die Leitidee der Rassenhygiene zugunsten der Leistungssteigerung vernachlässigt (vgl. Holzer 2007: 216).

⁶¹ Diese Verordnungen hatten zum Ziel, „minderwertiges Erbgut“ an der Reproduktion innerhalb der „arischen Rasse“ zu verhindern. Da der Konsum von Alkohol und Drogen als ein Faktor der „rassischen Degeneration“ angesehen wurde, konnten die Konsumenten auf Grundlage dieser Gesetze verfolgt werden. Die wichtigsten Verordnungen in diesem Zusammenhang waren das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (Sterilisationsgesetz), das „Gesetz gegen Gewohnheitsverbrecher“ und das „Ehegesundheitsgesetz“ (vgl. Holzer 2007: 131ff.).

⁶² So zum Beispiel die „Reichsarbeitsgemeinschaft für Rauschgiftbekämpfung“ (1934) und die „Reichszentrale zur Bekämpfung von Rauschgiftvergehen“ (1935). Die Reichsarbeitsgemeinschaft beschäftigte sich erstmals mit der Prävention von illegalen Drogen. Sie wurde 1939 in die „Reichsstelle gegen die Alkohol- und Tabakgefahren“ umbenannt und 1947 als „Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren“ wieder gegründet, die bis heute die zentrale Präventionsorganisation in Deutschland ist. Aus der „Reichszentrale zur Bekämpfung von Rauschgiftvergehen“ gingen im Nachkriegsdeutschland die Rauschgiftdezernate hervor (vgl. Holzer 2007: 114ff. sowie 161ff.).

„Rauschgift“-Konsumenten Ziel rassenhygienischer, eugenischer Maßnahmen (vgl. ebd.: 258ff.).

Die nationale US-amerikanische Drogenpolitik verschärfte sich bereits kurz nach dem Ersten Weltkrieg, spätestens Anfang der 1920er Jahre war dann eine strikte punitive Prohibitions politik auf nationaler Ebene durchgesetzt worden (vgl. Briesen 2005: 91). Als Folge der Illegalisierung bildeten sich in den Großstädten erste Drogensubkulturen. Cohen (1961: 111) verweist darauf, dass sich deviante Subkulturen formen, wenn mehrere Individuen mit vergleichbaren Problemlagen konfrontiert sind und nach gemeinsamen Lösungen suchen. Im Fall der Illegalisierung von Drogen liegen diese gemeinsamen Probleme nicht nur in der Beschaffung von Drogen und finanziellen Mitteln, sondern beispielsweise auch in der Vermeidung von Entzugserscheinungen, gesundheitlichen Risiken und Inhaftierungen sowie dem „management of a spoiled identity“ (Goffman 1963). Unter den Bedingungen der Kriminalisierung⁶³ bildete sich erstmals auch der Typus des sozial auffälligen und gesundheitlich verelendeten Junkies heraus.

Musto (1999: 133) führt die Verschärfung der US-amerikanischen Drogenrecht sprechung auch auf den Wandel des gesellschaftlichen Klimas zurück, der mit dem Eintritt der USA in den Ersten Weltkrieg und der Oktoberrevolution in Russland (1917) eingesetzt hatte. Die Kriegsteilnahme führte zu einem starken Patriotismus, der, geschürt durch Propaganda, in ein allgemeines Misstrauen gegenüber allem Andersartigen mündete. Die sich nach Kriegsende gewerkschaftlich organisierende Arbeiterbewegung heizte das gesellschaftliche Konfliktpotenzial weiter an, wobei sich die Angst gegenüber den sozialistischen Bestrebungen der Arbeiter mit dem bereits im Krieg entstandenen Klima der Intoleranz und der kollektiven Furcht vor dem Kommunismus verband. Nun galt es jedoch nicht mehr den äußeren Feind zu bekämpfen, sondern das Unamerikanische in den eigenen Reihen. Das vom Staat während des Kriegs demonstrierte Vorgehen gegen Fremde lieferte dabei die Schablone für das Vorgehen gegen alles Unpatriotische. Über politische Fragen, wie z. B. die Einstellung zur Kriegspolitik oder den Arbeiterkämpfen, weitete sich die allgemeine Intoleranz auf immer mehr Bereiche der Moral und der Lebensführung aus (vgl. hierzu auch Selling 1989a: 54ff.). Damit einher ging eine Neubewertung des Drogenkonsums. Eine entscheidende Rolle hierfür spielte die Alkohol-Abstinenzbewegung. Die Alkoholprohibition (1919 bis 1933) war vor allem das Ergebnis eines moralischen und statuspolitischen Konflikts, der sich zwischen den ländlichen, protestantischen Angehörigen der Mittelschicht als Prohibitionsbefürworter und den städtischen, katholischen Immigranten (und deren Nachfolgegeneration) als Prohibitionsgegner entspann. Die Ablehnung des Alkohols wurde zum Symbol einer puritanischen Lebensweise und mit der Prohibi-

⁶³ Zum Beispiel führt die Kriminalisierung zu einer schwankenden und niedrigen Drogenqualität, zu hohen Schwarzmarktpreisen, zum systematischen Gebrauch von Gewalt innerhalb des Drogenmarktes und zu gesundheitlichen Schädigungen aufgrund riskanter Konsumbedingungen.

tion wurde dieser Lebensstil schließlich bestätigt (vgl. Selling 1989a: 78ff.). Der Alkoholdiskurs übertrug sich bald auf andere Drogen, indem ein Verbot aller Substanzen, die die Selbstkontrolle des Einzelnen potenziell gefährdeten, gefordert wurde.⁶⁴ Die Drogen- und Alkoholprohibition waren damit nicht mehr voneinander zu trennen, weder der Konsum von Alkohol noch der anderer Drogen sollte toleriert werden (vgl. Briesen 2005: 83).

Ab den 1930er Jahren setzte in den USA eine Neuorganisation der Drogenstrafverfolgung ein. Entscheidend hierfür war die Errichtung des „Federal Bureau of Narcotics“ im Jahr 1930. Geleitet wurde es von Anslinger, der die US-amerikanische Drogenpolitik in den folgenden drei Jahrzehnten bestimmte und ihr eine zunehmend punitive Ausrichtung verlieh. Mit Becker (1966: 150) kann Anslinger als einer der wichtigsten Moralunternehmer für die Herstellung des Drogenproblems bezeichnet werden. Unterstützt durch die Medien konstruierte er regelrechte Drogenpaniken und sicherte sich damit die Unterstützung der Bevölkerung für sein restriktives Vorgehen.⁶⁵ Innenpolitisch hatten die Anhänger der Drogenprohibition bereits in den 1920er und 1930er Jahren weitreichende Erfolge erzielt. Außenpolitisch hatte die USA jedoch die internationale Staatengemeinschaft noch nicht vollständig von einer prohibitiv-punitiven Drogenpolitik überzeugen können. Dies gelang erst nach dem Zweiten Weltkrieg.

3.2.4 Die Entstehung der weltweiten Drogenprohibition nach dem Zweiten Weltkrieg

Die drogenpolitische Situation im Nachkriegsdeutschland⁶⁶ war vor allem dadurch gekennzeichnet, dass der möglichst rasche Wiederaufbau eines funktionsfähigen deutschen Drogenkontrollsystems, das zum Kriegsende hin zerfallen war, ein zentrales Anliegen der Besatzungsmacht USA war. Bereits 1945 begann das US-amerikanische „Federal Bureau of Narcotics“ über das Kriegsministerium, die Drogenkontrolle im besetzten Deutschland neu zu organisieren. Wenngleich keine tief greifenden Veränderungen der deutschen Drogenpolitik vorgenommen wurden – das Opiumgesetz blieb weiter in Kraft – führte der US-amerikanische Einfluss nicht nur zu einer schnellen Re-

⁶⁴ Nach Becker (1966) lässt sich die Übertragung des Abstinenzgedankens auf den Drogendiskurs damit erklären, dass mit der Durchsetzung der Alkoholprohibition die Moralunternehmer ihre Ziele erreicht hatten und dadurch gewissermaßen beschäftigungslos wurden. Er schreibt: „The success of a crusade, therefore, leaves the crusader without a vocation. Such a man, at loose ends, may generalize his interest and discover something new to view with alarm, a new evil about which something ought to be done“ (ebd.: 153).

⁶⁵ Am deutlichsten illustriert sich das Moralunternehmertum Anslingers anhand seiner Kampagne gegen Marihuana in den 1930er Jahren, die 1937 schließlich zum Verbot von Cannabis führte. Über die Medien verbreitete Anslinger zahlreiche Horrorszenarien von Kriminalität und Gewalt im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum, wobei er vor allem mexikanische Immigranten aber auch Afroamerikaner als „gefährliche Konsumenten“ und die amerikanische Mittelschicht-Jugend als die „gefährdeten Konsumenten“ herausstellte. Erneut war damit eine Anti-Drogen-Kampagne deutlich rassistisch gefärbt (vgl. Reinerman 1994: 95).

⁶⁶ Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf die Situation in der BRD. In der DDR war die Drogengebrauchssituation vor allem durch eine sehr geringe Prävalenz illegaler Drogen und geringe Aktivitäten seitens des Gesetzgebers charakterisiert und es entwickelte sich auch keine vergleichbare jugendliche Drogensubkultur (vgl. ausführlich dazu Holzer 2007: 495ff.).

organisation der Drogenkontrolle in Deutschland, sondern auch zu einer höheren Kontrolldichte, mit der entsprechenden Strafverfolgung durch die Rauschgiftdezernate (vgl. Holzer 2007: 295ff.).

Der Drogengebrauch im Nachkriegsdeutschland fand jedoch ohnehin nur eine marginale Verbreitung: Konsumenten waren entweder Kriegsverletzte oder medizinisches Personal. Da diese Personen zumeist einfachen Zugang zu den Substanzen hatten oder ihnen Opiate im Rahmen einer Behandlung verschrieben wurden, waren sie vor strafrechtlichen Interventionen weitgehend geschützt und lebten sozial unauffällig (vgl. Scheerer 1982: 67; Jungblut 2004: 46). Mit dem Abklingen der Kriegsnachwirkungen schien der Drogenkonsum in den 1950er und Anfang der 1960er Jahre dann endgültig zu einem Randphänomen in Deutschland geworden zu sein (vgl. Schmid 2003: 91). Dessen ungeachtet, so betont Scheerer (1982: 68), ließ die seit Mitte der 1920er Jahre entstandene und vom Nationalsozialismus geförderte Sicht auf Drogen nach 1945 keine Entdramatisierung mehr zu. So entfachten Mitte der 1950er Jahre die Ärzteschaft und das BKA wieder die öffentliche Problematisierung des Drogenkonsums. Der Deutsche Ärztetag bestätigte 1955 seine Grundsatzentscheidung aus dem Jahr 1928, dass Drogenabhängige mit dem Ziel der Abstinenz in stationäre Einrichtungen einzuweisen seien. Das BKA forderte demgegenüber eine verbesserte Kontrolle von Ärzten und Apothekern. In dem Diskurs zwischen Medizin und Justiz lassen sich deutlich die verschiedenen Ansprüche beider Berufsfelder im Hinblick auf die Zuständigkeit für das (zu dieser Zeit jedoch kaum sichtbare) Drogenphänomen erkennen. So war die öffentliche Thematisierung des Drogenthemas beispielsweise für das BKA wohl vor allem deshalb von Interesse, weil der polizeiliche Aufgabenbereich mit seinen Rauschgiftdezernaten zu schwinden drohte. Die proklamierte Sicht auf Konsumenten als „abnormale“, für kriminelle Handlungen prädestinierte Persönlichkeiten lässt sich insofern als Versuch werten, mit kriminalistischen Argumenten den eigenen Funktionsbereich gegenüber der Medizin auszuweiten (vgl. Scheerer 1982: 70; Schabdach 2009: 124). Auch wenn der Drogengebrauch in den 1950er und 1960er Jahren in Deutschland noch kein bedeutendes öffentliches Thema war – Holzer (2007: 20) bezeichnet die Zeit bis 1968 als „Dornröschenschlaf“ der deutschen Drogenpolitik – wurden mit der Interessenpolitik des BKA doch bereits die Weichen für eine Entwicklung gestellt, die sich in den Folgejahren von einem medizinischen hin zu einem primär strafrechtlichen Drogenpolitikansatz bewegen sollte (vgl. Scheerer 1982: 70; Jungblut 2004: 47).

Die Ausformung der internationalen Drogenpolitik wurde nach dem Zweiten Weltkrieg durch die USA dominiert. Mit der Verabschiedung der „Single Convention on Narcotic Drugs“ (1953) konnten die USA schließlich ihre seit der Konferenz von Shanghai (1909) gehegten Ziele verwirklichen und ihre Linie bezüglich einer weltweit strengen Drogenkontrollpolitik durchsetzen (vgl. Beke-Bramkamp 1992: 78f.). Erstmals

verpflichteten sich mit der Konvention die Unterzeichnerstaaten, den Anbau und die Herstellung von Substanzen auf die für medizinische und wissenschaftliche Zwecke erforderlichen Mengen zu beschränken. Jeder nicht-medizinische und nicht-wissenschaftliche Gebrauch war verboten. Darunter fielen auch traditionelle Konsumformen wie das Rauchen von Opium und Haschisch oder das Kauen von Kokablättern. Zudem wurden Bedingungen für die Behandlung und Rehabilitation Drogenabhängiger fixiert (vgl. Beke-Bramkamp 1992: 79; Siebel 1997: 23f.). Die „Single Convention“, die 1964 in Kraft trat und in den Folgejahren durch weitere Abkommen⁶⁷ ergänzt wurde, kann als zentral für die weltweite Drogenpolitik gelten, da seither eine von den USA vorangetriebene Drogenprohibition verfolgt wird, die durch immer neue internationale Vereinbarungen gefestigt wird (vgl. Briesen 2005: 177).

Parallel zu den Entwicklungen und ihren Erfolgen auf internationaler Ebene hatten die USA in den 1950er Jahren die strafrechtlichen Sanktionen gegen den Drogengebrauch im eigenen Land weiter verstärkt. Die im „Boggs Act“ (1951) und dem „Narcotics Drug Control Act“ (1956) festgeschriebenen drakonischen Strafen (vgl. Kap. 3.1.2.3) sollten endgültig eine drogenfreie US-amerikanische Gesellschaft schaffen. Die Implementierung dieser härtesten Drogengesetze der US-Geschichte fiel dabei in eine Zeit, als die Furcht vor dem Kommunismus ein dominantes Thema war. Die „Red Scare“ wurde dabei auch für die Dramatisierung von Drogen genutzt. So wurde unter anderem proklamiert, dass der illegale Opium- und Heroinhandel der Versuch der chinesischen Kommunisten sei, die amerikanische Jugend zu verderben und zu beherrschen (vgl. Jensen/Gerber 1998: 11).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich eine internationale Prohibitivpolitik endgültig Anfang der 1960er Jahre etablierte. Die zu beobachtenden drogenpolitischen Entwicklungen in den USA lassen sich in einem zunehmend restriktiven Vorgehen auf nationaler Ebene verorten, mit dem die außenpolitischen Bestrebungen komplementiert wurden. Für die Situation in Deutschland lässt sich dagegen festhalten, dass der Drogengebrauch weder als politisches noch als öffentliches Thema eine wichtige Rolle spielte. Umso bemerkenswerter sind die Bestrebungen seitens der Ärzteschaft und des BKA, das Drogenthema wieder im öffentlichen Diskurs zu platzieren.

3.2.5 Die Herausbildung des „modernen“ Drogenproblems

Im Zuge der US-amerikanischen Studenten- und Hippiebewegung wurde der Konsum von Cannabis und LSD zum Symbol einer Protestgeneration, die sich nicht nur gegen den Vietnamkrieg richtete, sondern auch Staat und Gesellschaft an sich radikal in Frage stellte. Der Drogenkonsum wendete sich gegen all das, was als gesamtgesellschaftlicher Wertekonsens und Ausdruck des „American Way of Life“ angesehen wur-

⁶⁷ Dies sind die „Convention on Psychotropic Substances“ von 1971 und die „United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances“ von 1988.

de – gegen Disziplin, Leistungsstreben, Ordnung, Anpasstheit usw. (vgl. Beke-Bramkamp 1992: 89). Damit fand eine neue jugendliche Benutzergruppe den Einstieg in den Drogengebrauch und trug zu einem deutlichen Wandel der Konsumentenstruktur bei.⁶⁸ Die „neuen“ Konsumenten waren nicht mehr Jugendliche ethnischer Minoritäten und der Unterschicht, sondern entstammten einem „weißen“ bürgerlichen Milieu. Ihre soziale Herkunft trug dabei zusätzlich zur Verunsicherung der Bevölkerung gegenüber „der Jugend“ bei. Jensen/Gerber (1998: 12) halten hierzu fest:

„[T]he stereotype of drug ‚fiends‘ as violent, crazy perverts was no longer credible. (...) The drug problem could no longer be treated as a distant lower-class malady, for it had invaded mainstream America.“

Neben der gesellschaftlichen Verunsicherung, die das Verhalten der Jugendlichen auslöste, formierte sich jedoch auch zunehmend Kritik an der rigorosen US-Drogenpolitik. Angesichts der geringen drogenpolitischen Erfolge, der hohen Kriminalisierung und dem weit verbreiteten Konsum von Marihuana wurde ein drogenpolitisches Umdenken gefordert, weg von einer kriminalistischen hin zu einer medizinischen Sicht auf das Drogenphänomen. Wichtige Akteure dieser kritischen Bewegung waren neben wissenschaftlichen Experten und Berufsverbänden⁶⁹ auch Eltern, deren Kinder wegen des Besitzes von Marihuana oder LSD inhaftiert worden waren. Unter der Präsidentschaft Kennedys und mit dem Rücktritt Anslingers wurde 1962 schließlich der Weg für eine Drogenpolitik geebnet, die stärker unter dem Einfluss von Medizin und Sozialpolitik stand. Abhängigkeit wurde zunehmend als Krankheit begriffen und neben Therapieangeboten auch die Methadonbehandlung implementiert (vgl. Jensen/Gerber 1998: 12; Briesen 2005: 312f.). Unter Nixon nahm die US-amerikanische Drogenpolitik jedoch wieder eine gegenläufige Entwicklung. Nixon, der eine „law and order“-Politik zu seinem dominanten Wahlkampfthema gemacht hatte und der erste US-amerikanische Präsident war, der sich der Terminologie des „war on drugs“ bediente, erklärte Drogen zum nationalen Sicherheitsproblem und zum innen- und außenpolitischen Thema Nr. 1. Die Dramatisierung des Heroinkonsums schien für die Nixon-Administration besonders geeignet, da sich die Substanz mit dem Vietnamkrieg und der Krisenlage in Südostasien, als einem der Hauptanbauggebiete für Opium, verknüpfen ließ. Zahlreiche im Zusammenhang mit Heroin stehende und die US-amerikanische Gesellschaft bedrohende Probleme wurden prophezeit: Ein Anstieg des Heroinkonsums und der (Beschaffungs-)Kriminalität, ein Übergreifen des Heroingebrauchs von den „schwarzen“ Ghettos der Großstädte auf die „weißen“ Mittelklassevororte sowie Massen von US-Soldaten, die heroinabhängig aus Vietnam zurückkehrten. Im Zuge dieser Propaganda stieg die öffentliche Besorgnis über das Drogenproblem, womit sich auch die Unterstützung der Bevölkerung für drogenpolitische Veränderungen sichern ließ. Nixon ver-

⁶⁸ Nach Briesen (2005: 252) waren die Heroinkonsumenten jedoch nach wie vor überwiegend urbane Jugendliche der sozialen Unterschicht und Angehörige ethnischer Minoritäten.

⁶⁹ In erster Linie die „American Bar Association“ und die „American Medical Association“.

lieh der Drogenthematik eine neue Gestalt, indem er sie eng mit Fragen der inneren und äußeren Sicherheit verquickte. Seine drogenpolitische Programmatik basierte auf einer starken Betonung der Strafverfolgung und einer Ausweitung des Drogenkriegs auf die Anbau- und Produktionsländer. Hervorgehoben wurde damit, noch stärker als zuvor, der internationale Aspekt des nationalen Drogenproblems:

„The deadly poison in the American lifestream is, in other words, a foreign import. (...) No serious attack on our national drug problem can ignore the international implications of such an effort, nor can the domestic effort succeed without attacking the problem on an international plane“ (Nixon 1971 zit. nach Beke-Bramkamp 1992: 95).

Beke-Bramkamp (1992: 98) zufolge, hatte Nixon die Drogenpolitik als „ideales politisches Instrument“ entdeckt. Durch die Thematisierung von Heroin konnte von internationalen Problemen (Vietnam) abgelenkt, die US-amerikanische Bevölkerung in einer schweren innenpolitischen Krise geeint und die Anti-Vietnamkriegs-Bewegung als „wrongdoers“ diskreditiert werden. Zudem wurde die Drogenpolitik unter Nixon zu einem noch wichtigeren außenpolitischen Instrument, da Entwicklungs- und Militärhilfen für andere Länder an deren Unterstützung für eine strenge Drogenkontrolle geknüpft wurden (vgl. ebd. 98ff.). In der Nixon-Ära änderte sich schließlich auch die Drogengesetzgebung. 1971 wurde der „Harrison Act“ durch den „Controlled Substances Act“ (CSA) ersetzt, der bis heute die nationale Drogengesetzgebung der USA ist. Hiermit wurde eine neue Strafsystematik eingeführt: Während sich das Strafmaß für den erstmaligen Besitz illegaler Substanzen zum Eigengebrauch reduzierte, wurden hohe Mindeststrafen für Dealer festgelegt (vgl. ausführlicher hierzu Kap. 3.3.1). Nixon gründete zudem die „Drug Enforcement Administration“ (DEA), die bis heute das wichtigste Organ der US-amerikanischen Drogenstrafverfolgung ist. Die während der Nixon-Ära einsetzenden drogenpolitischen Entwicklungen wurden in den 1980er Jahren – in die sowohl das Aufkommen von HIV als auch die Verbreitung von Crack fiel – weiter intensiviert und die punitive Ausrichtung der US-Drogenpolitik forciert. Unter der Reagan- und Bush-Administration wurden noch einmal härtere Gesetze⁷⁰ gegen Konsumenten und Dealer erlassen und die Straf- und Kontrollpolitik⁷¹ ausgebaut. Parallel dazu wurden sozial- und gesundheitspolitische Programme gestrichen und wegen Drogendelikten Verurteilte staatliche Unterstützungen (wie Sozialhilfe, Stipendien oder Anleihen) versagt. Kennzeichnend wurde darüber hinaus die endgültige Funktionalisierung der Massenmedien für die Dramatisierung des Drogenproblems, mit der die öffentliche Mei-

⁷⁰ Der „Anti Drug Abuse Act“ von 1986 verschärfte die Strafmaße vor allem bezogen auf Crack und legte eine Differenzierung zwischen den Strafmaßen für Kokain und Crack von 1:100 fest. Begründet wurde diese Disparität mit der hohen Schädlichkeit von Crack. Heftige Kritik erfuhr das Gesetz durch seine rassistisch-diskriminierende Ausrichtung, da unter den neuen Regelungen vor allem Angehörige ethnischer Minderheiten zu langen Haftstrafen verurteilt wurden. Eine andere wichtige Neuregelung war das „asset forfeiture“, wodurch es den Behörden ermöglicht wurde, Eigentum, das mit Drogendelikten in Verbindung gebracht werden konnte, zu beschlagnahmen. Bereits die Annahme, dass das Eigentum durch den Drogenhandel finanziert worden war, reichte dabei für die komplette Beschlagnahmung aus (vgl. Beke-Bramkamp 1992: 125; Faupel et al. 2004: 350ff.).

⁷¹ Diese ausgeweitete Kontrollpolitik zeigt sich unter anderem auch in der Einführung von Drogentests am Arbeitsplatz.

nung bezüglich Drogen und damit auch die drogenpolitische Agenda beeinflusst und teilweise regelrechte Drogenhysterien (in den 1980er Jahren vor allem bezüglich Crack) ausgelöst wurden. Die außen- und sicherheitspolitische Komponente wurde schließlich, neben der Pönalisierung, zum ideologischen Schwerpunkt der US-amerikanischen Drogenpolitik (vgl. ebd.: 109ff.).

In Deutschland näherte sich die Entwicklung der Drogengebrauchssituation und die Drogenpolitik ab Ende der 1960er Jahre den US-amerikanischen Verhältnisse an. Auch in Deutschland hatte sich in der zweiten Hälfte der 1960er Jahre eine studentische bzw. Jugend-Protestbewegung formiert, die den illegalen Drogenkonsum als Zeichen ihres Widerstands gegen das „Establishment“ nutzte. Drogen symbolisierten die Herausforderung der traditionellen Werte der bürgerlichen Gesellschaft, der „Anständigkeit“ und des Leistungsstrebens, der Tugenden wie Pünktlichkeit und Ordnung und dienten als Abgrenzung gegenüber der NS-Tätergeneration (vgl. Scheerer 1982: 90). Im Gegensatz zu dem iatrogenen Gebraucher, der bis dato das Bild des Drogenkonsumenten in Deutschland geprägt und dessen Konsum eher als isolierter Einzelakt stattgefunden hatte, symbolisierte der neue Typus des jugendlichen Konsumenten weder Peinlichkeit, Reue und Krankheit noch war er um Geheimhaltung seines devianten Verhaltens bemüht. Vielmehr ging es ihm darum, in seiner „ständigen Auseinandersetzung mit der herrschenden Kultur“ (Kreuzer 1975: 133) sichtbar zu sein. Der offene Konsum von Drogen (auch in Deutschland waren es vor allem Cannabis und LSD) diente dazu, zu provozieren und zu schockieren, dem neuen Lebensstil Ausdruck zu verleihen und eine neue Identität zu finden (vgl. Scheerer 1982: 90; Beke-Bramkamp 1992: 30; Jungblut 2004: 47).⁷²

Für die Herausbildung des Drogenproblems war dabei nach Scheerer (1982: 89) weniger das quantitative Ausmaß des Drogengebrauchs entscheidend, sondern vielmehr die Qualität dieser neuen Entwicklung, womit sich auch in Deutschland die öffentliche Wahrnehmung des Drogengebrauchsphänomens änderte. Der tiefer liegende Gesellschafts- bzw. Generationskonflikt wurde am Drogenproblem festgemacht (vgl. Jungblut 2004: 48). Es galt den Angriff auf die Norm- und Werthaltungen der „Normalkultur“ abzuwehren, dies umso mehr, als dieser Angriff von dem zukunfts tragenden Gesellschaftsteil „Jugend“ ausging (vgl. Kemmesies 1995a: 14). Die Reaktion der „Hauptkultur“ auf die Revolte charakterisiert Scheerer (1982: 91) als „moralischen

⁷² Holzer (2007: 368ff.) verortet die Gründe für die Entwicklung der Drogennachfrage in Deutschland im sozialen und kulturellen Wandel der Nachkriegszeit, wobei er nicht so sehr die politische Revolte der 68er-Generation, sondern vor allem die früher einsetzenden kulturellen Veränderungen für den Anstieg des Drogengebrauchs verantwortlich zeichnet. Als wesentlich hierfür sieht er die Bildung einer am angelsächsischen Vorbild orientierten Jugendkultur im Kontext der Rock- und Beatmusik. Holzer verweist darauf, dass sich die kulturelle/musikalische Amerikanisierung Deutschlands seit Ende des Zweiten Weltkriegs mit den gesellschaftlichen Umbrüchen der 1960er Jahre verband und sich im Drogenkonsum als subkulturellem Symbol eines neuen Lebensstils niederschlug. Neben der hohen symbolischen Bedeutung stellte auch der zunehmende materielle Wohlstand eines Großteils der Jugend die notwendige Voraussetzung für die Übernahme der US-amerikanischen und britischen Mode und Musik sowie für die Finanzierung des Drogenkonsums dar.

Kreuzzug“⁷³, welcher im Wesentlichen über die Massenmedien ausgetragen wurde. Mit einer Flut an Veröffentlichungen wurde der Eindruck erweckt, dass Deutschland von einer „Rauschgiftwelle ‚dramatischen‘ Ausmaßes überrollt“ (Bühringer 1981: 49) werde. Die jugendlichen Konsumenten wurden als kriminelle, amoralische Personen diffamiert und ihr Verhalten mit einem Anstieg der Kriminalität und revolutionären Aktivitäten assoziiert. Damit wurde eine gefahrenfixierte Interpretation des jugendlichen Drogenkonsums geschaffen, die die Öffentlichkeit zu einer ablehnenden Haltung prädestinierte und ein hartes Vorgehen gegen den Drogenkonsum legitimierte. Neben der zunehmenden Thematisierung in den Medien nahm sich auch der medizinisch-psychiatrische Bereich verstärkt der Drogenthematik an und wies auf die Gefahren des Drogenkonsums hin (vgl. Schmid 2003: 105; Schabdach 2009: 125). Dass die verschiedenen Moralunternehmer besonders erfolgreich darin waren, die Öffentlichkeit von dem beträchtlichen Ausmaß des Drogenproblems zu überzeugen, lässt sich anhand von Meinungsumfragen aus den 1970er Jahren ablesen, in denen die Angst der Bevölkerung vor illegalen Drogen und deren Konsumenten zum Ausdruck kommt und zu einem Ruf nach einer kriminalpolitischen Lösung des Drogenproblems führte (vgl. Scheerer 1982: 100f.). Auf die zunehmende gesellschaftliche Besorgnis reagierte der Gesetzgeber schließlich im Jahr 1972 mit dem Erlass des BtMG. Die Argumente der Bundesregierung für das Gesetz basierten dabei nicht auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, sondern in erster Linie auf moralisierenden Betrachtungen. Vogt (1975: 8) schreibt hierzu:

[D]ie Begründung zum Betäubungsmittelgesetz von 1972 [bedient; C. B.] sich aller möglichen irrationalen Argumente (...), deren Fadenscheinigkeit gelegentlich geradezu ärgerlich ist.“

Scheerer (1982: 158f.) erklärt die Vernachlässigung wissenschaftlicher Erkenntnisse mit dem hohen Grad an öffentlicher Beunruhigung. Seiner Ansicht nach löste die durch die Massenmedien produzierte Angst der Bevölkerung vor einer Drogenwelle einen politischen Handlungszwang aus, mit dem sich vor allem eine symbolische Zielsetzung verband: Die Bevölkerung sollte von dem entschlossenen und fähigen Handeln der Regierung im Hinblick auf eine Lösung des Drogenproblems überzeugt werden. Dabei war weniger entscheidend was, sondern dass etwas getan wurde. Quensel (1982: 47) hebt hervor, dass mit den Bestimmungen des BtMG eine neuartige Verfolgungsrealität gegenüber Drogenkonsumenten geschaffen wurde. Im Zentrum stand nicht mehr die rechtliche Kontrolle der medizinischen und industriellen Verwendung psychoaktiver Substanzen, sondern die möglichst lückenlose Unterbindung aller mit dem Konsum illegaler Drogen einhergehenden Handlungen. Nach Schmidt-Semisch (1990: 27) wurde mit dem BtMG ein Instrument geschaffen, mit dem jene Bevölkerungsgruppen – d. h. vor allem Jugendliche – kontrolliert werden sollten, die als Bedrohung der gesell-

⁷³ Bezeichnet ist hiermit eine „normorientierte Bewegung“ (Smelser 1972: 242), die auf Grundlage generalisierter Vorstellungen Normen wiederherzustellen und zu bewahren sucht (vgl. hierzu auch das Moralunternehmertum bei Becker 1966). Voraussetzung für die Entstehung solcher Bewegungen ist das Vorhandensein struktureller Spannungen in einem sozialen System, die dazu führen, dass bislang gültige Normen unklar werden (vgl. Scheerer 1982: 91f.).

schaftlichen Ordnung empfunden wurden. Insofern weise die Implementierung des Gesetzes weniger auf einen gesundheitlichen Hintergrund hin, wie dieser mit dem Verweis auf die Volksgesundheit als zu schützendes Rechtsgut proklamiert wurde, sondern vor allem auf politische Interessen. Für die These Schmidt-Semischs spricht auch, dass die Verabschiedung des BtMG in eine Zeit fiel, als der Drogenkonsum unter Jugendlichen bereits wieder rückläufig war (vgl. hierzu auch Schabdach 2009: 126f.).

Mit dem Inkrafttreten der neuen Drogengesetzgebung wurde auch in Deutschland endgültig das Abstinenzparadigma und eine punitive Ausrichtung der nationalen Drogenpolitik zementiert. Drogenkonsumenten galten fortan als Gefahr für sich und die Allgemeinheit, denen mittels der general- und spezialpräventiven Wirkung des Strafrechts begegnet werden sollte:

„Psychoaktive Substanzen mit langen kulturellen Traditionen mutierten (...) zu todbringenden Drogen und schließlich zu Rauschgiften – ihr Genuß verwandelte sich in Rausch, ihre Einnahme in Missbrauch, ihr Konsum in Sucht, und ihren Konsumenten wies man per Gesetz den Status von Kriminellen zu, die in ummauerten Anstalten zu absoluter Abstinenz und damit zur Raison zu bringen waren“ (Schmidt-Semisch 1999: 133).

Die Entwicklung einer jugendlichen Drogensubkultur und der Erlass des BtMG symbolisierten eine neue Ära in der deutschen Drogenpolitik, die durch fundamentale Änderungen in den epidemiologischen Rahmenbedingungen des Drogenkonsums und durch die qualitative Andersartigkeit der Normverletzung gekennzeichnet war. Ein Novum stellte das BtMG auch deshalb dar, weil erstmals eine innenpolitische Initiative und nicht der internationale Druck zu dessen Implementierung geführt hatte (vgl. Holzer 2007: 445ff.).⁷⁴ Eine Entschärfung der Drogenproblematik wurde durch das BtMG nicht erreicht, vielmehr spitzte sich die Situation in den Folgejahren weiter zu. In den Städten bildeten sich „offene Drogenszenen“, deren dominierende Droge das Heroin wurde. Zudem stieg die Zahl der Drogentoten sprunghaft an (vgl. ebd.: 484). Die deutsche Regierung reagierte auf diese Entwicklungen mit zahlreichen Modifikationen der Drogengesetzgebung, die sich meist auf eine Verschärfung punitiver Maßnahmen und die Festlegung der stationären Langzeittherapie als einzige Behandlungsform beschränkten. So wurden mit der Novellierung des BtMG im Jahr 1981 zum Teil die Strafmaße erhöht und die Kronzeugenregelung eingeführt. Darüber hinaus wurde das Prinzip der „Therapie statt Strafe“ implementiert, mit dem die steigende Zahl an inhaftierten Abhängigen vom Strafvollzug in die Therapieeinrichtungen umgeleitet werden sollte (vgl. Schmid 2003: 176ff.).

Erst seit den 1990er Jahren hat ein allmähliches Umdenken in der deutschen Drogenpolitik eingesetzt. Die Verbreitung von HIV und AIDS, die hohe Zahl an Drogentoten und die Verelendung vieler Konsumenten der „offenen Drogenszenen“ zeigten deutlich die Grenzen der bis dato praktizierten Drogenpolitik auf, die schließlich um das Element der Schadensminderung erweitert wurde. In diesem Zusammenhang wurde

⁷⁴ Wenngleich auch für den Erlass des BtMG die Ratifizierung der internationalen Bestimmungen der „Single Convention“ (1961) eine, wenn auch nicht ausschlaggebende Rolle spielte.

1991 auch das Methadonsubstitutionsverbot aufgehoben, welches zuvor damit begründet worden war, dass Abstinenz das einzige legitime Ziel der Drogenpolitik und damit auch der Drogenbehandlung darstelle. Trotz dieser Ausweitung des Drogenhilfeangebots ist jedoch auch der deutsche Gesetzgeber, vergleichbar mit den USA, einer punitiven Drogenpolitik bis heute verhaftet geblieben.

3.2.6 Das Drogenproblem als soziale Konstruktion: Abschließende Betrachtungen

Die vorstehenden Ausführungen haben deutlich gemacht, dass die weltweite Differenzierung in legale und illegale Drogen und die Entstehung des heutigen Drogenproblems weniger auf medizinische und gesundheitliche Motive, als vielmehr auf ökonomische und politische Interessenlagen zurückzuführen sind. Konstatiert werden kann in diesem Zusammenhang eine starke „Amerikanisierung“ (Nadelmann 1993) des weltweiten Umgangs mit Drogen. Die USA waren erfolgreich darin, ihre Drogenideologie in andere Länder zu transportieren, in den jeweiligen nationalen Drogengesetzgebungen zu verankern und damit ein internationales Drogenproblem zu schaffen (vgl. Nadelmann 1993; Musto 1999; Gerber/Jensen 2001).

Psychoaktive Substanzen werden durch gesellschaftliche Definitions- und Zuschreibungsprozesse als (illegale) Drogen oder (legale) Genussmittel entworfen. Drogen sind damit nicht einfach nur chemisch-pharmakologische Stoffe, denen objektiv eine bestimmte Qualität in Form eines gewissen Sucht- oder Schädigungspotenzials inhärent ist, sondern erst das Handeln verschiedener Akteure bringt die Assoziation mit Substanzen als gefährlich oder ungefährlich, moralisch oder unmoralisch, gesellschaftlich stigmatisiert oder gefördert hervor und verleiht Drogen die für verschiedene Interessen verwertbare Symbolik (vgl. Herwig-Lempp 1994: 48; Dollinger 2005: 10; Schabdach 2009: 250). Drogenwissen und Drogenwirklichkeit etablieren sich in einem historischen Konstruktionsprozess: Von verschiedenen gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen und Akteuren ist abhängig, welches Wissen in verschiedenen Diskursen produziert und als allgemein akzeptierte Wirklichkeit, d. h. als „objektive Realität“ und „Wahrheit“ hervorgebracht wird (vgl. Holzer 2007: 509; Schabdach 2009: 15f.).

In Anlehnung an Reinerman (2005: 23ff.) lässt sich das Drogenproblem als soziale Errungenschaft, als ein historisch-kulturelles, politisch-institutionelles und interaktionell etabliertes Deutungsmuster begreifen. Die historisch-kulturelle Dimension des Drogenproblems wurde in den voranstehenden Kapiteln ausführlich dargelegt. Die politisch-institutionelle Dimension lässt sich anhand des Moralunternehmertums verschiedener Akteure ablesen, deren Sicht auf den Drogenkonsum als zu bekämpfendes soziales Problem zum vermeintlich alternativlosen Abbild der Wirklichkeit wurde (vgl. dazu auch Scheerer 1993: 83). Und schließlich basiert das Drogenproblem auf einer interaktionel-

len Dimension, da die Klassifikation des Drogengebrauchs als deviantes Verhalten erst in Bedeutungszuschreibungen entsteht.⁷⁵ Auch wenn sich der Konsum von Drogen deskriptiv feststellen lässt, so ist damit wenig über seine zugemessene Bedeutung gesagt. Das Drogenproblem lässt sich somit nicht objektiv diagnostizieren, sondern bestimmt sich über die etablierten Interpretationsfolien (vgl. Dollinger 2002: 24). Mit Gerber/Jensen (2001: 1) lässt sich diesbezüglich festhalten:

„These wars [on drugs; Anm. C. B.] are socially constructed. They do not occur in a political, social and media vacuum. Nor do they occur as a result of ‚objective‘ conditions surrounding drug use and abuse. Instead people with vested interests in such wars make claims about the existence of certain conditions. ‚Objective‘ realities are of relatively little importance, although there is often a kernel of truth involved in the claims-making process. The claims, if repeated often enough, by sufficiently powerful people, take on a life of their own. The claims themselves become the justification for the wars“.

Nach Reinerman (1994: 92ff.) spielten für die Genese des Drogenproblems in den USA die verschiedenen Drogenpaniken (z. B. die Alkoholprohibition, die Marihuana- oder Crack-Panik), die er als wiederkehrendes US-spezifisches Phänomen versteht, eine zentrale Rolle. Diese Paniken, so Reinerman, treten relativ unabhängig von der Verbreitung des Drogenkonsums auf und gründen in erster Linie auf politischen und kulturellen Konflikten und der Angst vor ethnischen Gruppen. Eine wesentliche „Zutat“ für die Konstruktion von Drogenpaniken sieht er darin, dass bestimmte Substanzen als „Sündenbock“ für eine Vielzahl gesellschaftlicher Probleme genutzt werden, deren eigentliche Ursachen im gesellschaftlichen System liegen (vgl. ebd.: 98).

Mit Blick auf die Geschichte der Drogenverbotspolitik, wie sie sich seit der Entstehung der Opiumfrage und der Ersten Opiumkonferenz von Shanghai auf internationaler Ebene entwickelte und spätestens mit dem Auftreten der jugendlichen Drogenkonsumenten in den USA und Deutschland national zementiert wurde, ist festzuhalten, dass nicht nur das Ziel einer „drogenfreien Gesellschaft“ nicht erreicht wurde, sondern das Drogenproblem in seiner heutigen Form erst durch die Interventionsmaßnahmen geschaffen wurde. Die Herausbildung illegaler Drogenmärkte und „offener Drogenszenen“, die mit dem Konsum einhergehenden hohen gesundheitlichen und sozialen Risiken sowie die mit Drogenstraftätern überfüllten Gefängnisse können als Folgen der Drogenprohibition gelten. Mit Spector/Kitsuse (2001: 142) lässt sich hier von einem sozialen Problem zweiter Generation sprechen, welches durch die Instanzen der sozialen Kontrolle entstanden ist. Im historischen Rückblick und dem Vergleich der deutschen und US-amerikanischen Gesellschaft zeichnet sich ab, dass die strafrechtlichen Kontrollen offenbar nur wenig bis gar keinen Einfluss auf das Ausmaß des Drogengebrauchs haben: Weder führte die weitgehend fehlende Kontrolle im Deutschland der Nachkriegszeit zu einem deutlichen Konsumanstieg noch bewirkte die extreme strafrechtliche Sanktionierung während der Ära Anslingers sowie der von Nixon, Reagan

⁷⁵ So werden potenziell Abhängige durch Ratgeber, Therapeuten, Behandlungsprogramme, Richter usw. „gelehrt“, ihr Leben und Verhalten im Kontext einer Drogenabhängigkeit zu verstehen (vgl. Reinerman 2005: 35).

und Bush forcierte „war on drugs“ eine wesentliche Reduzierung des Drogengebrauchs. Obwohl seit den 1990er Jahren die negativen Effekte der Strafverfolgung in Deutschland verstärkt thematisiert werden und insofern eine tendenzielle Loslösung der deutschen Drogenpolitik vom US-amerikanischen Modell zu beobachten ist, bleibt die prohibitiv-punitiv Ausrichtung im Umgang mit Drogen in Deutschland, den USA und auch weltweit bestehen. Christie/Bruun (1991: 62ff.) erklären diese „persistence of a failed policy“ (Ryan 2001) mit der kaum wieder aufzubrechenden Symbolik und den eindringlichen Bildern, die dem Drogengebrauch im Verlauf seiner Problematisierungskarriere einverleibt wurden.⁷⁶ Wie sich diese Leitbilder bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt in der Drogenpolitik Deutschlands und der USA niederschlagen, wird nachfolgend beleuchtet.

3.3 Die aktuelle Drogenpolitik Deutschlands und der USA

Die deutsche und US-amerikanische Drogenpolitik sind durch die drei internationalen Drogenkontrollabkommen von 1961, 1971 und 1988 gerahmt. Grundlage der in erster Linie strafrechtlich ausgerichteten internationalen Abkommen ist die Auffassung, dass die Produktion von und der Handel mit illegalen Drogen durch umfangreiche Kontrollmechanismen verhindert werden könne (vgl. Kurzer 2005: 39). Mit dem jüngsten Abkommen, der „United Nations Convention against Illicit Traffic on Narcotic Drugs and Psychotropic Substances“ (1988) wurde das globale Ziel formuliert, bis 2008 eine „drogenfreie Welt“ zu schaffen (vgl. Amendt 2008: 1). Anhand dieser utopischen Zielformulierung illustrieren sich die Prämissen, unter denen die durch die USA vorangetriebene internationale Drogenpolitik und damit auch die nationalen Drogengesetzgebungen Deutschlands und der USA operieren.

Die Drogenpolitik Deutschlands und der USA ist Prohibitionspolitik. Gesellschaftliche Legitimation erfährt die Prohibitionspolitik durch die Proklamation, eine drogenfreie Gesellschaft herstellen zu wollen oder Drogen zumindest so zu kontrollieren, dass Konsum und Handel weder das Individuum noch die Gesellschaft schädigen (vgl. Jungblut 2004: 57). Der Konsum bestimmter Substanzen wird dabei als generell gesundheits- und sozialschädlich angesehen und die Möglichkeit eines eigenverantwortlichen Umgangs mit diesen Drogen grundlegend ausgeschlossen. Die drogenpolitische Legitimation offenbart dabei, wie sehr die Drogenpolitik beider Länder durch eine ob-

⁷⁶ Nach Christie/Bruun (1991: 62ff.) basiert die internationale Drogenpolitik im Wesentlichen auf sechs Konstrukten: 1) Drogenkonsumenten verlieren unweigerlich die Kontrolle über ihren Konsum und werden so zum Sklaven der Droge. 2) Alle Konsumenten werden kriminell, um ihre Sucht zu finanzieren. 3) Alle illegalen Drogen sind gleichermaßen gefährlich. 4) Vom Cannabis zum Heroin: Da der Konsum von Cannabis in den Gebrauch härterer Drogen mündet, müssen „weiche“ und „harte“ Drogen mit gleicher Schärfe bekämpft werden. 5) Da Drogen extrem abhängig machen, ist jeder ein potenzielles Opfer und kann der nächste Abhängige sein. 6) Dealer sind gefährlich und handeln ohne jegliche Skrupel, für ihre Geldgier verführen sie andere zum Drogengebrauch, rühren selbst aber keine Drogen an.

jektivistische Sicht auf das Drogenproblem dominiert ist. Wie die Rekonstruktion der sozialhistorischen Genese des Drogenproblems und des gesellschaftlichen Umgangs mit Drogen jedoch gezeigt hat, spielten die gegenwärtigen drogenpolitischen Legitimationsmuster, wie sie sich unter dem „Schutz der Volksgesundheit“ (oder des US-amerikanischen „public health“) subsumieren lassen, erst zu einem sehr späten Zeitpunkt überhaupt eine Rolle. Entscheidend für die Herausbildung der drogenpolitischen Leitbilder war vielmehr das Wechselverhältnis zwischen internationalem und nationalem Politikgeschehen, in dem die ökonomischen und kolonialpolitischen Interessen der USA und Europas einen zentralen Stellenwert einnahmen. Die internationale und die nationalen Drogenpolitiken sind vor diesem Hintergrund zu betrachten.

Entsprechend der in Kapitel 2.3 dargestellten Differenzierung sozialer Kontrolle, lassen sich innerhalb der deutschen und US-amerikanischen Drogenpolitik aktive und reaktive Formen der Drogenkontrolle identifizieren. Die aktive Drogenkontrolle umfasst Maßnahmen der Angebots- und Nachfragereduzierung. Strategien, die auf die Angebotsseite zielen, beinhalten das Vorgehen gegen Drogenanbauländer und gegen die international organisierte Drogenproduktion (z. B. durch die Zerstörung von Opium- und Kokaplantagen), die Eindämmung des internationalen Drogenschmuggels durch strenge Grenzkontrollen, die Zerstörung der Drogenproduktion in nationalen Untergrundlaboren und die Zerschlagung des Verteilerhandels auf lokaler Ebene. Präventions- und Aufklärungskampagnen stellen Maßnahmen dar, mit denen die Nachfrage nach Drogen verringert werden soll. Eine derartige Intention wird vor allem auch mit der Drogengesetzgebung verfolgt, die mittels Strafandrohungen eine abschreckende, generalpräventive Wirkung bezwecken soll.

Kriminalisierung, Pathologisierung und Neutralisierung stellen demgegenüber reaktive Formen der Drogenkontrolle dar, denen ein jeweils unterschiedliches Bild von Drogenkonsumenten (aber auch von Händlern und Erzeugern) zugrunde liegt (vgl. Vogt/Scheerer 1989: 35). Mit der Kriminalisierung („legal approach“) werden Drogenkonsumenten als Gesetzesbrecher eingestuft, während sich mit der Pathologisierung („medical approach“) das Bild des kranken, behandlungsbedürftigen Drogenkonsumenten verknüpft. Unter Neutralisierung (vgl. Fußnote 16) lassen sich Maßnahmen verstehen, mit denen der Drogengebrauch in bestimmten Kontexten oder bei bestimmten Personengruppen toleriert wird. Nicht die vollständige Unterbindung des Drogenkonsums wird angestrebt, sondern die Schaffung kontrollierter, risikoarmer Rahmenbedingungen. Drogenkonsumenten gelten weder als krank noch als kriminell, sondern als selbstbestimmte, mündige Individuen. Unter Neutralisierung lässt sich daher am ehesten die akzeptanzorientierte Drogenhilfe und der „harm reduction“-Ansatz einordnen, wenngleich beide Konzepte keineswegs deckungsgleich sind. So beinhaltet die Implementierung schadensmindernder Angebote nicht unbedingt eine akzeptierende, die

Selbstbestimmung der Konsumenten anerkennende Sicht, sondern kann durchaus rein pragmatisch motiviert sein (vgl. hierzu auch Schmidt-Semisch/Wehrheim 2005: 221ff.).

Mit den folgenden Ausführungen soll anhand der dargestellten reaktiven Kontrollformen eine Einordnung der aktuellen deutschen und US-amerikanischen Drogenpolitik geleistet werden. In den Betrachtungsfokus rücken damit die Drogengesetzgebungen beider Länder sowie die Ausgestaltung der Drogenhilfe. Die drogenpolitischen Leitbilder prägen dabei die jeweilige Norm- und Gesetzgebung und schaffen damit den Bezugsrahmen, innerhalb dessen sich die justiziellen und drogenhilfepraktischen Interventionen entfalten. Die nationale Drogengesetzgebung und das Drogenhilfesystem lassen sich insofern als Abbild dieser Leitbilder verstehen (vgl. Kemmesies 1995a: 10).

Eine detaillierte sozialhistorische Betrachtung und vergleichende Analyse der Entstehung der drogenpolitischen Leitbilder und deren Umsetzung in gesetzliche Interventionsmaßnahmen wurden bereits mit den vorangehenden Ausführungen geleistet, so dass sich die weitere Darstellung der gesetzlichen Dimension der Drogenkontrolle auf den aktuellen Stand bezieht. Das Teilkapitel 3.3.2 zum Drogenhilfesystem in beiden Ländern enthält hingegen eine Skizzierung der historischen Entwicklung.

3.3.1 Drogengesetzgebung

In den USA und Deutschland umfasst der Geltungsbereich der Drogengesetzgebung solche Substanzen, die als risikoreich und gefährlich eingestuft werden. Anbau, Herstellung, Besitz, Handel sowie Im- und Export dieser Stoffe sind strikten Kontrollen unterworfen, eine Verwendung ist – wenn überhaupt – nur zu medizinischen oder wissenschaftlichen Zwecken erlaubt.

In Deutschland bildet das BtMG den Kernbereich der Drogenpolitik. Als zentrales gesetzliches Instrument regelt es den staatlichen Umgang mit Drogen und Drogenstraftaten. Erstmals 1972 in Kraft getreten, kann das Gesetz als direkte gesellschaftspolitische Reaktion auf den sich seit Mitte der 1960er Jahre in Deutschland ausbreitenden Drogengebrauch gesehen werden und reflektiert damit die dargestellten drogenpolitischen Leitbilder jener Zeit (vgl. Kemmesies 1995a: 31f.). Nach seiner Novellierung im Jahr 1981 – mit der die strafrechtliche Drogenkontrolle erneut ausgeweitet, die Strafmaße verschärft und der Grundsatz der „Therapie statt Strafe“ eingeführt wurde – stammt die aktuelle Fassung des BtMG aus dem Jahr 1994.

Das BtMG berücksichtigt die drei Suchtstoffabkommen der Vereinten Nationen und enthält alle in diesen Übereinkommen aufgelisteten Substanzen. Diese werden im BtMG in drei Anlagen aufgeführt: Anlage I enthält die nicht verkehrsfähigen und nicht verschreibungsfähigen Betäubungsmittel (u. a. Heroin, Cannabis, LSD), Anlage II die verkehrsfähigen, aber nicht verschreibungsfähigen Betäubungsmittel (z. B. Methamphetamin) und Anlage III die verkehrs- und verschreibungsfähigen Betäubungs-

mittel (u. a. Amphetamin, Codein, Diamorphin⁷⁷, Kokain, Methadon, Morphin). Die im BtMG vorgesehenen Sanktionen reichen, je nach Schwere und Art der Straftat, von Geldbußen bis zu Freiheitsstrafen. Zwischen den Betäubungsmitteln der verschiedenen Anlagen wird dabei keine Unterscheidung getroffen, wenngleich in der Rechtsprechung Abstufungen existieren. Der bloße Konsum von Betäubungsmitteln ist angesichts des Prinzips der Straflosigkeit der Selbstschädigung nicht unter Strafe gestellt, jedoch sind der unerlaubte Erwerb und Besitz, die dem Konsum zwangsläufig vorausgehen, strafbar. Der bloße Umgang mit illegalen Drogen kann nach §29 BtMG mit einer Geldstrafe oder einer Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren verurteilt werden, wobei dem Erwerb und Besitz von geringen Mengen an Drogen zum Eigengebrauch eine Sonderstellung zukommt. Hier räumt das Gesetz die Möglichkeit einer Strafabsehung ein (§29(5), §31a(1) BtMG). Es handelt sich hierbei jedoch lediglich um eine „Kannbestimmung“, d. h. es besteht kein rechtlicher Anspruch auf einen Verzicht auf Strafverfolgung. Da der Besitz von illegalen Drogen, unabhängig von der Art und Menge, einen Straftatbestand erfüllt, ist die Polizei aufgrund des Legalitätsprinzips (§§152 Abs. 2, 160 Abs. 1, 163 StPO) zudem verpflichtet, in jedem Fall Strafanzeige zu erstatten und diese der Staatsanwaltschaft vorzulegen, die dann über eine Verfahrenseinstellung entscheidet. Wird von einer Strafverfolgung abgesehen, bedeutet dies nicht automatisch, dass ein Delikt folgenlos bleibt. So kann ein Verfahren auch gegen Auflagen (Ableisten von Arbeitsstunden, Inanspruchnahme einer Drogenberatung etc.) eingestellt werden (vgl. Pfeiffer-Gerschel et al. 2008: 8). Als problematisch erweist sich zudem, dass der Begriff der „geringen Menge“ seitens des Gesetzgebers nicht genau definiert ist. Es bleibt letztlich der richterlichen Auslegung überlassen, hier die Grenzen festzulegen. Insofern ist eine erhebliche Rechtsunsicherheit gegeben, die sich in sehr unterschiedlichen Handhabungen und Verfahrensweisen in den einzelnen Bundesländern niederschlägt (vgl. dazu Schäfer/Paoli 2006).⁷⁸

Eine weitere Möglichkeit von der Vollstreckung einer Haftstrafe abzusehen, eröffnet der im BtMG festgeschriebene Grundsatz der „Therapie statt Strafe“ (§35ff. BtMG). Der Vollzug einer rechtskräftig verhängten Freiheitsstrafe, falls diese nicht mehr als zwei Jahre beträgt, kann hiernach zurückgestellt werden, wenn sich der (drogenabhängige) Straftäter einer Therapie unterzieht. Einen Verzicht auf Strafe stellt dies nicht dar, weil Drogengebraucher gewissermaßen zur Therapie genötigt werden, um einer Inhaftierung zu entgehen. Die Formel „Therapie statt Strafe“ ist insofern irreführend,

⁷⁷ Synthetisch hergestelltes Heroin.

⁷⁸ In den meisten Bundesländern ist die obere Grenze für den Eigenbedarf bei Cannabis auf 6 g festgelegt (Niedersachsen, Berlin und Bremen: 15 g). Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein sehen zudem die Möglichkeit einer Verfahrenseinstellung für den Besitz von 1 g Heroin oder Kokain (Bremen: 2 g, Schleswig-Holstein: 3 g) vor. Hierbei handelt es sich lediglich um Richtwerte für die Höchstgrenzen, von denen Staatsanwälte und Richter abweichen können. Die Richtwerte für „nicht-geringe“ Mengen liegen nach der Rechtsprechung des BGH unter anderem bei 1,5 g Heroin, 5 g Kokain und 7,5 g THC (Wirkstoff von Cannabis). Die Richtwerte orientieren sich dabei an dem Wirkstoffgehalt (und nicht der Gesamtmenge) der beschlagnahmten Substanzen (vgl. Böllinger et al. 1995: 199).

handelt es sich doch vielmehr um eine „Therapie statt Strafvollzug“ (Dünkel 1982: 1185). Die Erfolgsaussichten für eine derart erzwungene Therapie können durchaus angezweifelt werden. Zudem sei dahingestellt, inwieweit eine therapeutische Intervention bei Drogenstraftätern überhaupt angezeigt ist, lässt sich doch nicht automatisch von einem BtMG-Verstoß auf eine Drogenabhängigkeit schließen (vgl. Kemmesies 1995a: 34).

Handel, Abgabe und Herstellung von Betäubungsmitteln gelten nach dem BtMG als schwerwiegende Delikte. Für das Strafmaß ist neben der Art und Menge der sichergestellten Drogen auch der Grad der Professionalität (u. a. auch die Mitgliedschaft in einer organisierten Gruppe oder Bande), mit der die Straftat ausgeübt wurde, von Bedeutung. In Fällen des unerlaubten persönlichen Besitzes einer „nicht geringen“ Drogenmenge oder der Abgabe von Drogen an Minderjährige liegt die Freiheitsstrafe bei mindestens einem Jahr (§29a (1) BtMG). Herstellung und Anbau von oder der Handel mit größeren Drogenmengen im Rahmen gewerbs- oder bandenmäßiger Strukturen werden mit einer Freiheitsstrafe von nicht weniger als zwei Jahren geahndet (§30 BtMG). In besonders schweren Fällen, z. B. im Falle der Einbeziehung Minderjähriger in das Handelsgeschehen oder dem Mitführen von Waffen, beträgt die Mindesthaftstrafe fünf Jahre. Die gesetzlichen Strafmaße des BtMG können im Vergleich zum sonstigen Strafrecht als hoch angesehen werden (vgl. Böllinger et al. 1995: 185). So beträgt beispielsweise die Mindesthaftstrafe für sexuelle Nötigung ein Jahr (§177 (1) StGB), für Vergewaltigung (§177 (2) StGB) zwei Jahre. Totschlag im „minder schwerem Fall“ (§213 StGB) wird mit einem Jahr bis zu zehn Jahren Freiheitsstrafe geahndet.

Das Äquivalent zum deutschen BtMG ist der US-amerikanische „Controlled Substances Act“ (CSA) aus dem Jahr 1970.⁷⁹ Die wichtigsten Ergänzungen hierzu sind der „Sentencing Reform Act“ (1984), der „Anti Drug Abuse Act“ (1986) und der „Fair Sentencing Act“ (2010). Mit dem „Sentencing Reform Act“ wurden hohe Mindeststrafen für Drogendelikte festgelegt. Der im Zuge der US-amerikanischen Crack-Panik erlassene „Anti Drug Abuse Act“ schuf unter anderem die 1:100 Disparität für die Strafmaße für Kokain und Crack (§841 CSA), führte die Todesstrafe für Drogen-Großhändler wieder ein (§848 (e) CSA) und ermöglichte es den Strafverfolgungsbehörden, durch den Drogenhandel erwirtschafteten Besitz komplett zu beschlagnahmen (§853 CSA; vgl. Fußnote 70). Erst mit dem „Fair Sentencing Act“ (2010) wurde der 1:100 Unterschied für die Strafmaße von Kokain und Crack in ein 1:18 Verhältnis umgewandelt.

In erster Linie basierend auf dem vermuteten Missbrauchspotenzial und dem medizinischen Nutzen einer Substanz werden psychoaktive Stoffe im „Controlled Substances Act“ in fünf „Schedules“ unterteilt.

⁷⁹ Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die bundesweite („federal“) Drogengesetzgebung. Zu berücksichtigen ist, dass sich aufgrund der stark föderalen Strukturen der USA die Drogenrechtsprechung zwischen den einzelnen Bundesstaaten zum Teil erheblich unterscheidet (wie dies bspw. für „medizinisches Marihuana“ gilt). Grundsätzlich sind aber die Gesetze der einzelnen Bundesstaaten dem Bundesrecht untergeordnet (vgl. Heun 2007: 232).

- Schedule I umfasst Substanzen mit hohem Missbrauchspotenzial ohne anerkannten medizinischen Nutzen (z. B. Heroin, Cannabis, LSD)
- Schedule II umfasst Substanzen mit hohem Missbrauchspotenzial und begrenztem medizinischen Nutzen (u. a. Kokain, Morphin, Methadon)
- Schedule III beinhaltet Substanzen mit moderatem Missbrauchspotenzial und anerkanntem medizinischen Nutzen (z. B. Amphetamine, Barbiturate, anabole Steroide)
- Schedule IV enthält Substanzen mit einem niedrigen Missbrauchspotenzial und hohem medizinischen Nutzen (z. B. Benzodiazepine wie Xanax®, Valium®)
- Schedule V umfasst Substanzen mit einem noch geringeren Missbrauchspotenzial und hohem medizinischen Nutzen (z. B. Hustenpräparate, die Codein enthalten).

Die Kategorisierung der Substanzen obliegt der DEA, der nationalen Drogenverfolgungsbehörde der USA. Die politische Brisanz dieser Konstellation, in der die rechtliche Grundlage und strafrechtliche Verfolgung in einer Hand liegen und es damit zu einer staatlichen Gewaltenverschmelzung zwischen legislativen und exekutiven Elementen kommt, kann an dieser Stelle nicht ausdrücklich genug betont werden. Die durch den „Controlled Substances Act“ festgelegten Strafmaße reichen von Geldstrafen bis hin zur Todesstrafe. Das Strafmaß variiert dabei in Abhängigkeit von der Drogenmenge, der Absicht, die sich mit dem Besitz von Drogen verbindet (z. B. Eigenkonsum vs. Handelsabsicht) und der Kategorie der Substanz. Von besonderem Interesse sind Substanzen der Schedules I und II, auf die sich die nachstehenden Ausführungen beziehen. Der bloße Besitz dieser Drogen kann bei Erstdelikten mit einer Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr und/oder einer Geldstrafe von mindestens 1.000 US-Dollar geahndet werden. Bei einer Zweitverurteilung ist ein Freiheitsentzug von mindestens 15 Tagen bis zu zwei Jahren vorgesehen und bei einer Drittverurteilung von mindestens 90 Tagen bis zu drei Jahren. Der gesetzliche Strafrahmen bezüglich der Herstellung, des Handels und des Besitzes von Drogen mit Handelsabsicht ist besonders hoch, zudem können die Strafen nicht zur Bewährung („parole“) ausgesetzt werden. Anhand einer bestimmten Drogenmenge wird automatisch auf eine Handelsabsicht geschlossen. Anders als im deutschen Recht, mit dem der Wirkstoffgehalt zur Festlegung des Strafmaßes herangezogen wird, unterscheidet das US-amerikanische Recht nicht zwischen Drogenmenge und Wirkstoffgehalt. Hier gilt der Grundsatz der „detectable amount“, d. h. sobald die beschlagnahmten Drogen einen Wirkstoffgehalt aufweisen, gilt die komplette Drogenmenge als Grundlage der Strafzumessung. Delikte, bei denen z. B. mehr als 100 g Heroin, 500 g Kokain oder 28 g (zuvor: 5 g) Crack involviert sind, werden bei einem Erstvergehen mit einem Freiheitsentzug von mindestens fünf Jahren bis maximal 40 Jahren bestraft, für eine Zweitverurteilung liegt der Strafrahmen bei minde-

stens zehn Jahren bis lebenslänglich (§841 (1) (B) CSA)⁸⁰. Für die Herstellung, den Besitz oder den Handel mit größeren Drogenmengen (z. B. 1 kg Heroin, 5 kg Kokain, 280 g Crack bzw. zuvor 50 g Crack) liegen die Strafmaße für Erst- und Zweidelikte bei mindestens zehn bzw. mindestens 20 Jahren bis zu einer lebenslänglichen Freiheitsstrafe, für jedes weitere Vergehen ist die Mindeststrafe ein lebenslänglicher Freiheitsentzug (§841 (1) (A) CSA). Wie im deutschen BtMG wird als strafverschärfend bewertet, wenn die Abgabe von Drogen an Minderjährige erfolgt, Minderjährige an Drogentransaktionen beteiligt werden oder der Handel mit Drogen in der Nähe von Schulen, Universitäten, Spielplätzen etc. stattfindet. In diesen Fällen verdoppeln sich die Strafmaße bei einer Erstverurteilung und verdreifachen sich bei jeder weiteren Verurteilung (§859, §860, §861 CSA). Die Mitgliedschaft in einer kriminellen Drogenorganisation wird mit einer Inhaftierung von mindestens 20 Jahren bis lebenslänglich bestraft, eine erneute Straffälligkeit mit mindestens 30 Jahren bis lebenslänglich. Dem „Kopf“ einer kriminellen Organisation („kingpin“) droht bereits bei der Erstverurteilung eine lebenslange Freiheitsstrafe (§848 (b) CSA). Die Todesstrafe kann verhängt werden, wenn zur Aufrechterhaltung der kriminellen Organisation ein Mord begangen oder in Auftrag gegeben wurde, d. h. zum Beispiel ein Beamter der Strafverfolgungsbehörden getötet oder dessen Tötung in Auftrag gegeben wurde, um eine (weitere) Strafverfolgung oder Verurteilung zu verhindern (§848 (e) CSA).

Im Gegensatz zum BtMG ist im „Controlled Substances Act“ die Möglichkeit einer Strafaussetzung zugunsten einer Therapie nicht festgeschrieben, wenngleich einzelne Bundesstaaten (wie z. B. Kalifornien, Maryland und Ohio) die Möglichkeit des „treatment in lieu of conviction“ in ihren Gesetzgebungen verankert haben.⁸¹ Mit den „drug courts“, die Ende der 1980er/Anfang der 1990er Jahre als Reaktion auf die mit Drogenstraftätern überfüllten Gefängnisse implementiert wurden, existiert jedoch eine Institution, die eine Haftstrafe zugunsten eines intensiv justiziell überwachten Behandlungsprogramms aussetzen kann (vgl. Nolan 2002: VII).

Neben den hohen Strafmaßen kann der Anteil an öffentlichen Ausgaben, der in die Strafverfolgung illegaler Drogen fließt, als weiteres Indiz für die repressive Ausrichtung der deutschen und US-amerikanischen Drogenpolitik angesehen werden. Nach Schätzungen von Mostardt et al. (2009) werden in Deutschland 65% bis 70% der jährlichen öffentlichen Ausgaben für Interventionen im Bereich illegaler Drogen auf die Strafverfolgung verwendet. Insgesamt fließt rund ein Zehntel der öffentlichen Gesamtausgaben für die öffentliche Sicherheit und Ordnung in den Bereich „illegale Drogen“. In den USA

⁸⁰ Die gleichen Strafmaße galten bis 2010 für den Besitz von 3 g Crack, wenn es sich um eine Zweitverurteilung handelte, sowie für ein Gramm der Substanz bei einer Drittverurteilung (§844 (a) CSA).

⁸¹ 1966 wurde zwar der „Narcotic Addict Rehabilitation Act“ als nationales Gesetz erlassen, womit eine Strafaussetzung zugunsten einer Therapie für harmlose Drogendelikte (z. B. einfacher Drogenbesitz für den persönlichen Gebrauch) ermöglicht wurde, mit der Intensivierung des „war on drugs“ unter Reagan in den 1980er Jahren wurde diese gesetzliche Regelung jedoch wieder zurückgenommen (vgl. White 2005: 92f.).

ist die Aufteilung der Bundesgelder⁸² für Maßnahmen zur Drogenkontrolle im „National Drug Control Budget“ festgehalten: 2009 wurden knapp 7,8 Milliarden US-Dollar für die Strafverfolgung auf nationaler Ebene und mehr als zwei Milliarden US-Dollar für die Bekämpfung des internationalen Drogenhandels auf außenpolitischer Ebene aufgewendet – unter anderem für das Vorgehen der USA gegen die internationale Drogenproduktion durch die Zerstörung von Opium-, Coca- und Marihuanaplantagen oder die Unterstützung von Drogenanbauländern bei der Drogenbekämpfung.⁸³ Insgesamt machten repressive Maßnahmen einen Anteil von 65% des Gesamtbudgets (gut 15 Milliarden US-Dollar) aus (vgl. Executive Office of the President of the United States 2010).

In der Gesamtschau ist die Drogenpolitik der USA und Deutschlands als restriktiv einzuordnen, wenngleich sich anhand des gesetzlichen Strafrahmens die Drogenrechtsprechung in den USA als punitiver darstellt. Der im BtMG festgesetzte Grundsatz der „Therapie statt Strafe“ lässt sich ebenfalls als Ausdruck einer repressiven Drogenpolitik verstehen, da hiermit Zwangstherapien veranlasst werden. Noch deutlicher illustriert sich die strafende Komponente von Drogentherapien im US-amerikanischen „drug court“-System.

3.3.2 Drogenhilfe

Parallel zu den Bemühungen, das Drogenproblem vor allem strafrechtlich zu bearbeiten, formte sich in den USA und Deutschland die Drogenhilfe aus. Die Drogengesetzgebung legt dabei den Rahmen fest, in dem sich die praktischen Hilfen vollziehen.

In Deutschland wurde dem Gebrauch illegaler Drogen zunächst durch das medizinisch-psychiatrische Hilfesystem (Ärzterschaft, psychiatrische Einrichtungen und Krankenhäuser) begegnet, welches in erster Linie auf die Behandlung von Alkoholproblematiken ausgerichtet war. Die Behandlungsmodelle erwiesen sich für die „neue Gruppe“ an Drogengebrauchern jedoch schnell als ungeeignet, sodass alternative Behandlungskonzepte entwickelt wurden (vgl. Kemmesies 1995a: 38; Schmid 2003: 110ff.). Neben der Medizin und Psychiatrie beanspruchte seit Anfang der 1970er Jahre auch die Jugendhilfe ihre Zuständigkeit für das Drogenproblem und richtete erste ambulante

⁸² Ein größerer Anteil der Ausgaben für Drogeninterventionen wird von den einzelnen Bundesstaaten aufgebracht (vgl. Miron 2008), hierzu liegt jedoch kein zusammenfassender Bericht vor.

⁸³ An dieser außenpolitischen Orientierung illustriert sich die bereits mit der Entstehung der Opiumfrage zu beobachtende zentrale Prämisse der US-Drogenpolitik, dass die internationale Bekämpfung der Drogenherstellung und des Drogenhandels letztlich die Verfügbarkeit illegaler Drogen und damit auch deren Konsum in den USA reduzieren soll (vgl. Wyler 2008: 2). Die USA üben dabei starken Druck auf die Drogenanbauländer (im Wesentlichen: die Länder Lateinamerikas und Mexiko) aus, indem sie ihre finanzielle und wirtschaftliche Unterstützung daran knüpfen, dass die Länder bei der Drogenbekämpfung vollständig kooperieren. Wird eine solche Kooperation verwehrt, werden Teile der Wirtschaftshilfe gestrichen und es können weitere wirtschaftliche Sanktionen verhängt werden. Deutschland setzt in seiner außenpolitischen Drogenpolitik demgegenüber weniger auf repressive Maßnahmen gegen die Anbauländer, sondern vor allem auf die Entwicklungspolitik (vgl. Friesendorf 2001: 15).

Drogenberatungsstellen ein.⁸⁴ Die Anfänge der deutschen Drogenhilfe bestimmten jedoch vor allem Selbsthilfegruppen, die sich an dem aus England stammenden „Release“-Konzept orientierten. Diese ab 1970 entstehenden Initiativen arbeiteten zunächst vor allem auf dem Gebiet der Rechtshilfe, richteten aber schon bald auch Wohngruppen für Drogenkonsumenten ein. Kennzeichnend für die „Release“-Bewegung war ihre kritische Einstellung gegenüber den gesellschaftlichen Institutionen, ihre Ablehnung psychiatrisch orientierter Therapiekonzepte zugunsten des Modells von „Selbsthilfe und Ex-User“ und ihr Versuch, eine differenzierte Sicht auf den Drogengebrauch zu vermitteln. Die Anhänger wiesen oftmals selbst eine gewisse Nähe zur Drogenszene und zur Jugendkultur auf, wodurch sie, anders als die Medizin, die Psychiatrie und die Jugendhilfe, nicht mit der großen kulturellen Distanz zwischen „Hilfeanbietern“ und „Hilfeempfängern“ zu kämpfen hatten. Die traditionelle Lücke zwischen Arzt und Patient bzw. zwischen Therapeut und Klient sollte durch das Prinzip der Solidarisierung aufgehoben und ersetzt werden. Die Mehrzahl der Initiativen waren dabei keine „drogenfreien Einrichtungen“ (vgl. Kemmesies 1995a: 38; Bader 2002: 396; Schmid 2003: 130ff.).

Mit dem Aufkommen der Heroinproblematik und einer damit einhergehenden Veränderung der Konsumentenstruktur entstanden ab 1973 weitere therapeutische Wohngruppen. Diese orientierten sich nun jedoch verstärkt an dem Vorbild der drogenfreien „Therapeutischen Gemeinschaften“, wie sie in den USA bereits in den 1950er Jahren entstanden waren. Zwar waren diese Gemeinschaften ebenso von dem Aspekt der Selbsthilfe geprägt, im Gegensatz zu den „Release“-Gruppen setzten sie jedoch auf ein autoritäres, konfrontatives Konzept, ein hierarchisches Stufenmodell und beschäftigten zunehmend ausgebildetes Personal (vgl. Sickinger 1982: 27). Nach und nach wurden die „Release“-Gruppen von den „Therapeutischen Gemeinschaften“ verdrängt, aus denen sich schließlich im Verlauf der 1970er Jahre die Langzeittherapien entwickelten (vgl. Schmid 2003: 159). Nach Kemmesies (1995a: 48f.) lassen sich die Auflösung der „Release“-Bewegung und die Herausbildung der langzeittherapeutischen Einrichtungen im Kontext eines zunehmenden Professionalisierungsdrucks verorten, der durch die Förderprogramme der Bundesregierung (z. B. das „Großmodell zur Beratung und Behandlung drogen- und alkoholgefährdeter und -abhängiger junger Menschen“ von 1971 bis 1977) und deren wissenschaftliche Begleitforschung entstand und sukzessive zur Auflösung einer alternativen Drogenhilfe führte. Um eine Effizienzsteigerung der Drogenhilfe und eine Verbesserung der Arbeitskonzepte zu erreichen, wurden „Mindestkriterien“ (z. B. Führung von Klientenkarteien, Dokumentation individueller Behandlungsverläufe, Erstellung von Behandlungsplänen und Auflagen bezüglich personeller und räumlicher Ausstattung) formuliert, die seit Ende der 1970er Jahre

⁸⁴ Eine explizite Erwähnung findet die Beratung „drogengefährdeter“ und „drogenabhängiger“ Jugendliche als Aufgabenbereich der Jugendhilfe erstmals im Dritten Jugendbericht aus dem Jahr 1972 (vgl. Schmid 2003: 128).

die Bewilligungsgrundlage für die finanzielle Förderung von Beratungs- und Therapieeinrichtungen sind. Diesen bürokratischen Richtlinien stand ein relativ niedriger Organisations- und Institutionalisierungsgrad der „Release“-Gruppen gegenüber. Eine Rolle spielte ebenfalls, dass die finanzielle Förderung auf einem medizinischen Krankheitsverständnis von Abhängigkeit basierte, „Release“ diesen Krankheitscharakter aber immer bestritten und die Gründe einer Drogenabhängigkeit in gesellschaftlichen Ursachen verortet hatte. Schließlich bedingte auch die mit den Mindestkriterien festgelegte personelle Struktur der Einrichtungen – mindestens zwei ständige Mitarbeiter, einer davon ausgebildeter Arzt, Psychologe oder Sozialarbeiter mussten fortan pro Einrichtung tätig sein – zusammen mit weiteren auferlegten Dokumentations- und Verwaltungstätigkeiten deutliche Veränderungen des „Mitarbeiterprofils“ (vgl. hierzu auch Schmid 2003: 136).

Der Ende der 1970er Jahre einsetzende Professionalisierungsprozess war folglich mit einer deutlichen Verschiebung drogenpolitischer und drogentheoretischer Perspektiven verbunden. Hatte sich die „Release“-Bewegung in einem sozialpolitischen Kontext verortet und eine auf die Gesellschaft bezogene Phänomensicht propagiert, kam es nun zu einem Wiederaufleben der psychiatrisch-medizinischen Erklärungs- und Behandlungsmodelle und einer individuumzentrierten Sicht auf Drogengebraucher. Basis der Drogenarbeit wurde das Konzept der „defizitären Suchtpersönlichkeit“ und die Abstinenz zum festgelegten Ziel der beraterischen und therapeutischen Bemühungen (vgl. Kemmesies 1995a: 49). Ihre Entsprechung fanden diese Leit motive in der „therapeutischen Kette“ (Beratung > Entgiftung > Langzeittherapie > Nachsorge), die als „Königsweg“ der Behandlung Drogenabhängiger galt und aus der sich in den Folgejahren das Drogenverbundsystem entwickelte. Alternativen Behandlungsmodellen wurden durch die Finanzierungskriterien der Kostenträger (Krankenkassen, Rentenversicherungen, Sozialämter etc.) und ihren Ansprüchen an die konzeptionelle Gestaltung der Einrichtungen die Existenzgrundlage entzogen. Die Folge war eine zunehmende Vereinheitlichung der Drogenhilfe. Wesentlich dazu trug auch der mit der Novellierung des BtMG (1981) verabschiedete Grundsatz der „Therapie statt Strafe“ bei. Einrichtungen konnten unter Erfüllung bestimmter konzeptioneller Kriterien (primär: eine erhebliche Beschränkung der Lebensführung von verurteilten Drogenkonsumenten) eine staatliche Anerkennung erhalten, um Therapien zugunsten einer Strafaussetzung durchzuführen. Die Therapie so genannter Auflageklienten stellte dabei einen wichtigen ökonomischen Faktor für die Einrichtungen dar, weil hierüber der Zufluss an neuen Klienten und eine hohe Belegung gesichert werden konnten (vgl. Kemmesies 1995a: 50f.; Schmid 2003: 177f.). Der Behandlungsteil des BtMG brachte insofern für die Praxis der Drogenhilfe weitreichende Folgen mit sich. Nicht nur fand eine andere Klientel Zugang zu den Einrichtungen, sondern es etablierte sich eine starke Verbindung zwischen Justiz und Therapie. In diesem Zusammenhang lässt sich vermuten, dass sich hierdurch

auch das Selbstverständnis der Drogenhilfemitarbeiter, zu einer stärkeren Kontrollabsicht und einem defizitären Blick auf die zu Behandelnden, wandelte.

Das Abstinenzparadigma und die Therapiekette dominieren bis heute die Drogenhilfandschaft in Deutschland. Gleichwohl hat seit Anfang der 1990er Jahre im Kontext einer zunehmenden Kritik an der Drogenpolitik und zahlreicher negativer Entwicklungen im Drogenbereich (insbesondere: Zunahme der HIV-Infektionen und der Mortalitätsrate, Verelendungstendenzen, mangelnde Erreichbarkeit und Effizienz der Drogenhilfeangebote etc.) eine Ausdifferenzierung der deutschen Drogenhilfe stattgefunden. Neben der Implementierung von geschlechtsspezifischen Behandlungsmodellen betrifft dies vor allem die Einrichtung von Methadonprogrammen und weiteren „harm reduction“-Angeboten (wie Sprizentausch und Konsumräume) sowie in jüngster Zeit die staatliche Heroinabgabe. Mit diesen Angeboten, die mittlerweile auch eine rechtliche Absicherung erfahren haben,⁸⁵ sollen die negativen Auswirkungen des Drogenkonsums und der Strafverfolgung für die Gebraucher abgemildert werden.

In diesem Zusammenhang ist jedoch auch hervorzuheben, dass die Drogenhilfe in Deutschland weniger ein einheitliches nationales Gebilde ist, sondern sich zwischen den einzelnen Bundesländern und Regionen äußerst heterogen gestaltet. Die regionalspezifische Ausgestaltung der Drogenhilfe lässt sich dabei einerseits als Reaktion auf regionale Szenestrukturen und eine „Problemkonzentrierung“ verstehen, andererseits spiegeln sich hierin auch die spezifischen drogenpolitischen Leitbildorientierungen und das drogenpolitische Wollen und Können der einzelnen Bundesländer und Kommunen wider (vgl. Kemmesies 1995a: 36f.). Vor diesem Hintergrund lässt sich die Ausdifferenzierung der Drogenhilfe in Folge der HIV-Problematik und der Diskussion um alternative Drogenhilfekonzeppte in Form der „harm reduction“ sowie die Herausbildung regional unterschiedlicher drogenhilfepraktischer Zugänge erklären, wie sie sich beispielsweise für Frankfurt am Main (mit einem weitläufigen Ausbau niedrigschwelliger Angebote) und München bzw. Bayern (wo keine Konsumräume existieren und auch sonstige niedrigschwellige Angebote in nur geringem Umfang bestehen) feststellen lassen.

Richtet sich der Blick auf die Entwicklung der Drogenhilfe in den USA, so lässt sich feststellen, dass auch hier anfänglich ein medizinisch-psychiatrischer Behandlungsansatz dominierte. Bereits in den 1930er Jahren waren so genannte „narcotic farms“ eröffnet worden, in denen die Behandlung durch Psychiater und Ärzte erfolgte. Obwohl prinzipiell für alle Drogenkonsumenten offen, waren die Einrichtungen jedoch vor allem gesonderte Haftanstalten für verurteilte Drogenstraftäter – nur wenige Drogengebraucher unterzogen sich hier freiwillig einer Behandlung (vgl. Brown 1990: 52; Musto

⁸⁵ So wurde z. B. durch die Änderung des BtMG im Jahr 2000 die Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen (§10 a BtMG) erteilt. 2009 hat der Deutsche Bundestag das „Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung“ beschlossen, das durch eine Änderung des BtMG die rechtlichen Voraussetzungen für die Überführung der staatlichen Heroinvergabe in die Regelversorgung geschaffen hat.

1999: 204ff.).⁸⁶ Ab Mitte der 1950er Jahre entstanden zusätzliche Behandlungsprogramme in Krankenhäusern, die sowohl eine medizinische und psychosoziale Betreuung als auch eine ambulante Nachsorge für Drogenkonsumenten anboten (vgl. Brown 1990: 53). Den Beginn eines alternativen, nicht medizinisch-psychiatrisch ausgerichteten Hilfeansatzes markierte die Gründung von Synanon (1958), der ersten drogenfreien und auf dem Prinzip der Selbsthilfe basierenden „Therapeutischen Gemeinschaft“. Im Anschluss an Synanon entstanden weitere derartige Einrichtungen (z. B. Daytop 1964, Phoenix House 1967). Zentrale Charakteristika dieser Gemeinschaften sind – neben der Voraussetzung der Drogenabstinenz – das intensive und abgeschottete Zusammenleben von Drogenkonsumenten, Ex-Usern und teils Professionellen, die konfrontativen Formen der Gruppentherapie sowie ein strenges hierarchisches Stufenkonzept mit zugehörigen Rechten und Pflichten. Der Ursprung der „Therapeutischen Gemeinschaften“ lässt sich in Selbsthilfegruppen wie den „Alcoholics Anonymous“ (AA, gegründet 1935) und den „Narcotics Anonymous“ (NA, gegründet 1953) verorten. Dederich, der Gründer von Synanon, war selbst ehemaliges Mitglied der Anonymen Alkoholiker. Derartige Selbsthilfegruppen mit ihren „12-Schritte-Programmen“ haben eine lange Tradition und nehmen auch heute noch, ebenso wie die „Therapeutischen Gemeinschaften“, einen wichtigen Stellenwert im US-amerikanischen Drogenhilfesystem ein. Die in den USA am weitesten verbreitete Behandlungsform einer Drogen- bzw. Heroinabhängigkeit ist jedoch die Methadonsubstitution (vgl. Faupel et al. 2004: 381; Wechsberg et al. 2007: 1). Bereits Mitte der 1960er Jahre wurden erste Substitutionsprogramme in den USA eingeführt (vgl. Dole/Nyswander 1965), bis Anfang der 1970er Jahre hatte sich die Methadonbehandlung auch landesweit etabliert (vgl. Inciardi/McElrath 2008: 407f.). Die Substitutionsprogramme unterliegen dabei strikten Regularien und können als relativ hochschwellige Behandlungsform eingeordnet werden. So dürfen nur spezielle, staatlich anerkannte Methadonkliniken eine Substitution durchführen, eine Verschreibung durch niedergelassene Ärzte ist, anders als in Deutschland, nicht möglich. Darüber hinaus sind die Kliniken dazu verpflichtet, umfangreiche psychosoziale Begleitmaßnahmen anzubieten und regelmäßige Urinkontrollen durchzuführen (vgl. Wechsberg et al. 2007: 2f.).

Das Bild der Drogenhilfe in den USA komplettieren teilstationäre und ambulante drogenfreie Behandlungsangebote – die von Entzugskliniken über Krisenzentren bis hin zu ambulanten Beratungs- und Therapieeinrichtungen reichen – sowie die bereits erwähnten „drug court“-Programme, die anstelle einer Inhaftierung (wenn es sich um eine Verurteilung wegen eines gewaltfreien Drogendelikts handelt) angeordnet werden können (vgl. Faupel et al. 2004: 395ff.). Das Besondere der „drug courts“ liegt in der starken richterlichen Überwachung des Behandlungsprozesses. Neben regelmäßigen Drogenkontrollen und der Teilnahme an Selbsthilfegruppen, Einzel- und Gruppenthe-

⁸⁶ Anfang der 1970er Jahre wurden die letzten dieser Einrichtungen geschlossen.

rapien müssen die „Auflageklienten“ regelmäßig vor dem Richter erscheinen, um ihn über den Fortgang ihrer Behandlung zu informieren. Verletzungen der Auflagen (z. B. Drogenrückfälle, versäumte Therapiesitzungen oder Gerichtstermine) werden entsprechend geahndet, wobei die Sanktionen von einer Erhöhung der Therapiesitzungen bis hin zur Inhaftierung reichen können (vgl. Nolan 2002: VIIff.; Roper 2007: 6ff.).

Ein deutlicher Unterschied zum deutschen Drogenhilfesystem lässt sich für die USA dahingehend konstatieren, dass die Herausbildung einer schadensmindernden Drogenhilfe fast gänzlich fehlt. Zwar existieren seit Ende der 1980er bzw. Anfang der 1990er Jahre in einzelnen Bundesstaaten Spritzentauschprogramme, Konsumräume oder eine staatliche Heroinvergabe gibt es jedoch nicht und derartige Angebote sind unter den derzeitigen rechtlichen Bedingungen und dem öffentlichen Meinungsklima auch kaum vorstellbar. Zudem wird die Effizienz von Spritzentauschprogrammen durch die Drogengesetzgebung stark beeinträchtigt, da nach dem „Controlled Substances Act“ bereits der Besitz einer gebrauchten Spritze, in der sich Rückstände einer illegalen Substanz befinden, den Straftatbestand „Drogenbesitz“ erfüllt (vgl. Burris et al. 2002: 94ff.; Smoyer/Blankenship 2004: 5).⁸⁷ Darüber hinaus stellt, wenngleich nicht im „Controlled Substances Act“ festgeschrieben, in zahlreichen Bundesstaaten auch der generelle Besitz von Drogenparaphernalia eine Straftat dar.⁸⁸ Erst im Dezember 2009 wurde zudem das seit 1988 bestehende Verbot einer staatlichen Finanzierung von Spritzentauschprogrammen aufgehoben.

Wird anhand der beiden dargestellten Kontrolldimensionen „Drogengesetzgebung“ und „Drogenhilfe“ eine abschließende Klassifizierung der gegenwärtigen deutschen und US-amerikanischen Drogenpolitik vorgenommen, so müssen beide Länder einem Kriminalisierungsmodell zugeordnet werden. Als Indizien hierfür können die jeweilige Drogengesetzgebung, die Höhe und Art der Strafmaße, die Verhängung von Zwangstherapien sowie die finanzielle Ausstattung des Verfolgungsapparates gelten. Dennoch lassen sich ebenso vergleichsweise deutliche Unterschiede feststellen, die insbesondere auf die Entwicklungen der deutschen Drogenpolitik in den letzten zwanzig Jahren zurückzuführen sind. So hat sich in Deutschland eine stärkere Medizinalisierung des Drogenkonsums entwickelt und ein Ausbau von schadensreduzierenden Angeboten stattgefunden. Eine vergleichbare Entwicklung lässt sich für die USA nicht beobachten. Dementsprechend stellt sich die deutsche Drogenpolitik mittlerweile stärker als eine Mischform aus den oben beschriebenen Ansätzen der Kriminalisierung, Pathologisierung und Neutralisierung dar – Prävention, Beratung/Therapie, Schadensminderung sowie Angebotsreduzierung/Repression bilden die vier drogenpolitischen Säulen. Die Drogenpolitik der USA ist hingegen nach wie vor weit stärker auf das Strafrecht als In-

⁸⁷ Einige Bundesstaaten, wie New York, haben dies mittlerweile (unter bestimmten Voraussetzungen) in ihrer Gesetzgebung geändert (vgl. Kap. 8).

⁸⁸ Der „Controlled Substances Act“ stellt lediglich den Verkauf von Drogenparaphernalia unter Strafe. Eine Übersicht zu der jeweiligen Rechtsprechung der einzelnen Bundesstaaten findet sich unter <http://www.temple.edu/lawschool/phrhcs/map.htm> (abgerufen am 23.02.2010).

strument der Drogenkontrolle fokussiert, wenngleich auch hier Behandlungs- und Präventionsangebote existieren.

Ungeachtet dieser drogenpolitischen Umgestaltungen lässt sich jedoch weder in Deutschland noch in den USA eine wirkliche Veränderung der drogenpolitischen Leitbilder erkennen – nach wie vor dominiert eine undifferenzierte Sicht auf den illegalen Drogenkonsum. Eine öffentliche Auseinandersetzung über die Lebens- und Konsumbedingungen von Drogengebrauchern findet ebenso wenig statt, wie ein veränderter gesellschaftlicher Umgang mit Drogenkonsumenten, weg von einer sozialen Stigmatisierung und Marginalisierung hin zu mehr Akzeptanz und Toleranz. Nachfolgend sollen deshalb Überlegungen für eine sinnvollere, zielgerechtere und zielgerichtetere Drogenpolitik formuliert werden, mit der eine Reduzierung des Drogenproblems erreicht werden könnte.

3.4 Reformansätze als Versuche das Drogenproblem zu dekonstruieren

Wie gezeigt wurde, ist das Verbot bestimmter Substanzen weniger in deren pharmakologischen Eigenschaften oder Gefährlichkeiten begründet, sondern in einem historischen Gewachsensein der sich mit den Substanzen verbindenden Symbolik, die von verschiedenen Akteuren und Interessengruppen hervorgebracht wurde. Es ist letztlich diese Symbolik, auf der die Implementierung von Maßnahmen der sozialen Kontrolle beruht. Umgekehrt tragen die mit der Drogenkontrolle beauftragten Instanzen zur Festigung und Aufrechterhaltung dieser Symbolik bei (vgl. Dollinger/Schmidt-Semisch 2007: 21).

Wenngleich sich die US-amerikanische und deutsche Drogenpolitik noch bis in die 1960er Jahre zum Teil deutlich unterschieden – maßgeblich hierfür waren die unterschiedlichen Positionen beider Länder im Welthandelsgeschehen und eine unterschiedliche Bewertung der Drogenproblematik – wurde die Negativsicht auf den Drogengebrauch auch in Deutschland vorangetrieben. Ab Mitte der 1960er Jahre begannen sich die drogenpolitischen Leitbilder der USA und Deutschlands immer stärker anzunähern. Dem jugendlichen Drogengebrauch und seiner Einbettung in eine, die etablierten Werthaltungen ablehnende Protest- und Subkultur wurde vor allem in Form eines harten justiziellen Durchgreifens begegnet. Diese repressiven Reaktionsformen verfestigten sich zu einer Verbots- und Kontrollpolitik, die sich vor allem der Strategie des „more of the same“ bediente. Sukzessive wurde der sachliche und personale Geltungsbereich der Drogenkontrolle ausgeweitet und die Drogenstrafverfolgung sowie die Drogenhilfe etabliert. Die verbotsorientierte Kontrollpolitik zog dabei eine abstinenzorientierte Behandlungskonzeption nach sich.

Der Prozess der Ausweitung und Verschärfung der Drogenpolitik lässt sich dabei als Wechselbeziehung zwischen „Problemkontrolle“ und „Problemsicht“ charakterisieren: Die Implementierung von Drogenkontrollen beförderte eine Negativbewertung des Drogengebrauchs, die Forderungen nach einer Kontrollverschärfung nach sich zog. Die mit der Verschärfung der Drogengesetze und der Verfolgungspraxis verbundenen Effekte (u. a. Anstieg der Drogendelikte und Zunahme der gesundheitlichen Risiken des Drogengebrauchs) konnten zur weiteren Dramatisierung des Drogenproblems und als Beweis für die Gefährlichkeit von Drogen genutzt werden, womit wiederum härtere Kontrollmaßnahmen legitimiert wurden (vgl. Kemmesies 1995a: 12f.; Schabdach 2009: 157). Dieser bis heute anhaltende Kreislauf lässt sich mit Cohen (1990: 13) als „drogenpolitische Autolegitimation“ bezeichnen. Die wesentliche Triebkraft hierfür sieht er in dem wechselseitigen Stützungs-geschehen von Verfolgungs- und Behandlungsapparat verankert, mit dem beide Bereiche durch die Reproduktion der Drogenstigmata ihre Einfluss-sphäre insgesamt wie auch gegenüber der jeweils anderen Institution abzusichern und auszubauen suchen. Durch die staatlichen Kontroll- und Interventionsmaßnahmen und die hierfür geschaffenen Institutionen wird damit beständig eine Realität (re-)produziert, die eine Negativsicht auf den Drogengebrauch und ein auf Abstinenz ausgerichtetes drogenpolitisches Leitbild festschreibt. Während in den USA jedoch nach wie vor auf eine strikte Repression gesetzt wird, muss die Situation für Deutschland etwas relativiert werden. Im Zusammenhang mit der aufkommenden HIV-Problematik und einem starken Anstieg der Drogentotenzahlen formierte sich ab Mitte der 1980er Jahre in der Fachöffentlichkeit eine zunehmende Kritik an der Drogenpolitik, in deren Folge eine Pluralisierung und Ausdifferenzierung der drogenpolitischen Landschaft in Deutschland stattgefunden hat.⁸⁹ Die Implementierung schadensmindernder Angebote, wie sie auch von drogenpolitischen Organisationen in den USA seit Jahren gefordert wird, kann jedoch nicht darüber hinweg täuschen, dass sich hiermit keine wesentlichen Veränderungen des drogenpolitischen Konsens verbinden und es sich lediglich um eine „partielle Korrektur der Total-Prohibition“ (Nestler 1998: 702) handelt.

Im Rahmen einer kritischen Drogenforschung, wie sie sich in Deutschland und den USA entwickelt hat, werden die zahlreichen kontraproduktiven Effekte der Drogenprohibition akzentuiert (vgl. hierzu die US-amerikanischen Arbeiten u. a. von Szasz 1992, 1998; Nadelmann 1992a, 1992b, 1999; Barnett 1998; Trebach 2005 sowie die deutschen Arbeiten u. a. von Quensel 1982; Scheerer 1984; Schmidt-Semisch 1990, 1992a, b; Stöver 1994; Schneider 2000). Ausgehend von einem konstruktivistischen

⁸⁹ Erwähnt sei an dieser Stelle, dass der Begriff der „Drogenpolitik“ in Deutschland einem allmählichen Bedeutungswandel unterliegt. Während bis Ende der 1990er Jahre nur illegale Drogen im Mittelpunkt des politischen Interesses standen, rücken seit einigen Jahren auch Problematiken durch legale Substanzen, gemeinsame Aspekte aller Drogen (z. B. in der universellen Prävention oder bei Patienten mit Mehrfachmissbrauch) sowie die so genannten stoffungebundenen Süchte (z. B. pathologisches Glücksspiel) stärker in den Fokus (vgl. Pfeiffer-Gerschel et al. 2008: 1).

Verständnis stehen nicht die Drogenkonsumenten im Betrachtungsfokus, sondern die sozialen und soziokulturellen Faktoren des Drogengebrauchs, die negativen Effekte der Drogenpolitik und die stigmatisierenden Einflüsse der Kontrollinstanzen. Das Drogenproblem wird in erster Linie als Drogenpolitikproblem begriffen, da erst mit der Illegalisierung Konsumbedingungen geschaffen werden, die für einen Großteil der mit dem Drogenkonsum einhergehenden Schäden und Risiken verantwortlich sind (vgl. Schmidt-Semisch 1990: 73).

„Beim Drogenproblem handelt es sich nicht um ein Problem der Drogen, sondern um ein Problem des sozialen Umgangs damit, um ein Drogenpolitikproblem. Nicht die illegalen Drogen sind ursächlich für die Sozialschäden, die zur Legitimierung der Drogengesetze und der Verfolgungspraxis herangezogen werden, sondern die Gesamtheit der Drogenpolitik konstruiert im Verlauf der Zeit die konkrete Realität des gesamten Problemfeldes“ (Böllinger o. Jhg. zit. nach Seubert 2005: 59).

Die prohibitive Ausgestaltung der Drogenpolitik und die gefahrenfixierte Wahrnehmung der verbotenen Substanzen führt dabei zu einer sich selbsterfüllenden Prophezeiung, da sie erst die Probleme schafft, die eigentlich verhindert werden sollen (vgl. Paul/Schmidt-Semisch 1998: 28). Unter den Bedingungen der Illegalität potenzieren sich die Risiken des Substanzkonsums um ein Vielfaches. Soziale Ausschließungsprozesse werden in Gang gesetzt, die zur Marginalisierung von Drogengebern führen⁹⁰ und kriminalisierte Drogensubkulturen hervorbringen. Die Illegalität fördert zudem die Verschiebung von natürlichen, schwach konzentrierten hin zu potenzierten und potenten Substanzen (vor allem aus Gründen der besseren Transportier- und Versteckbarkeit). Auf dem Schwarzmarkt kommt es zu hohen Drogenpreisen, wodurch finanzielle Notlagen der Konsumenten und illegale Formen der Geldbeschaffung – einhergehend mit einer weiteren Kriminalisierung und Marginalisierung – befördert und risikoreiche Applikationsformen (z. B. der intravenöse (i.v.) Konsum zur möglichst optimalen Ausnutzung des Wirkstoffgehalts anstelle des nasalen Konsums) begünstigt werden. Zusätzliche Gesundheitsrisiken entstehen durch fehlende Qualitätskontrollen: Drogen mit erheblich schwankenden Reinheitsgehalten und unkalkulierbaren Beimischungen von teils hochgiftigen Stoffen werden auf dem Schwarzmarkt gehandelt. Die Folgen hiervon sind Gesundheitsschäden bis hin zu tödlichen Überdosierungen. Eine Reihe weiterer gesundheitlicher Risiken lassen sich auf die stressbelasteten und unhygienischen Konsumbedingungen zurückführen, wie sie vor allem mit dem Setting der Straßenszene assoziiert sind. Angesprochen sind hiermit unter anderem die Bildung von Abszessen sowie deutlich erhöhte Risiken für HIV, Hepatitis oder andere Infektionskrankheiten. Und schließlich müssen auch Gewalt und Aggressionen, die wesentlich das Geschehen in Drogensubkulturen (vor allem im Kontext des Drogenhandels) bestimmen, als Effekte der Kriminalisierung gewertet werden.

Wenn also angenommen werden kann, dass erst die prohibitive Drogenpolitik das Drogenproblem schafft, stellt sich die Frage, welche alternativen Strategien zu einer

⁹⁰ Dass die Risiken des Drogengebrauchs durch eine soziale Integration deutlich gesenkt werden, konnte unter anderem Zinberg (1984) nachweisen.

Entschärfung bzw. Dekonstruktion des Drogenproblems beitragen können. Es liegt dabei auf der Hand, diese Strategien in einer Herabsetzung (Entkriminalisierung) oder Aufhebung der Prohibition (Legalisierung) zu verorten. In diesem Zusammenhang lässt sich zunächst grundsätzlich die Frage nach der Legitimität der Drogenprohibition stellen. Diese kann sowohl unter wertrationalen als auch unter zweckrationalen Gesichtspunkten angezweifelt werden (vgl. Nadelmann 1992a: 85ff.; Nestler 1998: 697ff.; Hess 2008: 375ff.; Kleber/Inciardi 2008: 482ff.).

Die wertrationale Betrachtung wirft die Frage auf, inwiefern eine Drogenprohibition überhaupt verfassungsgemäß ist. Seitens der Prohibitionsgegner wird hierbei auf die Verletzung des verfassungsrechtlich garantierten Rechts auf Selbstbestimmung und die freie Entfaltung der Persönlichkeit verwiesen, womit auch das Recht auf Selbstgefährdung eingeschlossen ist (vgl. Wisotsky 1986: 201; Bauer/Bossong 1992: 81). Handlungen, die keinen Dritten gefährden, sondern allenfalls nur den Handelnden selbst, müssten dem liberalen Grundsatz folgend, straffrei sein.⁹¹ Formell ist dies in der deutschen und US-amerikanischen Rechtsprechung auch der Fall, da der eigentliche Konsum illegaler Drogen keiner Strafe unterliegt.⁹² Weil jedoch jeder andere Umgang mit Drogen (wie der Erwerb oder Besitz), der notwendigerweise mit dem Konsum verbunden ist, unter Strafantrohung steht, ist auch die Freiheit zum Konsum de facto beschnitten (vgl. Hess 2008: 377). Hinsichtlich des Aspekts der Selbstgefährdung wird das Drogenverbot damit begründet, dass Handlungen untersagt werden können, wenn sich hieraus der Schutz unmündiger, nicht eigenverantwortlich Handelnder (wie dies bei Minderjährigen der Fall sein könnte) ableiten lässt (vgl. Böllinger 1992: 157). Diese Legitimation beruht jedoch auf der Mutmaßung, dass der Erstkonsum von Drogen in Unkenntnis oder Fehleinschätzung der Folgen stattfindet, wobei diese Folgen pauschal in einer Abhängigkeitsentwicklung gesehen werden und eine Drogenabhängigkeit grundsätzlich mit dem Verlust der Eigenverantwortlichkeit assoziiert wird (vgl. Nestler 1998: 717). Ignoriert wird hierbei die sozialwissenschaftliche Forschungslage, die belegt, dass bei einem Großteil der Konsumenten der Drogengebrauch weder mit Kontrollverlust noch mit einer Abhängigkeitsentwicklung einhergeht und sich zudem selbst eine Abhängigkeit nicht universell als der unwiderstehliche, die individuelle Autonomie und Willensfreiheit aufhebende Zwang charakterisieren lässt (vgl. u. a. Lindesmith

⁹¹ Zurück geht dieser Grundsatz auf Mill (1859), der in seinem Werk „On Liberty“ festhält: „The only purpose for which power can be rightfully exercised over any member of a civilised community, against his will, is to prevent harm to others. His own good, either physical or moral, is not a sufficient warrant. Over himself, over his own body and mind, the individual is sovereign“ (ebd.: 13).

⁹² Wenngleich nach dem „Controlled Substances Act“ auch in den USA nicht der Konsum selbst, sondern lediglich die Herstellung, der Besitz und die Weitergabe bzw. der Verkauf illegaler Substanzen strafbar ist (vgl. Carlan et al. 2010), kann die Gesetzgebung einzelner Bundesstaaten davon abweichen. So entschied beispielsweise im Jahr 2004 der Supreme Court in South Dakota, dass bereits ein positiver Drogentest den Straftatbestand des Drogenbesitzes erfüllt (vgl. State of South Dakota v. Joshua Schroeder 2004).

1938⁹³; Zinberg 1984; Harding 1982; Waldorf et al. 1991; Kemmesies 2004). Auch in diesem Punkt ist die drogenpolitische Legitimation somit höchst fragwürdig.

Zentraler Begründungstopos der US-amerikanischen und deutschen Drogengesetzgebung ist jedoch, dass auch die Freiheit von eigenverantwortlich handelnden Individuen beschnitten werden kann, wenn dies im Interesse der Allgemeinheit steht. Der Eingriff in die bürgerlichen Freiheitsrechte wird insofern mit der Gefahr für die Gesellschaft als Ganzes und dem drohenden Schaden für die Volksgesundheit gerechtfertigt.⁹⁴ Suggestiert wird, dass mit der Prohibition die Sozialschädlichkeit von Drogen eingedämmt wird. Eine derartige Legitimation ist jedoch aus mehreren Gründen nicht haltbar. So kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Aufhebung der Prohibition zwangsläufig mit einem Konsumanstieg („Dammbruchthese“) einhergeht. Zumindest im Hinblick auf die Entkriminalisierung von Cannabis in den Niederlanden ist eine derartige Entwicklung nicht festzustellen – hier ist die Konsumverbreitung beispielsweise deutlich niedriger als in den USA (vgl. Degenhardt et al. 2008: 1053ff.). Zweifelhaft ist auch die Argumentation, dass Drogenkonsumenten quasi automatisch einen die Gesellschaft schädigenden Lebensstil an den Tag legen, indem sie beispielsweise als wertvolle Arbeitskräfte verloren gehen und die Sozial- und Krankenversicherungssysteme belasten. Zu denken ist hier an die Mehrzahl der sozial integrierten Drogenkonsumenten oder an jene, die gerade zur (beruflichen) Leistungssteigerung psychoaktive Substanzen konsumieren. Die Legitimierung der Drogenprohibition auf der Grundlage, dass es sich beim Drogengebrauch um ein die Volksgesundheit schädigendes Verhalten handelt, lässt sich auch dadurch entkräften, dass andere Lebensstilformen, die ebenfalls als Belastung der sozialen Sicherungssysteme angesehen werden können (wie ungesunde Ernährung, Risikosportarten, fehlendes Ausbildungsniveau etc.), keiner strafrechtlichen Verfolgung unterliegen (vgl. Nestler 1998: 792; Hess 2008: 380). Das stärkste Argument gegen eine derartige Rechtfertigung der Verbotspolitik liegt aber sicherlich darin, dass unter dem Deckmantel der Sorge um die Volksgesundheit die Sozialschädlichkeit des Drogenkonsums nicht reduziert, sondern (z. B. durch die Erhöhung gesundheitlicher Risiken und sozialer Kosten durch die Strafverfolgung) potenziert wird. Der Staat missachtet hiermit das Grundrecht von illegalen Drogenkonsumenten auf körperliche Unversehrtheit:

„Ungeachtet der Illegalität bestimmter Drogen wäre der Staat aus diesem Gesichtspunkt auch verpflichtet, die Drogenrisiken an sich zu minimieren (...). Der Drogenkonsumierende hat jedenfalls Anspruch darauf, daß sein Zustand durch staatliche Maßnahmen nicht verschlechtert wird“ (Böllinger o. Jhg. zit. nach Seubert 2005: 39).

⁹³ Lindesmith (1938: 595) wies bereits Ende der 1930er Jahre darauf hin, dass „not all persons who are given opiates become addicts“.

⁹⁴ In der deutschen und US-amerikanischen Rechtsprechung findet sich dies darin wieder, dass jeglicher Besitz von Drogen aufgrund der Gefahr der Weitergabe strafbar ist und somit auf einen fiktiven Drittschädigten hingewiesen wird (vgl. Körner 1990: 511; Nestler 1998: 703ff.).

Zahlreiche Faktoren deuten somit auf eine Verfassungswidrigkeit der Drogenprohibition hin. Verletzt werden die Grundrechte derjenigen, die illegale Drogen konsumieren (wollen). Selbst wenn – entgegen dem Stand der Wissenschaft – eine den Drogen immanente Gefährlichkeit angenommen wird, fehlt es letztlich an einer den Eingriff in die Grundrechte legitimierenden Fremdgefährdung und Verletzung der überragenden Gesellschafts- und Gemeinschaftswerte. Eine Bevormundung des Bürgers, ob und welche Drogen er konsumieren will, ist somit nicht zu rechtfertigen.

Wird die Drogenpolitik unter zweckrationalen Aspekten betrachtet, so rückt eine Kosten-Nutzen-Analyse in den Fokus. Im Unterschied zur wertrationalen Frage danach, ob eine Prohibition überhaupt verfassungsgemäß ist, wird die Drogenpolitik hierbei hinsichtlich ihrer Zweck- und Zielerfüllung sowie der Herausbildung unerwünschter Nebenfolgen bewertet. Bezüglich der Zielerreichung kann dabei ein deutliches Scheitern konstatiert werden. Weder hat sich der Konsum illegaler Drogen in den letzten Jahrzehnten wesentlich reduziert, noch ist die Produktion und die Verfügbarkeit von Drogen gesunken (vgl. Reuter 2008: 475; United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) 2009). Der Nutzen der Drogenprohibition ist demnach, wenn überhaupt, nur als äußerst gering zu beurteilen. Dem gegenüber stehen die bereits angeführten erheblichen Kosten der Kriminalisierung. Hess (2008: 386ff.) weist diesbezüglich auf einen weiteren, in der Legalisierungsdebatte meist vernachlässigten Kostenpunkt der Prohibition hin – auf den entgangenen Genuss. Hess wendet sich damit gegen das Defizit-Paradigma als Erklärungshintergrund für den illegalen Drogengebrauch (trifft das Klischee des „in Sucht und Elend gefangenen Junkies“ doch nur auf eine kleine Minderheit der Konsumenten zu) und betont hingegen als Motivationshintergrund das hedonistische Paradigma, d. h. die positiven, angenehmen Effekte psychoaktiver Substanzen (vgl. hierzu auch Kappeler 2001: 279ff.).

Insgesamt muss eine rationale Kosten-Nutzen-Analyse der deutschen und US-amerikanischen Drogenpolitik zu dem Ergebnis kommen, dass dem geringen Nutzen der Prohibition hohe Kosten in Form zahlreicher kontraproduktiver Effekte gegenüberstehen. Insofern entziehen auch zweckrationale Überlegungen der Prohibition jegliche Legitimationsgrundlage. Es stellt sich daher die Frage, welchen Nutzen eine Entkriminalisierung oder Legalisierung von Drogen haben könnte.

Mit einer Entkriminalisierung würde der Umgang mit Drogen formal aus dem Strafrecht ausgegliedert. Drogen blieben weiterhin illegal, lediglich die im Zusammenhang mit dem Konsum stehenden Handlungen, wie Erwerb und Besitz, wären straffrei. Damit würde ein Teil der Drogenkriminalität wegfallen, sich eine partielle Entlastung der Strafverfolgungsbehörden und damit auch eine Reduktion der staatlichen Ausgaben für die Drogenkontrolle ergeben (vgl. Hess 2008: 391). Auf Konsumentenseite würde hieraus ein Rückgang der negativen Aspekte der Repression (z. B. Beschlagnahmung von Drogen, Strafverfolgungs- und Inhaftierungsrisiko etc.) resultieren. Da Drogen jedoch

weiterhin illegal wären, blieben sie einem Schwarzmarktgeschehen und den damit verbundenen Effekten und Risiken (hohe Preise, fehlende Qualitätskontrolle etc.) verhaftet. Beschaffungsdruck, Beschaffungskriminalität und Verelendung würden sich somit nicht wesentlich verringern (vgl. Schmidt-Semisch 1990: 74ff.).

Mit der Legalisierung fielen hingegen nicht nur die strafrechtlich definierte Drogenkriminalität weg, sondern auch die Beschaffungskriminalität sowie die sozialen und gesundheitlichen Risiken des Drogenkonsums dürften sich wesentlich reduzieren. Drogen unterlägen Qualitätskontrollen, womit Gesundheitsrisiken durch schwankende Reinheitsgehalte und Beimischungen von gesundheitsschädlichen Streckmitteln entfielen. Durch die Verfügbarkeit von Drogen zu angemessenen Preisen wäre der Beschaffungsdruck stark abgemildert und es könnten sich zudem risikoärmere Applikationsformen etablieren. Zudem wären die Konsumenten nicht mehr gezwungen, mangels Verfügbarkeit, auf andere Drogen auszuweichen. Unter den Bedingungen einer Drogenfreigabe könnten sich auch die sozialen Ausschließungsprozesse verringern, da Konsumenten nicht mehr kriminell wären und sich ein drogenzentrierter, durch den Beschaffungsdruck gekennzeichneter Lebensstil eher vermeiden ließe. Darüber hinaus würde sich mit einer Legalisierung auch die Möglichkeit einer sachlichen Aufklärung über die positiven und negativen Aspekte des Drogengebrauchs und die Vermittlung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Drogen eröffnen. Da sich mit der Legalisierung zu einem gewissen Teil auch der „Reiz des Verbotenen“ aufheben und Drogen dadurch an Attraktivität verlieren könnten, würde sich möglicherweise sogar ein Rückgang des Drogenkonsums ergeben. Auf Seiten des Staates lägen die Vorteile einer Legalisierung vor allem in einer deutlichen Kosteneinsparung, dies nicht nur auf dem Gebiet der Strafverfolgung, sondern vor allem auch im gesundheitlichen und sozialpolitischen Sektor. Durch die Besteuerung von Drogen, wie dies bei Alkohol und Tabak der Fall ist, könnten sogar staatliche Einnahmen generiert werden. Weiterhin würde sich die Möglichkeit bieten, das tatsächliche Ausmaß des Drogenkonsums zu erfassen und daran orientiert Interventionsmaßnahmen zu planen, die nicht durch den gesetzlichen Rahmen bestimmt sind, sondern sich an den wirklichen Bedürfnissen derjenigen orientieren, die Hilfe wollen. Insgesamt könnten damit das Drogengebrauchsphänomen und die Drogengebraucher aus dem Randbereich der Gesellschaft geholt und eine rationale öffentliche Debatte über psychoaktive Substanzen initiiert werden (vgl. Nadelmann 1992b: 19ff.; Hess 2008: 391ff.).

Die vorgeschlagenen Modelle zu einer Umsetzung der Legalisierung sind vielfältig und reichen von einer Totallegalisierung („freier Markt“) bis hin zu einer Partiallegalisierung, d. h. einem streng kontrollierten staatlichen bzw. medizinischen Abgabesystem (vgl. Schmidt-Semisch 1992b: 140; Nadelmann 1992a). Am sinnvollsten erscheinen Vorschläge, die eine Kontrollpolitik befürworten, die sich eng an der Vorgehensweise mit legalen Substanzen orientiert.

Sicherlich geht auch die Implementierung einer Politik der Legalisierung mit gewissen Nachteilen und Risiken einher. Das größte Risiko liegt wohl darin, dass sich mit einer Freigabe von Drogen auch deren Konsum erhöhen könnte. Angesichts der Tatsache, dass praktische Umsetzungen des Legalisierungsmodells fehlen, kann diesbezüglich keine Prognose aufgestellt werden. Zumindest mit Blick auf die Entkriminalisierung von Cannabis in den Niederlanden und Teilen der USA⁹⁵ kann jedoch vermutet werden, dass ein starker Anstieg der Konsumentenzahlen eher unwahrscheinlich ist und keine unmittelbare Korrelation zwischen Verfügbarkeit und Konsumnachfrage besteht (vgl. Reuband 1992: 26ff.). Zudem ist nicht davon auszugehen, dass ein potenzieller Konsumanstieg zwangsläufig mit einer Zunahme der damit assoziierten Problematiken einhergeht. Darüber hinaus hätte auch ein intensiver Drogenkonsum unter den Bedingungen der Legalisierung deutlich weniger gravierende soziale und gesundheitliche Konsequenzen, als dies unter der aktuellen Drogenpolitik der Fall ist (vgl. Hess 2008: 397f.).

Mit der Legalisierung könnte sich eine Drogenpolitik verbinden, die das Recht auf den Drogenkonsum einräumt und dabei zugleich die schädlichen Folgen des Konsums minimiert, adäquate Hilfen für kompulsive Konsumenten (wenn sie diese wollen) entwickelt und eine gesellschaftliche Integration und Akzeptanz von Drogengebrauchern fördert. Voraussetzung hierfür ist eine Politik der Entdramatisierung und Normalisierung, die einem Aufbrechen der drogenpolitischen Leitbilder und einer Dekonstruktion des Drogenproblems verpflichtet ist und zu einer Entmystifizierung des gesellschaftlichen Bilds von Drogengebrauchern beiträgt. Verkörpert in dem verelendeten Junkie setzt sich dieses Bild aus Vorurteilen und Halbwissen über die pharmakologische Wirkung und Gefährlichkeit von Drogen, über die Lebensumstände von Konsumenten und über Drogendealer zusammen. Diese Sicht auf Drogengebraucher und die Dämonisierung illegaler Drogen gilt es aufzubrechen. In diesem Sinne muss auch aufgezeigt werden, dass ein sozial unauffälliger Drogenkonsum möglich ist und dass die zu beobachtenden Auswirkungen, die vermeintlich auf die Drogen zurückzuführen sind, zu einem Großteil kontrollinduziert sind (vgl. Quensel 1982: 9; Stöver/Michels 1992: 99).

Es ist jedoch hervorzuheben, dass der gegenwärtige Drogendiskurs von einer derartigen Dekonstruktion des Drogenproblems weit entfernt ist. Nach wie vor werden die sekundären bzw. paradoxen Effekte der Drogenpolitik (vgl. Baratta 1990: 8; Hess 1991: 41f.) undifferenziert der pharmakologischen Wirkung und Gefährlichkeit von Drogen zugeschrieben. Der Blick auf Drogenkonsumierende ist durch eine defizit- und schadensfokussierte Perspektive bestimmt, mit der Unterschiede in den Drogenge-

⁹⁵ Bereits Mitte der 1960er Jahre begannen die meisten US-Bundesstaaten die Strafen für den Erwerb und Besitz von Cannabis zu reduzieren, bis Mitte der 1970er Jahre erfolgte dann eine weitere Strafreduktion. 1978 hatten 11 Staaten den Besitz kleiner Mengen Marihuana insofern „entkriminalisiert“, als die Strafe nur noch eine relativ geringe Geldbuße war (vgl. Reuband 1992: 25). Mittlerweile haben 16 Bundesstaaten den Konsum von medizinischem Marihuana legalisiert (vgl. http://norml.org/index.cfm?Group_ID=4516; abgerufen am 10.08.2011).

brauchsmustern verkannt und jeglicher Konsum von illegalen Drogen als Missbrauch gewertet wird (vgl. Böllinger 2003). Schon Anfang der 1980er Jahre hat Quensel darauf aufmerksam gemacht, dass wir uns bezüglich der Drogenpolitik in „Gedankengefängnissen“ (Quensel 1982: 23) bewegen, und diese Situation hat sich nur wenig geändert. Zudem muss auch auf die finanziellen und machtpolitischen Interessen der verschiedenen Akteure verwiesen werden, die von einem Weiterbestehen des Drogenproblems und der Prohibition profitieren. Es sind (auch oder gerade) diese Interessenkonstellationen, die eine Dekonstruktion der drogenpolitischen Leitbilder und eine Legalisierung von Drogen nur schwer möglich machen (vgl. Schmidt-Semisch 1990: 163ff.; Stöver/Michels 1992: 111).

4. Frauen und illegale Drogen: Nationaler und internationaler Forschungsstand

Nachdem anhand der historischen Betrachtung des Drogenproblems die Herausbildung der drogenpolitischen Leitbilder und deren Institutionalisierung in die Drogenkontrollstrategien nachgezeichnet wurden, wird in dem nun anstehenden Kapitel der Fokus auf Frauen als Konsumentinnen illegaler Drogen gerichtet und der nationale und internationale Kenntnisstand zu gender- bzw. frauenspezifischen Aspekten des Drogengebrauchsphänomens zusammenfassend dargestellt. Eingegangen wird dabei auf ätiologische Studien, die vor allem in Deutschland das Feld der frauenspezifischen Drogenforschung dominieren, sowie auf ethnographische Forschungsarbeiten, mit denen die Alltagswelt von drogenkonsumierenden Frauen in den Betrachtungsfokus rückt. Abschließend wird der Stand der international vergleichenden Drogenforschung dargestellt, der – soviel sei an dieser Stelle bereits vorweggenommen – insbesondere im Hinblick auf eine genderspezifische Perspektive durch ein gravierendes Forschungsdefizit gekennzeichnet ist.

4.1 Die Anfänge der frauenspezifischen Drogenforschung: Der defizitäre Blick auf Drogenkonsumentinnen

Lange Zeit wurden Frauen, die illegale Drogen konsumieren, in der sozialwissenschaftlichen Drogenforschung weitgehend ignoriert. Forschungsarbeiten konzentrierten sich entweder ausschließlich auf Männer oder bezogen Frauen nur am Rande mit ein, ohne geschlechtsspezifische Aspekte zu berücksichtigen. Noch bis Ende der 1970er Jahre war eine frauenspezifische Drogenforschung ein „non-field“ (Ettore 1992: 1).

Den Hintergrund für diese eingeschränkte Forschungsausrichtung bildete einerseits die Annahme, dass der Konsum illegaler Drogen in erster Linie ein unter Männern verbreitetes Phänomen sei, da Frauen als illegale Drogenkonsumentinnen kaum in Erscheinung traten. Andererseits wurde davon ausgegangen, dass der Drogengebrauch keine geschlechtsspezifischen Differenzen aufweise (vgl. ebd.: 17). Die Drogenforschung stellte damit de facto eine männerspezifische Forschung dar, mit der Ursachen und Verlaufsformen des Drogenkonsums sowie Ausstiegsmuster von Männern untersucht wurden und die hieraus abgeleiteten Präventions- und Interventionsangebote dementsprechend auf eine männliche Klientel zugeschnitten waren. Die Erkenntnisse wurden jedoch für beide Geschlechter generalisiert und „männerspezifische“ Suchtheorien und Präventionsstrategien schlicht auf Frauen übertragen (vgl. Dobler-Mikola/Zimmer-Höfler 1989: 103; Broom/Stevens 1991: 25; Inciardi et al. 1993: 17f.; Zurhold 1993: 15; Boyd 1994: 185; Pinkham/Malinowska-Sempruch 2008: 168).

Erst im Zuge der Frauenbewegung sowie im Kontext eines steigenden Konsums illegaler Drogen unter Frauen begann sich Ende der 1970er Jahre – in Deutschland etwas zeitverzögert Anfang der 1980er Jahre – ein Forschungsbereich zu formieren, der die Relevanz einer gendersensiblen Perspektive auf das Drogengebrauchsphänomen betonte und den Blick auf Frauen richtete.

In ihren Anfängen war die nationale und internationale frauenspezifische Drogenforschung darauf konzentriert, Ursachen, Bedingungsfaktoren und Problemkonstellationen der Drogenabhängigkeit von Frauen zu identifizieren, um aus diesen Erkenntnissen Präventions- und Interventionsangebote ableiten zu können. Dominiert wurden diese ätiologischen Erklärungen zunächst vor allem von persönlichkeitszentrierten, medizinisch-psychiatrischen Modellen, die den Drogengebrauch und Drogenmissbrauch als Ausdruck einer Persönlichkeitsstörung konzipieren (vgl. etwa Kappeler et al. 1999: 38). Eine derartige Störung, die zum Drogengebrauch und zur Entwicklung einer Abhängigkeit prädisponiert, gilt dabei entweder als anlagebedingt oder durch negative Kindheitsereignisse verursacht (vgl. kritisch hierzu u. a. Böllinger et al. 1995: 70f.).

„Nahezu alle Formen des (...) exzessiven und unkontrollierten Gebrauchs von Drogen scheinen in ursächlicher Verbindung mit den Empfindungen von Leere, Niedergeschlagenheit, Depressionen, Hoffnungslosigkeit bis hin zu Selbstmordideen zu stehen“ (Stein-Hilbers 1988: 43f.).

Eine Vielzahl von älteren und neueren Forschungsarbeiten stützt sich auf diese Argumentation, indem ein enger Zusammenhang zwischen kritischen Lebensereignissen, vor allem weiblichen Viktimisierungserfahrungen in der Kindheit oder Jugend, und einer späteren Drogenabhängigkeit hergestellt wird (vgl. u. a. Widom/Ames 1994; Chen et al. 2004; Haller/Miles 2004; Gahleitner/Gunderson 2008). Kritische Lebensereignisse werden dabei als geschlechtsspezifisch geprägt aufgefasst, weil Frauen signifikant häufiger als Männer über derartige Erfahrungen berichteten und diese weiblichen Erfahrungen auch deutlich häufiger im familiären Bereich angesiedelt seien. Dem Drogengebrauch wird die Bedeutung einer „Coping- bzw. Überlebensstrategie“ zugeschrieben, d. h. es wird darin ein Mechanismus vermutet, mit dem Frauen traumatische Lebensereignisse, emotionalen Stress oder psychische Probleme verdrängen oder betäuben (vgl. Suffet/Brotman 1976: 21ff.; Kurth 1988: 90ff.; Mondanaro 1989: 2f.; Wright 2002: 19f.; Haas/Enders-Drägässer 2003; Gahleitner/Gunderson 2008). So schreibt Kurth (1988: 90):

„Mädchen und Frauen, die von illegalen Drogen abhängig werden, versuchen damit zumeist Erfahrungen auszulöschen, ‚wegzudrücken‘, die ihnen die Möglichkeit der Bedürfnisbefriedigung, der physischen und psychischen Integrität und der Selbstachtung genommen haben“.

In den psychologischen Erklärungen wird der Drogenkonsum somit als Pathologie begriffen: Das als abhängig und krank definierte Individuum wird von der Verantwortung für das eigene Handeln entlastet, womit ihm jedoch auch jegliche Kontrollfähigkeit über das eigene Tun und damit jegliche Mündigkeit aberkannt wird. Nicht mehr die Person agiert, sondern ihr Handeln gilt als durch die Substanz determiniert. Die Interventionen

seitens der medizinisch-psychiatrischen Berufe können so auch gegen den Willen der Betroffenen legitimiert werden (vgl. Oppmann 2000: 31; Dollinger/Schmidt-Semisch 2007: 9).

Aus der Kritik an dieser individualistischen Bestimmung der weiblichen Drogenabhängigkeit, die als zu kurz greifend, eindimensional und ahistorisch angesehen wurde und die gesellschaftlichen Ursachen der Drogenabhängigkeit von Frauen verschleierte, entwickelten sich feministische, sozialisationstheoretische Erklärungsansätze. Diese verorten die Drogenabhängigkeit von Frauen nicht in individuellen Störungen, sondern in der weiblichen Sozialisation und den patriarchalen Gesellschaftsstrukturen. Als Ursachen einer Abhängigkeitsentwicklung gelten die auf Opferbereitschaft, Unselbstständigkeit und auf Anpassung an tradierte Normen ausgerichtete weibliche Sozialisation, die soziale Kontrolle und Sanktionierung „unweiblichen“ Verhaltens sowie die soziale Chancenungleichheit zu Lasten von Frauen (vgl. u. a. Lind-Krämer/Timper-Nittel 1992: 243; Ettore 1992: 5ff.; Ernst et al. 1995: 5). Mit der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung gehe nicht nur die weibliche Bindung an den Reproduktions- und Familienbereich einher, sondern damit verknüpft sei auch die geringe Wertschätzung der Berufstätigkeit von Frauen, ihre Chancenungleichheit gegenüber Männern in der Wahl des Arbeitsplatzes, ihre schlechtere Entlohnung und die Doppelbelastung.

„Die geringeren Wahlchancen von Frauen und die Einschränkung ihrer Handlungsmöglichkeiten durch die starke Bindung an Mann, Familie und Hausarbeit führen zu einem Leben aus zweiter (männlicher) Hand, in dem sich die Frau überwiegend über die Beziehung zum Mann identifiziert“ (Kolte 1996: 30).

Abhängigkeiten jeglicher Art werden zum Bestandteil der weiblichen Normalbiographie erklärt, die Drogenabhängigkeit wird lediglich als sichtbarer Ausdruck dieser Abhängigkeitsstrukturen verstanden (vgl. Lind-Krämer/Timper-Nittel 1992: 243). Prägnant illustriert sich diese Sichtweise bei Soltau (1984: 19), die schreibt: „Das was Frauen zu Frauen werden läßt, läßt sie auch zu suchtmittelabhängigen Frauen werden“. Frauen scheinen demnach in die verschiedensten Formen der Abhängigkeit „hineinsozialisiert“ zu werden (vgl. Ettore 1992: 20). Als ein wesentliches Ergebnis der weiblichen Sozialisation werden die Entwicklung passiver und emotionaler Verhaltensweisen sowie die Ausbildung mangelhafter Formen der Auseinandersetzung und Problemlösung angesehen. Demnach entwickelten Frauen eine starke Tendenz zur Personalisierung von Problemen, versuchten diese häufig individuell zu bewältigen, wobei sie Konflikte meist verinnerlichten und gegen sich selbst richteten (vgl. Stein-Hilbers 1988: 47). Frauen werden damit Formen der Problemlösung zugeschrieben, die sich auf ein passives Ertragen der Situation anstatt auf eine aktive Konfliktlösung und Situationsveränderung richten. Der Gebrauch psychoaktiver Substanzen wird dem weiblichen Repertoire der passiven Bewältigungsmuster zugeordnet, wobei die „Selbstmedikation“ mit Drogen wiederum als Beweis für die grundsätzliche Tendenz von Frauen zu selbstschädigenden Verhaltensweisen gilt (vgl. Soltau 1984: 19f.; Stein-Hilbers 1988: 49). Insbesonde-

re der Missbrauch von Medikamenten und Alkohol wird dabei als konform mit einer passiven, unauffälligen Form der weiblichen Problembewältigung verstanden. Der Konsum illegaler Substanzen und der hiermit einhergehende deviante bzw. subkulturelle Lebensstil wird demgegenüber als Flucht aus bisherigen Lebensbezügen und als Widerstand gegen die traditionelle Frauenrolle interpretiert, da sich hiermit die Wahl eines maskulinen, gesellschaftlich nicht akzeptierten Verhaltensmusters verbinde und zudem ein Kontext gewählt werde, der sich durch ein hohes Maß an Kriminalität und eine Männerdominanz auszeichnet (vgl. Soltau 1984: 20; Stein-Hilbers 1988: 42; Ettore 1992: 75; Zurhold 1993: 20). Feministische Theorien betonen in diesem Zusammenhang die „doppelte Devianz“, der Frauen hierbei unterliegen: Mit dem Konsum illegaler Drogen verstoßen sie nicht nur gegen gesetzliche Normen, sondern sie verhalten sich auch konträr zu denen mit der Frauenrolle verknüpften gesellschaftlichen Erwartungen und setzen sich somit über gesellschaftlich-moralische Standards hinweg (vgl. Broom/Stevens 1991: 25f.; Inciardi et al. 1993: 22ff.; Ernst et al. 1995: 18f.).

„In society's eyes, women as members of the illicit drug-using world of heroin have failed as women. As failures, they have abandoned their role as guardians of moral standards. (...) Women heroin users are appropriately victimized as one of the major perpetrators of the moral breakdown of society“ (Ettore 1992: 74).

Der Konsum psychoaktiver Substanzen wird folglich, abhängig von geschlechtsspezifischen Rollenerwartungen und Rollenzuschreibungen, gesellschaftlich unterschiedlich bewertet. Frauen, die illegale Drogen konsumieren, sind dabei offenbar deutlich stärker als Männer von sozialen Stigmatisierungsprozessen betroffen.

Sowohl persönlichkeitszentrierte als auch sozialisationstheoretische Ansätze sind durch eine defizitäre Perspektive auf Drogenkonsumentinnen gekennzeichnet. Der Drogenkonsum wird als Ausdruck einer Pathologie begriffen, deren Ursachen in einer gestörten Persönlichkeitsentwicklung oder Sozialisationsmängeln verortet werden (vgl. kritisch hierzu u. a. Sargent 1992: 25f.; Taylor 1993: 2ff.; Maher 1997: 1ff.; Zurhold 1998: 21f.). Trotz ihres Anspruchs, die gesellschaftlichen Ursachen der Drogenabhängigkeit von Frauen herauszustellen, bleiben letztlich auch sozialisationstheoretische Ansätze einer individualistischen und pathologischen Sicht auf Drogengebraucherinnen verhaftet, da auch hierin der Drogenkonsum als individuelles Bewältigungsmuster einer durch die Gesellschaftsstrukturen entstandenen defizitären weiblichen Persönlichkeit konzipiert wird. Frauen werden so auf einen Opferstatus reduziert. Das Fehlen von Selbstbestimmung, der Mangel an Handlungskompetenz und Abhängigkeiten jeder Art werden zum weiblichen Etikett. Indem Frauen in erster Linie über ihre Passivität und ihre Defizite definiert werden, wird das Stereotyp der Drogenkonsumentin als „pathetic, passive, psychologically or socially inadequate“ (Perry 1979: 1) kontinuierlich reproduziert. Damit führen gerade auch die sozialisationstheoretischen Erklärungen zu einer weiteren Verfestigung der ursprünglich kritisierten Pathologisierung von Weiblichkeit.

Die frauenspezifischen Erklärungsdimensionen des Drogenkonsums – ob dieser als Mittel zur Realitätsflucht, Selbstbetäubung und Selbstschädigung, als Form der Problemverdrängung, als Überlebensstrategie oder als Widerstand gegen die traditionelle Frauenrolle interpretiert wird – verweisen einheitlich auf ein problemzentriertes Konsummotiv. Drogengebraucherinnen wird damit jegliche Kontrollfähigkeit und Entscheidungsfreiheit in Bezug auf Drogen, wie auch hinsichtlich ihres Lebens insgesamt, aberkannt. Ignoriert wird dabei, dass ein Konsum psychoaktiver Substanzen auch abseits problematischer Lebenskontexte möglich ist (vgl. Zurhold 1993: 39; Hess/Behr 2001). Zu kritisieren sind die Erklärungsmodelle auch dahingehend, dass der Konsum illegaler Substanzen als ein objektiv problematischer Sachverhalt bewertet wird. Fragen nach der gesellschaftlichen Normentstehung und Problemdefinition des weiblichen Drogengebrauchs werden dabei ebenso wenig gestellt, wie Fragen nach den Effekten der Drogenkontrollpolitik auf Frauen.

4.2. Die Ausweitung der frauenspezifischen Drogenforschung im Kontext von HIV und AIDS

Hatte sich die frauenspezifische Drogenforschung in ihren Anfängen darauf konzentriert, mögliche Ursachen für die Drogenabhängigkeit von Frauen aufzudecken, führte die Mitte der 1980er Jahre aufkommende HIV- und AIDS-Problematik, verbunden mit hohen Infektionsraten unter Drogenkonsumentinnen, zu einem gesteigerten sozialpolitischen Interesse für frauenspezifische Belange. Unter der Prämisse, dass nur eine genaue Kenntnis der Lage von Drogengebraucherinnen die Voraussetzung für eine effektive HIV-Präventions- und Interventionspolitik schaffen könne, rückten Frauen verstärkt in den Blick der sozialwissenschaftlichen Drogenforschung.

In der Diskussion um HIV und AIDS gelten Drogenkonsumentinnen als besondere Risikogruppe. Vor allem die Beschaffungsprostitution wird dabei als frauenspezifischer Risikofaktor identifiziert. Vermutet wird, dass die Bedingungen, unter denen die Frauen der Sexarbeit nachgehen (intensiver Drogengebrauch, schlechter Gesundheitszustand, Obdachlosigkeit, Gefahr körperlicher und sexueller Übergriffe, soziale Stigmatisierung etc.), das Risiko für eine HIV-Übertragung wesentlich potenzieren (vgl. Baseman et al. 1999; El-Bassel et al. 2001; Spittal et al. 2003). Zudem wird davon ausgegangen, dass Drogenprostituierte aufgrund ihrer finanziellen Notlage und dem Beschaffungsstress in riskante Sexpraktiken einwilligen und einen inkonsequenten Kondomgebrauch aufweisen (vgl. Brakhoff 1989; Barnard 1993; Kleiber/Velten 1994; Gossop et al. 1994; Faugier/Cranfield 1994; Weeks et al. 1998). Beschaffungsprostituierte gelten deshalb auch als wesentliche Quelle der HIV-Transmission in die Allgemeinbevölkerung (vgl. Brakhoff 1989: 11; Dobler-Mikola/Zimmer-Höfler 1989: 103; Pinkham/Malinowska-Sempruch 2008: 168).

Zahlreiche Studien belegen jedoch, dass die Mehrheit der Drogenprostituierten darum bemüht ist, „safer sex“ zu praktizieren und über eine hohe und konsequente Kondomnutzung im Rahmen der Sexarbeit berichtet (vgl. u. a. McKeganey 1994; Gossop et al. 1994; Guggenbühl/Berger 2001; Romero-Daza et al. 2003; Zurhold 2005; McMahon et al. 2006). Fraglich ist jedoch, ob es den Frauen immer gelingt, ihre Forderungen nach geschütztem Sex durchzusetzen. Möglicherweise spiegelt sich in den Angaben der Frauen vielmehr ihre Absicht als ihr wirkliches Verhalten wider. So gab beispielsweise in der Studie von Gossop et al. (1994: 964) ein Fünftel der befragten Drogenprostituierten an, für eine höhere Bezahlung auf Kondome zu verzichten, und ein Viertel berichtete darüber, unregelmäßig Kondome zu verwenden, wenn es sich bei dem Kunden um einen Stammfreier handelte. Insgesamt scheinen sich Frauen, die anschaffen gehen, somit zwar nicht per se auf ungeschützten Sex mit Freiern einzulassen, es kommt jedoch offenbar immer wieder zu Situationen, in denen die Frauen von ihren Prinzipien abweichen.

Neben der sexuellen Übertragung durch die Beschaffungsprostitution gilt der intravenöse Drogenkonsum als wesentlicher HIV-Risikofaktor. Auch hierbei scheinen Frauen im Vergleich zu Männern einem höheren Risiko zu unterliegen. Relativ übereinstimmend dokumentieren Forschungsarbeiten, dass riskante Konsumpraktiken unter weiblichen Drogenkonsumierenden stärker verbreitet sind als unter männlichen Drogengebern (vgl. Freeman et al. 1994; Weeks et al. 1998; Bennett et al. 2000; Montgomery et al. 2002; Evans et al. 2003; Breen et al. 2005, Müller et al. 2009: 66ff.). Als wesentliche Ursache für das Risikoverhalten von Frauen gilt, dass sie häufiger als Männer in einer Beziehung mit einem ebenfalls drogenkonsumierenden Partner leben und im Kontext der Partnerschaft sowohl die Wahrscheinlichkeit für ungeschützten Sex als auch für die gemeinsame Benutzung von Spritzutensilien steigt (vgl. Rosenbaum 1981: 87ff.; Lind-Krämer/Timper-Nittel 1992: 246; Ettore 1992: 87; Taylor 1993: 86; Gossop et al. 1994: 964ff.; Weeks et al. 1998: 41ff.; Sanchez et al. 2002: 394ff.; Evans et al. 2003: 139ff.; Zurhold 2005: 173f.). Zudem sind Frauen häufiger als Männer bei der Drogeninjektion auf die Hilfe anderer angewiesen. Auch hierbei steigt die Wahrscheinlichkeit für das „needle sharing“ und andere riskante Konsumpraktiken (vgl. Connors 1994: 47ff.; Epele 2002; O’Connell et al. 2005). Weeks et al. (1998: 55) weisen darüber hinaus darauf hin, dass die innerhalb der Drogensubkultur bestehende Hierarchie bei einem Mangel an sauberen Nadeln und Spritzen die „Injektionsreihenfolge“ festlegt. Da sich Frauen häufig auf den unteren Ebenen der Szenehierarchie befinden, sind sie auch meist die Letzten, die die Spritzutensilien benutzen.

Insgesamt lässt sich anhand der Forschungsergebnisse festhalten, dass drogenkonsumierende Frauen⁹⁶ einer mehrfachen Exponiertheit für eine HIV-Infektion unter-

⁹⁶ Dies betrifft zweifellos nur eine Teilgruppe der Drogenkonsumentinnen, d. h. vor allem jene, die einen kompulsiven Drogengebrauch aufweisen und deren Lebensalltag sich primär um die Beschaffung und den Konsum von Drogen rankt.

liegen. Viele der Frauen sind zudem im gebärfähigen Alter, im Falle einer Schwangerschaft besteht somit die Gefahr, dass sich das Virus auf den Fötus überträgt. Auch diese Problematik hat besondere Aufmerksamkeit im Diskurs um Frauen, Drogen und HIV erfahren (vgl. etwa Gardner/Preator 1996). Der Blick auf die Mutterschaft von Drogengebraucherinnen ist dabei keineswegs neu. Schon lange vor dem Aufkommen von HIV standen drogenkonsumierende Schwangere und Mütter im Fokus diverser Forschungsarbeiten. Untersucht wurden vor allem die physiologischen Effekte des Substanzkonsums auf den Fötus und den Säugling (vgl. etwa Chasnoff 1991; Chasnoff et al. 1992; Delaney-Black et al. 1996; Nordstrom-Klee et al. 2002) oder die Auswirkungen des Drogengebrauchs auf die mütterliche Fürsorge (vgl. Densen-Gerber/Rohrs 1973; Mayes 1995; Barnard/McKegany 2004). Drogenkonsumentinnen werden oftmals jegliche mütterliche Fähigkeiten abgesprochen und die Beziehung zu ihren Kindern als durch Vernachlässigung, körperlichen und emotionalen Missbrauch, Willkür und mangelnde Disziplin geprägt beschrieben (vgl. kritisch hierzu u. a. Murphy/Rosenbaum 1999; Kearney et al. 1994; Klee 1998, 2002).

Wird die Entwicklung der frauenspezifischen Drogenforschung rückblickend betrachtet, so ist festzustellen, dass drogenkonsumierende Frauen in erster Linie unter dem Aspekt ihres gesellschaftlichen Gefährdungspotenzials ins Forschungsinteresse gerückt sind – als Risiko für die Verbreitung von HIV und AIDS, als Gefahr für die gesellschaftliche Stabilität aufgrund verschiedener Pathologien oder ihres Aufbegehrens gegen die traditionelle Frauenrolle oder als unfähige Mütter, die die nachwachsende Generation nicht nur gesundheitlich, sondern auch psychisch und sozial schädigen und dadurch weitere gesellschaftliche Kosten⁹⁷ verursachen. Insgesamt wird hierin ein gewisses Paradoxon in der Sicht auf Drogenkonsumentinnen deutlich: Einerseits gelten sie als krank, defizitär und als Opfer, andererseits wird ihnen Schuld und Verantwortung zugeschrieben. Prägnant illustriert sich dies beispielsweise daran, dass vor allem die Beschaffungsprostituierten und weniger ihre männlichen Kunden als Gefahr für die Übertragung von HIV in die Allgemeinbevölkerung gelten und den Frauen oftmals die alleinige Verantwortung für eine konsequente Kondomnutzung übertragen wird.

4.3 Bisherige Erkenntnisse der genderspezifischen Drogenforschung – Eine kritische Betrachtung

Die Drogenforschung der letzten Jahre hat eine Fülle von Erkenntnissen hervorgebracht, die belegen, dass die Geschlechtszugehörigkeit den Umgang mit psychoaktiven Substanzen entscheidend prägt. Internationale und nationale epidemiologische Studien weisen übereinstimmend darauf hin, dass der Konsum illegaler Drogen unter

⁹⁷ Diese Sichtweise auf drogenkonsumierende Frauen spitzte sich besonders während der US-amerikanischen Crack-Panik zu. So wurde prognostiziert: „[C]rack babies present an overwhelming challenge to schools, future employers and society“ (Blakeslee zit. nach Murphy/Rosenbaum 1999: 10).

Frauen geringer als unter Männern verbreitet ist und Männer zudem regelmäßiger und intensiver illegale Drogen konsumieren (vgl. u. a. EMCDDA 2006; Degenhardt et al. 2008). Der Beginn des Drogengebrauchs scheint bei Frauen häufiger als bei Männern im Zusammenhang mit negativen Erlebnissen und psychischen Problemen (vor allem emotionale, physische und sexuelle Gewalterfahrungen in der Kindheit und Jugend oder eine fehlende emotionale Unterstützung in der Herkunftsfamilie) zu stehen. Dem weiblichen Drogenkonsum wird damit eine deutlich stärkere pathologische Komponente zugeschrieben (vgl. Lind-Krämer/Timper-Nittel 1992: 257; Inciardi et al. 1993: 24; Brennan Center for Justice 2005: 8f.). In verschiedenen Forschungsarbeiten zeichnet sich zudem ab, dass die Drogenkarrieren von Frauen „komprimierter“ verlaufen: Frauen entwickeln demnach schneller als Männer kompulsive Gebrauchsmuster, wenden sich jedoch auch zu einem früheren Zeitpunkt in ihrer Drogenkarriere an Hilfe- und Behandlungsinstitutionen (vgl. Anglin et al. 1987a, b; Hser et al. 1987, 2004; Inciardi et al. 1993: 29). Im Unterschied zu Männern geschieht dies augenscheinlich häufiger aus einer Eigenmotivation heraus und seltener aufgrund von justiziellem Druck (vgl. Lind-Krämer/Timper-Nittel 1992: 252). Gleichzeitig weist die Forschung aber auch darauf hin, dass das soziale Stigma, das mit dem weiblichen Drogenkonsum verknüpft ist, eine wesentliche Barriere für die Nutzung von Hilfe- und Behandlungsangeboten für Frauen darstellt (vgl. Rosenbaum/Murphy 1990: 125ff.; Lex 1991: 225ff.; Copeland/Hall 1992: 883ff.). Die Inanspruchnahme von Behandlungs- und Therapieangeboten ist für Frauen zusätzlich erschwert, wenn sie eigene Kinder haben, da sie nicht nur professionelle Interventionen hinsichtlich der Kinderfürsorge befürchten müssen, sondern außerdem nur wenige Therapieangebote existieren, die Mütter gemeinsam mit ihren Kindern aufnehmen (vgl. Ettore 1992: 82f.; Copeland/Hall 1992: 884; Inciardi et al. 1993: 30; Romero-Daza et al. 2003: 241). Geschlechtsspezifische Unterschiede im Hinblick auf die Ausstiegsprozesse werden auch dahingehend konstatiert, dass Frauen seltener als Männer über soziale Netzwerke verfügen, die sie bei ihrem Ausstieg aus dem Drogenkonsum unterstützen und Frauen oftmals durch ihren ebenfalls konsumierenden Partner zusätzlich hemmenden Faktoren bezüglich einer Beendigung des Drogenkonsums ausgesetzt sind (vgl. Almog et al. 1993: 220ff.; Hser et al. 2004: 420ff.; Brennan Center for Justice 2005: 12ff.). Insgesamt werden damit die Chancen von Frauen auf eine soziale Reintegration schlechter als die der Männer beurteilt (vgl. Lind-Krämer/Timper-Nittel 1992: 258f.).

Wird der bisher dargestellte Stand der frauenspezifischen Drogenforschung betrachtet, so fällt auf, dass die Forschungsarbeiten stark ätiologisch orientiert sind. Erforscht werden in erster Linie die möglichen Ursachen des weiblichen Drogenkonsums, auf deren Grundlage dann Präventions-, Hilfe- und Ausstiegsmaßnahmen entwickelt werden. Dabei bleibt die Drogenforschung jedoch einem undifferenzierten, defizitären Blick auf Drogenkonsumentinnen verhaftet. Zur Erklärung des Drogengebrauchs wer-

den Analogien hinsichtlich der Einstiegsmotive, Entwicklungsverläufe, Ausstiegsmuster, Probleme und Bedürfnisse von Frauen hergestellt, mit denen das Stereotyp der kranken und behandlungsbedürftigen Frau kontinuierlich bestätigt und ihre Stigmatisierung als Opfer festgeschrieben wird (vgl. kritisch hierzu u. a. Zurhold 1998: 38). Die eindimensionale Bestimmung des Drogengebrauchs als Resultat einer Fehlentwicklung sowie die Interpretation des Konsums als problemmotivierte Flucht-, Betäubungs- und Konfliktbewältigungsstrategie spricht Frauen jegliche Handlungsautonomie ab, zumal von einer nahezu zwangsläufigen Abhängigkeitsentwicklung aufgrund einer spezifischen weiblichen Suchtdisposition ausgegangen wird. Die Heterogenität und Komplexität von Drogenentwicklungsverläufen wird damit zugunsten einer Reduzierung auf spezielle Persönlichkeitskonstrukte ausgeblendet (vgl. Zurhold 1993: 100). Zu kritisieren sind die Erklärungsmodelle auch dahingehend, dass sie keinen Bezug zum Drogenkonsum von Männern herstellen. Wenn die patriarchalen gesellschaftlichen Bedingungen und die damit einhergehende Benachteiligung von Frauen ursächlich für ihren Drogengebrauch sind, bleibt fraglich, warum dann mehr Männer als Frauen illegale Drogen konsumieren.

Die bisher vorliegenden Erkenntnisse können auf den dominierenden Forschungszugang zurückgeführt werden. Die Studien sind weit überwiegend im klinisch-therapeutischen oder im strafrechtlichen Bereich angesiedelt und erforschen Drogengebraucherinnen mit institutionellen Kontakten. Kaum Berücksichtigung finden Drogenkonsumentinnen, die weder therapeutisch noch juristisch auffallen. Die Problematik eines derart selektiven Forschungszugangs liegt darin, dass damit lediglich ein Negativausschnitt des Gesamtphänomens „Frauen und illegale Drogen“ erfasst wird, sind es doch in erster Linie Frauen, bei denen der Drogenkonsum zu verschiedenen massiven sozialen und/oder psychischen Problemen geführt hat, die sich an Behandlungsinstitutionen wenden oder strafrechtlich auffällig werden (vgl. Hunt 1990: 160; Ettore 1992: 2; Sterk-Elifson 1995: 65ff.; Böllinger et al. 1995: 64ff.; Zurhold 1998: 25ff.; Erickson et al. 2000: 769ff.). Der weibliche Drogenkonsum wird damit perspektivisch verzerrt über den Annahmekontext „Abhängigkeit“ wahrgenommen. Die als pathologisch definierten Entwicklungsverläufe und Drogenkonsummuster dienen dabei einer auf das Individuum bezogenen Ursachenforschung und Erklärung. Wenngleich angenommen wird, dass die Entwicklung hin zu einer Drogenabhängigkeit prozesshaft verläuft, so geschieht der Nachweis dieses Prozesses vergangenheitsorientiert und statisch, indem Bedingungen aus der Vergangenheit als Ursachen für das Auftreten einer Drogenabhängigkeit in der Gegenwart herangezogen werden. Es ist jedoch äußerst fraglich, ob psychische Problematiken den Grund für eine Drogenabhängigkeit darstellen oder nicht vielmehr die Folge eines drogenbezogenen Lebensstils sind (vgl. Kemmesies 2004: 22ff.). Bedenklich ist auch, dass Studien trotz ihrer Selektivität des empirischen Zugangs einen Allgemeingültigkeitsanspruch erheben und Ergebnisse für die Gesamt-

heit der Drogenkonsumentinnen generalisieren und diese Erkenntnisse dann wiederum die Basis und Legitimation für das drogenpolitische und drogenhilfepraktische Handeln bilden.

Zusammenfassend kann den bisherigen Erkenntnissen nur ein äußerst eingeschränkter Aussagewert zugesprochen werden, da nicht das Gesamtphänomen, sondern lediglich der problematische Kern des Drogenkonsums erfasst wird (vgl. Erickson et al. 2000: 770; Kemmesies 2004: 19). Dass sich der Umgang mit Drogen als wesentlich differenzierter erweist, lässt sich anhand neuerer Forschungsarbeiten ablesen, die belegen, dass der Konsum illegaler Substanzen – selbst der von Heroin, Kokain und Crack und damit von Drogen, denen ein hohes Suchtpotenzial zugeschrieben wird – nicht zwangsläufig in Sucht und Abhängigkeit mündet und eine Beendigung des Konsums auch ohne professionelle, therapeutische Interventionen möglich ist. Insgesamt ist davon auszugehen, dass äußerst vielfältige Drogengebrauchsmuster und sehr unterschiedliche Drogenentwicklungsverläufe existieren (vgl. u. a. die Studien von Robins 1973; Robins et al. 1975; Waldorf/Biernacki 1981; Harding 1982; Waldorf 1983; Zinberg 1984; Mugford/Cohen 1989; Waldorf et al. 1991; Weber/Schneider 1992; Erickson et al. 1994; Decorte 2000; Kemmesies 2004; Shewan/Dalgarno 2005; Zurhold/Müller 2007). Insofern scheint es sinnvoll, das in der Drogenforschung dominierende defizitäre und pathologische Bild von Drogenkonsumentinnen zu korrigieren. Hierzu haben vor allem ethnographische, abseits institutioneller Kontexte angesiedelte Forschungsarbeiten beigetragen, die eine alltagsweltliche Analyse und die subjektive Perspektive von drogenkonsumierenden Frauen zum Gegenstand ihrer Untersuchungen machen.

4.4 Ethnographische Forschungsarbeiten: Frauen in Drogensubkulturen

Forschungsarbeiten, die außerhalb institutioneller Kontexte angesiedelt sind und deren Erkenntnisinteresse sich auf die Erforschung der Alltagswelt von Drogenkonsumentinnen und die Sinn- und Bedeutungszuschreibungen der Frauen an den Drogengebrauch richtet, bilden nach wie vor die Ausnahme – dies gilt im Besonderen für die deutschsprachige Forschungslandschaft.

Ethnographische Studien über Drogenkonsumentinnen liegen vor allem aus den USA vor. In der Tradition der „Chicago School“ und orientiert an dem Leitgedanken, dass ein qualitativer, ethnographischer Zugang am besten für die Erforschung so genannter „hidden populations“⁹⁸ geeignet ist, entstanden hier bereits in den 1960er und

⁹⁸ Der Begriff „hidden population“ bezieht sich nach Watters/Biernacki (1989) auf die sozialen Charakteristika von Gruppen, die sich aufgrund ihrer illegalen und/oder stigmatisierten Aktivitäten durch eine geringe gesellschaftliche Sichtbarkeit auszeichnen. Lambert/Wiebel (1990) verweisen stärker auf die soziale Benachteiligung dieser Gruppen, deren Angehörige nicht klar zu bestimmen sind. Spreen (1992) rückt dagegen den Aspekt der Erreichbarkeit in den Fokus seiner Definition. Erreichbarkeit bezieht er sowohl auf die

1970er Jahren erste Feldstudien, die die Alltagswelt von Drogenkonsumenten und die sozialen Strukturen von Drogensubkulturen untersuchten. Der bis dato vorherrschenden defizitären Sicht auf Drogenkonsumenten konnten Preble/Casey (1969), Agar (1973) und Waldorf (1972) ein Bild von Angehörigen der Heroinsubkultur entgegenstellen, das sie als aktiv, zielgerichtet und rational Handelnde präsentiert. Diese Forschungsarbeiten verweisen darauf, dass der Drogenkonsum und die sich hierum rankenden Aktivitäten des „taking care of business“ (Preble/Casey 1969) dem Leben von Drogengebrauchern Sinnhaftigkeit und einen gewissen Status innerhalb der Subkultur verleihen. Frauen wurden in diesen frühen Studien nicht berücksichtigt, da ihre Involviertheit in Drogensubkulturen als äußerst marginal angesehen wurde.

Die erste frauenspezifische, ethnographische Untersuchung wurde Anfang der 1980er Jahre von Rosenbaum vorgelegt. In ihrer Studie zur Situation von Heroinkonsumentinnen legt die US-Amerikanerin dar, wie das Fortschreiten der Drogenkarriere zu einem „narrowing of options“ (Rosenbaum 1981: 11) für Frauen führt: Konventionelle Lebensbezüge gehen zunehmend verloren, eine sozial integrierte Lebensweise kann immer weniger aufrechterhalten werden und die sozialen Interaktionen der Frauen sind immer stärker durch die Beschaffung und den Konsum von Heroin bestimmt. Für die Finanzierung ihres Heroinkonsums greifen sie zunehmend auf die illegalen Möglichkeiten innerhalb der Drogensubkultur zurück. Dadurch wächst ihre Integration in die Drogenszene – soziale Kontakte zu Nicht-Konsumierenden gehen verloren und die Frauen entwerfen schließlich ihre Identität als Drogenkonsumentin und Angehörige der Subkultur (vgl. hierzu auch Becker 1966: 37ff. sowie Stephens 1991: 67ff.).

Drogenszenen sind nicht nur durch die Bedingungen der Prohibition, die soziale Marginalisierung der Konsumenten, den Beschaffungsdruck zur Drogenfinanzierung und ein hohes Kriminalisierungsrisiko charakterisiert (vgl. Agar 1973; Goldstein 1985; Nurco et al. 1990: 71ff.; Zurhold 1998: 67), sondern sie stellen auch eine Welt dar, in der Gewalt und körperliche Durchsetzungskraft einen herausragenden Stellenwert einnehmen (vgl. Noller 1989: 9ff.; Sommers/Baskin 1997; Goldstein et al. 1991). Die Einbindung in die Drogenszene geht dabei offenbar insbesondere für Frauen mit einer Intensivierung der materiellen Not, gesundheitlichen Verelendungserscheinungen und der Kumulation von Gewalterfahrungen einher (vgl. Rosenbaum 1981: 117; Kreyszig/Kurth 1984: 74f.; Mondanaro 1989: 145).

Kreyszig/Kurth (1984), die eine der wenigen deutschsprachigen Untersuchungen zur Alltagswelt von Heroinkonsumentinnen vorgelegt haben, kommen zu dem Ergebnis, dass Frauen nicht nur in den Heroinkonsum einsteigen, um dadurch negative Erlebnisse zu vergessen oder zu verdrängen, sondern dass sich für die Frauen hiermit

Größe der jeweiligen Subgruppe im Vergleich zur Gesamtgruppe als auch darauf, wie leicht Zugehörige dieser Subgruppe, die verlässliche Informationen geben, kontaktiert werden können.

auch ein neues, aufregendes Lebensgefühl verbindet, sie eine Orientierung finden und ein alternatives Lebenskonzept entwerfen können (vgl. hierzu auch Brake 1981: 33).

„Zunächst scheint der Heroinkonsum ein sinnstiftendes Orientierungs- und Handlungsfeld zu eröffnen und gleichzeitig die Möglichkeit zu schaffen, zu einer Identität zu finden (...). Im Gegensatz zu anderen ‚suchenden‘, orientierungslosen Mädchen haben sie [die Heroinkonsumentinnen; Anm. C. B.] eine zunächst spannende ‚actionsreiche‘ [sic!] Aufgabe gefunden, ihr Alltag ist vollständig ausgefüllt“ (Kreyssig/Kurth 1984: 73).

Die Drogenszene verspricht zunächst Zuflucht, Solidarität und einen spannenden Alltag, wobei das aufregende Lebensgefühl, das sich mit dem Einstieg in die Subkultur verbindet, meist nur von kurzer Dauer zu sein scheint (vgl. dazu auch Rosenbaum 1981: 11ff.). Die Ursache hierfür sehen Kreyssig/Kurth (1984: 74f.) darin, dass das von den Drogenkonsumentinnen abgelehnte Bild der missbrauchten, wertlosen und wehrlosen Frau unter den patriarchalen Strukturen der Drogenszene sukzessive zum Selbstbild wird. In diesem Kontext verweisen die Forscherinnen darauf, dass sich Frauen zu ihrem Schutz häufig gemeinsam mit einem männlichen Partner in der Szene bewegen, wobei diese Beziehungen von Kreyssig/Kurth als Wiederholung der weiblichen Sozialisationserfahrungen gewertet werden. Frauen seien erneut Abhängigkeits- und Ausbeutungsverhältnissen und der Gewalt von Männern ausgesetzt und leisteten wieder Reproduktionsarbeit, indem sie für das emotionale Wohlergehen des Partners und teilweise für die Drogenfinanzierung sorgten. Im Gegenzug beschütze der Partner sie zwar, die Frauen gerieten dadurch jedoch in weitere Abhängigkeiten (vgl. hierzu auch Ernst et al. 1995: 59). Die US-amerikanische Studie von Bourgois et al. (2004) stellt ebenfalls fest, dass die Illegalität des Drogenkonsums und der Zwang zur Geldbeschaffung zu einer Instrumentalisierung der Beziehungen und zu einer Verschärfung der Abhängigkeits- und Ausbeutungsverhältnisse für Frauen führen. Drogenkonsumentinnen seien dabei nicht nur für den Schutz innerhalb der Drogenszene von Männern abhängig, sondern auch für die Drogen- und Geldversorgung (vgl. ebd.: 256f.). Insofern vermittelt sich auch in dieser Studie, ebenso wie bei Kreyssig/Kurth (1984), eine Sicht auf Drogenkonsumentinnen, die ihr Leben kaum selbst in der Hand haben.

Eine deutlich andere Illustration des weiblichen Szenealltags findet sich dagegen in den Schweizer Studien von Spreyermann (1990) und Guggenbühl/Berger (2001), der schottischen Studie von Taylor (1993) sowie der US-amerikanischen Studie von Maher (1997). Die Forschungsarbeiten entwerfen ein Bild von Drogengebraucherinnen als handelnde Subjekte, die trotz ihres compulsiven Drogenkonsums über Handlungskompetenzen, Prinzipien, Werte, Selbsthilfepotenziale und eine Vielfalt an Strategien zur Alltagsbewältigung verfügen bzw. verfügen müssen, um auf der Drogenszene zu (über-)leben. Die beiden Schweizer Studien heben hervor, dass sich die meisten Drogenkonsumentinnen und hier vor allem jene, die der Beschaffungsprostitution nachgehen, als ausgesprochene Einzelgängerinnen in der Szene bewegen. Charakteristisch für diese Frauen ist, so Guggenbühl/Berger (2001: 117), ihr ausgeprägter Wille zur

Selbstständigkeit und Unabhängigkeit. Eine ähnliche Sichtweise vertritt auch Taylor (1993) in ihrer Untersuchung zur Lebenswirklichkeit intravenöser Drogenkonsumentinnen in Glasgow. Sie porträtiert die Frauen als aktiv, pragmatisch und kontrolliert Handelnde, deren Leben durch den Drogenkonsum und dessen Finanzierung eine klare Struktur aufweist, Bedeutung erhält und den Frauen eine soziale Identität bietet. Mit der Entwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten hinsichtlich des Drogenkonsums und der Generierung finanzieller Mittel verbinde sich für die Frauen Zufriedenheit, Selbstbewusstsein und ein gewisser Status in der Drogensubkultur. Vergleichbar mit den Erkenntnissen von Kreyszig/Kurth (1984) zeigt sich jedoch auch in der Studie von Taylor (1993: 149ff.), dass, trotz einer vergleichsweise positiven Sicht auf einen drogenbezogenen Lebensstil, die Situation in der Drogenszene für die Frauen fortschreitend an Attraktivität verliert. Die mit der Entwicklung eines kompulsiven Drogengebrauchs einhergehenden Belastungen – die ständige Suche nach Dealern, die Risiken der Drogenfinanzierung und Drogenbeschaffung, gesundheitliche Probleme, fehlende Hygiene, schlechte Ernährung, die Erfahrungen mit den Strafverfolgungsbehörden etc. – überwiegen schließlich die positiven Aspekte. Ein wesentliches Hindernis für die Beendigung des drogenbezogenen Lebensstils zeigt sich jedoch darin, dass die Frauen mit einem Ausstieg aus der Drogenszene ihre entworfene soziale Identität und die Struktur und Bedeutung ihres bisherigen Lebens aufgeben müssten, meist jedoch nicht über einen alternativen Lebensentwurf verfügen.

Insgesamt nehmen die Studien von Spreyermann (1990), Taylor (1993), Maher (1997) und Guggenbühl/Berger (2001) eine handlungskompetente Perspektive auf Frauen ein, indem sie aufzeigen, dass sich der Alltag in der Drogenszene vielfältig gestaltet und Drogenkonsumentinnen über zahlreiche Kompetenzen und Strategien verfügen müssen, um den Szenealltag erfolgreich zu bewältigen. Als eines der wichtigsten Kompetenzfelder kann dabei die Finanzierung von Drogen gelten, auf die nachfolgend näher eingegangen wird.

4.4.1 Genderspezifische Aspekte der Drogenfinanzierung

Die Strategien der Drogenfinanzierung gelten als genderspezifisch geprägt. Besonders deutlich zeigt sich dies anhand der Männerdominanz im Drogenhandel und der Prostitution als typisch weibliches Finanzierungsmuster.

Forschungsarbeiten aus den USA heben hervor, dass Frauen kaum eigenständige Positionen im Drogenhandel etablieren können. Entweder besetzten sie lediglich periphere Rollen auf den untersten Handelsebenen oder ihre Partizipation am Distributionsgeschehen sei an einen männlichen Beziehungspartner geknüpft (vgl. Adler 1985; Johnson et al. 1985; Fagan 1994; Miller 1995; Maher 1997; Sterk 1999). Zu vergleichbaren Ergebnissen für Deutschland kommt auch Paul (1998). Dass Frauen kaum auf den mittleren und oberen Ebenen des Drogenhandels zu finden sind, wird unter ande-

rem auf ihre körperliche Unterlegenheit und den gleichzeitig hohen Stellenwert, den Gewalt in der Untergrundökonomie einnimmt, zurückgeführt. Eine noch bedeutendere Rolle scheinen jedoch die traditionellen Rollenbilder in der Drogenszene, der „institutionalized sexism in the underworld“ (Steffensmeier 1983: 1010), zu spielen (vgl. hierzu ebenso die US-amerikanischen Studien von Hunt 1990; Waterston 1993; Maher 1997; Bourgois 1997, 2003; Bourgois et al. 2004 sowie die deutschen Untersuchungen von Hermann 1997 und Paul 1998). Nach Steffensmeier (1983: 1012ff.) ziehen Männer es vor, mit ihren Geschlechtsgenossen zusammenzuarbeiten, da Frauen sowohl die physischen als auch die mentalen Fähigkeiten abgesprochen werden, sich in einem unsicheren und gewalttätigen Kontext wie dem Drogenhandel durchzusetzen. Vergleichbar argumentiert Waterston (1993: 114):

„[D]ifficulties in managing male workers may be attributed to the limits of female authority (...) employing the female attribute of ‚being nice‘ as opposed to the more aggressive male techniques of threatened violence“.

Frauen scheinen deshalb einfacher zugängliche Strategien der Drogenfinanzierung zu wählen. So gelten leichtere Formen der indirekten Beschaffungskriminalität (wie Laddendiebstähle, Hehlerei, Betrug) als typisch weibliche Muster der Drogenbedarfsdeckung, während eine Finanzierung über schwere Beschaffungsdelikte (wie Einbrüche, Raub oder andere Formen der Gewaltkriminalität) selten zu sein scheint (vgl. Rosenbaum 1981: 69ff.; Stephens 1991: 102f.; Kreuzer et al. 1991; Zurhold 1998: 69ff.).

Vor allem jedoch die Prostitution wird stark mit dem Drogenkonsum von Frauen assoziiert (vgl. u. a. Goldstein 1979; Rosenbaum 1981: 71ff.; Brakhoff 1989; Leopold 1989: 118f.; Hunt 1990: 192ff.; Inciardi et al. 1993: 65ff.; Miller 1995; Maher 1997; Zurhold 2005). Der geschätzte Anteil an Drogenkonsumentinnen, die zumindest zeitweise der Beschaffungsprostitution nachgehen, liegt verschiedenen nationalen und internationalen Studien zufolge zwischen 30% und 80% (vgl. Dobler-Mikola/Zimmerhöfner 1989: 111; Hedrich 1989: 88; Gersch et al. 1988: 14; Leopold 1989: 119; Brakhoff 1989: 10; Lind-Krämer/Timper-Nittel 1992: 238; Gossop et al. 1994: 961; Davis et al. 2005: 123). Meist wird die Beschaffungsprostitution dabei als letztes Mittel der Wahl interpretiert, d. h. als Form der Drogenfinanzierung, die von Frauen erst dann gewählt wird, wenn Drogen nicht mehr anderweitig finanziert werden können oder das Risiko für (weitere) Inhaftierungen reduziert werden soll (vgl. u. a. Goldstein 1979: 69ff.; Gersch et al. 1988: 14; Hedrich 1989: 89ff.; Leopold 1989: 118; Romero-Daza et al. 2003: 243). Im Einklang mit dieser These belegen die meisten Studien, dass der Beginn der Prostitutionstätigkeit in der Regel erst deutlich nach dem Einstieg in den Drogenkonsum erfolgt (vgl. etwa Hedrich 1989: 97; Lind-Krämer/Timper-Nittel 1992: 238; Maxwell/Maxwell 2000: 795ff.). Andere Forschungsarbeiten heben dagegen stärker die Heterogenität der Einstiegsverläufe in die Prostitution hervor (vgl. Gossop et al. 1994: 962ff.; Zurhold 2005: 115ff.). So konstatiert beispielsweise Spreyermann (1997: 141):

„Entgegen der weit verbreiteten Meinung, Prostitution sei die ‚letzte‘ Station in der Karriere als

Drogenkonsumentin, entscheiden sich viele Frauen sehr früh, d. h. noch innerhalb eines halben Jahres nach dem ersten Heroinkonsum zu diesem Schritt“.

Auch die Studie von Guggenbühl/Berger (2001: 109) zeigt, dass die Drogenprostitution oftmals ein bewusst gewählter Weg zur Finanzierung des Drogenkonsums und des Lebensunterhalts ist und eher selten von Frauen als letzte Möglichkeit in einer Notsituation erlebt wird. Zurhold (2005: 115f.) legt zudem dar, dass die Sexarbeit nicht immer Folge des Drogenkonsums ist. Auch wenn bei der Mehrheit der in ihrer Studie befragten Drogenprostituierten der Einstieg in die Prostitution nach dem Beginn des Drogengebrauchs stattfand, hatte ein Teil der Frauen bereits vor dem Einstieg in den Drogenkonsum als Prostituierte gearbeitet, wieder andere waren relativ zeitgleich in die Sexarbeit und den Drogengebrauch eingestiegen.

Ein Aspekt, dem sich verschiedene Forschungsarbeiten gewidmet haben, stellt das hohe Gewaltisiko dar, dem Frauen im Rahmen der Beschaffungsprostitution unterliegen (national: vgl. u. a. Kreyssig/Kurth 1984: 77; Zurhold 2005: 129ff; international: Silbert/Pines 1982; Bourgois/Dunlap 1993; Maher 1997: 155ff.; Erickson et al. 2000; Church et al. 2001; Romero-Daza et al. 2003; Kurtz et al. 2004). Die Studien kommen zu dem Ergebnis, dass zwischen 75% und 90% der Beschaffungsprostituierten physische Übergriffe durch Freier erleben und zwei Drittel bis zu drei Viertel der Frauen massive sexuelle Gewalt erfahren (vgl. Silbert/Pines 1982: 128; Romero-Daza 2003: 248f.; Zurhold 2005: 131). Nach Zurhold (2005: 103f.) sowie Surratt/Inciardi (2004: 597ff.) besteht dabei ein enger Zusammenhang zwischen Viktimisierungserfahrungen in der Kindheit oder Jugend und Gewalterlebnissen als Prostituierte: In beiden Studien berichteten Drogenprostituierte, die als Kind oder Jugendliche Gewalt erfahren hatten, deutlich häufiger über Vergewaltigungen durch Freier als Drogenprostituierte ohne vorherige Gewalterfahrungen (vgl. hierzu auch Silbert/Pines 1983).

Veränderungen der Drogenszene, die sich auch in der Drogenprostitution und dem Drogenhandel niederschlagen und verschiedene frauenspezifische Problematiken hervorbringen, werden vor allem im Zusammenhang mit der Verbreitung von Crack konstatiert. Die Auswirkungen des Crackkonsums auf die Lebenszusammenhänge von Frauen werden daher nachfolgend einer näheren Betrachtung unterzogen.

4.4.2 Veränderungen der Drogenszene durch Crack: Internationale und nationale Forschungsbefunde

Mitte der 1980er Jahre fand in den Großstädten der USA mit Crack eine neue Substanz ihre Verbreitung. Im öffentlichen Diskurs wurde das Kokainderivat als hochgradig suchterzeugend, kriminalitäts- und gewaltfördernd thematisiert und vor allem mit der Elendskultur der von Hispanics und Afroamerikanern bewohnten Großstadt-Ghettos assoziiert (vgl. Schweer/Strasser 1994; Reinerman/Levine 1997). Im Zuge der hohen medialen und politischen Aufmerksamkeit richtete sich auch das Erkenntnisinteresse

der Drogenforschung zunehmend auf Crack. Es entstanden zahlreiche ethnographische Studien, die Frauen als Angehörige der Drogensubkultur untersuchten und die Auswirkungen von Crack auf weibliche Lebenszusammenhänge nachzeichneten. Zurückführen lässt sich das Forschungsinteresse an Crackkonsumentinnen darauf, dass es sich bei Crack um die erste illegale Substanz handelte, die in einem vergleichbaren Ausmaß von Männern und Frauen konsumiert wurde bzw. sich Hinweise auf einen höheren und intensiveren Konsum unter Frauen ergaben (vgl. Sterk-Elifson 1995: 66f.; Weeks et al. 1998: 41; Sanchez et al. 2002: 393). Darüber hinaus wurde mit dem „sex-for-crack exchange“ (vgl. u. a. Ratner 1993) ein neues, frauenspezifisches Phänomen beobachtet. Bezeichnet ist hiermit die direkte Vergütung sexueller Dienstleistungen durch Crack, womit zugleich ein besonders hohes sexuelles Risikoverhalten von Crackkonsumentinnen charakterisiert ist. Nach Meinung zahlreicher Forscher illustriert sich anhand des Phänomens ein bislang unbekanntes Ausmaß an sexueller Degradierung von Frauen. Damit verbunden seien auch tief greifende Veränderungen der Beschaffungsprostitution (vgl. Maher/Curtis 1992; Bourgois/Dunlap 1993; Feldman et al. 1993; Inciardi et al. 1993; Sharpe 2001).

„Specifically, the sex-for-crack phenomenon and the incredible degradation of women surrounding much of its routine enactment is like nothing ever seen in the annals of drug use, street life, prostitution or domestic women-battering“ (Inciardi et al. 1993: 39).

Darüber, wie weit die Praxis des „sex-for-crack exchange“ verbreitet ist, liegen in der Fachliteratur widersprüchliche Erkenntnisse vor. Einige Forschungsarbeiten gehen davon aus, dass nahezu alle Crackkonsumentinnen Sex im Tausch für Crack anbieten (vgl. etwa Forney et al. 1992; Ratner 1993; Inciardi et al. 1993; Hoffman et al. 2000; Sharpe 2001), andere Studien liefern dagegen eine differenziertere Sichtweise. In der US-amerikanischen Studie von Logan/Leukefeld (2000) finanzierte sich lediglich die Hälfte der Crackkonsumentinnen über die Beschaffungsprostitution und 70% von ihnen gaben an, sich zumindest gelegentlich mit Crack „bezahlen“ zu lassen. Auch in der Studie von Sterk et al. (2000) berichtete weniger als die Hälfte der Crackprostituierten darüber, „Sex-für-Crack“ zu praktizieren, bei Maher (1997: 142) war es weniger als ein Drittel der Frauen. Es kann somit nicht von einer direkten Korrelation zwischen Crackkonsum und dem „sex-for-crack exchange“ ausgegangen werden. So findet auch die britische Untersuchung von Gossop et al. (1994) keinen Unterschied zwischen heroin- und crackkonsumierenden Frauen bezüglich der Praxis, sexuelle Dienstleistungen im Tausch für Drogen anzubieten.

Crackprostituierte scheinen jedoch im Vergleich zu anderen Drogenprostituierten ein riskanteres Sexualverhalten aufzuweisen und somit einem erhöhten HIV-Infektionsrisiko zu unterliegen (vgl. Siegal et al. 1992; Inciardi et al. 1993; Hoffman et al. 2000; Ward et al. 2000; Tortu et al. 2000; McMahon et al. 2006). Als Ursache hierfür werden in erster Linie eine durch die Pharmakologie von Crack herabgesetzte sexuelle Hemmschwelle, eine hohe Anzahl an (potenziell infizierten) Sexpartnern, eine inkon-

sequente Kondomnutzung und ein Akzeptieren sexueller Risikopraktiken angesehen (vgl. Bourgois/Dunlap 1993; Ratner 1993; Inciardi et al. 1993; Pottieger/Tressel 2000; Maxwell/Maxwell 2000). Nicht nur in den Medien, sondern auch bei einigen Forschern gelten Crackkonsumentinnen als durch die Substanz determiniert⁹⁹, „grenzenlos“ und gewillt, alles zu tun (vgl. u. a. Anderson 1990: 89; Inciardi et al. 1993: 95f.; Ouellet et al. 1993: 91; Koester/Schwartz 1993: 194f.).

„[M]any crack-addicted women engage in any manner of sexual activity, under any circumstances, in private or in public, and with multiple partners of either sex (or both sexes simultaneously). Indeed the tendency of crack users to engage in high-frequency sex with numerous anonymous partners is a feature of crack dependence (...)“ (Inciardi et al. 1993: 95f.).

Eine karikierte Darstellung dieser Sicht auf crackkonsumierende Frauen findet sich bei Rosenbaum et al. (1990 zit. nach Maher 1996: 166):

„[W]e ‘know’ from reading the paper and watching TV that after one hit of crack, women take off their clothes and have sex with anyone, including the family pet (...). To make a long story short, women crack users are amoral animals, lacking a conscience“.

Dass eine Darstellung von Crackkonsumentinnen als unkontrollierte, von der Pharmakologie von Crack bestimmte, sexuell gefügige Opfer kaum der Realität entspricht, zeigt die Studie von Maher (1997: 130ff.). In ihrer Untersuchung wird deutlich, dass Crackprostituierte ihre Sexarbeit an einer Reihe von Normen und klar definierten Grenzen (z. B. Ablehnen des „sex-for-crack exchange“, Grenzziehung hinsichtlich bestimmter Sexpraktiken) orientieren und damit keineswegs dem medialen Bild der „Crackhure“ entsprechen. Als besonders prekär werden jedoch auch von Maher die Bedingungen in den Crackhäusern¹⁰⁰ bewertet, wo sexuelle Dienstleistungen fast ausschließlich im Tausch gegen Crack angeboten werden und es für Frauen kaum möglich scheint, Kontrollmechanismen aufrechtzuerhalten (vgl. ebd.: 145). Inciardi et al. (1993: 76) beschreiben die Situation in Crackhäusern wie folgt:

„[W]omen in crack houses resign all control of their bodies and their sexual self-determination to the crack-house owner and customer. Unless they can purchase crack on their own, they are permitted no input into either the fee or the act. What constitutes sex is decided by the customer“.

Neben dem sexuellen Risikoverhalten wird ein erhöhtes HIV-Infektionsrisiko für Crackkonsumentinnen auch damit in Verbindung gebracht, dass sie, bedingt durch die Hitze der Crackpfeife, häufig unter offenen Wunden oder Brandblasen an Lippen und im Mund leiden und hierdurch die Gefahr einer HIV-Transmission beim ungeschützten Oralverkehr ansteigt (vgl. Porter/Bonilla 1993; Mitchell-Lewis et al. 1994). Seitens der Drogenforschung wird in diesem Zusammenhang kritisiert, dass Aufklärungs- und Prä-

⁹⁹ In diesem Kontext wird auch ein deutlicher Rückgang bzw. Wegfall von Zuhältern konstatiert. Eine besondere Illustration der Determiniertheit von Frauen durch Crack drückt sich in der Terminologie „Crack Pipe as Pimp“ (Ratner 1993) aus.

¹⁰⁰ Bei den so genannten „Crackhäusern“ handelt es sich meist um verlassene Häuser oder Wohnungen, die als illegale Stätte für den Crackkonsum dienen. Teilweise finden in diesen Häusern auch der Verkauf und die Herstellung von Crack statt. Die „Gemeinschaft“ dieser Häuser setzt sich aus den Bewohnern sowie regelmäßigen und gelegentlichen Besuchern zusammen. Die Atmosphäre der Crackhäuser ist durch den konstanten Gebrauch von Crack und durch die „offene Sexualität“ (vor allem in Form des „sex-for-crack exchange“) gekennzeichnet. In den 1980er und 1990er Jahren existierten alleine in New York City mehrere hundert Crackhäuser (vgl. Williams 1992).

ventionskampagnen lange Zeit ausschließlich den intravenösen Konsum und das „needle sharing“ als HIV-Risikofaktoren in den Blick genommen haben, das sexuelle Risikoverhalten aber weitgehend ausgeblendet blieb (vgl. Shannon et al. 2008: 235f.). Verschiedene Untersuchungen belegen jedoch, dass Crackraucherinnen zum Teil höhere HIV-Prävalenzraten aufweisen als i.v. Konsumentinnen (vgl. Edlin et al. 1994; Wallace et al. 1997).

Im Zusammenhang mit Crack lassen sich damit deutliche Veränderungen für die Situation von Frauen in Drogensubkulturen beobachten. Dies betrifft in erster Linie eine Zunahme ihres sexuellen Risikoverhaltens und damit einhergehend ein erhöhtes HIV-Infektionsrisiko sowie ihre verstärkte sexuelle Degradierung, die insbesondere im „sex-for-crack“-Phänomen und den Bedingungen der Crackhäuser zum Ausdruck kommt.

Weitere grundlegende Veränderungen auf dem Drogenstrich werden darin verortet, dass sich durch Crack (auch aufgrund der Vielzahl an Neu-Einsteigerinnen) die Konkurrenz unter den Prostituierten verstärkt habe, die Preise für die Sexarbeit gefallen seien und sich die Risikofaktoren der Sexarbeit (insbesondere Gewalterfahrungen durch Freier) erhöht haben (vgl. u. a. Maher/Curtis 1992; Miller 1995; Maher/Daly 1996; Maher 1997; Murphy/Rosenbaum 1997; Sterk et al. 1999). Für die Situation in New York stellen Maher/Daly (1996: 483f.) heraus:

„The market became flooded with novice sex workers, the going rate for sexual transaction decreased and ‚deviant‘ sexual expectations by dates increased as did the levels of violence and victimization“.

Veränderungen durch Crack werden auch im Hinblick auf das Drogenhandelsgeschehen festgestellt (vgl. Johnson et al. 1991; Mieczkowski 1994; Fagan 1994; Dunlap/Johnson 1996; Dunlap et al. 1997; Maher/Daly 1996).

In den US-amerikanischen Städtezentren, die in den 1970er Jahren einen starken ökonomischen Niedergang erlebt hatten, bildete sich eine eigene Crackökonomie heraus. Vor allem für die Bewohner der Ghettos, die aufgrund mangelnder Qualifikationen meist kaum Chancen auf eine Beschäftigung im legalen Arbeitssektor hatten, stellte der Crackhandel eine neue, lukrative Einkommensquelle dar, die wirtschaftlichen Erfolg und Statusgewinn ermöglichte. Die Crackökonomie stieg zu einem der wichtigsten „Arbeitgeber“ in einkommensschwachen Stadtvierteln auf und wurde hier zu einem wesentlichen Bestandteil des sozialen und ökonomischen Lebens (vgl. Sassen-Koob 1989; Anderson 1990; Williams 1992; Fagan 1994; Sommers/Baskin 1996; Reinerman/Levine 1997).¹⁰¹ Einige US-amerikanische Forschungsarbeiten weisen in diesem Kontext darauf hin, dass die Verbreitung von Crack zu einer erhöhten Partizipation von Frauen am Handelsgeschehen – und dies auch auf den höheren Ebenen – geführt habe (vgl. Mieczkowski 1994; Fagan 1994; Sommers/Baskin 1996). Andere Studien betonen demgegenüber, dass sich durch Crack lediglich die Sichtbarkeit, nicht jedoch die

¹⁰¹ Für New York City wird geschätzt, dass Anfang der 1990er Jahre etwa 150.000 Personen tagtäglich in das Crack-Handelsgeschehen involviert waren (vgl. Williams 1992: 10).

Beteiligung von Frauen am Distributionsgeschehen verstärkt habe. Drogenkonsumentinnen seien weiterhin auf den untersten Stufen der Handelshierarchie konzentriert, wo sie oft nur sporadisch von Dealern beschäftigt werden und deshalb auch weiterhin auf die Prostitution als Haupteinkommensquelle angewiesen seien (vgl. Miller 1995; Dunlap et al. 1997; Maher/Daly 1996; Maher 1997: 83ff.). Zudem zeichnet sich offenbar insbesondere die Crackökonomie durch eine klare genderspezifische Stratifikation und den systematischen Gebrauch von Gewalt aus (vgl. u. a. Fagan/Chin 1991; Inciardi et al. 1993: 112f.; Johnson et al. 1994; Bourgois 1997; 2003; Jacobs/Miller 1998: 562). Es wird daher geschlussfolgert, dass Crack nicht eine Veränderung bewirkt, sondern die niedrige Position von Frauen im Drogenhandel vielmehr zementiert habe (vgl. Maher/Curtis 1992; Miller 1995; Maher 1997; Dunlap et al. 1997).

Im Vergleich zur internationalen bzw. US-amerikanischen Forschungslandschaft ist der deutsche Forschungsstand zur Crack-Thematik als wenig elaboriert zu bezeichnen. Zwar sind im Zuge der Verbreitung des Kokainderivats vereinzelt Forschungsarbeiten entstanden, die sich mit den damit assoziierten Dynamiken im Umfeld der „offenen Drogenszene“ und den veränderten Anforderungen an das Drogenhilfesystem befasst haben (vgl. hierzu u. a. Thane 2000; Thane/Thiel 2000; Vogt et al. 2000; Degkwitz/Vertheim 2001; Stöver 2001), von einer hinreichenden Erforschung des Themas kann jedoch keine Rede sein. Inwiefern sich die US-amerikanischen Forschungserkenntnisse auf die Situation in Deutschland übertragen lassen, ist fraglich. Nicht nur unterscheiden sich die gesellschaftlichen Verhältnisse in beiden Ländern grundlegend – so existiert in Deutschland keine mit den USA vergleichbare gesellschaftliche Segregation und Ghettoisierung bestimmter Bevölkerungsgruppen – sondern auch das Ausmaß des Crackkonsums und die Bedingungen der Beschaffungsprostitution¹⁰² scheinen nur schwer miteinander vergleichbar zu sein. Um diesen unterschiedlichen Bedingungen Rechnung zu tragen, werden daher nachfolgend die bislang vorliegenden Erkenntnisse zum Gebrauch von Crack in Deutschland und zur Situation von Crackkonsumentinnen gesondert dargestellt.

In Deutschland hat sich der Konsum von Crack seit Mitte der 1990er Jahre verbreitet, ist jedoch bislang weitgehend auf Angehörige der „offenen Drogenszenen“ in Hamburg und Frankfurt am Main begrenzt.¹⁰³ Bei den Crackkonsumierenden handelt es sich nicht um einen neuen Kreis an Drogengebrauchern, sondern vor allem um Personen, die meist über langjährige Konsumerfahrungen mit anderen illegalen Drogen verfügen und bereits vor dem Einstieg in den Crackkonsum dem Umfeld der „offenen

¹⁰² So existieren in Deutschland beispielsweise keine Crackhäuser oder damit vergleichbare Konsum- bzw. Prostitutionsstätten.

¹⁰³ Dies lässt sich mit der überregionalen Szenebefragung von Thane et al. (2009), die in 13 deutschen Städten durchgeführt wurde, bestätigen. Die 24-Stunden-Prävalenz von Crack lag hier in Frankfurt und Hamburg bei jeweils über 50%, in nahezu allen anderen Städten dagegen bei unter 5%. Auch die ältere Studie von Stöver (2001: 5) kommt zu dem Ergebnis, dass sich der Crackkonsum in Deutschland auf diese beiden Städte beschränkt.

Drogenszene“ zuzurechnen waren. Bei der überwiegenden Mehrheit der Konsumenten findet der Einstieg in den Crackgebrauch erst deutlich später als der Beginn des Heroinkonsums statt. Meist ist das Kokainderivat in ein polyvalentes Konsummuster eingebunden; ausschließliche Crackkonsumierende scheint es nur wenige zu geben (vgl. Stöver 2001: 36). Bedingt durch die pharmakologische Wirkung der Substanz, aber auch beeinflusst durch die polizeiliche Repression, die sich vor allem gegen Szeneansammlungen und eine weitere Verbreitung von Crack richtet, lassen sich Crackkonsumenten durch eine hohe Agilität und Mobilität charakterisieren (vgl. ebd.: 27). In den intensiven Konsumphasen, die über mehrere Stunden oder Tage andauern können bis finanzielle Ressourcen aufgebraucht sind oder die körperliche Erschöpfung die weitere Beschaffung der Droge verhindert, werden Grundbedürfnisse nach Schlafen und Essen häufig ignoriert oder durch die Wirkung der Substanz überdeckt (vgl. Crack-Street-Projekt 2001). Aufgrund der agitierenden, kurzfristigen Wirkung von Crack verändert sich der Alltagsrhythmus oftmals in Richtung eines diskontinuierlichen Lebens, aus dem zahlreiche psychische, physische und soziale Belastungen resultieren. Verelendungs- und soziale Desintegrationsprozesse sind die Folge, die zu einer weiteren Integration in die Drogenszene und einem gehäuftem Auftreten psychischer und physischer Problematiken führen (vgl. Stöver 2001: 9ff.; Dörrlamm 2004: 217). Darüber hinaus wird im Zusammenhang mit Crack ein Anstieg des Aggressions- und Gewaltniveaus in der Straßenszene beobachtet (vgl. Stöver 2001: 27ff.; Thane 2000: 42ff.; Vogt et al. 2000: 10). Für die deutschen Drogenszenen zeigt sich außerdem die Besonderheit, dass Crack von einem Großteil der Konsumenten intravenös konsumiert wird. In der Frankfurter Studie von Müller et al. (2009: 42) berichteten zwei Drittel der Crackkonsumierenden darüber, das Kokainderivat zu injizieren. In der überregionalen Studie von Thane et al. (2009: 15) lag der entsprechende Wert bei 40%. Die Praxis des i.v. Crackgebrauchs wird auch vereinzelt in den USA beobachtet, scheint dort jedoch insgesamt weitaus geringer verbreitet zu sein (vgl. Johnson/Ouellet 1996; Carlson et al. 2000; Santibanez 2005; Buchanan et al. 2006). So gaben beispielsweise in der US-amerikanischen Studie von Buchanan et al. (2006) lediglich 9% der befragten Drogenkonsumenten an, jemals Crack injiziert zu haben und lediglich 4% hatten im Monat vor der Befragung Crack intravenös appliziert.

Nur wenige Erkenntnisse liegen in Deutschland zu geschlechtsspezifischen Aspekten und Auswirkungen des Crackkonsums vor. Vogt et al. (2000: 7ff.) kommen zu dem Ergebnis, dass Frauen intensivere Crackgebrauchsmuster als Männer aufweisen, Crackkonsumentinnen häufiger obdachlos sind und seltener über einen geregelten Wach-Schlaf-Rhythmus verfügen. Letzteres scheint in erster Linie durch einen erhöhten Beschaffungsdruck und einer damit intensivierten Prostitutionstätigkeit bedingt zu sein. Auch die Studien von Thane et al. (2009: 13) sowie Müller et al. (2009: 45) be-

legen eine höhere Prävalenz des Crackgebrauchs sowie intensivere Gebrauchsmuster unter Frauen.

Vereinzelt untersucht sind auch die Auswirkungen von Crack auf die Beschaffungsprostitution. So weist Zurhold (2005: 231f.) darauf hin, dass das Kokainderivat für Drogenprostituierte gewisse Vorteile bietet. Anders als der relativ zeitaufwendige intravenöse Konsum von Heroin dauert das Rauchen von Crack nur wenige Sekunden, zudem wird lediglich eine Pfeife benötigt, sodass jederzeit und überall unauffällig konsumiert werden kann. Crack kann damit auch während der Prostitution geraucht werden und lässt sich besser als Heroin an den unregelmäßigen Rhythmus des Anschaffens anpassen. Darüber hinaus scheint die stimulierende Wirkung des Kokainderivats es den Frauen zu erleichtern, Freier anzusprechen und mit ihnen über Preise zu verhandeln. Eine wesentliche Auswirkung des Crackkonsums besteht für Beschaffungsprostituierte augenscheinlich darin, dass sich in den meisten Fällen ihr finanzieller Bedarf und damit der Beschaffungsstress wesentlich erhöht (vgl. Stöver 2001: 10; Bernard/Langer 2008: 319). Nicht nur müssen die Frauen mehr Kunden bedienen, als dies für die Finanzierung von Heroin der Fall ist, sondern der Zwang, möglichst schnell Geld zu beschaffen, scheint auch verstärkt dazu beizutragen, dass die Frauen immer wieder „unter die Preise“ gehen. Offenbar ist es insgesamt zu einem Preisverfall auf dem Drogenstrich gekommen, der bewirkt, dass die Frauen höhere Risiken während der Prostitution in Kauf nehmen. Insofern zeichnen sich hier gewisse Parallelen zu den internationalen bzw. US-amerikanischen Forschungsbefunden ab. Ansatzweise vergleichbar mit dem in den USA beobachteten Phänomen des „sex-for-crack exchange“ scheint das Kokainderivat auch in deutschen Drogenszenen zu einer Zahlungseinheit auf dem Drogenstrich geworden zu sein, wenngleich sich die Frauen grundsätzlich von dieser Art der Bezahlung distanzieren (vgl. Langer 2004: 175; Zurhold 2005: 187f.). Und auch die These, dass Crackkonsumentinnen infolge der Crackwirkung und des Beschaffungsdrucks ein höheres Risikoverhalten aufweisen, erfährt bei Zurhold (2005: 170ff.) eine Relativierung. So gab der Großteil der in ihrer Studie befragten Frauen an, weder ein risikoreiches Konsum- noch ein risikoreiches Sexualverhalten zu praktizieren. Allerdings räumte in der Studie die Hälfte der Crackprostituierten eine inkonsequente Kondomnutzung beim Oralverkehr mit Freiern ein.

Zusammengenommen weisen die Forschungserkenntnisse darauf hin, dass sich mit der Verbreitung von Crack komplexe Transformationsprozesse innerhalb der Drogensubkultur ergeben haben. Auch wenn in Deutschland diesbezüglich keineswegs so gravierende Auswirkungen wie in den USA zu beobachten sind, lassen sich dennoch gewisse Gemeinsamkeiten für beide Länder feststellen. Für den deutschsprachigen Raum besteht jedoch ein enormer Forschungsbedarf im Hinblick auf die spezifische Situation von crackkonsumierenden Frauen. Zu untersuchen wäre unter anderem, welche Auswirkungen Crack auf das Leben von Frauen in Drogenszenen hat, dies nicht

nur bezogen auf Crackkonsumentinnen, sondern auch auf Frauen, die den Konsum der Substanz ablehnen oder beendet haben. Zu explorieren sind auch die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen unterschiedlichen Gruppen an Konsumentinnen sowie ihre spezifischen Ressourcen, Probleme und Hilfebedarfe. Aus derartigen, durch ethnographische Arbeiten gewonnenen diversifizierten Erkenntnissen ließe sich eine sinnvolle, rationale Planung und Weiterentwicklung drogenpolitischer und hilfepraktischer Konzepte ableiten, in denen die Subjektperspektive der Frauen eine (stärkere) Berücksichtigung finden kann.

4.5 Stand der international vergleichenden Drogenforschung

Wenngleich der illegale Drogenkonsum immer stärker als länderübergreifendes Phänomen wahrgenommen und diskutiert wird, lässt sich trotz zunehmender Forschungsbemühungen nach wie vor ein großes Defizit an international vergleichenden Drogenforschungsarbeiten konstatieren. Die im Folgenden dargestellten komparativen Studien weisen im Hinblick auf die vorliegende Arbeit ein entscheidendes Manko auf – die Mehrzahl ist durch eine gewisse Geschlechtsblindheit charakterisiert. Nicht nur sind Männer in den Studien meist deutlich überrepräsentiert – wenn überhaupt Angaben zur Geschlechterverteilung gemacht werden, beträgt der Männeranteil in der Regel etwa drei Viertel – sondern auch die Auswertung der Daten erfolgt meist geschlechtsunspezifisch. Auf die Geschlechter bezogene Aspekte und Wirkungen differenter drogenpolitischer Modelle bleiben damit verdeckt – eine interkulturell-frauenspezifische Drogenforschung ist nahezu nicht existent.

Zum Großteil basieren die vorhandenen geschlechtsunspezifischen Vergleichsuntersuchungen auf Literaturstudien und Sekundäranalysen offizieller Konsumenten-, Behandlungs- und Kriminalitätsstatistiken (vgl. u. a. die Arbeiten von Hartnoll et al. 1989; Reuband 1992, 1995; Longshore et al. 1998; Torres et al. 2008; EMCDDA 2007; McBride et al. 2009). Da die Daten meist für nationale Zwecke erhoben werden, unterscheiden sich nicht nur die Erhebungskriterien und Datenquellen, sondern es bestehen auch Differenzen in den phänomenbezogenen Begrifflichkeiten und Definitionen sowie den methodischen Bezugsrahmen. Eine Vergleichbarkeit der Daten ist daher oftmals nur eingeschränkt möglich. Zudem vermittelt sich der illegale Drogengebrauch lediglich über Eckdaten (wie Prävalenzwerte, Einstiegsalter, Beschlagnahmungen, Todesfälle etc.), mit denen weder die subjektive Perspektive der Betroffenen berücksichtigt wird noch Aussagen über die Kontextbedingungen des Drogengebrauchs getroffen werden können (vgl. Kemmesies 1995a: 273).

Auf europäischer Ebene bemüht sich insbesondere die Pompidou-Group¹⁰⁴ um eine bessere Vergleichbarkeit der Drogensituation, indem länderübergreifende Studien vorangetrieben werden. Ein Ergebnis dieser Bemühungen stellt die Europäische Schülerbefragung ESPAD („The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs“) dar, mit der komparative Daten zum Drogenkonsum unter 15- bis 16-jährigen Schülern erhoben werden (vgl. Hibell et al. 2009). Eine weitere nationenübergreifende Studie, die sich einer einheitlichen Methodik der Datenerhebung und -auswertung bedient, ist das „International Arrestee Drug Abuse Monitoring“ (I-ADAM) (Taylor et al. 2003).

Mit den Projekten „Support needs for cocaine and crack users in Europe“ (Ilse et al. 2006) und „Management of high-risk opiate addicts in Europe“ (Prinzleve et al. 2005) liegen zwei weitere multizentrische Vergleichsstudien vor. Die Untersuchung von Ilse et al. (2006) analysiert die spezifischen Hilfe- und Behandlungsbedarfe von Kokain- und Crackkonsumierenden und die hierzu bestehenden Hilfeangebote in verschiedenen europäischen Städten, während die Studie von Prinzleve et al. (2005) die Situation und Charakteristika „riskanter Opiatkonsumenten“ evaluiert. Ilse et al. (2006: 437ff.) kommen zu dem Ergebnis, dass in erster Linie der i.v. Konsum und das Rauchen von Crack zu gesundheitlichen Problemen führen und psychische Problematiken besonders häufig bei Crackkonsumenten auftreten. Hierfür scheint jedoch weniger die Substanz selbst, als vielmehr die Intensität des Konsums, der allgemeine Gesundheitszustand und die soziale Situation der Konsumenten verantwortlich zu sein. Im Hinblick auf das bestehende Hilfeangebot hebt die Forschergruppe ein deutliches Defizit in den meisten europäischen Städten hervor: Lediglich in Hamburg, Wien und Zürich existierten speziell auf Crack- und Kokainkonsumenten ausgerichtete Präventions- und Behandlungsangebote, für alle anderen Städte fehlten adäquate Interventionsmaßnahmen. Die Untersuchung von Prinzleve et al. (2005: 92ff.) offenbart, neben den signifikanten Differenzen zwischen substituierten und nicht-substituierten Opiatkonsumenten (u. a. bezüglich Obdachlosigkeit, Kriminalität und Intensität des Drogenkonsums), prägnante Unterschiede zwischen den einzelnen Städten. So schwankte die geschätzte Anzahl an compulsiven Opiatkonsumenten und der Anteil an Personen, die sich in einer Substitutionsbehandlung befanden, sehr deutlich. Während in Athen und Oslo lediglich 10% bzw. 25% der Konsumenten substituiert wurden, waren es in Amsterdam und Zürich jeweils zwei Drittel und in Lüttich nahezu drei Viertel. Hierin, so die Forschergruppe, bilde sich ein deutlicher Effekt der vergleichsweise restriktiven Substitutionspraxis in Athen und Oslo ab, während der hohe Anteil an Substituierten in Lüttich, Amsterdam und Zürich auf die lange Tradition und den großflächigen Ausbau der Methadonbehandlung in diesen Städten zurückzuführen sei. Regionale Besonderhei-

¹⁰⁴ Nähere Informationen zur Pompidou-Group finden sich unter: <http://www.coe.int/T/dg3/pompidou> (abgerufen am 04.11.2010).

ten stellt die Studie auch hinsichtlich der Konsummuster fest. So war der Gebrauch von Kokain und Heroin vor allem in Städten verbreitet, die eine lange Tradition und hohe Verfügbarkeit von Substitutionsbehandlungen aufwiesen, während in Städten mit einer geringeren Verfügbarkeit solcher Behandlungsprogramme der Konsum von nicht-verschriebenen Medikamenten eine stärkere Verbreitung erfuhr. Ein restriktiver Zugang zur Substitution scheint insofern Einfluss auf die Art der weiterhin konsumierten Substanzen zu haben. Beide dargestellten Studien zeichnen sich durch einen starken Fokus auf den Behandlungsaspekt des illegalen Drogengebrauchs für eine spezifische Gruppe von Drogenkonsumierenden aus. In einer international vergleichenden Perspektive werden die spezifischen Hilfebedarfe dieser Teilgruppen dem vorhandenen Angebot gegenübergestellt und hieraus Vorschläge zur Verbesserung des Hilfesystems abgeleitet. Die Einblicke in die Situation von Drogengebrauchern unter den Bedingungen unterschiedlicher Drogenpolitiken sind damit – möglicherweise auch aufgrund der Vielzahl an untersuchten Städten – begrenzt. Erkenntnisse zu geschlechts- bzw. frauenspezifischen Aspekten vermittelt keine der beiden Studien.

Umfassendere Einblicke darin, wie sich unterschiedliche nationale Drogenpolitiken auf den Umgang mit illegalen Drogen auswirken, liefert die Studie „Kompulsive Drogengebraucher in den Niederlanden und Deutschland“ (Kemmesies 1995a). Auch diese Forschungsarbeit weist jedoch keine geschlechtsspezifische Auswertung der Daten auf. Kemmesies zeigt mit seiner Untersuchung, dass zum Teil deutliche Unterschiede zwischen Konsumenten der „offenen Drogenszenen“ in Amsterdam und Frankfurt am Main bezüglich der Drogengebrauchspraktiken und der damit assoziierten Risiken sowie der sozialen Marginalisierung der Konsumenten bestehen (vgl. ebd.: 136ff.). Im Vergleich offenbarten sich unter den Angehörigen der Frankfurter Drogenszene ein schlechterer Gesundheitszustand, eine höhere Verbreitung des i.v. Konsums und des selbstsubstitutiven Medikamentengebrauchs sowie eine höhere Prävalenz von Überdosierungserfahrungen. Auswirkungen des höheren strafrechtlichen Verfolgungsdrucks auf die Konsumsphäre stellt Kemmesies auch bezüglich der Drogenversorgungssituation fest. So waren illegale Drogen in der Frankfurter Drogenszene nicht nur schlechter verfügbar als in Amsterdam, sondern die gehandelten Substanzen wiesen auch einen geringeren bzw. stärker schwankenden Reinheitsgehalt und ein höheres Preisniveau auf, wodurch risikoreiche Applikationsformen (insbesondere der i.v. Konsum) und ein hoher Gebrauch von Medikamenten als Ausweich- und Überbrückungsmittel begünstigt wurden (vgl. ebd.: 277ff.). Als Effekt der Drogenpolitik kann auch die stärkere gesellschaftliche Marginalisierung der Frankfurter Drogenkonsumenten gewertet werden, die sich in einem szenebegrenzteren Lebensstil, intensiveren Szenekontakten und einem Mangel an Sozialkontakten außerhalb der Szene äußerte. Darüber hinaus gingen für die Frankfurter Konsumenten die Lebensbedingungen in der Drogenszene häufiger mit Obdachlosigkeit und einem schlechten psychischen und physischen Allgemeinzu-

stand einher. Trotz dieser Unterschiede zwischen Drogenkonsumenten in Frankfurt und Amsterdam, die auf die differenten drogenpolitischen Bedingungen zurückgeführt werden können, hält Kemmesies dennoch als Gesamtergebnis seiner Studie fest, dass sich die divergenten drogenpolitischen Handhabungsformen beider Länder (zumindest was den Kontext der „offenen Drogenszene“ betrifft) nur graduell in differenten Drogenumgangsformen niederschlagen (vgl. ebd.: 278). Zu einem vergleichbaren Ergebnis kommt auch die niederländisch-deutsche Vergleichsstudie von Reuband (1992). Dass sich keine fundamentalen Unterschiede zwischen der Drogengebrauchssituation in den Niederlanden und Deutschland beobachten lassen, führt Kemmesies (1995a: 288f.) darauf zurück, dass trotz des pragmatischen, auf Entkriminalisierung der Konsumenten abzielenden niederländischen Ansatzes, die Drogenpolitik beider Länder nach wie vor auf dem Prinzip der Prohibition basiert und damit die durch das Drogenverbot induzierten gesellschafts- und individuumsbezogenen Probleme (z. B. Kriminalitätsbelastung oder Gesundheitsrisiken) weitgehend bestehen bleiben.

Richtet sich der Blick auf systematische Vergleichsstudien, die über den europäischen Kontext hinausweisen und einen für die vorliegende Studie relevanten Vergleich mit den USA aufweisen, so ist ein nahezu unbeschränktes Forschungsfeld auszumachen. Ausnahmen sind die Forschungsarbeiten von Grund et al. (1992), Phillips et al. (2007), Reinerman/Cohen (2007), Borchers-Tempel/Kolte (2002) und Cohen/Kaal (2001), in denen jedoch Genderaspekte ebenfalls keine Berücksichtigung finden.

Grund et al. (1992) fokussieren mit ihrer Vergleichsuntersuchung zwischen Drogenkonsumenten in Rotterdam und New York auf den Zusammenhang zwischen den drogenpolitischen Bedingungen, dem intravenösen Drogengebrauch und den Risiken für eine HIV-Infektion. Die unterschiedlichen Drogenpolitiken kommen in der Studie darin zum Ausdruck, dass in Rotterdam nur eine Minderheit der Konsumenten obdachlos war, fast alle soziale Unterstützungsleistungen erhielten und ein breites Angebot an Behandlungsprogrammen bestand. Die Mehrheit der Rotterdamer Befragten bezog ihre Drogen über einen Hausdealer und praktizierte, aufgrund der relativ hohen Qualität des Heroins, nicht-intravenöse Applikationsformen. In New York war dagegen der i.v. Konsum die am weitesten verbreitete Applikationsform und dies bei einem gleichzeitig sehr begrenzten Zugang zu sterilen Spritzen. Ihre Drogen kauften die New Yorker Konsumenten vorwiegend unter hektischen Bedingungen auf der Straße, wodurch Qualitätskontrollen kaum möglich waren. Außerdem waren die Drogengebraucher in New York deutlich seltener als die Rotterdamer Befragten an das Hilfesystem angebunden. Insgesamt kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass die New Yorker Drogenpolitik zahlreiche negative Konsequenzen für die Konsumenten mit sich bringt und insbesondere das Risiko für eine HIV-Infektion um ein Vielfaches erhöht.

Basierend auf strukturierten Interviews mit compulsiven Drogengebrauchern untersuchen Phillips et al. (2007) die Nutzung und die Akzeptanz von „harm reduction“-

Angeboten in Ohio/USA und Nottingham/England. Die Ergebnisse veranschaulichen, dass sich die differenten drogenpolitischen Ausrichtungen beider Länder und der daraus resultierende unterschiedliche Ausbau niedrigschwelliger Hilfeangebote sowohl in der Nutzung als auch in der Akzeptanz derartiger Angebote seitens der Konsumenten niederschlagen. Im Vergleich zu den Drogengebern in Nottingham wiesen die in Ohio Befragten deutlich seltener Substitutionserfahrungen auf und lehnten oftmals eine langfristige Methadonbehandlung ab. Ferner formulierten sie deutlich häufiger die Drogenabstinenz als Behandlungsziel. Darüber hinaus nutzte lediglich ein Zehntel der Befragten Spritzentauschprogramme und ein Drittel sprach sich sogar gegen derartige Maßnahmen aus. Die Implementierung von Konsumräumen befürwortete nur eine Minderheit der in Ohio Befragten. Begründet wurde die Ablehnung schadensmindernder Angebote damit, dass solche Maßnahmen eine soziale Akzeptanz des Drogenkonsums vermitteln und riskantere Konsummuster (z. B. intravenöser statt nasaler Konsum, Gebrauch von größeren Drogenmengen) fördern. Im Gegensatz dazu nahm ein Großteil der in Nottingham Befragten Spritzentauschprogramme in Anspruch und nahezu alle befürworteten das Angebot. Der Einrichtung von Konsumräumen stand ebenfalls die absolute Mehrheit positiv gegenüber. Die Studie illustriert damit eindrücklich, wie die länderspezifisch unterschiedliche gesellschaftliche Bewertung des Drogengebrauchs von den Konsumenten internalisiert ist und ihre Einstellung gegenüber schadensreduzierenden Drogenhilfeangeboten prägt.

Reinarman/Cohen (2007), Borchers-Tempel/Kolte (2002) und Cohen/Kaal (2001) richten mit ihren Forschungsarbeiten den Blick auf den Konsum von Cannabis unter divergenten drogenpolitischen Bedingungen. Reinarman/Cohen (2007) vergleichen hierfür erfahrene Cannabiskonsumenten in Amsterdam und San Francisco, Borchers-Tempel/Kolte (2002) sowie Cohen/Kaal (2001) beziehen sich in ihren Studien ebenfalls auf Cannabisgebraucher in diesen beiden Städten, beziehen aber als dritte Gruppe Konsumenten in Bremen mit ein – die Forschungsarbeiten basieren dabei auf derselben Stichprobe. Auf die Drogenpolitik zurückführende Effekte auf den Cannabisgebrauch stellen Reinarman/Cohen (2007: 393ff.) dahingehend fest, dass die Befragten in San Francisco seltener als die Konsumenten in Amsterdam angaben, Cannabis im öffentlichen Setting (u. a. Bars, Clubs, Konzerte) oder gemeinsam mit Fremden, Arbeitgebern oder anderen „Autoritäten“ zu konsumieren. Borchers-Tempel/Kolte (2002: 395ff.) identifizieren eine deutliche Auswirkung der jeweiligen Drogenpolitik in der Angst vor strafrechtlichen Konsequenzen. So äußerte in Amsterdam nur eine Minderheit der Befragten Befürchtungen bezüglich der Strafverfolgung, in Bremen traf dies hingegen auf fast die Hälfte und in San Francisco auf nahezu zwei Drittel der Konsumenten zu. Weitere Einflüsse der Drogenpolitik lassen sich auch im Hinblick auf die Drogenbezugsquellen beobachten. Die Mehrheit der Amsterdamer Konsumenten kaufte Cannabis in „Coffee-Shops“, nahezu alle Befragten in San Francisco und Bremen

bezogen die Substanz hingegen über ihren Bekanntenkreis. Jeweils über die Hälfte von ihnen gab in diesem Zusammenhang an, von ihrer Drogenbezugsquelle auch andere illegale Drogen erwerben zu können. Unterschiede, die nach Borchers-Tempel/Kolte ebenfalls durch die Drogenpolitik bedingt sind, zeigten sich im Hinblick auf die Konsummuster (vgl. ebd.: 410f.). So fand sich unter den Befragten in San Francisco der größte Anteil an Intensivkonsumenten. Die beiden Forscherinnen schlussfolgern hieraus, dass eine repressive Drogenpolitik möglicherweise die Entwicklung intensiver, problematischer Konsummuster begünstigt und somit paradoxe Effekte hervorbringt. Gründe hierfür, so Borchers-Tempel/Kolte, könnten unter anderem der „Reiz des Verbotenen“, eine Glorifizierung von Cannabis oder eine Idealisierung des „outlaw“-Status sein (vgl. ebd.: 411). Ähnlich wie Kemmesies kommen dagegen Reinerman/Cohen (2007) und Cohen/Kaal (2001) zu dem Ergebnis, dass sich trotz differenter drogenpolitischer Bedingungen die subkulturellen Regeln des Cannabiskonsums (d. h. wann, wo, mit wem und unter welchen Bedingungen Cannabis konsumiert wird) weitgehend ähneln. Der Umgang mit Cannabis scheint insofern weniger durch Drogengesetze und formelle Kontrollmechanismen definiert zu sein, sondern vielmehr durch eine „subkulturelle Etikette“ (Reinerman/Cohen 2007: 407) und Mechanismen der informellen sozialen Kontrolle, die sich trotz unterschiedlicher gesetzlicher Rahmenbedingungen relativ ähnlich ausbilden.

Die bisher dargestellten interkulturellen Vergleichsstudien sind durch eine gewisse Ambivalenz charakterisiert. Insbesondere in Bezug auf das bestehende Hilfeangebot lassen sich deutliche Differenzen zwischen den einzelnen Ländern erkennen, die sich in einer unterschiedlichen Verbreitung der mit dem Drogenkonsum assoziierten Problematiken widerspiegeln. Darüber hinaus betonen einige Forschungsarbeiten die Ausbildung unterschiedlicher Drogenumgangsformen unter den Bedingungen differenter drogenpolitischer Handhabungsformen. Andere Studien kommen hingegen zu dem Ergebnis, dass sich unterschiedliche drogenpolitische Rahmenbedingungen zwar teilweise auf den Umgang mit illegalen Drogen auswirken, diese Unterschiede jedoch wesentlich geringer ausfallen, als angenommen werden könnte.

Richtet sich der Blick schließlich auf international vergleichende Studien, die eine Genderperspektive berücksichtigen und komparative Aussagen über frauenspezifische Aspekte des Drogengebrauchs zulassen, so ist hier nahezu Fehlanzeige zu konstatieren. Trotz umfangreicher Recherchen konnten insgesamt nur sehr wenige Studien gefunden werden, die explizit die Situation von drogenkonsumierenden Frauen in unterschiedlichen Ländern vergleichend untersuchen.

Eine dieser Forschungsarbeiten stammt von Estebanez et al. (2000), die die HIV-Prävalenz sowie die Risikofaktoren einer HIV-Transmission für i.v. Drogenkonsumentinnen in fünf europäischen Hauptstädten erforschen. Im Ergebnis zeigt sich, dass mehr als ein Viertel der Frauen HIV-positiv war, wobei sich eine weite Spanne der In-

fektionsrate präsentierte: Während in Madrid fast zwei Drittel der befragten Drogenkonsumentinnen mit HIV infiziert waren, traf dies nur auf 2% der Londoner Stichprobe zu (Paris: 24%, Rom: 34%, Berlin: 39%). Vor dem Hintergrund, dass kaum Unterschiede hinsichtlich der Prävalenz von HIV-Risikofaktoren (u. a. Obdachlosigkeit, Prostitutionsstätigkeit, Hafterfahrungen, HIV-positive Beziehungspartner) zwischen den Stichproben festgestellt wurden, schlussfolgert die Forschergruppe, dass die divergierenden HIV-Prävalenzraten in erster Linie auf die unterschiedlichen drogenpolitischen Interventionsformen zurückzuführen sind. Während beispielsweise in London bereits zu Beginn der „HIV-Epidemie“ verschiedene schadensreduzierende, HIV-präventive Angebote für i.v. Drogengebraucherinnen implementiert wurden, geschah dies in Madrid erst Anfang der 1990er Jahre, als bereits die Hälfte der i.v. Konsumierenden mit dem HI-Virus infiziert war. Unterschiedliche drogenpolitische Zugänge bzw. die unterschiedlichen Zeitpunkte, zu denen „harm reduction“-Angebote und Präventionskampagnen implementiert werden, haben somit augenscheinlich deutliche Effekte auf die HIV-Prävalenz.

Ein weiteres Forschungsprojekt liegt mit der Studie „Female Drug Users in European Prisons“ (Zurhold 2004 sowie Zurhold/Haasen 2005) vor, mit der erstmalig systematische Informationen zu den speziellen Problematiken drogengebrauchender Frauen in europäischen Gefängnissen sowie den Umgangsweisen des Justizsystems mit diesen Problematiken erhoben wurden. Die Anteile von Drogenkonsumentinnen in europäischen Gefängnissen – unter Berücksichtigung der abweichenden Definitionen von Drogengebrauch und der unterschiedlichen Methoden zur Identifizierung des Drogenkonsums (vgl. Zurhold/Haasen 2005: 132) – liegen in der Studie zwischen 10% und 70%, wobei zwischen 20% und 60% der Frauen den Drogenkonsum im Gefängnis fortsetzten. Deutliche Unterschiede zwischen den Ländern lassen sich erneut für die HIV-Infektionsrate erkennen: Mit 60% lag die HIV-Prävalenz unter inhaftierten Drogenkonsumentinnen in Spanien (Barcelona) besonders hoch, während sich dieser Anteil in Deutschland (Hamburg), Österreich (Wien) und Schottland (Glasgow) zwischen 3% und 6% bewegte (vgl. Zurhold 2004: 11). Die Studie kommt zu dem Schluss, dass die Mehrheit der europäischen Gefängnisse ein mangelhaftes Angebot für inhaftierte Drogenkonsumentinnen aufweist, insbesondere bezogen auf die Prävention einer Hepatitis- und HIV-Infektion sowie hinsichtlich drogenbezogener Behandlungen während der Inhaftierung oder nach der Haftentlassung (vgl. Zurhold/Haasen 2005: 139f.). Mit einer Inhaftierung ergeben sich somit zusätzliche Risiken für Drogenkonsumentinnen.

Zwar eröffnen die Studien von Estebanez et al. (2000) sowie Zurhold (2004) bzw. Zurhold/Haasen (2005) erste Einblicke in spezifische Aspekte und Problematiken des illegalen Drogengebrauchs von Frauen in verschiedenen europäischen Städten, aufgrund des Forschungsfokus liefern die Untersuchungen jedoch keine Erkenntnisse zur Lage von Frauen in Drogensubkulturen unter unterschiedlichen drogenpolitischen Bedingungen.

Die bislang wohl einzige qualitative Forschungsarbeit, die mittels eines ethnographischen Zugangs die Situation von Frauen in Drogenszenen in unterschiedlichen Ländern gegenüberstellt, wurde von Sargent (1992) vorgelegt. Anhand des Vergleichs kompulsiver Drogengebraucherinnen in Sydney, London und Amsterdam kommt sie zu dem Ergebnis, dass sich wesentliche Effekte differenter Drogenpolitiken in der Ausbildung unterschiedlich riskanter Drogenkonsumformen (Heroinrauchen in Amsterdam vs. i.v. Konsum in Sydney und London) und einer unterschiedlichen Prävalenz gesundheitlicher und sozialer Probleme abbilden. Für die Amsterdamer Befragten setzten zudem mit dem Drogenkonsum assoziierte Probleme – Verschlechterung des Gesundheitszustands, Arbeitsplatzverlust, Verlust von Sozialkontakten, Obdachlosigkeit etc. – erst deutlich später in ihrer Drogenkarriere ein, als dies bei den Frauen in London und Sydney der Fall war (vgl. ebd.: 121ff.). Sargent führt dies auf den hohen Strafverfolgungsdruck in den beiden letztgenannten Städten zurück, der nicht nur hohe Drogenpreise, eine schwankende Verfügbarkeit und Qualität von Drogen sowie stressreiche Konsumbedingungen schaffe, sondern auch die gesellschaftliche Stigmatisierung von Frauen verstärke (vgl. ebd.: 173f.). Wesentliche Unterschiede zwischen den drei Städten zeigten sich auch im Hinblick auf die Prostitutionstätigkeit der Frauen. Während in Amsterdam eine relativ tolerante, akzeptierende Haltung gegenüber der Beschaffungsprostitution herrschte und die Strafverfolgung außerhalb der Toleranzzonen milde ausfiel, war die Politik gegenüber Prostituierten in Sydney, insbesondere jedoch in London, strikt. Für die Frauen entstand hierdurch nicht nur ein hoher Verfolgungsdruck, sondern hiermit waren weitere Risiken verbunden, die sich unter anderem darin äußerten, dass die Befragten in Sydney und London deutlich häufiger über Gewalterfahrungen während der Prostitution berichteten als die in Amsterdam Befragten (vgl. ebd.: 132f.). Keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Drogenkonsumentinnen stellt Sargent bezüglich der Haftverfahren fest. Jeweils etwa ein Drittel der Frauen in den drei Städten hatte schon einmal eine Haftstrafe verbüßt. Auch hier beschrieben jedoch die Frauen in Sydney und London die Konsequenzen einer Inhaftierung als gravierender (z. B. hinsichtlich einer Infizierung mit Hepatitis oder HIV) und die Haftbedingungen als prekärer. Bezüglich einer Substitutionsbehandlung gaben in erster Linie die Drogenkonsumentinnen in London eine starke Bevormundung durch Ärzte und Sozialarbeiter an. Die Frauen in Sydney und Amsterdam berichteten dagegen darüber, ein gewisses Mitspracherecht bei der Behandlung zu haben. Dennoch, so die Beobachtung von Sargent, fand ein Ausschluss aus der Substitution (z. B. wegen Beikonsums) in London und Sydney deutlich schneller und häufiger statt als in Amsterdam (vgl. ebd.: 188). Insgesamt offenbart Sargents Forschungsarbeit zum Teil deutliche Unterschiede zwischen der Situation und den Problematiken drogengebrauchender Frauen in den unterschiedlichen Städten, die im Zusammenhang mit den drogenpolitischen Rahmenbedingungen zu sehen sind. Wenngleich sich die Studie weder auf Drogen-

konsumentinnen in Deutschland noch in den USA bezieht, kann eine gewisse Relevanz der Forschungsarbeit für das vorliegende Dissertationsprojekt konstatiert werden, da es sich hierbei um die bislang einzige frauenspezifische Drogenforschungsarbeit handelt, die einen international vergleichenden Blick auf Frauen in Drogensubkulturen richtet.

Wird der Forschungsstand im Hinblick auf das vorliegende Forschungsvorhaben abschließend beurteilt, so präsentiert sich folgendes Bild: Das Gros der deutschen Forschungsarbeiten ist quantitativ, ätiologisch ausgerichtet und untersucht Konsumentinnen illegaler Drogen vorwiegend in institutionellen Kontexten. Hieraus ergibt sich eine deutliche „Färbung“ der Forschungsergebnisse. Drogenkonsumierende Frauen werden als pathologisch und defizitär klassifiziert, die Erklärungsmuster für ihren Drogengebrauch verweisen relativ einheitlich auf ein problemzentriertes Konsummotiv, in dessen Zentrum weibliche Viktimisierungserfahrungen gerückt werden. Ethnographische Forschungsarbeiten, die Frauen in ihrem alltagsweltlichen Kontext untersuchen und die subjektive Perspektive von Drogengebraucherinnen zum Gegenstand der Analyse machen, liegen hierzulande vergleichsweise selten vor. Hiermit ist ein wesentliches Defizit der Frauendrogenforschung in Deutschland angesprochen, da gerade ethnographische Forschungsarbeiten ein kontextbezogenes und damit umfassenderes Verständnis der Situation von Drogengebraucherinnen ermöglichen.

Für die USA zeigt sich ein etwas anderes Bild. In der Tradition der „Chicago School“ entstanden hier bereits in den 1960er und 1970er Jahren ethnographische Studien, in den 1980er Jahren auch erste frauenspezifische Forschungsarbeiten. Mit dem Aufkommen von HIV und Crack haben sich die Forschungsbemühungen noch einmal deutlich verstärkt. Ergänzend hierzu existieren zahlreiche Untersuchungen aus institutionellen Kontexten, sodass sich in den USA ein vergleichsweise breiter Forschungsstand zum illegalen Drogenkonsum von Frauen präsentiert.

Bezüglich einer international vergleichenden Drogenforschung sind, trotz der in den letzten Jahren intensivierten Forschungsbemühungen, weitreichende Lücken festzustellen. Die bislang vorliegenden Studien basieren in erster Linie auf quantitativen Daten und können damit kaum Erklärungszusammenhänge für die unterschiedliche Situation von Drogenkonsumierenden in verschiedenen Ländern liefern. Zudem zeichnet sich die Forschung meist durch Geschlechtsblindheit aus. Insgesamt existieren nur sehr wenige Studien, die in einer international vergleichenden Perspektive die Lage von drogenkonsumierenden Frauen beleuchten, und bislang liegt keine Untersuchung vor, die Drogenkonsumentinnen in Deutschland und den USA vergleicht. Auch ein frauenspezifischer europäisch-amerikanischer Vergleich ist bisher in keiner Forschungsarbeit unternommen worden. Die einzige Studie, die die Alltagswirklichkeit von Frauen in Drogensubkulturen untersucht und Einblicke in die Wirkung unterschiedlicher

Drogenpolitiken bietet, wurde bereits Anfang der 1990er Jahre von Sargent (1992) durchgeführt – auch diese Arbeit bezieht weder Deutschland noch die USA ein.

Das vorliegende Forschungsvorhaben, mit dem basierend auf qualitativen und quantitativen Daten ein Vergleich zwischen Konsumentinnen illegaler Drogen in Deutschland und den USA respektive Frankfurt am Main und New York City und damit eine Analyse der Wirkungen unterschiedlicher Drogenpolitiken angestrebt wird, stößt damit in eine Forschungslücke. Für das methodische Vorgehen, das anschließend dargestellt wird, lässt sich aus dem Forschungsstand ableiten, dass sich der US-amerikanische bzw. New Yorker Teil der komparativen Analyse auf die bereits vorhandene Datenlage stützen konnte, während für die Frankfurter Drogenszene das Datenmaterial durch eine eigene empirische Erhebung gewonnen wurde.

5. Methodische Konzeption der Untersuchung

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln der theoretische Rahmen der vorliegenden Arbeit sowie der Forschungsstand zum Phänomenfeld „Frauen und illegale Drogen“ dargelegt wurden, wird an dieser Stelle das Forschungsdesign vorgestellt. Zunächst werden die Fragestellung und Zielsetzung sowie die theoretische und methodologische Konzeption der Untersuchung präzisiert und anschließend das konkrete methodische Vorgehen erläutert.

5.1 Forschungsleitende Fragestellung und Zielsetzung

Die vorliegende Studie untersucht die Drogengebrauchssituation in Deutschland und den USA unter einem frauenspezifischen Blickwinkel. Das Erkenntnisinteresse richtet sich auf die Frage, wie sich unterschiedliche Drogenpolitiken im Drogenkonsum von Frauen, ihren Lebens- und Problemlagen sowie in der Alltagswelt von compulsiven Drogengebraucherinnen der Straßenszenen niederschlagen. Aus dem Stand der Forschung und dem Erkenntnisinteresse lassen sich folgende zentrale Fragestellungen ableiten:

- **Welche Unterschiede sind im Hinblick auf die Verbreitung des illegalen Drogengebrauchs und der damit einhergehenden Problemlagen anhand von epidemiologischen Daten für Deutschland und die USA abzulesen?**

Bewirken differente Drogenpolitiken unterschiedliche Ausdrucksformen des Drogenkonsums von Frauen? Wie haben sich die Verbreitung des Konsums und die Begleitfolgen über die Zeit entwickelt? Lassen sich genderspezifische Differenzen hinsichtlich des Konsums und der Begleitfolgen identifizieren?

- **Wie wirken sich die differenten drogenpolitischen Ansätze Deutschlands und der USA auf die Alltagswelt von compulsiven Drogenkonsumentinnen der Straßen-Drogenszenen in Frankfurt am Main und New York City aus?**

Welche geschlechtsspezifischen Strukturen und Charakteristika von Drogensubkulturen bilden sich unter diesen drogenpolitischen Bedingungen heraus? Welche Unterschiede bestehen hinsichtlich der Drogenkonsum- und Beschaffungsmuster sowie der Alltagsgestaltung und der mit dem Szeneleben einhergehenden Belastungen?

- **Welche Problem- und Bedarfslagen lassen sich für Drogenkonsumentinnen in Frankfurt am Main und New York City feststellen und inwiefern entsprechen die bestehenden Drogenhilfeangebote diesen Bedarfslagen und tragen zu einer Verbesserung der Situation von Drogenkonsumentinnen bei?**

Zur Beantwortung dieser Fragestellungen wurden verschiedene quantitative und qualitative Forschungszugänge gewählt. Aus den gewonnen Erkenntnissen sollen Empfehlungen an die Drogenpolitik abgeleitet werden, die auf eine Verbesserung der Situation von Drogenkonsumentinnen und eine Reduzierung ihrer spezifischen Problemlagen abzielen. In diesem Sinne möchte die vorliegende Studie einen Beitrag zur Diskussion über genderspezifische Aspekte des „Drogenproblems“ und den Einfluss der Kontrollpolitik auf den Umgang mit psychoaktiven Substanzen sowie die damit assoziierten Begleitfolgen leisten und somit zu einer Verringerung der in Kapitel 4 beschriebenen Forschungslücke beitragen.

5.2 Theoretische Konzeption der Untersuchung: Zur Interdependenz von Makro- und Mikroebene

Den Kern der theoretischen Konzeption der vorliegenden Untersuchung bildet die Überlegung, dass sich gesellschaftliche Definitions- und Konstruktionsprozesse in den Kontextbedingungen des Drogengebrauchs – d. h. konkret in den phänomenbezogenen Bereichen Drogenpolitik bzw. Drogengesetzgebung und Drogenhilfe – niederschlagen und das individuelle Handeln bezüglich Drogen sowie die Ausbildung drogensubkultureller Strukturen beeinflussen. Umgekehrt wirkt das Drogengebrauchsverhalten wiederum auf die gesellschaftlichen Reaktionsformen zurück. Strukturen und soziales Handeln stehen folglich in einem wechselseitigen Konstitutionsverhältnis zueinander. Giddens (1988: 77f.) bezeichnet dieses Wechselverhältnis als „Dualität der Struktur“. Durch Handeln werden Strukturen geschaffen, die wiederum Handeln ermöglichen, nahelegen oder verhindern und somit wieder Handeln konstituieren (vgl. hierzu auch Schirmer 2009: 150ff.). Da soziale Strukturen das Handeln jedoch nur einschränken oder ermöglichen, nicht aber vollständig determinieren, können Akteure diesen externen Beschränkungen zuwider handeln und auf diese Weise Strukturen verändern bzw. neue Strukturen schaffen (vgl. Kelle 2007: 73).¹⁰⁵

¹⁰⁵ Ein Modell zur Analyse des Wechselverhältnisses zwischen Mikro- und Makroebene liefert Esser (1999 a, b). Das Ziel sozialwissenschaftlicher Forschung liegt für ihn im Verstehen und Erklären gesellschaftlicher Phänomene durch die Rekonstruktion individueller Handlungen. Um sowohl die Handlungsintentionen der Akteure als auch die Bedingungen und Folgen ihres Handelns erfassen zu können, bedarf es nach Esser (1999b: 15ff.) der Bestimmung der „Logik der Situation“, der „Logik der Selektion“ und der „Logik der Aggregation“. Die „Logik der Situation“ legt den Rahmen für das individuelle Handeln fest. Beinhaltet hierin sind sowohl die äußeren Handlungsbedingungen (Regeln und bestehende Gelegenheiten, die das Handeln in einem Kontext bestimmen) als auch die inneren Bedingungen des Handelns (u. a. Wissensbestände, Werte und Einstellungen der Akteure). Indem die Erwartungen und Bewertungen der Akteure mit den Alternativen und Bedingungen der Situation verknüpft werden, stellt die „Logik der Situation“ eine Verbindung zwischen der Makroebene der sozialen Situation und der Mikroebene der Akteure her (vgl. ebenso Esser 1999a: 94). Die „Logik der Selektion“ erfasst das individuelle Handeln bzw. das individuelle Entscheidungsverhalten vor dem Hintergrund der situationalen Bedingungen. Verbunden werden hiermit zwei Elemente auf der Mikroebene, nämlich die Akteure mit ihren Eigenschaften, Erwartungen und Bewertungen der Situation und das soziale Handeln als Selektion einer bestimmten Handlungsalternative (vgl. Esser 1995a: 95). Die „Logik der Aggregation“ verknüpft schließlich erneut die Mikro- und Makroebene, indem rekonstruiert wird, wie sich das Akteurshandeln auf der Makroebene niederschlägt. Zentral ist hierbei die Frage, unter welchen Bedingungen individuelles Handeln neue kollektive Phänomene bzw. neue soziale Situationen erzeugt (vgl. Esser 1999b: 16).

In Bezug auf das Drogengebrauchssphänomen lässt sich das Interdependenzverhältnis zwischen Makroebene (strukturelle drogenpolitische Bedingungen) und Mikroebene (Drogengebrauchsverhalten) beispielsweise daran veranschaulichen, dass die gesellschaftlichen Definitions- und Konstruktionsprozesse, die zur Illegalisierung bestimmter Drogen geführt haben, die Entstehung von Drogensubkulturen und Straßen-Drogenszenen nach sich zog (vgl. Kap. 3.2). Die Kriminalisierung bedingt dabei stark überhöhte Drogen-Schwarzmarktpreise (und damit verbunden eine Intensivierung der Beschaffungskriminalität) und fehlende Qualitätskontrollen, sodass Drogen zum Teil gesundheitsschädigende Beimischungen bzw. einen nur geringen Wirkstoffgehalt enthalten. Die hohen Schwarzmarktpreise und das starke Verstrecken der Substanzen haben wiederum dazu geführt, dass sich – wie im Fall von Heroin – besonders effektive Applikationsformen, primär der i.v. Konsum, in der Drogenszene etabliert haben, die eine hohe Ausnutzung des Wirkstoffgehalts versprechen, gleichzeitig jedoch hohe Gesundheitsgefahren bergen. Zudem fördert eine schlechte Drogenqualität auch den Mischkonsum verschiedener Substanzen (zum Zwecke einer Wirkungssteigerung) und erhöht damit zusätzlich das Überdosierungsrisiko. Die Kriminalisierung verstärkt wiederum die mit dem i.v. Konsum verbundenen Risiken, wenn beispielsweise der Zugang zu sterilen Spritzutensilien verhindert oder eingeschränkt wird, der Konsum unter klandestinen und hektischen Bedingungen stattfindet oder keine Hilfe im Falle einer Überdosierung zur Verfügung steht. Im Zuge der wachsenden HIV- und AIDS-Problematik wurden in Deutschland und den USA Spritzentauschprogramme implementiert, um das HIV-Risiko für i.v. Drogenkonsumierende zu senken. Gemeinsam mit Aufklärungskampagnen haben diese Angebote offenbar zu einem risikoärmeren Gebrauchsverhalten unter Drogenkonsumenten und rückläufigen HIV-Infektionszahlen beigetragen (vgl. Kap. 6.3, 7 und 8). In Deutschland hat wohl auch die Einrichtung von Konsumräumen eine zurückgehende HIV- und Mortalitätsrate unter i.v. Konsumenten bewirkt. Die durch Akteure im Bereich der Drogenforschung und Drogenhilfe vorangetriebene öffentliche Diskussion über die politische Handhabung des „Drogenproblems“ ebnete zugleich den Weg für verschiedene Reformen der Drogengesetzgebung. In Deutschland haben zum Beispiel Konsumräume und die diamorphingestützte Behandlung („staatliche Heroinvergabe“) durch Änderungen des BtMG eine rechtliche Absicherung erfahren. In den USA wurden bundesstaatliche Gesetze reformiert, um Spritzentauschprogramme implementieren und ausweiten zu können, und jüngst wurden die New Yorker „Rockefeller Drug Laws“ geändert (vgl. Kap. 8). Die Wechselwirkung zwischen Mikro- und Makroebene illustriert sich auch anhand des Umgangs mit der Crackproblematik in den USA. Mit der Verbreitung von Crack und der in diesem Zusammenhang konstruierten „Crack-Panik“ wurden durch den „Anti Drug Abuse Act“ Mitte der 1980er Jahre hohe Mindesthaftstrafen für den bloßen Besitz von Crack festgelegt. Dies führte zu einer rapide steigenden Zahl an Inhaftierten, wobei die für

Crackdelikte Verurteilten überproportional häufig Afroamerikaner waren und das Gesetz damit als besonders rassistisch galt (vgl. Kap. 3.2.5 und 3.3.1). Darüber hinaus wurden vor allem Konsumenten, die auf den untersten Ebenen am Straßenhandel beteiligt waren, unter dem Gesetz zu langen Haftstrafen verurteilt.¹⁰⁶ Nach jahrzehntelangen Bemühungen drogenpolitischer Akteure wurden schließlich 2010 diese hohen Mindesthaftstrafen für Crack durch den „Fair Sentencing Act“ teilweise zurückgenommen, wenngleich noch immer eine deutliche Disparität zwischen den Haftstrafen für Crack und Kokain besteht.¹⁰⁷

In Anlehnung an die Überlegungen zum Interdependenzverhältnis zwischen sozialer Struktur und sozialem Handeln orientiert sich die theoretische Konzeption der vorliegenden Untersuchung an dem von Zinberg (1984) entwickelten Konzept von „Drug, Set and Setting“. Nach Zinberg stehen die Faktoren Droge (Drug), Person (Set) und Umwelt (Setting) in einer engen Wechselbeziehung zueinander und bestimmen die Art und Weise des Konsums und die Wirkung von Drogen. Neben der Persönlichkeit des Drogennutzers (insbesondere dessen Einstellungen und Werthaltungen) und den pharmakologischen Eigenschaften der Droge gilt das Umfeld – der kulturelle und soziale Kontext, in dem der Drogengebrauch erlernt wird und stattfindet – als entscheidende Einflussgröße auf das Drogenkonsumverhalten. Zinberg stellt damit den monokausalen Erklärungsansätzen, die den Drogengebrauch entweder individuumzentriert (prädisponierte Persönlichkeit, Drogengebrauch als Problemlösungsstrategie) oder drogenzentriert (psychoaktive Substanzen besitzen eine „automatisch“ abhängigkeits-induzierende Pharmakodynamik) begründen, ein multifaktorielles Erklärungskonzept gegenüber, das ebenso das sozialräumliche Umfeld umfasst. Dem Setting kommt dabei nach Zinberg die größte Bedeutung unter den drei genannten Variablen zu (vgl. ebd.: 81). Nach Zinberg/Harding (1980) stellen Rituale sowie positive und negative soziale Sanktionen aufgrund ihrer handlungsleitenden Funktionen die beiden wichtigsten Setting-Faktoren dar. Rituale bezeichnen „the stylized, prescribed behavior patterns surrounding the use of a drug“ (ebd.: 4). Soziale Sanktionen sind demgegenüber

„the norms regarding whether and how a particular drug should be used. They include both the informal (and often unspoken) values and rules of conduct shared by a group and the formal laws and policies regulating drug use“ (ebd.).

Rituale und soziale Sanktionen sind damit auf unterschiedlichen Gesellschaftsebenen angesiedelt. Sie beziehen sich einerseits auf das unmittelbare soziale Umfeld, in dem der Drogengebrauch stattfindet (z. B. Partnerschaft, Freundes- und Bekanntenkreis

¹⁰⁶ Nach Angaben der „Drug Policy Alliance“ machen Afroamerikaner 82% der wegen Crackdelikten Verurteilten aus, ihr Anteil an Crackkonsumenten wird hingegen auf nur 30% geschätzt. 62% derjenigen, die wegen eines Crackdelikts verurteilt wurden, sind Kleinstdealer oder in peripheren Rollen des Drogenhandels tätig (vgl. <http://www.drugpolicy.org/news/2010/03/us-senate-unanimously-approves-bill-reduce-crackpowder-cocaine-sentencing-disparity>; abgerufen am 10.08.2011).

¹⁰⁷ Eine rückwirkende Anwendung des „Fair Sentencing Act“, womit rund 12.000 Personen vorzeitig aus der Haft entlassen werden könnten, ist bislang (Stand September 2011) nicht durchgesetzt worden (vgl. <http://www.drugpolicy.org/news/2010/03/us-senate-unanimously-approves-bill-reduce-crackpowder-cocaine-sentencing-disparity>; abgerufen am 10.08.2011).

oder die Straßenszene) und andererseits auf das soziokulturelle Umfeld, in dem die Drogenkonsumierenden aufwachsen. Drogenumgangsformen werden folglich innerhalb und unter den Bedingungen der Settingstrukturen auf der Mikro- und Makroebene erlernt und praktiziert (vgl. Kemmesies 1995a: 66).

Für die vorliegende Untersuchung lässt sich schlussfolgern, dass ein umfassendes Verständnis des weiblichen Drogenkonsums und der damit verbundenen Problemlagen über eine integrierte Analyse der Mikro- und Makroebene zu leisten ist, da sich hierüber die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Deutschland und den USA herausarbeiten und in ihren Ursachenzusammenhängen erklären lassen. Die Betrachtungsfolie hierfür bilden die in Kapitel 3 dargestellten gesellschaftlichen Kontextbedingungen des Drogengebrauchs, d. h. die phänomenbezogenen makrosozialen Strukturen, wie sie durch die deutsche und US-amerikanische Drogenpolitik konstituiert sind.

5.3 Methodologischer Hintergrund: Triangulation quantitativer und qualitativer Forschung

Entsprechend dem Erkenntnisinteresse der hier vorgelegten Studie richtet sich das empirisch-methodische Vorgehen auf die Erforschung der gesellschaftlichen Strukturen und des individuellen Handelns. Ziel ist es, die zu beobachtenden Phänomene auf den unterschiedlichen Systemebenen verstehend zu beschreiben und Interdependenzen zu identifizieren, die Aussagen über Zusammenhänge zwischen den drogenpolitischen Strukturen und den Ausdrucksformen des Drogengebrauchsphänomens auf der gesellschaftlichen Makro- und Mikroebene ermöglichen. Angezeigt ist damit eine methodische Vorgehensweise, die dem Prinzip der Triangulation folgt.

Mit Triangulation ist die „combination of methodologies in the study of the same phenomena“ (Denzin 1970: 297) bezeichnet.¹⁰⁸ Unterschieden werden die methodeninterne Triangulation („within-method triangulation“) und die Triangulation zwischen Methoden („between-method triangulation“). Während erstgenannter Typus durch den Einsatz unterschiedlicher Techniken der Datensammlung und Datenanalyse im Rahmen einer Methode charakterisiert ist, beinhaltet die Triangulation zwischen den Methoden die Verknüpfung von quantitativen und qualitativen Verfahren (vgl. Seipel/Rieker 2003: 225f.; Lamnek 2005: 278). Hierüber soll eine gegenseitige, gewinnbringende Ergänzung erreicht werden, indem die Stärken beider Methoden genutzt und ihre Schwächen kompensiert werden (Seipel/Rieker 2003: 227; Kelle 2007: 232).

„Triangulation, or the use of multiple methods, is a plan of action that will raise sociologists above the (...) biases that stem from single methodologies“ (Denzin 1970: 300).

¹⁰⁸ Der Begriff der Triangulation kann sich auch auf Daten-Triangulation (Kombination von Daten aus verschiedenen Quellen), Forscher-Triangulation (mehrere Forscher arbeiten gemeinsam in einem Team) und Theorien-Triangulation (Berücksichtigung unterschiedlicher theoretischer Perspektiven im Rahmen einer Studie) beziehen (vgl. Denzin 1970: 301ff.). Gängigerweise ist jedoch die methodische Triangulation gemeint, wenn von Triangulation die Rede ist (vgl. Seipel/Rieker 2003: 225).

In diesem Sinne verspricht das methodenplurale Vorgehen einen größeren Erkenntnisgewinn als monomethodische Zugänge (vgl. Flick 2008: 12). Es können unterschiedliche Perspektiven auf den Untersuchungsgegenstand eingenommen und dadurch ein detaillierteres und umfassenderes Bild gezeichnet werden, wodurch ein besseres Verstehen und Erklären des Forschungsgegenstands möglich wird (vgl. Lamnek 2005: 278ff.; Flick 2009: 226). Über die Anwendung quantitativer und qualitativer Methoden lassen sich zudem unterschiedliche Ebenen gesellschaftlicher Phänomene erfassen:

„[Q]uantitative analyses show phenomena on an aggregate level and can thereby allow the description of macro social structures. Although qualitative data may also relate to phenomena on a macrosocietal level, their specific strength lies in their ability to lift the veil on social microprocesses (...). In order to formulate adequate sociological explanations of certain social phenomena it will often be necessary to combine both types of information“ (Kelle 2001: 8).

Die Methodentriangulation trägt insofern dazu bei, die Beziehung zwischen Mikro- und Makroebene im Gegenstandsbereich zu klären und knüpft damit direkt an die theoretische Konzeption der vorliegenden Studie an.

Die oftmals als dichotom verstandenen erkenntnistheoretischen Positionen und empirischen Vorgehensweisen der quantitativen und qualitativen Forschung, wie sie mit den Gegensatzpaaren „erklären vs. verstehen“, „normativ vs. interpretativ“, „deduktiv vs. induktiv“, „theorieprüfend vs. theoriegenerierend“ oder „nomothetisch vs. ideografisch“ gefasst werden können, sollen nachfolgend in ihren Grundzügen skizziert werden. Im Sinne der methodenpluralen Ausrichtung der hier vorgelegten Untersuchung soll es dabei darum gehen, die quantitativen und qualitativen Methoden als komplementäre und eben nicht als rivalisierende Lager zu begreifen (vgl. Jick 1979: 602). Angeknüpft wird damit an eine Debatte innerhalb der Sozialwissenschaften, die die strikte Gegenüberstellung quantitativer und qualitativer Forschung als ideologisch überhöht, irreführend, unproduktiv und den Forschungsgegenständen nicht angemessen kritisiert (vgl. Ferchhoff 1986: 215). Diesbezüglich lässt sich mit Mayntz (1980: 482) festhalten,

„daß in einem Prozeß gegenseitiger Stereotypisierung verschiedene Orientierungen zu unvereinbaren Gegensätzen gestempelt werden, während sie tatsächlich in einem Verhältnis notwendiger Ergänzungen stehen“.

Der quantitativen Forschung werden der Ansatz des Erklärens und ein objektivistisches Verständnis der sozialen Wirklichkeit (vgl. Kap. 2.1) zugeordnet. Ausgegangen wird von einer real existierenden Welt, die eine bestimmte Ordnung und Struktur aufweist. Soziale Ereignisse folgen danach bestimmten Regeln und Gesetzmäßigkeiten, wobei für jedes Ereignis eine oder mehrere Ursachen (Kausalzusammenhänge) vorliegen (vgl. Schirmer 2009: 39f.). Das normative Paradigma (Wilson 1973) quantitativer Forschung ist damit der Annahme verhaftet, dass die soziale Wirklichkeit in einem Normen- und Wertegefüge objektiv sachhaft und äußerlich vorgegeben ist. Sozial Handelnde teilen demzufolge ein gemeinsames System von Symbolen, (Be-)

Deutungen und Definitionen für Situationen und Handlungen und orientieren ihr Handeln an den vorhandenen Strukturen und den darin vorgegebenen Rollen, Regeln und Normen. Aus dieser Auffassung der sozialen Wirklichkeit leitet sich die an den Naturwissenschaften orientierte nomothetische (Windelband 1894), deduktive Erkenntnislogik der quantitativen Forschung ab. Mit Hilfe allgemeiner Gesetzmäßigkeiten sollen soziale Phänomene erklärt werden, wobei vom Allgemeinen (allgemeine Aussagen bzw. Theorien) auf das Besondere (einzelne Beobachtungen/Fälle) geschlossen wird (vgl. Lamnek 2005: 243; Przyborski/Wohlrab-Sahar 2008: 322). Die gesellschaftliche Realität gilt dabei als durch das Forschungshandeln „objektiv“ erfassbar (vgl. Lamnek 2005: 32). Theoretische Vorüberlegungen stehen am Anfang des Forschungsprozesses und bilden die Basis für die Formulierung von Hypothesen, die dann durch die Forschung verifiziert oder falsifiziert werden (vgl. Lamnek 2005: 479; Schirmer 2009: 25). Die quantitative Forschung ist damit weniger auf die Entwicklung neuer Theorien, sondern vornehmlich auf das Überprüfen vorhandener Theorien ausgerichtet.

Nach Popper (1966: 14ff. und 47ff.), dessen kritischer Rationalismus als wissenschaftstheoretische Basis des quantitativen Paradigmas gilt, ist die Falsifikation von Theorien und Hypothesen wesentlich für den Erkenntnisfortschritt. Damit wird gleichzeitig der tentative Charakter von Hypothesen und Aussagen über Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge betont: Über Erkenntnisstrategien ist niemals ein „endgültig“ gesichertes Wissen zu erlangen, sondern das Wissen ist immer fehlbar, ergänzungsbedürftig und nur vorläufig (vgl. Popper 1966: 8 sowie Hess/Scheerer 1999: 45; Seipel/Rieker 2003: 37ff.). Auch die Forderung nach Objektivität quantitativer Forschung erfährt bereits bei Popper (1966: 18ff.) eine Einschränkung, indem er auf die Theorieabhängigkeit der Beobachtung verweist. Beobachtungen und Aussagen über die Wirklichkeit, die ein Forscher macht, sind demnach immer beeinflusst durch dessen explizite oder implizite theoretische Erwartungen – einen unvoreingenommenen, objektiven Beobachter kann es folglich nicht geben (vgl. hierzu auch Seipel/Rieker 2003: 35; Schirmer 2009: 21f.). Der kritische Rationalismus setzt somit zwar die Möglichkeit voraus, die objektive Realität zu erkennen, betont zugleich aber auch die Subjektivität der Forschung. Um den möglichen Einfluss des Vorwissens und der Vorannahmen des Forschers auf die Untersuchung zu kontrollieren, werden explizit Hypothesen im Vorfeld der Datenerhebung formuliert (vgl. Seipel/Rieker 2003: 67).

Orientiert am naturwissenschaftlichen Modell und der Zielsetzung, soziale Phänomene anhand von kausalen Zusammenhängen und generalisierbaren Aussagen zu erklären, beruhen quantitative Forschungsmethoden auf dem Ideal der Messung. Basierend auf dem Grundgedanken, dass sich die soziale Wirklichkeit in numerischer Form abbilden und erfassen lässt, werden Forschungsobjekten und deren Eigenschaften Zahlen zugeordnet und Informationen und Merkmale so in mess- und vergleichbare Variablen übersetzt. Anhand der auf breiter Basis gesammelten und ausgewerteten

Daten erfolgt dann die statistische Überprüfung von Hypothesen und Theorien. Die gezogene Stichprobe soll dabei möglichst repräsentativ für die Grundgesamtheit¹⁰⁹ sein, um generalisierende Aussagen über soziale Zusammenhänge in ganzen Populationen treffen zu können. Datenerhebung (vor allem mittels Fragebögen und/oder strukturierter Beobachtung) und Datenanalyse (durch statistische Verfahren) erfolgen standardisiert, wodurch die Erzeugung objektiver Messwerte gewährleistet werden soll. Zur Vergleichbarkeit und Objektivität der Daten soll auch der lineare Verlauf des quantitativen Forschungsprozesses beitragen: Die einzelnen Untersuchungsschritte werden nacheinander durchgeführt und der entworfene Erhebungs- und Auswertungsplan während des Forschungsverlaufs nicht geändert (vgl. Flick 2007: 123).

Der qualitativen Forschung wird hingegen der Ansatz des Verstehens zugeordnet und sie ist mit einem konstruktivistischen Verständnis der sozialen Wirklichkeit verbunden (vgl. Kap. 2.2). Das interpretative Paradigma (Wilson 1973) qualitativer Forschung strebt dabei einen sinnverstehenden Zugang zu gesellschaftlichen Phänomenen, d. h. das Erfassen von subjektiven Sinn- und Deutungsmustern, an.

Erklären und Verstehen sind allerdings nicht als gegensätzliche, sondern vielmehr als sich gegenseitig ergänzende Schritte des Erkenntnisprozesses aufzufassen. So hat bereits Weber (1980) hervorgehoben, dass die Soziologie als „Wissenschaft, welche soziales Handeln deutend verstehen und dadurch in seinem Ablauf und seinen Wirkungen ursächlich erklären will“ (ebd.: 1) aufzufassen sei. Erklärungen sozialer Phänomene müssen demnach sowohl „sinnadäquat“ (Erfassung von Sinnzusammenhängen; qualitatives Paradigma) als auch „kausaladäquat“ (Regelmäßigkeiten des Handelns; quantitatives Paradigma) sein (vgl. ebd.: 5). Über das Verstehen lassen sich neue Erklärungsversuche und -muster entwerfen, die dann statistisch oder kausal überprüft werden können (vgl. Hess/Scheerer 1999: 45).

Kennzeichnend für den qualitativen Ansatz ist ein induktives, theoriegenerierendes Erkenntnisinteresse. Hierbei wird vom Besonderen auf das Allgemeine geschlossen – aus der Analyse von Einzelbeobachtungen sollen Verallgemeinerungen hinsichtlich der Sinnstrukturen und Deutungsmuster bzw. Typisierungen und theoretische Aussagen entwickelt werden (vgl. Steinke 1999: 20). Der Generierung von Hypothesen und Theorien anhand des empirischen Datenmaterials kommt insofern ein zentraler Stellenwert zu. Qualitative Forschung ist dabei ideografisch (Windelband 1894) ausgerichtet: Durch detaillierte Beschreibungen soll ein möglichst umfassendes und differenziertes Verständnis eines komplexen Phänomens erlangt werden (vgl. Kron 1999: 103). Nach Auffassung qualitativer Forschung kann es dabei keine gleichbleibenden Gesetzmäßigkeiten für den Gegenstand des Sozialen geben, da gesellschaftliche Phänomene

¹⁰⁹ Die Grundgesamtheit bezeichnet die Menge aller potenziellen Untersuchungsobjekte, über die etwas ausgesagt werden soll (vgl. Schnell et al. 2005: 265).

immer in einen sozialräumlichen Kontext eingebunden sind und einer kontextbezogenen Bedeutungsvariabilität und Prozesshaftigkeit unterliegen. Aussagen und Erklärungen können daher auch nur für einen spezifischen sozialräumlichen Kontext Gültigkeit besitzen (vgl. Seipel/Rieker 2003: 63). Das qualitative methodische Vorgehen zielt darauf ab, den Untersuchungsgegenstand in seiner Komplexität aus der Perspektive der Beforschten sowie deren Handlungsmuster und Sinnstrukturen zu erfassen (vgl. Seipel/Rieker 2003: 214; Flick 2007: 27; Schirmer 2009: 46ff.). Qualitative Forschung ist nahe am Gegenstand, in der Alltagswelt der Befragten angesiedelt. Interaktions- und Handlungssituationen können so in ihrem natürlichen Kontext erforscht und ihre kontextgebundenen Bedeutungen in den Kategorien der Untersuchten beschrieben werden (vgl. Steinke 1999: 29f.; Lamnek 2005: 275). Die Datenerhebung stützt sich auf nicht-standardisierte Methoden (z. B. qualitative Interviews, teilnehmende Beobachtung), die Datenanalyse erfolgt mittels interpretativer Verfahren. Der Untersuchungsverlauf wird als kommunikativer Prozess zwischen Forscher und Beforschten verstanden, die als Subjekte in einer sozialen Beziehung zueinander stehen und durch deren Interaktionen das Datenmaterial entsteht (vgl. Lamnek 2005: 14; Schirmer 2009: 59). Die Subjektivität des Forschers und der Untersuchten sowie der Einfluss ihrer Interaktionsbeziehungen auf die Untersuchung gelten, anders als in der quantitativen Forschung, nicht als Störgröße, sondern als konstitutiver Bestandteil des Forschungsprozesses und als Voraussetzung des subjektorientierten Verstehens (vgl. Flick 2009: 29). Dem Prinzip der Offenheit folgend soll der „Wahrnehmungstrichter empirischer Sozialforschung“ (Lamnek 2005: 21) möglichst breit und offen für neue, unerwartete Aspekte und Entwicklungen des Untersuchungsgegenstands sein. Zahlreiche qualitativ Forschende fordern in diesem Zusammenhang eine rein induktive Vorgehensweise, mit der auf die Vorabformulierung von Hypothesen und eine theoretische Vorstrukturierung des Forschungsgegenstands verzichtet wird (vgl. Glaser/Strauss 1967; Hoffmann-Riem 1980; Steinke: 1999). Andere Forscher (vgl. u. a. Meinefeld 1995; Hopf 1996) vertreten hingegen eine Position, mit der auch für die qualitative Forschung die Notwendigkeit theoretischer Vorklärungen betont und der Anspruch, hypothesenprüfend zu arbeiten, formuliert wird.¹¹⁰ Diesbezüglich wird darauf verwiesen, dass es nicht angemessen sei, sich künstlich dumm zu stellen (vgl. Hopf 1996: 19).¹¹¹ Einerseits sei dies aus erkenntnistheoretischen Überlegungen nicht möglich, andererseits könne die Forschung damit nicht an den aktuellen wissenschaftlichen Stand anknüpfen (vgl. Meinefeld 1995: 287ff.; Hopf 1996: 14ff.). Es wird deshalb dafür plädiert, vorliegende Un-

¹¹⁰ Hopf (1996: 10) verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass bereits bei Glaser/Strauss (1967), die als bekannte Vertreter einer induktiven, auf die Vorabformulierung von Theorien, Hypothesen und Konzepten verzichtenden Position gelten, die Theoriegeleitetheit und Hypothesenprüfung im Konzept des „theoretical sampling“ angelegt sind, indem die Weiterentwicklung, Präzisierung und Überprüfung der sich am Anfang der Forschung herausbildenden Konzepte und Thesen Gegenstand des weiteren Vorgehens sind.

¹¹¹ An dieser Stelle sei erneut auf Popper (1966: 3ff.) und seine Kritik am Induktionsprinzip verwiesen, mit der er herausstellt, dass die Vorstellung, ohne Annahmen und Vorwissen in das Forschungsfeld zu gehen, naiv und nicht haltbar sei.

tersuchungsergebnisse explizit für die eigene Forschung zu nutzen, um so theoretische Annahmen weiterentwickeln zu können. Diese Strategie steht dabei nicht der Offenheit qualitativer Forschung entgegen, da trotz einer theoretischen Orientierung und Explikation von Hypothesen weiterhin Offenheit für nicht-antizipierte Handlungsmuster, Relevanzstrukturen und Situationsdefinitionen der Befragten bestehen kann. Vielmehr ermöglicht die Kenntnis vorliegender Forschungsergebnisse eine Sensibilisierung für neue oder von der bisherigen Forschung abweichende Sichtweisen und Deutungen (vgl. Hopf 1996: 17ff.).

Offenheit wird im qualitativen Ansatz auch bezüglich der angewendeten Methoden gefordert. Die am Untersuchungsgegenstand orientierte Methodenwahl soll dabei sicherstellen, dass die subjektive Perspektive der Beforschten zur Geltung kommt und nicht durch die methodische Struktur eingeschränkt wird (vgl. Lamnek 2005: 21). In engem Bezug hierzu steht die Forderung nach einer flexiblen Vorgehensweise, mit der die Methoden gegebenenfalls modifiziert und die im Verlauf der Forschung gewonnenen Erkenntnisse in die weitere Untersuchung einfließen können (vgl. ebd.: 26). Im Einklang damit zeichnet sich der qualitative Forschungsprozess durch einen zirkulären Verlauf aus. Die einzelnen Untersuchungsschritte werden nicht vorab festgelegt und sind eng miteinander verzahnt (vgl. Witt 2001). Dieses zirkuläre Forschungsverständnis spiegelt sich auch in der Fallauswahl im Sinne des „theoretical sampling“ (Glaser/Strauss 1998: 53ff.) wider.

Angesichts der Komplexität des Phänomens „illegaler Drogengebrauch“ und der Zielsetzung der vorliegenden Untersuchung, eine vergleichende Analyse der gesellschaftlichen Bedingungen des Drogengebrauchs sowie der alltagsweltlichen Spezifika von Drogenkonsumentinnen zu leisten, wurde ein methodentriangulatives Vorgehen gewählt, mit dem sich eine gegenseitige Ergänzung quantitativer und qualitativer Forschung und damit ein umfassenderer Erkenntnisgewinn verbindet. Der Untersuchungsgegenstand soll in diesem Sinne sowohl in seiner quantitativen Dimension als auch in einer explorativen, verstehenden Perspektive erfasst werden. Angestrebt ist ein hypothesenprüfendes/deduktives sowie ein hypothesengenerierendes/induktives Vorgehen. Der Vorteil dieser methodischen Vorgehensweise liegt für die vorliegende Untersuchung darin, dass einerseits theoretische Vorannahmen und Hypothesen einfließen und Ergebnisse systematisch dargestellt, verglichen und statistische Zusammenhänge und Unterschiede zwischen verschiedenen Faktoren aufgezeigt werden können. Andererseits lassen sich mit Hilfe qualitativer Methoden Informationen ermitteln, die sich nicht in Zahlen ausdrücken lassen und daher nicht durch quantitative Methoden erfassbar sind. Dies betrifft die subjektiven Sichtweisen, Sinnstrukturen und Deutungsmuster der Untersuchten, die wiederum Erklärungshintergründe für statistische Zusammenhänge und damit für Handlungsmuster liefern können. Von großer Relevanz ist dabei, dass es durch den qualitativen Zugang möglich wird, den Untersu-

chungsgegenstand aus Sicht der beforschten Frauen zu erfassen und sich so ein kontextbezogenes Verständnis der sozialen Wirklichkeit, wie sie sich für Drogenkonsumentinnen darstellt, ergibt (vgl. Girtler 1992: 30). Insbesondere für die Erforschung sozialer Randgruppen und Subkulturen, wie in der vorliegenden Studie, ist das qualitative Vorgehen von besonderer Bedeutung. Da es sich hierbei um Alltagswelten handelt, die sich deutlich von der Mehrheitsgesellschaft unterscheiden und daher als „fremd“ gelten können, wird die Sinnhaftigkeit konkreter Phänomene, Prozesse und Ereignisse erst über die subjektive Perspektive der Frauen nachvollziehbar und erst hierdurch werden tiefer gehende Einblicke in den Forschungsgegenstand möglich (vgl. Honer 1993: 52; Eberwein 1987: 1ff.). Ein weiterer Vorteil des multimethodischen Vorgehens zeigt sich für die vorliegende Untersuchung darin, dass trotz der Formulierung von Hypothesen der Blick für phänomenrelevante Bezugspunkte, die außerhalb dieser Vorannahmen liegen, offen bleibt und so neue oder nur wenig beleuchtete Aspekte des Untersuchungsgegenstands erschlossen werden können (vgl. Flick 2009: 220).

5.4 Methodisches Vorgehen der Untersuchung

Auf Grundlage der theoretischen und methodologischen Konzeption wird im Folgenden das konkrete methodische Vorgehen der vorliegenden Studie erläutert und die Instrumente der Datenerhebung und Datenanalyse expliziert. Hierdurch soll die Vorgehensweise transparent und intersubjektiv nachvollziehbar werden. Für die Untersuchung wurden sich ergänzende und ineinandergreifende empirische und analytische Zugänge gewählt, anhand derer der Forschungsgegenstand aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden kann. Im Einzelnen waren dies: 1) eine Sekundäranalyse nationaler statistischer Datenquellen, 2) eine Primärerhebung mittels qualitativer und quantitativer Methoden in der „offenen Drogenszene“ in Frankfurt am Main und 3) eine qualitative Metaanalyse ethnographischer Studien zur Drogenszene in New York City. Mit den Straßen-Drogenszenen in Frankfurt und New York wurden annähernd vergleichbare empirische Bezugsfelder gewählt.

5.4.1. Sekundäranalyse nationaler statistischer Daten

Für eine vergleichende Betrachtung des illegalen Drogengebrauchs von Frauen in Deutschland und den USA, dessen Verbreitung und die damit einhergehenden Problemlagen, wurden einschlägige statistische Datenquellen einer Sekundäranalyse unterzogen. Ziel war es, hierüber empirische Erkenntnisse zur Wirkung drogenpolitischer Strategien auf der gesellschaftlichen Makroebene zu gewinnen. Die Sekundärauswertung landesspezifischer quantitativer Daten diente dabei als Voraussetzung und Ergänzung der komparativen mikroperspektivischen Analyse.

Eine Sekundäranalyse bot sich für die vorliegende Studie an, da sich die empirische Ausgangslage in Deutschland und den USA als günstig darstellt. In beiden Ländern existieren relativ umfangreiche nationale Untersuchungen und Statistiken zum illegalen Drogengebrauch, mit denen sich Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Deutschland und den USA abbilden lassen. Für interkulturelle Vergleichsstudien bietet die Sekundäranalyse entscheidende Vorteile. Nicht nur lassen sich Daten aus verschiedenen Ländern vergleichen, sondern es können auch unterschiedliche Erhebungen herangezogen werden, um den Forschungsgegenstand genauer zu beleuchten. Zudem erlaubt die Sekundäranalyse eine Längsschnittbetrachtung des untersuchten Phänomens. Ein Vorteil liegt schließlich auch in der Zeit- und Kostenersparnis gegenüber einer Primärerhebung. Gerade für einen interkulturellen Vergleich, wie er in dieser Arbeit vorgenommen wird, wären ein hohes Budget und ein großer Zeit- und Personalaufwand nötig gewesen, um ähnlich brauchbare Daten zu erheben (vgl. Schnell et al. 2005: 251). Das Hauptaugenmerk der Sekundäranalyse lag auf einer aktuellen Bestandsaufnahme der Drogengebrauchssituation, wie sie sich in Deutschland und den USA anhand der zum Zeitpunkt der Analyse (Sommer 2010) neuesten verfügbaren Daten präsentierte. Insofern es die Datenlage zuließ, wurden auch etwaige Trendentwicklungen sowie ein Geschlechtervergleich in die Betrachtung eingeschlossen. Eine Übersicht über die herangezogenen Statistiken findet sich im Anhang.

Um einen Eindruck von der **Konsumverbreitung illegaler Substanzen** in der weiblichen Allgemeinbevölkerung beider Länder zu gewinnen, wurde auf epidemiologische Repräsentativstudien zurückgegriffen. Für Deutschland wurden hierfür das „Epidemiologische Suchtsurvey“ (Kraus 2008) und die Studie zur „Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland“ (BZgA 2010), für die USA das „National Survey on Drug Use and Health“ (SAMHSA 2009a) ausgewertet. Das „Epidemiologische Suchtsurvey“ erhebt seit 1980 im Abstand von zwei bis sechs Jahren den Drogengebrauch in der 18- bis 64-jährigen Wohnbevölkerung Deutschlands. Die jüngsten Daten lagen für 2006 vor. Die seit 1973 alle drei bis vier Jahre stattfindende „Drogenaffinitätsstudie“ fokussiert demgegenüber auf den Drogenkonsum der 12- bis 25-Jährigen – die neueste Erhebung stammte aus dem Jahr 2008. Das US-amerikanische „National Survey on Drug Use and Health“ erhebt seit 1971 jährlich die Prävalenz des Drogenkonsums in der US-amerikanischen Gesamtbevölkerung (12 Jahre und älter); der Sekundäranalyse zugrunde gelegt wurden ebenfalls die Daten aus dem Jahr 2008. Um eine bessere Vergleichbarkeit der deutschen und US-amerikanischen Kennzahlen zum Konsum illegaler Drogen zu gewährleisten, wurde das „National Survey on Drug Use and Health“ gesondert für die Altersgruppen der 18- bis 64-Jährigen und der 12- bis 25-Jährigen ausgewertet.

Die genannten Repräsentativstudien stellen die wichtigsten Bevölkerungsbefragungen zum psychoaktiven Substanzkonsum in Deutschland und den USA dar und

liefern erste Einblicke in die Konsumverbreitung in beiden Ländern. Keinen Aufschluss geben die Befragungen jedoch über die mit dem Konsum illegaler Drogen verbundenen Problemlagen. Um die Situation des illegalen Drogengebrauchs ausführlicher beschreiben und in diesem Zusammenhang auch Aussagen über den problematischen Konsum, die mit dem Konsum einhergehenden gesundheitlichen Belastungen oder die Kriminalisierung von Drogenkonsumentinnen treffen zu können, wurden weitere Datenquellen herangezogen.

Für die Erfassung **drogenbezogener Behandlungen** wegen illegaler Substanzen wurden Statistiken der Krankenhäuser sowie der ambulanten und stationären Drogenhilfe genutzt. Als Datenquelle für drogenbezogene Krankenhausbehandlungen wurde für Deutschland auf die vom Statistischen Bundesamt herausgegebene „Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern“ (Statistisches Bundesamt Deutschland 2010b) zurückgegriffen. Für die USA stützt sich die Darstellung auf die Daten des „Drug Abuse Warning Network“ (SAMHSA 2010a). Darüber hinaus wurden bezüglich der Behandlungen in ambulanten und stationären Drogenhilfeeinrichtungen für Deutschland die „Deutsche Suchthilfestatistik“ (DSHS) (Pfeifer-Gerschel et al. 2009) und die „Statistik zu Leistungen der Rehabilitation“ (Deutsche Rentenversicherung Bund 2009) ausgewertet. Für die USA bildete das „Treatment Episode Data Set“ (TEDS) (SAMHSA 2009c) die entsprechende Datengrundlage. Der Analyse zugrunde gelegt wurden jeweils die Daten aus dem Jahr 2008. Als Vergleichsgröße wurde die Inzidenzrate pro 100.000 Einwohnerinnen basierend auf den absoluten Zahlen und den vom Statistischen Bundesamt Deutschland sowie dem US Census Bureau herausgegebenen Bevölkerungszahlen berechnet.¹¹²

Gravierende **gesundheitliche Risiken** des illegalen Substanzgebrauchs wurden zum einen anhand der auf den intravenösen Drogenkonsum zurückzuführenden HIV- und AIDS-Fälle und zum anderen anhand der drogenbedingten Todesfälle betrachtet. Der Ländervergleich der HIV- und AIDS-Fallzahlen basiert für Deutschland auf den Angaben des „Epidemiologischen Bulletin“ (Robert Koch-Institut (nachfolgend: RKI) 2009, 2010), für die USA auf dem „HIV Surveillance Report“ (Centers for Disease Control and Prevention (nachfolgend: CDC) 2010). Beide Statistiken erfassen sowohl die jährlich gemeldeten HIV-Neuinfektionen und AIDS-Neuerkrankungen als auch die Zahl der mit HIV und/oder AIDS lebenden Personen. Zudem erlauben die Datenquellen eine Abschätzung der prozentualen Anteile an HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen, die auf den intravenösen Drogenkonsum zurückgehen. Für Deutschland wurden Daten aus dem Jahr 2009 analysiert, die neusten US-amerikanischen Zahlen lagen für 2007 vor. Des Weiteren dienten das „Bundeslagebild Rauschgiftkriminalität“ (BKA 2010a)

¹¹² Weibliche Bevölkerung in Deutschland 2008: 41,81 Millionen (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland; <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms>; abgerufen am 15.08.2010). Weibliche Bevölkerung in den USA 2008: 155,65 Millionen (vgl. US Census Bureau; <http://www.census.gov>; abgerufen am 15.08.2010).

und die „Todesursachenstatistik“ (Statistisches Bundesamt Deutschland 2010c) zur Erfassung der drogenbedingten Todesfälle in Deutschland. Für die USA liegen die entsprechenden Informationen zu Drogentodesfällen durch die „National Vital Statistics Reports“ (Xu et al. 2010) und das „Drug Abuse Warning Network“ (SAMHSA 2010b) vor. Die aktuellsten Daten des BKA stammten aus dem Jahr 2009, die des Statistischen Bundesamtes aus 2008. Für das „Drug Abuse Warning Network“ lagen ebenfalls Daten aus dem Jahr 2008 vor, während sich die Auswertung des „National Vital Statistic Report“ auf das Jahr 2007 bezieht. Auch bei diesen Daten wurde als Vergleichsgröße jeweils die Inzidenz pro 100.000 Einwohnerinnen berechnet.

Die **Kriminalisierung von Konsumentinnen** illegaler Drogen wurde anhand von Statistiken zu Inhaftierungen, Verurteilungen und Festnahmen erfasst. Für Deutschland wurden hierfür die „Strafverfolgungsstatistik“ (Statistisches Bundesamt Deutschland 2010d), die Statistiken „Rechtspflege: Strafvollzug“ (Statistisches Bundesamt Deutschland 2010a) und „Rechtspflege: Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten“ (Statistisches Bundesamt Deutschland 2010e) sowie die „Polizeiliche Kriminalstatistik“ (PKS) des BKA (2010b) und das „Bundeslagebild Rauschgift“ (BKA 2010a) ausgewertet. Analysiert wurden Daten der Jahre 2008 und 2009. In den USA stellen die „Uniform Crime Reports“ (FBI 2009) und die „Prisoners Series“ des „Bureau of Justice Statistics“ (BJS) (West 2010; West et al. 2010) die einschlägigen Datenquellen zu Drogendelikten dar. Die jüngsten Daten lagen für das Jahr 2008 vor. Wiederum wurde als Vergleichsgröße die Inzidenzrate pro 100.000 Einwohnerinnen berechnet.

Abschließend sei auf die Grenzen der durchgeführten Sekundäranalyse verwiesen. Zunächst einmal sind sekundäranalytische Untersuchungen immer durch die Zugänglichkeit und Qualität der verfügbaren Primärdaten beschränkt. Da Bevölkerungsbefragungen auf den Selbstangaben der Befragten basieren, ist zudem anzunehmen, dass das mit dem Konsum illegaler, insbesondere „harter“ Drogen¹¹³ assoziierte soziale Stigma zu einer geringeren bzw. weniger aufrichtigen Antwortbereitschaft führt. Dieser Effekt wird vermutlich unter den Bedingungen einer repressiven Drogenpolitik verstärkt, welche die „Geständnisbereitschaft“ der Befragten weiter reduzieren dürfte. Ferner werden Personen, die keinen festen Wohnsitz haben oder institutionell untergebracht sind (Drogentherapie oder anschließende Betreuungsbehandlung, Justizvollzugsanstalten etc.), also gerade jene, unter denen problematische Konsummuster vermutet werden können, nicht von derartigen epidemiologischen Studien erfasst – auch ihre Zahl dürfte im Kontext einer punitiven Drogenpolitik relativ hoch liegen. Angesichts dieser Faktoren ist eine realitätsgetreue Abbildung des Forschungsgegenstands nicht möglich, da von einem vergleichsweise großen Dunkelfeld auszugehen ist

¹¹³ Hierunter zusammengefasst sind andere illegale Substanzen als Cannabis oder psychoaktive Pilze, z. B. Ecstasy, Amphetamine, Kokain, LSD, Crack und Heroin.

und die tatsächliche Verbreitung des illegalen Drogengebrauchs wesentlich höher liegen dürfte, als dies Bevölkerungsbefragungen wiedergeben (vgl. Reuter 1999: 14; Heymann/Brownsberger 2001: 4). Offizielle Behandlungs- und Kriminalitätsstatistiken bilden ebenfalls nur das Hellfeld des Drogengebrauchsphänomens ab. Erfasst wird lediglich die spezifische Teilgruppe der „sozial auffälligen“, „behandlungsbedürftigen“ und „polizeilich registrierten“ Drogenkonsumenten. Kontrollierte, sozial integrierte Gebraucher illegaler Drogen, deren Konsum nicht zu (offensichtlichen) Problemen führt, tauchen in diesen Statistiken nicht auf. Darüber hinaus sind die Datenquellen durch zahlreiche Faktoren beeinflusst (z. B. Intensität der Strafverfolgung, Ausmaß und Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten, gesellschaftliche Stigmatisierung des Drogenkonsums etc.), die relativ unabhängig von der Prävalenz des Drogengebrauchs sind. Insgesamt können daher die herangezogenen Statistiken nur als eine Annäherung an die „Realität“ des Phänomens „Konsum illegaler Drogen“ verstanden werden. Ein weiteres Problem der hier vorgelegten Sekundäranalyse liegt, wie auch bei anderen sich dieser Methodik bedienenden international komparativen Studien (vgl. Kap. 4.5), in der Vergleichbarkeit der Daten. Da es sich um nationale Statistiken handelt, weisen die für Deutschland und die USA ausgewerteten Datenquellen zum Teil erhebliche Unterschiede bezüglich der Methodik, der phänomenbezogenen Begrifflichkeiten und Definitionen, des Umfangs der Stichproben sowie der Erhebungsdichte auf. Dies bedingt auch, dass nicht immer identische Jahre miteinander verglichen werden konnten. Obwohl versucht wurde, durch das Heranziehen möglichst vieler Statistiken die Aussagekraft des Datenmaterials zu erhöhen, liegen hier dennoch Einschränkungen vor, die eine entsprechend vorsichtige Interpretation der Befunde notwendig machen. Die Ergebnisse der Sekundäranalyse können folglich immer nur als Näherungswerte betrachtet werden. Trotz der methodischen Schwierigkeiten ist jedoch festzuhalten, dass sich anhand der Daten tendenzielle und wichtige Differenzen zwischen der Drogengebrauchssituation in beiden Ländern veranschaulichen lassen. Zudem kann die Vergleichsproblematik durch die Verwendung möglichst vieler statistischer Daten und durch die Methodentriangulation reduziert werden, indem die Ergebnisse der Sekundäranalyse mit den Ergebnissen der anderen methodischen Zugänge in Bezug gesetzt und auf ihre inhaltliche Plausibilität überprüft werden.

5.4.2 Primärerhebung in der „offenen Drogenszene“ in Frankfurt am Main

Die Analyse der Lebenslagen von Konsumentinnen illegaler Drogen unter den Bedingungen länderspezifisch differenter drogenpolitischer Modelle ist eine wesentliche Zielsetzung der vorliegenden Studie. Zugrunde gelegt wird hierbei die Annahme, dass drogenpolitische Strukturen die Beschaffenheit von Drogensubkulturen, den Alltag sowie die Alltagsbewältigung von Drogenkonsumentinnen in Drogenszenen mitprägen.

Dazu komplementär soll der mikroperspektivische Ansatz die Dualität der Mikro- und Makroebene offenlegen. Dies geschieht, indem nachvollzogen wird, wie individuelles Handeln kollektive Strukturen in der Drogenszene (die sich in Routinen und Ritualen äußern) hervorbringt, die wiederum Implikationen für die drogenpolitischen Strukturen mit sich bringen können. Der alltagsweltliche Vergleich richtet sich auf kompulsive Drogengebraucherinnen der „offenen Drogenszenen“ bzw. der Straßen-Drogenszenen in Frankfurt am Main und New York City und damit auf einen spezifischen Ausschnitt des Drogengebrauchsphänomens.

Für die Frankfurter Drogenszene wurde eine eigene empirische Untersuchung durchgeführt. Für die Datenerhebung kamen mit dem problemzentrierten Interview und einer Fragebogenerhebung sowohl qualitative als auch quantitative Instrumente zum Einsatz. Ziel war es, Einblicke in die Spezifika der „offenen Drogenszene“ in Frankfurt am Main aus Sicht von drogenkonsumierenden Frauen zu gewinnen und so eine Innenansicht der Drogenszene zu erschließen. Diesem Forschungsinteresse verpflichtet, wurde ein ethnographisch orientierter Forschungsansatz gewählt und die Untersuchung in der Alltagswelt der Frauen angesiedelt.

5.4.2.1 Zugangswege zum Forschungsfeld

Eine besondere Anforderung ethnographisch angelegter Forschungsprojekte besteht darin, Zugang zum Forschungsfeld und zur Untersuchungsgruppe zu erhalten. Der Zugang zum Feld ist die Voraussetzung für die eigentliche Datenerhebung und bestimmt letztlich darüber, welche Informationen zugänglich werden (vgl. Gerdes 1979: 1ff.). Speziell die Erforschung subkultureller, krimineller Milieus gilt dabei als besondere Herausforderung. Aufgrund der Illegalität ihrer Handlungen haben Angehörige krimineller Subkulturen ein entscheidendes Interesse daran, keine „Insider-Informationen“ nach außen dringen zu lassen und bringen Außenstehenden daher ein hohes Maß an Misstrauen entgegen. Erschwerend kommt hinzu, dass in der Regel eine große soziale Distanz zwischen dem Forschenden und den Angehörigen illegaler Milieus besteht (vgl. Jacobs 2002: 107ff.). Für die Erforschung solcher Subkulturen ist es daher unerlässlich, meist verbunden mit einem erheblichen Zeitaufwand, zunächst ein gewisses Vertrauen zu den Untersuchungspersonen aufzubauen, um sich einen Zugang zur Gruppe und zu Informationen verschaffen zu können (vgl. Berk/Adams 1979).

Für die Primärerhebung in Frankfurt wurden verschiedene Zugangswege zum Forschungsfeld und den befragten Frauen gewählt. Potenzielle Interviewpartnerinnen wurden im unmittelbaren Umfeld der „offenen Drogenszene“ – entweder auf der Straße oder in den niedrighwelligen Drogenhilfeeinrichtungen (in Kontaktcafés oder Konsumräumen) – im Frankfurter Bahnhofsviertel aufgesucht und angesprochen. Die Kontaktabahnung zu den Frauen wurde dabei wesentlich durch meine langjährige Mitarbeit in einem der Konsumräume erleichtert, weil ich dadurch für viele der Drogenkon-

summentinnen ein „bekanntes Gesicht“ war. Da ich jedoch zum Zeitpunkt der Interviews nicht mehr in dem Konsumraum arbeitete, brauchten die Frauen keine Konsequenzen aus dem Forschungskontakt zu befürchten und für mich ließen sich Rollenkonflikte – zwischen meiner Rolle als Forscherin und der Rolle als Mitarbeiterin – weitgehend vermeiden. Ein weiterer Zugang zum Forschungsfeld erfolgte über das „Hotline“-Projekt, das sich an sich prostituierende Drogenkonsumentinnen richtet. Schwerpunkt des Projekts ist die Straßensozialarbeit: Jeweils in den Abendstunden suchen die Mitarbeiterinnen Drogenprostituierte im Bahnhofsviertel auf, verteilen Utensilien, die die Frauen zum Anschaffen benötigen und sind Ansprechpartnerinnen. Über einen Zeitraum von fünf Monaten (April bis August 2002) begleitete ich die Hotline-Mitarbeiterinnen zwei- bis dreimal wöchentlich auf ihren abendlichen Rundgängen durchs Viertel. Da die Sozialarbeiterinnen Akzeptanz und Vertrauen unter den Drogenprostituierten genießen, erwies sich dieser Zugangsweg zur Untersuchungsgruppe als besonders hilfreich und die Hotline-Mitarbeiterinnen als wichtige zusätzliche „Türöffner“.

Insgesamt ermöglichten mir meine langjährige Mitarbeit in der niedrigschwelligen Drogenhilfe sowie der Kontakt zu den Mitarbeiterinnen des Hotline-Projekts einen guten Zugang zur Untersuchungsgruppe. Da mir die Frankfurter Drogenszene sowie die Institutionen und Hilfeangebote bereits vor meiner Forschung in gewisser Weise vertraut waren, erleichterte mir dies die Orientierung im Feld. Die Vertrautheit mit dem Feld wird in der Forschungsliteratur allerdings ambivalent diskutiert. Einerseits gilt sie als Qualitätsmerkmal ethnographischer Untersuchungen (vgl. Ellrich 1999: 81f.), da hierüber Sicherheit im Hinblick auf die Gültigkeit der Forschungsergebnisse gewonnen werden kann (vgl. Lamnek 2005: 107). Andererseits birgt die Vertrautheit mit dem Feld auch die Gefahr, dass Wesentliches oder Neues übersehen wird. Um diesem Problem Rechnung zu tragen, erfolgte die Annäherung an den Forschungsgegenstand in einer offenen Grundhaltung – vorhandenes Vorwissen sowie vermeintliche Selbstverständlichkeiten wurden kontinuierlich hinterfragt. Dabei wurde darauf geachtet, dass die forschungsleitenden Hypothesen – im Sinne eines offenen und flexiblen Forschungsverständnisses – anhand der alltagsweltlichen Spezifika, Relevanzstrukturen und Situationsdefinitionen der Frauen überprüft und gegebenenfalls modifiziert werden konnten.

5.4.2.2 Qualitative und quantitative Interviewverfahren

Die Befragung in der Frankfurter Drogenszene war sowohl quantitativ als auch qualitativ ausgerichtet. Methodisch zum Einsatz kamen qualitative Leitfadeninterviews und eine standardisierte Fragebogenerhebung.

Die qualitativen Interviews sollten dazu dienen, detaillierte und subjektnahe Einblicke in die Alltagswelt der Drogenkonsumentinnen zu gewinnen. Die Frauen kamen dabei als Expertinnen des im Betrachtungsfokus stehenden Forschungsgegenstands

zu Wort. Die gewählte Interviewform lehnte sich an das problemzentrierte Interview nach Witzel (1985) an. Auf Grundlage eines thematisch-orientierten Leitfadens wurden den Frauen offene Fragen gestellt, die sie zum freien Erzählen anregen sollten (vgl. Hopf 1995: 178f.). Die Interviews waren somit zwar offen gestaltet, fokussierten aber auf eine bestimmte Problemstellung, die vorab erarbeitet und im Interview angeführt wurde (vgl. Mayring 2002: 67). Der qualitative Zugang war damit sowohl theoriegeleitet als auch induktiv angelegt (vgl. Kap. 5.3). Der Erhebungsphase ging ein wissenschaftlich-theoretisches Vorverständnis voraus, auf dessen Grundlage ein Konzept entwickelt wurde, welches die als relevant erscheinenden Aspekte des Problembereichs umfasste. Darauf basierend wurde der Interviewleitfaden (s. Anhang) erstellt, der sich aus folgenden Inhaltsbereichen zusammensetzte:

1) Alltag in der Drogenszene

Hierüber sollten Einblicke in die Motive und Hintergründe für den Einstieg und die Integration in die Drogenszene, die Alltagsroutinen der Frauen, ihre Wahrnehmung der Drogenszene und ihr Verhältnis zu anderen Szeneangehörigen, ihre Gestaltungs- und Bewältigungsmuster des Szenelebens sowie die damit einhergehenden Belastungen gewonnen werden.

2) Drogenerfahrungen und aktuelle Drogenkonsummuster

Die Fragen zu den Drogenerfahrungen sollten die Einstiegsverläufe der Frauen in den Heroin- und Crackkonsum und die hiermit verbundenen Motivlagen offenlegen. Die Fragen nach den aktuellen Konsummustern zielten darauf ab, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie häufig und in welcher Form die Frauen Drogen konsumieren, welche Hintergründe für die gewählte Applikationsform bestehen, wie die Frauen den Konsum einzelner Substanzen wahrnehmen, welche positiven und negativen Aspekte sie hiermit verbinden, welche Substanz ihr Konsummuster dominiert und welche Konsequenzen sich daraus für die Situation und die Alltagsgestaltung der Frauen ergeben.

3) Erwerbs- und Finanzierungsstrategien

Die Fragen zum Drogenerwerb sollten Einblicke in die Verfügbarkeit von Drogen und die Drogenbezugsquellen der Frauen sowie über die Organisation des Handelsgeschehens in der Frankfurter Drogenszene liefern. Die Erfassung der Finanzierungsmuster sollte unter anderem darüber Aufschluss geben, welche Einkommensmöglichkeiten die Frauen typischerweise nutzen, welche Strategien sie hierfür entwickelt haben, wie sie die Beschaffungsmuster bewerten und inwiefern Zusammenhänge zwischen der Art der Drogenfinanzierung und der gesundheitlichen und psychischen Belastung der Frauen bestehen.

4) genderspezifische Aspekte des Szenelebens

Hierüber sollten detaillierte Einblicke in die geschlechtsspezifischen Strukturen der Drogenszene und der Szeneökonomie und die hieraus resultierenden frauenspezifischen Problematiken und Belastungen des Szenelebens erlangt werden.

5) gesundheitliche Situation

Um herauszufinden, inwieweit die Frauen durch ihren drogenbezogenen Lebensstil gesundheitlich belastet sind und welche wesentlichen Belastungsfaktoren hierbei bestehen, wurden die Interviewpartnerinnen nach ihrem aktuellen gesundheitlichen Befinden, chronischen Krankheiten und akuten Krankheitssymptomen gefragt. Beinhaltet waren ebenso Fragen nach einer etwaigen Veränderung des Gesundheitszustands und mögliche Ursachen hierfür.

6) Nutzung und Bewertung der Drogenhilfe

Mit diesem Inhaltsbereich sollte einerseits erfasst werden, welche Drogenhilfeangebote von den Frauen genutzt und für sie wichtig sind und damit ihren Bedürfnissen entsprechen, andererseits sollten mögliche Barrieren für eine Inanspruchnahme der Hilfeangebote und Verbesserungswünsche seitens der Frauen ermittelt werden. Hierüber sollte es gelingen, die Hilfebedarfe der Frauen zu identifizieren und Verbesserungsvorschläge für frauengerechtere Drogenhilfeangebote abzuleiten.

7) Zukunftswünsche

Die abschließenden Interviewfragen richteten sich auf die Lebensperspektive und Zukunftswünsche der Frauen. Hierdurch sollten Erkenntnisse zu bestehenden Potenzialen und Barrieren für einen Ausstieg aus der Drogenszene sowie die dafür bestehenden Hilfe- und Unterstützungsbedarfe der Frauen identifiziert werden. Hieran sollten wiederum die bestehenden Hilfe- und Ausstiegsangebote bewertet und Verbesserungsvorschläge abgeleitet werden.

Obwohl der Leitfaden das untersuchte Phänomen thematisch eingrenzte, ermöglichte die offene Gestaltung der Interviews das Generieren von Erzählungen, die durch die subjektiven Sinn- und Bedeutungsmuster der interviewten Frauen strukturiert waren. Dadurch wurde auch die Möglichkeit gewahrt, die theoretische Konzeption gemäß den Äußerungen der Frauen und ihren subjektiven Sichtweisen zu modifizieren.

Eine möglichst breite Datenbasis zur Lebenssituation und Alltagspraxis von Frauen der Frankfurter Drogenszene und ihren spezifischen Problemlagen sollte die standardisierte Fragebogenerhebung liefern, deren Inhaltsbereiche sich teilweise mit den Leitfadeninterviews überschneiden, teilweise aber auch andere Aspekte beleuchteten. Der für die standardisierte Erhebung genutzte Fragebogen (s. Anhang) umfasste einen breit angelegten Fragenkatalog, der sich in sechs Inhaltsbereiche untergliederte. Im ersten Teil wurden „soziale Standarddaten“ (Alter, Familienstand, Schul- und Berufsausbildung, Beschäftigungs- und Wohnsituation etc.) erfragt, danach „Konsumerfahrungen und aktuelle Drogenkonsummuster“ (Intensität des Konsums, Applikationsformen usw.). Im Weiteren richteten sich die Fragen auf „Meinungen über Drogen“ (z. B. Verfügbarkeit und Qualität) und den „Szenealltag“ (u. a. Dauer und Intensität des Szeneaufenthalts, Orte des Konsums, Gewalt- und Kriminalitätserfahrungen) sowie auf den „Gesundheitszustand“ der befragten Frauen (gesundheitliche Beschwerden, Über-

dosierungserfahrungen, Risikoverhalten etc.). Den Abschluss bildeten Fragen zur Inanspruchnahme des Drogenhilfesystems (u. a. Substitution, Nutzung niedrigschwelliger, ambulanter und stationärer Angebote).

Anhand der durch die Fragebogenerhebung gewonnenen Daten konnten Unterschiede und Zusammenhänge überprüft und mit den Ergebnissen der qualitativen Interviews in Bezug gesetzt werden. Hierdurch wurde die Voraussetzung für ein sich gegenseitiges Informieren des quantitativen und qualitativen Datenmaterials geschaffen. Der Fragebogen stammte aus der Szenestudie des Frankfurter „Monitoring-System Drogentrends“ (MoSyD)¹¹⁴ des „Centre for Drug Research“ (nachfolgend: CDR), für das ich seit 2004 tätig bin. Er beinhaltet Bereiche, die sich bereits in anderen nationalen und internationalen Drogenforschungsprojekten als relevante Informationsparameter bewährt haben (vgl. Kemmesies 1995a: 107; Müller et al. 2007: 10).

5.4.2.3 Auswahl der Untersuchungsgruppe und Durchführung der Erhebung

Die Untersuchungsgruppe bilden Frauen, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung aktuelle Konsumentinnen illegaler Substanzen (in erster Linie Heroin und/oder Crack) waren und sich regelmäßig (d. h. mindestens einmal pro Woche) in der „offenen Drogenszene“ in Frankfurt am Main aufhielten. Alle Befragten wurden im direkten Umfeld der Drogenszene kontaktiert. Diese Vorgehensweise sollte sicherstellen, dass die Frauen Expertinnen und Repräsentantinnen der im Forschungsinteresse stehenden Alltagswelt sind.

Die qualitativen Leitfadeninterviews wurden von April bis November 2002 sowie im Juli und August 2008 durchgeführt. Insgesamt wurden 18 problemzentrierte Interviews mit Drogenkonsumentinnen geführt – 11 im Jahr 2002 und weitere 7 im Jahr 2008. Von den im Jahr 2002 geführten Interviews konnten zwei nicht für die Analyse verwendet werden. Beide Frauen befanden sich in einem derart schlechten psychischen und physischen Zustand, dass die Interviews abgebrochen werden mussten. Es konnten somit lediglich 16 problemzentrierte Interviews in die Auswertung einfließen. Bei der Rekrutierung der Interviewpartnerinnen wurde darauf Wert gelegt, ihre Expertinnenrolle für das Forschungsthema zu betonen – dies beinhaltete vor allem die Offenlegung des Forschungsinteresses. Den befragten Frauen wurde Anonymität zugesichert: Daten, die zu ihrer Identifikation hätten führen können, wurden nicht erhoben bzw. anonymisiert. Außerdem wurden die Frauen gebeten, einen Codenamen zu wählen. Alle Leitfadeninterviews fanden in Büroräumen der niedrigschwelligen Drogenhilfe statt, wo-

¹¹⁴ Bei dem „Monitoring-System Drogentrends“ (MoSyD) handelt es sich um eine fortlaufende Studie, die vom CDR im Auftrag des Drogenreferats der Stadt Frankfurt am Main durchgeführt wird. MoSyD zielt mittels verschiedener empirischer und analytischer Zugänge auf eine umfassende Beschreibung der Drogengebrauchssituation in Frankfurt ab (vgl. Kemmesies/Hess 2001). Das Forschungsdesign umfasst die vier Forschungsmodule Schülerbreitenbefragung, Expertenpanel, Trendscout-Panel und Szenestudie.

durch eine möglichst ruhige und ungestörte Interviewatmosphäre geschaffen wurde. Als Aufwandsentschädigung für die Interviews erhielten die Frauen zehn Euro. Die 16 Interviews dauerten zwischen 30 und 95 Minuten. Mit dem Einverständnis der Frauen wurden die Gespräche auf Tonband aufgezeichnet und anschließend wörtlich transkribiert. Zusätzlich wurde zu jedem Interview ein Postskriptum angefertigt, in dem die Rahmenbedingungen des Interviews, zusätzliche Informationen zur Interviewpartnerin und eventuelle Nachträge seitens der befragten Frauen, nach Abschalten des Tonbandgeräts, festgehalten wurden.

Die Fragebogenerhebung wurde im Juli und August 2008 durchgeführt. Insgesamt wurden 50 Drogenkonsumentinnen auf der „offenen Drogenszene“ rekrutiert und befragt. Auch hier wurde die Rolle der Frauen als Expertinnen betont und ihnen Anonymität zugesichert. Die Befragung war als „Face-to-Face“-Situation gestaltet, die Antworten der Frauen zu den einzelnen Fragen wurden direkt im Erhebungsbogen dokumentiert. Teilweise wurde die Befragung direkt auf der Straße durchgeführt, meist jedoch in den niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen. Als Aufwandsentschädigung wurde den Frauen fünf Euro gezahlt. Um rein „monetär“ motivierte Befragungen zu vermeiden, wurden die Frauen erst nachdem eine Bereitschaft für die Erhebung bei ihnen bestand, über diese finanzielle Entlohnung informiert. Die Fragebogenerhebung fand relativ gleichmäßig über die Wochentage und Tageszeiten verteilt statt. Die standardisierten Fragebogeninterviews dauerten zwischen 15 und 85 Minuten (durchschnittlich 30 Minuten). Für die Erhebung wurden alle 50 Frauen von mir befragt. Mit sieben der Frauen führte ich im Anschluss an die standardisierte Befragung ein Leitfadenterview.

Die Fragebogenerhebung erfolgte im Rahmen meiner Tätigkeit als Mitarbeiterin des CDR an der Goethe-Universität Frankfurt. Im Auftrag des Drogenreferats der Stadt Frankfurt am Main führt das CDR seit 2002 alle zwei Jahre eine „Szenestudie“ durch, mit der jeweils 100 Männer und 50 Frauen der „offenen Drogenszene“ befragt werden. Eine weitere Szenebefragung des CDR fand 2003 im Rahmen des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Projekts „Kokainkonsum in Frankfurt am Main“ (Zurhold/Müller 2007) statt. Das aus den Szenestudien vorliegende Datenmaterial erlaubte es, auch genderspezifische Unterschiede in der Frankfurter Drogenszene zu untersuchen. Unter Rückgriff auf Daten der älteren Studien konnten zudem Veränderungen der Lebenssituation der Frauen im Zeitverlauf analysiert werden.

5.4.2.4 Analyse des qualitativen und quantitativen Datenmaterials

Der analytische Zugang zum erhobenen Material stellt sich als Verbindung zwischen interpretativen und statistischen Methoden dar. Für die Analyse der 16 problemzentrierten Leitfadenterviews wurde die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (1983) herangezogen. Die Auswertung der Leitfadenterviews war darauf ge-

richtet, Erkenntnisse über die Alltagswirklichkeit der befragten Frauen, ihr Handeln und die dahinter liegenden subjektiven Sinngehalte, Einstellungen und Handlungsmuster zu ermitteln. Die Annäherung an das Datenmaterial erfolgte mit einer offenen Grundhaltung. Bei einer ersten Durchsicht wurden für jedes Transkript die vorkommenden Themen und deren einzelne Aspekte, die sich im weitesten Sinne der Fragestellung zuordnen ließen, notiert. Ein Augenmerk galt ebenfalls Inhalten, die nicht im Leitfaden beachtet worden waren, aber in dem erhobenen Material auftauchten. Anhand des Leitfadens und der weiteren in den Interviews gefundenen Themen wurden anschließend Kategorien gebildet, die in einem Auswertungs- bzw. Kodierleitfaden zusammengestellt wurden. Die Entwicklung des Kategoriensystems war damit sowohl deduktiv als auch induktiv angelegt, indem die Kategorien in einem Wechselverhältnis zwischen den im Interviewleitfaden implizierten theoretischen Vorüberlegungen und dem konkreten Material entwickelt und während der Analyse überarbeitet und rücküberprüft wurden (vgl. Mayring 2008: 61). Anhand des Kodierleitfadens wurden systematisch einzelne Textpassagen eines Interviews der entsprechenden Kategorie zugeordnet. Mit dieser Vorgehensweise erfolgte die Strukturierung des Interviewmaterials, um dann zu einer fallübergreifenden Betrachtung zu gelangen. Zu den Kategorien wurden verschiedene Ausprägungen formuliert, Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede zwischen den Interviews herausgearbeitet und dann Zusammenhänge zwischen phänomenrelevanten Merkmalen und Ausdrucksformen analysiert. In einem weiteren Schritt sollten dann anhand des Materials übergreifende Erkenntnisse gewonnen werden (vgl. Seipel/Rieker 2003: 192f.; Lamnek 1993: 108ff.).

Die 50 standardisierten Fragebogeninterviews wurden computergestützt mittels statistischer Verfahren analysiert. Die Berechnungen erfolgten auf Basis der Statistiksoftware SPSS (Version 16.0). Für die Datenauswertung wurden in erster Linie Methoden der deskriptiven Statistik herangezogen, mit deren Hilfe sich die empirischen Daten ordnen und übersichtlich (in Form von Graphiken und Tabellen) darstellen lassen. Hierzu wurde zunächst die Häufigkeitsverteilung von Merkmalen in der Stichprobe erfasst. In einem weiteren Schritt wurden statistische Kennwerte berechnet, mit denen sich Aussagen über die Eigenschaften der Merkmalsverteilungen treffen lassen.

Die Szenestudien des CDR boten umfangreiches Datenmaterial, das für eine geschlechtsspezifische und längsschnittliche Analyse herangezogen wurde. Die Methodik der Studie (Erhebungsinstrument, Stichprobenauswahl, Befragungszeitraum etc.) ist seit der Ersterhebung 2002 nahezu unverändert, sodass eine hohe Vergleichbarkeit der Daten gegeben ist. Die statistischen Auswertungen richteten sich auf eine komparative Betrachtung der Teilstichproben (Frauen vs. Männer; befragte Drogenkonsumentinnen der unterschiedlichen Erhebungen). Festgestellte Unterschiede in den Häufigkeitsverteilungen bzw. Merkmalsausprägungen wurden auf ihre statistische Signifikanz hin überprüft. Zur Überprüfung von Unterschieden der Häufigkeitsverteilung dien-

te der Chi-Quadrat-Test, Mittelwertsunterschiede wurden mit dem T-Test, dem Mann-Whitney U-Test oder dem ANOVA-Test überprüft.

Über die beschriebenen Analysen hinausgehend wurde zusätzlich eine Sonderauswertung vorgenommen, mit der vier verschiedene Gruppen von Drogenkonsumentinnen verglichen wurden. Die vier Gruppen wurden nach der Crack-Konsumintensität gebildet und umfassten: 1) Frauen mit einem exzessiven Crackkonsum von mehr als acht Konsumeinheiten täglich, 2) Frauen mit einem intensiven Crackkonsum von bis zu acht Konsumeinheiten täglich, 3) gelegentliche Crackkonsumentinnen, mit einem nicht-täglichen Crackkonsum und schließlich 4) Frauen, die noch nie Crack konsumiert haben.

Mit dem Gruppenvergleich sollte explizit darauf Bezug genommen werden, dass es sich bei Drogengebraucherinnen – auch bei jenen, die sich regelmäßig auf der „offenen Drogenszene“ aufhalten – nicht um eine homogene Gruppe handelt, sondern sich verschiedene Subgruppen differenzieren lassen. Da insbesondere der Konsum von Crack häufig mit einer prekären Lebenssituation und spezifischen Problematiken und Hilfebedarfen von Frauen assoziiert wird, sollte der Gruppenvergleich dazu dienen, mögliche Zusammenhänge zwischen dem Konsum bzw. der Konsumintensität des Kokainderivats und der Lebenssituation der Frauen aufzuzeigen, um hierüber Einblicke in die unterschiedliche Situation von Drogenkonsumentinnen der Frankfurter Straßenszene zu gewinnen. Um auf eine ausreichend große Datenbasis zurückgreifen zu können, wurde der Gruppenvergleich als Querschnittsanalyse durchgeführt, d. h. die zwischen 2002 und 2008 im Rahmen der Szenestudien des CDR geführten standardisierten Fragebogeninterviews mit Frauen wurden gemeinsam betrachtet.¹¹⁵ Insgesamt flossen 248 Fragebogeninterviews in den Gruppenvergleich ein. Der analytische Zugang zu dem Datenmaterial erfolgte über die bereits beschriebenen statistischen Verfahren.

5.4.3 Metaanalyse ethnographischer Studien zur Drogenszene in New York

Um Erkenntnisse zur Situation von Drogenkonsumentinnen in New York City zu gewinnen, die zudem für einen Vergleich mit den Ergebnissen zur Frankfurter Drogenszene herangezogen werden konnten, wurde eine qualitative Metaanalyse bzw. Metasynthese ethnographischer Studien aus New York durchgeführt.

Die Metaanalyse ist eine wissenschaftliche Methode, mit der die empirischen Befunde mehrerer Untersuchungen zu einer bestimmten Fragestellung integriert werden.

¹¹⁵ Es ist daher wahrscheinlich, dass einige Personen nicht nur in einem Jahr befragt wurden und ihre Angaben somit mehrfach in die Auswertung mit einfließen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass der Anteil an Mehrfachbefragten relativ klein ist und zu keinen wesentlichen Verzerrungen der Ergebnisse geführt haben dürfte.

Nach Glass (1976) lässt sich die Metaanalyse, in Abgrenzung zur Primär- oder Sekundäranalyse, als eine Art Tertiäranalyse verstehen:

„Primary analysis is the original analysis of data in a research study. (...) Secondary analysis is the re-analysis of data for the purpose of answering the original research question with better statistical techniques or answering a new question with old data. (...) Meta-analysis refers to the analysis of analyses (...) to the statistical analysis of a large collection of analysis results from individual studies for the purpose of integrating the findings“ (ebd.: 3).

Ebenso wie die Sekundäranalyse greift die Metaanalyse damit auf bereits erhobenes Datenmaterial zurück. Ziel ist es, einen integrativen Überblick über die vorhandene Forschung zu geben. Da die Metaanalyse die Ergebnisse mehrerer Studien zusammenfasst, können reichhaltigere und genauere Schlussfolgerungen erlangt werden, als dies mit einer einzelnen Studie möglich ist (vgl. Weiß 2008: 1).

In ihrer ursprünglichen Form gilt die Metaanalyse vor allem als statistisches Verfahren zur integrierten Zusammenfassung quantitativer Befunde. Wenngleich damit ein qualitativer Charakter nicht grundsätzlich ausgeschlossen ist, wird der Durchführung von qualitativen Metaanalysen (insbesondere in Deutschland) bisher noch mit großer Zurückhaltung begegnet. Eine Ursache hierfür liegt nach Schulz/Ruddat (2008: 109) in der begrenzten Vergleichbarkeit qualitativer Studien, wodurch eine integrierte Analyse von Untersuchungsergebnissen erschwert ist. In den USA hat die Methode der qualitativen Metaanalyse¹¹⁶ demgegenüber in den letzten Jahren zunehmend Aufmerksamkeit erfahren (vgl. Schreiber et al. 1997; Finfgeld 2003). Mit Hilfe der „secondary qualitative analysis of primary qualitative findings“ (Timulak 2009: 591) soll es gelingen, ein qualitatives, studienübergreifendes und umfassendes Bild des Forschungsgegenstands zu zeichnen.

„The guiding principle behind comparative integration of qualitative research is a desire to enhance understanding of the subject and to make more general statements about the phenomena under observation“ (Maher/Hudson 2007: 808).

Ein deutlicher Unterschied zur Literaturreview liegt in der methodisch-systematischen Vorgehensweise der Metaanalyse. Für die Fragestellung relevante Studien werden strukturiert gesammelt und die Einzelbefunde dann systematisch miteinander verglichen, kontrastiert und integriert (vgl. Lipsey/Wilson 2001: 2).

Für die New Yorker Drogenszene war eine Metaanalyse geeignet, weil hier eine Vielzahl von ethnographischen Forschungsarbeiten vorliegt, die Einblicke in verschiedene Aspekte der Alltagswelt von illegalen Drogenkonsumentinnen geben. Zusammengekommen lässt sich mit den Studien ein relativ reichhaltiges Bild der Lebenssituation kompulsiv drogenkonsumierender Frauen in New York zeichnen.

Basierend auf der Forschungsfragestellung wurden Selektionskriterien erstellt, an denen sich die Identifikation und Auswahl geeigneter Forschungsarbeiten ausrichteten.

¹¹⁶ Um das qualitative Vorgehen stärker von der quantitativ konnotierten Metaanalyse abzugrenzen, wird die qualitative Metaanalyse gelegentlich auch als „meta-synthesis“ (vgl. Sandelowski et al. 1997; Walsh/Downe 2005) oder „meta-ethnography“ (vgl. Noblit/Hare 1988; Doyle 2003) bezeichnet.

Ausgewählt wurden Studien, die folgende Kriterien erfüllten: 1) Primärstudie, 2) Verwendung eines ethnographischen Ansatzes, 3) Erhebung in der Straßen-Drogenszene von New York und 4) ein auf frauen- bzw. genderspezifische Aspekte gerichtetes Erkenntnisinteresse.

Um einen möglichst umfassenden Pool an Studien zu erhalten, wurden verschiedene Recherchestrategien angewendet (vgl. ebd.: 12ff.). Dank eines längeren Forschungsaufenthalts an der City University of New York (CUNY) konnte über einen Zeitraum von gut zwei Jahren (von 2007 bis 2009) die Literatursuche vor Ort stattfinden. Zunächst wurden hierzu einschlägige Literaturdatenbanken (Academic Search Complete, Blackwell Synergy, ERIC, MasterFILE Premier, MEDLINE, SAGE Social Science Collections, SocINDEX, PsycINFO, PubMed und Web of Science) sowie das CUNY-Bibliothekensystem nach Schlüsselbegriffen durchsucht. Folgende Suchbegriffe kamen dabei einzeln und in Kombination zum Einsatz: *cocaine, crack, drug, drug economy, drug market, ethnographic, ethnography, female, field work, gender, heroin, IDU, intravenous, New York, street, urban* und *women*. Der Suchzeitraum wurde auf die Jahre 1995 bis 2009 beschränkt. Um weitere Forschungsarbeiten miteinbeziehen zu können, wurden die Literaturverzeichnisse der bereits ermittelten Studien gesichtet. Darüber hinaus wurden Forscher aus dem Drogenforschungsbereich direkt kontaktiert.

Orientiert an den oben beschriebenen Kriterien wurden 25 Studien in die Analyse einbezogen (s. Anhang). Die Forschungsarbeiten wurden zwischen 1996 und 2009 veröffentlicht. Einzelfallstudien oder Untersuchungen, die sich auf besondere Subgruppen von drogenkonsumierenden Frauen (z. B. Schwangere oder Mütter) beschränkten, wurden von der Auswertung ebenso ausgeschlossen wie Doppelveröffentlichungen. Der analytische Zugang zum Datenmaterial erfolgte sowohl deduktiv als auch induktiv. Das anhand der qualitativen Inhaltsanalyse der problemzentrierten Interviews mit Frankfurter Drogenkonsumentinnen entwickelte Kategoriensystem gemeinsam mit den Inhaltsbereichen des Fragebogens lieferte die Basis für die strukturierte Vorgehensweise der Metaanalyse. Hierbei wurden die Studien bzw. ihre Inhalte zunächst nach den bereits entwickelten inhaltlichen Kategorien gruppiert. Thematische Aspekte, die keiner Kategorie zugeordnet werden konnten, wurden unter „Sonstiges“ zusammengefasst. In einem weiteren Schritt wurden anhand dieser Daten neue Inhaltskategorien gebildet und damit gezielt die Exploration weiterer inhaltlicher Aspekte angestrebt. Ziel der Metaanalyse war es zum einen, möglichst viele Aspekte der Alltagswelt von drogenkonsumierenden Frauen in der New Yorker Drogenszene zu beleuchten und so ein umfassendes Bild ihrer Situation zeichnen zu können. Zum anderen sollte vergleichbares Datenmaterial zu den einzelnen Inhaltskategorien identifiziert werden, um komparative Aussagen zur Situation von Drogenkonsumentinnen in Frankfurt am Main zu ermöglichen. Verbunden war damit auch das Anliegen, Forschungslücken aufzudecken.

Mit der Metaanalyse verbinden sich verschiedene Kritikpunkte und Einschränkungen, die an dieser Stelle Berücksichtigung finden sollen. Eine Problematik zeigte sich in der vorliegenden Arbeit darin, dass eine empirische Studie die Grundlage für mehrere Publikationen bilden konnte. Insofern unterschiedliche Aspekte des Forschungsgegenstands beleuchtet wurden und es sich nicht um Doppelpublikationen identischer Ergebnisse handelte, wurden die Untersuchungen in die Analyse einbezogen. Von den ausgewählten 25 Forschungsarbeiten hatten 21 eine unabhängige Stichprobe.

Kritisiert wird die Metaanalyse auch dafür, dass hiermit Studien integriert werden, die nur schwer miteinander vergleichbar seien – die so genannte „apples and oranges“-Problematik. Aufgrund der Offenheit und Flexibilität des Forschungsprozesses tritt diese Problematik bei qualitativen Studien noch stärker auf als bei quantitativen Untersuchungen. Für die hier durchgeführte Metaanalyse konnte die Vergleichsproblematik zum Teil dadurch reduziert werden, dass nur Studien in die Auswertung einbezogen wurden, die sich einer gleichartigen Methodik (ethnographischer Ansatz) bedienen. Davon abgesehen bietet die Inklusion unterschiedlicher qualitativer Forschungsarbeiten die Möglichkeit, verschiedene Facetten des Forschungsgegenstands zu beleuchten und dadurch einen Informationsgewinn zu erreichen (vgl. Eisend 2004: 20). Als wichtiges Gegenargument zum Vorwurf des „apples and oranges“-Vergleich lässt sich daher mit Smith et al. (1980: 47) festhalten: „Indeed the approach does mix apples and oranges, as one necessarily would do in studying fruits.“

Ein weiterer Vorwurf an die Metaanalyse betrifft die fehlende Differenzierung zwischen Studien mit hoher und niedriger methodischer Qualität („garbage in – garbage out“-Problematik). Diese Kritik scheint jedoch für die qualitative Metaanalyse nicht zuzutreffen, sollen doch sämtliche verfügbaren Informationen in die Analyse einbezogen werden. Ein Vorabausschluss qualitativ „schlechter“ Studien würde dieser Zielsetzung entgegenstehen, da möglicherweise wichtige Informationen unberücksichtigt blieben (vgl. Eisend 2004: 22f.). Abschließend sei noch auf den Kritikpunkt der Selektivität von Metaanalysen verwiesen („publication bias“/„file-drawer“-Problem). Angesprochen ist hiermit, dass eine Metaanalyse aufgrund der Selektivität des Forschenden nicht den wahren Stand der Forschung abbilde, sondern Verzerrungen zugunsten einschlägiger Forschungsergebnisse aufweise (vgl. ebd.: 23f.). In der vorliegenden Studie wurde dieser Problematik durch die umfangreiche und systematische Literaturrecherche vor Ort begegnet.

Trotz der angesprochenen methodischen Kritikpunkte erscheint das Instrument der Metaanalyse angemessen und für das Forschungsinteresse wichtig. Angesichts der Tatsache, dass zur New Yorker Drogenszene zahlreiche ethnographische Forschungsarbeiten vorliegen, verspricht die systematische Zusammenfassung dieser Ergebnisse reichhaltigere Erkenntnisse zum Forschungsgegenstand und seinen einzelnen Facetten, als dies eine eigene Untersuchung in New York hätte leisten können.

Insofern können die Ergebnisse der Metaanalyse wichtige Hinweise zur Alltagswelt von Drogenkonsumentinnen unter den Bedingungen der US-amerikanischen Drogenpolitik liefern und sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten zur Alltagswirklichkeit von compulsiven Drogengebraucherinnen in Frankfurt am Main aufzeigen.

5.5 Anspruch und Grenzen der Untersuchung

Das multimethodische Forschungsdesign der vorliegenden Studie ist dem Anspruch verpflichtet, differenzierte Erkenntnisse zur Situation von Konsumentinnen illegaler Drogen in Deutschland und den USA zu gewinnen. Die Kombination quantitativer und qualitativer Forschungsperspektiven und Methoden sollte dazu dienen, die unterschiedlichen Aspekte des Phänomens zu erfassen und das Interdependenzverhältnis zwischen drogenpolitischen Strukturen, den Ausdrucksformen des Drogengebrauchs auf der Makroebene und der Alltagswelt von Drogengebraucherinnen zu analysieren. Neben einem erstmaligen systematischen Vergleich vorliegender quantitativer Daten zur Situation von Drogenkonsumentinnen in beiden Ländern werden quantitative und qualitative Ergebnisse zu lokalen Drogenszenen in Frankfurt am Main und New York City präsentiert.

Der Vergleich zwischen Drogenkonsumentinnen in Deutschland und den USA erfolgt anhand eines Ausschnitts des Phänomens „illegaler Drogengebrauch“. Mit der komparativen Analyse offizieller statistischer Datenquellen lassen sich dabei verschiedene Aspekte des Hellfelds des weiblichen Drogengebrauchs und der damit verbundenen Problemlagen abbilden. Aussagen über das Ausmaß eines unproblematischen, sozial integrierten Konsums illegaler Drogen sind hingegen hiermit nicht zu treffen.

Der mikroperspektivische Vergleich fokussiert auf Frauen in den Straßen-Drogenszenen in Frankfurt und New York und will zu einem besseren Verständnis ihrer Situation beitragen. Die Studie weist deshalb einen klaren räumlichen Bezug sowie eine spezifische Auswahl der Untersuchungsgruppe auf. Hieraus gewonnene Erkenntnisse sind nur teilweise auf Drogenkonsumentinnen anderer Straßen-Drogenszenen übertragbar, keinesfalls jedoch auf die Gesamtheit der Konsumentinnen illegaler Drogen. Da die Untersuchung eine frauenspezifische Perspektive anlegt, ist ein detaillierter Vergleich der Alltagswelt „Drogenszene“ aus Sicht von weiblichen *und* männlichen Drogenkonsumierenden nicht möglich. Aussagen über Geschlechterdifferenzen lassen sich jedoch anhand der quantitativen Auswertungen treffen.

Aufgrund der Dunkelfeldproblematik können auf dem Gebiet der Drogenforschung keine repräsentativen Untersuchungen durchgeführt werden, da weder angegeben werden kann, wer alles zur Grundgesamtheit „Konsumentinnen illegaler Drogen“ ge-

hört, noch durch welche Merkmale¹¹⁷ diese Grundgesamtheit gekennzeichnet ist. Insofern kann auch keine repräsentative Stichprobe gezogen werden. Verallgemeinernde Aussagen sind somit immer mit einer gewissen Zurückhaltung und nur unter Berücksichtigung der Verortung der jeweiligen Stichprobe im Gesamtphänomenbereich möglich (vgl. Kemmesies 1995a: 93). Der Zugang zu den befragten Drogenkonsumentinnen in Frankfurt sowie die Auswahl ethnographischer Forschungsarbeiten aus New York stellen jedoch weitgehend sicher, dass Frauen erforscht wurden, die als charakteristisch für den im Betrachtungsfokus der vorliegenden Arbeit stehenden Phänomenausschnitt gelten. Trotz einer nicht herzustellenden Repräsentativität kann somit davon ausgegangen werden, dass die hier vorgelegte Studie eine hohe exemplarische Abbildungskraft für das gewählte Forschungssegment besitzt.

Eine bereits angesprochene Grenze des Forschungsprojekts zeigt sich bezüglich der eingeschränkten Vergleichbarkeit der für die Sekundäranalyse herangezogenen offiziellen deutschen und US-amerikanischen Statistiken. Ebenfalls nur begrenzt vergleichbar sind die ethnographischen Studien aus New York und die Primärerhebung in Frankfurt. Mit einer eigenen Untersuchung können die Rahmenbedingungen und der Einfluss des Forschenden auf den Untersuchungsverlauf gleich gehalten werden. Zudem können spezifische Aspekte des Phänomens beleuchtet werden, die in vorhandenen Studien nicht berücksichtigt wurden, sodass hierzu keine Vergleiche angestellt werden können. Darüber hinaus unterliegen Drogenumgangsformen und Drogenszenen immer auch strukturellen Verschiebungen und Wandlungsprozessen (z. B. aufgrund sich ändernder Gesetzeslagen, Drogentrends usw.). Erkenntnisse besitzen damit immer nur bezogen auf einen bestimmten zeitlichen Kontext Gültigkeit. Bedeutung erhält dies für die Sekundäranalyse sowie die komparative Betrachtung der Ergebnisse der qualitativen Metaanalyse und der Frankfurter Primärerhebung, da sich die Studien auf unterschiedliche Jahre beziehen. Mit der Sekundäranalyse der nationalen Daten, der Längsschnittanalyse zur Frankfurter Drogenszene und der Metaanalyse zur New Yorker Drogenszene, die insgesamt einen Erhebungszeitraum von 15 Jahren umfasst, konnten jedoch wichtige Veränderungen der Drogengebrauchssituation (wie z. B. Drogenkonsummuster oder gesundheitliche Belastungen) nachvollzogen werden. Es ist zudem davon auszugehen, dass sich qualitative Aspekte des Drogengebrauchsphänomens (primär: Handlungsprozesse und Sinnstrukturen) nicht über einen relativ kurzen Zeitraum von einigen Jahren grundlegend wandeln, sodass die unterschiedlichen Erhebungszeitpunkte keinen entscheidenden Einfluss auf die Aussagekraft der Ergebnisse haben sollten.

Schließlich bestehen neben diesen methodischen Schwierigkeiten komplexe soziokulturelle Unterschiede zwischen den Vergleichsländern. Diese Rahmenbedingun-

¹¹⁷ Zum Beispiel die Intensität des Gebrauchs (experimenteller, kontrollierter oder kompulsiver Konsum), oder der soziale Status der Konsumentinnen.

gen nehmen ebenfalls Einfluss auf das Forschungsphänomen, konnten jedoch in der vorliegenden Studie keine hinreichende Berücksichtigung finden, da dies den Rahmen der Arbeit gesprengt hätte. Diese unterschiedlichen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen werden aber bei der Reflexion der Ergebnisse miteinbezogen. Zu verweisen ist in diesem Zusammenhang bereits darauf, dass in Deutschland keine mit den USA vergleichbare Bildung von Ghettos existiert, in denen der Konsum von und der Handel mit illegalen Drogen bzw. die informelle Ökonomie einen derart hohen Stellenwert einnehmen. Neben dieser stärkeren sozialräumlichen Segregation in den USA sind auch die zwischen beiden Ländern bestehenden Unterschiede in Bezug auf sozialstaatliche Leistungen und den Umfang bzw. das Niveau der sozialen Sicherung sowie die Differenzen im Gesundheitssystem als wesentliche Einflussgrößen zu beachten (vgl. Murswiek 2008: 649ff.).

Trotz dieser zu berücksichtigenden Grenzen der hier vorgelegten Untersuchung lässt sich das methodische Vorgehen als für das Erkenntnisinteresse adäquat beurteilen. Der Einsatz verschiedener methodischer Zugänge in Form der Methodentriangulation trägt dazu bei, die Aussagekraft der Ergebnisse zu erhöhen. Indem die Teilstudien miteinander in Bezug gesetzt werden und sich damit gegenseitig informieren, lassen sich die mit den einzelnen Forschungsmodulen verbundenen Einschränkungen vermindern. Im Rahmen der Frankfurter Befragung konnte die Gültigkeit der erhobenen Daten durch die Offenheit und Gegenstandsangemessenheit des Forschungsvorgehens sowie durch die eigene Vertrautheit mit dem Forschungsfeld und die Zusicherung der Anonymität der befragten Frauen erhöht werden. Die Abbildungsqualität der Metaanalyse wurde durch die systematische Literaturrecherche vor Ort und einer damit verbundenen hohen Zugänglichkeit zum Forschungsmaterial gewährleistet. Die detaillierte Dokumentation des theoretischen und methodologischen Hintergrunds der Studie und die Darstellung des konkreten methodischen Vorgehens sollten zudem die Voraussetzung für die intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Untersuchung schaffen.

6. Konsumentinnen illegaler Drogen in Deutschland und den USA: Ergebnisse der Sekundäranalyse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Sekundäranalyse zur Drogensituation in Deutschland und den USA dargestellt. Hierbei wird die Verbreitung des Drogenkonsums in der weiblichen Allgemeinbevölkerung sowie die mit dem Drogengebrauch einhergehenden Problemlagen anhand der Dimensionen drogenbezogene Behandlungen, gesundheitliche Belastungen und Kriminalisierung von Drogenkonsumentinnen ländervergleichend untersucht.

6.1 Konsum illegaler Drogen in der weiblichen Allgemeinbevölkerung

Zunächst werden Art und Umfang des Konsums illegaler Drogen in der deutschen und US-amerikanischen weiblichen Bevölkerung gegenübergestellt. Die Verbreitung des Drogenkonsums wird dabei anhand der Indikatoren Lebenszeit-Prävalenz (prozentualer Anteil derjenigen, die irgendwann in ihrem Leben mindestens einmal eine illegale Droge konsumiert haben; „Drogenerfahrene“), 12-Monats-Prävalenz (prozentualer Anteil derjenigen, die im Jahr vor der Befragung illegale Drogen konsumiert haben) und 30-Tages-Prävalenz (prozentualer Anteil derjenigen, die im Monat vor der Befragung eine illegale Droge konsumiert haben; „aktueller“ Konsum) für Frauen der Altersgruppen 18 bis 64 Jahre und 12 bis 25 Jahre abgebildet. Im Fokus der Darstellung steht die Abschätzung der Konsumverbreitung illegaler Drogen, wie sie sich anhand der neuesten verfügbaren Daten ablesen lässt. Ergänzend hierzu wird auf Entwicklungen des weiblichen Drogenkonsums in beiden Ländern sowie auf Geschlechterunterschiede eingegangen.

6.1.1 Erfahrungen mit dem Konsum illegaler Drogen

Nach den aktuellen Ergebnissen des „Epidemiologischen Suchtsurvey“ (Kraus 2008) hat jede fünfte 18- bis 64-jährige Frau in Deutschland schon einmal eine illegale Droge konsumiert. Zum weit überwiegenden Teil handelt es sich hierbei um Cannabis, eine andere illegale Droge hat überhaupt nur jede einundzwanzigste Deutsche schon einmal probiert. Nach Cannabis liegen mit jeweils 2% am häufigsten Konsumerfahrungen mit Kokain und Amphetaminen vor, seltener wurden Ecstasy (1,5%) oder LSD (1,1%) schon einmal konsumiert. Mit einer Lebenszeit-Prävalenz von 0,4% bzw. 0,2% spielen Heroin und Crack für die Konsumerfahrungen kaum eine Rolle. Die nachfolgende Ta-

belle 6.1 gibt einen Überblick über die Lebenszeit-Prävalenz illegaler Drogen unter weiblichen 18- bis 64-Jährigen und 12- bis 25-Jährigen in Deutschland und den USA.

Tabelle 6.1: Lebenszeit-Prävalenz einzelner ausgewählter illegaler Substanzen^a, illegaler Drogen insgesamt sowie illegaler Drogen außer Cannabis bei 18- bis 64-jährigen und 12- bis 25-jährigen Frauen in Deutschland und den USA

	18- bis 64-Jährige		12- bis 25-Jährige	
	Deutschland ^b	USA ^c	Deutschland ^d	USA ^c
ausgewählte Substanzen				
Cannabis	19,2%	47,6%	24,0%	33,6%
Kokain	2,0%	14,4%	1,7%	7,7%
Amphetamine	2,0%	9,1%	1,9%	6,5%
Ecstasy	1,5%	8,5%	2,9%	7,3%
LSD	1,1%	8,1%	0,7%	3,5%
Heroin	0,4%	1,5%	0,2%	0,8%
Crack	0,2%	3,5%	0,5%	1,6%
illegale Drogen insgesamt ^e	19,9%	53,8%	24,6%	42,0%
illegale Drogen außer Cannabis	4,8%	33,0%	5,5%	27,5%

^a Mehrfachnennungen

^b Kraus (2008)

^c SAMHSA (2009a), eigene Berechnungen.

^d BZgA (2010)

^e Irgendeine illegale Droge (Cannabis, Ecstasy, LSD, Kokain, Crack, Opiate, psychoaktive Pilze, Amphetamine).

Die aktuellen Ergebnisse des „National Survey on Drug Use and Health“ (SAMHSA 2009a) zeigen demgegenüber, dass mehr als die Hälfte der 18- bis 64-jährigen Frauen in den USA Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen besitzt. Zwar handelt es sich auch hier überwiegend um Erfahrungen mit Cannabis, eine andere illegale Droge hat aber immerhin jede dritte erwachsene US-Amerikanerin schon einmal probiert. Die Lebenszeit-Prävalenz illegaler Drogen liegt in den USA unter Frauen dieser Altersgruppe damit fast dreimal höher als in Deutschland, die Konsumerfahrungen mit anderen illegalen Drogen als Cannabis sind sogar siebenmal höher. Nach Cannabis sind Gebrauchserfahrungen mit Kokain (14,4%) in der weiblichen US-Bevölkerung am weitesten verbreitet, seltener wurden Amphetamine (9,1%), Ecstasy (8,5%) oder LSD (8,1%) schon einmal probiert. Diese Konsumwerte übertreffen die entsprechenden Prävalenzraten in Deutschland ebenfalls deutlich. Auch in den USA hat nur ein relativ kleiner Teil der erwachsenen Frauen schon einmal Heroin (1,5%) oder Crack (3,5%) zu sich genommen, wengleich auch hierfür die Werte in Deutschland erheblich niedriger sind.

Ebenso sind in der Gruppe der weiblichen 12- bis 25-Jährigen Gebrauchserfahrungen mit illegalen Substanzen in den USA weiter verbreitet als in Deutschland (s. Tab. 6.1). Rund zwei Fünftel der 12- bis 25-jährigen US-Amerikanerinnen haben schon einmal eine illegale Droge konsumiert. Gut ein Drittel besitzt Erfahrungen mit Haschisch oder Marihuana und mehr als ein Viertel mit anderen illegalen Drogen (vgl. SAMHSA 2009a). Demgegenüber hat in Deutschland lediglich jede vierte 12- bis 25-

Jährige Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen, nahezu identisch damit ist der Wert für den mindestens einmaligen Konsum von Cannabis. Nur jede achtzehnte Deutsche dieser Altersgruppe hat überhaupt schon einmal eine andere illegale Droge zu sich genommen (vgl. BZgA 2010). Was den Gebrauch „harter“ Drogen betrifft, so sind unter 12- bis 25-jährigen US-Amerikanerinnen erneut Erfahrungen mit Kokain (7,7%) am weitesten verbreitet, gefolgt von Ecstasy (7,3%) und Amphetaminen (6,5%). LSD haben hingegen nur 3,5% schon einmal probiert. Deutlich niedriger liegen die Lebenszeit-Prävalenzwerte für Crack (1,6%) und Heroin (0,8%). In Deutschland besitzt im Vergleich dazu mit knapp 3% der größte Anteil der weiblichen 12- bis 25-Jährigen, nach Cannabis, Konsumerfahrungen mit Ecstasy. Jeweils weniger als 2% haben schon einmal Amphetamine oder Kokain probiert, während die Lebenszeit-Prävalenz für LSD bei lediglich 0,7%, die für Crack bei 0,5% und die für Heroin bei 0,2% liegt.

Die statistischen Daten weisen darauf hin, dass ein nicht unerheblicher Teil der deutschen und US-amerikanischen weiblichen Bevölkerung zumindest über einmalige Erfahrungen mit dem Konsum illegaler Substanzen verfügt, wobei die Kennzahlen für die Lebenszeit-Prävalenz darauf hindeuten, dass Gebrauchserfahrungen in den USA weit stärker verbreitet sind. Die Unterschiede zwischen beiden Ländern fallen für Jugendliche bzw. jüngere Erwachsene (12 bis 25 Jahre) dabei etwas geringer als für ältere Erwachsene (18 bis 64 Jahre) aus. Zudem zeigt sich, dass in den USA sämtliche Kennwerte der 18- bis 64-Jährigen über denen der 12- bis 25-Jährigen liegen. In Deutschland haben hingegen, prozentual gesehen, mehr 12- bis 25-jährige als 18- bis 64-jährige Frauen Erfahrungen mit dem Konsum von Cannabis und Ecstasy sowie mit illegalen Drogen insgesamt und anderen illegalen Drogen als Cannabis.

Werden die weiblichen Konsumerfahrungen hinsichtlich einer langfristigen Trendentwicklung betrachtet¹¹⁸, wie sie sich anhand der genannten Studien seit Ende der 1970er Jahre nachvollziehen lässt, so ist für die weibliche Bevölkerung der USA (12 Jahre und älter) zwischen Ende der 1970er und Anfang der 1990er Jahre ein leichter, nahezu kontinuierlicher Anstieg der Lebenszeit-Prävalenz illegaler Drogen (von 35% auf 38%) zu beobachten. Nach einem Rückgang im Verlauf der 1990er Jahre (1997: 31%) hat sich der Anteil der weiblichen Konsumerfahrungen seit Anfang der 2000er Jahre wieder erhöht und liegt aktuell bei 43% (vgl. SAMHSA Zeitreihenvergleich 1997 bis 2008). Für Deutschland stehen durch die „Drogenaffinitätsstudie“ (BZgA 2010) Daten zur Trendentwicklung des illegalen Drogenkonsums für die Altersgruppen der 12- bis 17-Jährigen und der 18- bis 25-Jährigen zur Verfügung. Für weibliche 12- bis 17-Jährige zeichnet sich, nach leichten Schwankungen des Anteils an Konsumerfahrungen zwischen 1979 und 1993 (von 6% bis 3%), ein sprunghafter Anstieg der Lebenszeit-Prävalenz illegaler Drogen Ende der 1990er Jahre auf gut 15% ab. Seither ist diesbezüglich wieder ein Rückgang auf aktuell 8% zu beobachten. Unter 18- bis 25-jährigen

¹¹⁸ Prozentangaben gerundet.

Frauen hatten sich die Erfahrungen mit illegalen Substanzen zwischen 1982 und 1993 von 25% auf 16% reduziert, nahmen dann aber bis 2004 kontinuierlich und relativ deutlich auf 39% zu. Die aktuell vorliegenden Daten deuten jedoch auch in dieser Altersgruppe auf einen erneuten leichten Rückgang der Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen auf 36% im Jahr 2008 hin.¹¹⁹ In beiden Ländern zeigt sich damit für die dargestellten Altersgruppen – die jedoch nur unter Vorbehalt miteinander vergleichbar sind – eine nahezu gegenläufige Entwicklung der Erfahrungen mit illegalen Drogen: Während sich in den USA der Anteil an Konsumerfahrungen im Verlauf der 1990er Jahre reduzierte, stieg ihr Anteil in Deutschland parallel dazu an. Seit Anfang bzw. Mitte der 2000er Jahre sind die Konsumerfahrungen in Deutschland wieder tendenziell rückläufig, in den USA nehmen sie hingegen wieder zu. Wird berücksichtigt, dass es sich angesichts der Illegalität der Substanzen bei den Anteilen an Konsumerfahrungen eher um Mindestschätzungen handeln dürfte, so scheint die repressive Drogenpolitik Deutschlands, insbesondere jedoch die der USA, zumindest auf den „Probierkonsum“ nicht besonders hemmend oder abschreckend zu wirken.

6.1.2 Konsum illegaler Drogen im zurückliegenden Jahr und Monat

Mit der Lebenszeit-Prävalenz wird lediglich der Anteil an Personen abgebildet, die mindestens einmal in ihrem Leben eine illegale Droge konsumiert haben. Rückschlüsse darauf, wie lange der Drogenkonsum zurückliegt, ob es sich hierbei um einen experimentellen oder regelmäßigen Gebrauch handelt oder handelte und ob aktuell illegale Substanzen konsumiert werden, sind nicht möglich. Aussagekräftiger im Hinblick auf das gegenwärtigere Drogengebrauchsverhalten sind daher die 12-Monats- und die 30-Tages-Prävalenzraten. Eine ausführliche Gegenüberstellung einzelner Substanzen ist anhand des vorliegenden Datenmaterials dabei nur für die 18- bis 64-Jährigen möglich, da die „Drogenaffinitätsstudie“ der BZgA lediglich die Jahres- und Monats-Prävalenz für den Konsum illegaler Drogen insgesamt sowie für Cannabis erhebt.

Wie die nachfolgende Tabelle 6.2 veranschaulicht, haben in Deutschland lediglich rund 3% der weiblichen 18- bis 64-Jährigen im zurückliegenden Jahr eine illegale Droge zu sich genommen – weit überwiegend war dies Cannabis. Eine andere illegale Droge hat weniger als 1% in den vergangenen zwölf Monaten konsumiert, dementsprechend niedrig – bei maximal 0,3% (Kokain) – liegen die Jahres-Prävalenzwerte für die einzelnen illegalen „harten“ Drogen (vgl. Kraus 2008).

¹¹⁹ Die Daten des „Epidemiologischen Suchtsurvey“ (Kraus 2008) weisen demgegenüber auf einen relativ deutlichen Anstieg der Lebenszeit-Prävalenz illegaler Drogen bei Frauen in Deutschland hin: Während 1980 nur 8% der weiblichen Befragten angaben, schon einmal eine illegale Droge konsumiert zu haben, lag der entsprechende Wert im Jahr 2003 mit 19% bereits mehr als doppelt so hoch und hat sich 2006 noch einmal um einen Prozentpunkt erhöht. Da die Studie in den ersten Erhebungen jedoch andere Altersjahrgänge (12- bis 24-Jährige, 12- bis 29-Jährige und 12- bis 39-Jährige) berücksichtigte als in den Erhebungen ab 1995 (18- bis 59-Jährige bzw. 18- bis 64-Jährige), sind die Daten nur bedingt geeignet, um Trendentwicklungen des weiblichen Drogenkonsums abzubilden.

Tabelle 6.2: 12-Monats- und 30-Tages-Prävalenz einzelner ausgewählter illegaler Substanzen^a, illegaler Drogen insgesamt sowie illegaler Drogen außer Cannabis bei 18- bis 64-jährigen und 12- bis 25-jährigen Frauen in Deutschland und den USA

		12-Monats-Prävalenz		30-Tages-Prävalenz	
		Deutschland	USA	Deutschland	USA
ausgewählte Substanzen					
18- bis 64-Jährige ^b	Cannabis	2,9%	15,7%	1,3%	8,5%
	Kokain	0,3%	3,0%	0,1%	1,0%
	Amphetamine	0,2%	2,0%	0,1%	0,7%
	Ecstasy	0,1%	1,9%	0%	0,4%
	LSD	0%	0,5%	0%	0,1%
	Heroin	0,1%	0,3%	0,1%	0,1%
	Crack	0%	0,5%	0%	0,2%
	illegale Drogen insgesamt	3,1%	21,0%	1,5%	11,2%
	illegale Drogen außer Cannabis	0,6%	12,0%	0,3%	5,0%
12-bis 25-Jährige ^c	Cannabis	6,7%	18,5%	2,6%	9,8%
	illegale Drogen insgesamt	7,3%	24,9%	2,8%	13,0%

^a Mehrfachnennungen

^b Deutschland: Kraus (2008); USA: SAMHSA (2009a), eigene Berechnungen.

^c Deutschland: BZgA (2010); USA: SAMHSA (2009a), eigene Berechnungen.

In den USA sind die entsprechenden Kennzahlen erneut um ein Vielfaches höher. Bezogen auf die 12-Monats-Prävalenz fällt der Unterschied zwischen beiden Ländern am deutlichsten für den Konsum anderer illegaler Drogen als Cannabis aus – hier liegt der Wert in den USA zwanzigmal höher als in Deutschland. Gut jede fünfte 18- bis 64-jährige US-Amerikanerin hat im zurückliegenden Jahr eine illegale Droge konsumiert, rund jede Sechste hat Cannabis und jede Achte eine andere illegale Droge zu sich genommen. Die höchste Konsumprävalenz, nach Cannabis, lässt sich dabei erneut (und ebenso wie in Deutschland) für Kokain (3%) beobachten, gefolgt von Amphetaminen (2%) und Ecstasy (1,9%). Kaum eine Rolle für den Drogenkonsum der erwachsenen US-Amerikanerinnen im zurückliegenden Jahr spielen LSD und Crack (jeweils 0,5%) sowie Heroin (0,3%) (vgl. SAMHSA 2009a).

In den USA konsumiert jede neunte 18- bis 64-Jährige aktuell illegale Drogen (30-Tages-Prävalenz). Jede Zwölfte hat im vergangenen Monat Cannabis und jede Zwanzigste (auch) andere illegale Drogen konsumiert. Nach Cannabis lässt sich bei der 30-Tages-Prävalenz erneut der höchste Wert für Kokain (1%) beobachten. Etwas seltener werden von erwachsenen US-Amerikanerinnen aktuell Amphetamine (0,7%) oder Ecstasy (0,4%) konsumiert, während der Gebrauch von Crack (0,2%) sowie LSD und Heroin (jeweils 0,1%) für das aktuelle Drogenkonsumverhalten der 18- bis 64-Jährigen faktisch keine Rolle spielt (vgl. SAMHSA 2009a).

In Deutschland geben demgegenüber nur 1,5% der weiblichen Erwachsenen im Alter von 18 bis 64 Jahren an, im zurückliegenden Monat eine illegale Droge konsumiert zu haben. Am häufigsten wird über einen aktuellen Cannabiskonsum (1,3%) be-

richtet, während andere illegale Substanzen nur von 0,3% der Frauen gegenwärtig konsumiert werden – eine 30-Tages-Konsumprävalenz von jeweils 0,1% liegt überhaupt nur für Kokain, Amphetamine und Heroin vor (vgl. Kraus 2008).

Im Vergleich zur Lebenszeit-Prävalenz fallen die Unterschiede zwischen beiden Ländern bezüglich des Konsums illegaler Drogen im zurückliegenden Jahr und Monat unter weiblichen 18- bis 64-Jährigen damit noch deutlicher aus. So übertreffen die US-amerikanischen Werte für die 12-Monats- und die 30-Tages-Prävalenz illegaler Drogen die deutschen Werte um das Siebenfache, die 12-Monats- und 30-Tages-Prävalenzraten für andere illegale Drogen als Cannabis liegen in den USA sogar zwanzig- bzw. knapp siebzehnmals höher. Verglichen mit Deutschland scheint somit in den USA nicht nur ein größerer Anteil der weiblichen Bevölkerung illegale Drogen auszuprobieren, sondern der Konsum wird offenbar auch deutlich häufiger fortgesetzt.

Die höhere Verbreitung eines regelmäßigeren Konsums illegaler Drogen in den USA bildet sich auch für die weiblichen 12- bis 25-Jährigen ab, wenngleich die Unterschiede zwischen beiden Ländern in dieser Altersgruppe erneut geringer ausfallen (s. Tab. 6.2). Jede vierte 12- bis 25-jährige US-Amerikanerin, aber nur rund jede vierzehnte Deutsche hat im Jahr vor der Befragung eine illegale Droge konsumiert. Etwas geringer, wenngleich nach wie vor deutlich, sind die Unterschiede für Cannabis, das in den USA von nahezu jeder fünften, in Deutschland hingegen nur von jeder fünfzehnten 12- bis 25-Jährigen in den vergangenen zwölf Monaten konsumiert wurde. Prozentual gesehen haben damit in den USA etwa dreimal mehr 12- bis 25-jährige Frauen als in Deutschland im zurückliegenden Jahr eine illegale Droge oder Cannabis konsumiert. Die 30-Tages-Prävalenz für illegale Substanzen liegt in dieser Altersgruppe in den USA nahezu fünfmal höher (USA: 13% vs. Deutschland: 2,8%) und der Anteil an aktuellen Cannabiskonsumentinnen übertrifft den entsprechenden Wert in Deutschland um knapp das Vierfache (USA: 9,8% vs. Deutschland: 2,6%).

Werden die Daten zur Jahres- und Monats-Prävalenz ebenfalls bezogen auf eine längerfristige Trendentwicklung betrachtet¹²⁰, so lässt sich für die weibliche US-Bevölkerung (12 Jahre und älter) zwischen Ende der 1970er und Ende der 1990er Jahre ein vergleichsweise deutlicher Rückgang des jährlichen (von 22% auf rund 9%) und monatlichen Konsums (von 14% auf 5%) illegaler Drogen beobachten. Seit dem Jahr 2000 sind beide Kennwerte wieder etwas angestiegen, sodass 2008 12% der weiblichen Allgemeinbevölkerung eine illegale Droge im zurückliegenden Jahr und 6% im zurückliegenden Monat konsumiert hatten (vgl. SAMHSA: Zeitreihenvergleich 1997 bis 2008). Hier zeigt sich somit eine vergleichbare Entwicklung wie bei der Lebenszeit-Prävalenz (vgl. Kap. 6.1.1). Für Deutschland liegen aus der „Drogenaffinitätsstudie“ (BZgA 2010) lediglich Trenddaten zum aktuellen (30-Tages-Prävalenz), nicht jedoch zum jährlichen Konsum illegaler Substanzen für weibliche 12- bis 17-Jährige und 18-

¹²⁰ Prozentangaben gerundet.

bis 25-Jährige vor. Unter den 12- bis 17-Jährigen sank der Anteil an aktuellen Konsumentinnen illegaler Drogen zwischen 1979 und 1986 von rund 2% auf unter 1%, stieg dann aber bis 1993 wieder auf den Ausgangswert an. Vergleichbar mit der Lebenszeit-Prävalenz ist für 1997 dann eine deutliche Zunahme des aktuellen Konsums auf gut 7% zu verzeichnen, der in den Folgejahren erneut stark gesunken ist und im Jahr 2008 bei 2% liegt. Auch unter den 18- bis 25-Jährigen hatte sich die Monats-Prävalenz illegaler Drogen zwischen 1979 und 1986 deutlich von 9% auf 4% reduziert, war dann bis 1997 jedoch ebenfalls wieder angestiegen (auf 8%). Seither ist die Prävalenz für einen aktuellen Konsum illegaler Substanzen auch in dieser Altersgruppe wieder gesunken und liegt derzeit bei gut 3%. Wie für die Lebenszeit-Prävalenz sind für die USA und Deutschland somit recht unterschiedliche Trendentwicklungen des aktuellen (monatlichen) Konsums illegaler Drogen zu beobachten: In Deutschland ist der Anteil an aktuellen Konsumentinnen, nach einem Anstieg Ende der 1990er Jahre, seit 2000 rückläufig. In den USA hat sich hingegen ihr Anteil, nach einem vergleichsweise deutlichen Rückgang in den 1980er und 1990er Jahren, seit dem Jahr 2000 wieder etwas erhöht.

6.1.3 Geschlechtsspezifische Aspekte des Konsums illegaler Drogen

Der Blick richtet sich anschließend auf geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich des Konsums illegaler Drogen in beiden Ländern. Erneut werden hierzu die Altersgruppen der 18- bis 64-Jährigen und der 12- bis 25-Jährigen anhand der Indikatoren Lebenszeit-, Jahres- und Monats-Prävalenz illegaler Drogen betrachtet.

Im Hinblick auf Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen zeigt sich für Erwachsene (18 bis 64 Jahre) in beiden Ländern ein einheitliches Bild – sämtliche Lebenszeit-Prävalenzwerte der Männer liegen über denen der Frauen. In Deutschland fallen die geschlechtsspezifischen Unterschiede jedoch größer als in den USA aus (s. Tab. 6.3).

In Deutschland verfügt über ein Viertel der männlichen 18- bis 64-Jährigen über Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen, nur wenig darunter liegt der Wert für den mindestens einmaligen Gebrauch von Cannabis. Eine andere illegale Substanz als Haschisch oder Marihuana hat jeder fünfzehnte Deutsche schon einmal zu sich genommen. Insgesamt übertreffen in Deutschland die Lebenszeit-Prävalenzwerte der 18- bis 64-jährigen Männer für illegale Drogen insgesamt, Cannabis sowie andere illegale Drogen als Cannabis die Werte der Frauen um das 1,4-Fache. Die Lebenszeit-Prävalenz der Männer für Kokain und Amphetamine (je 3%) und Ecstasy (2,5%) liegen jeweils einen Prozentpunkt über den Raten der Frauen. Etwas deutlicher fallen die Unterschiede zwischen beiden Geschlechtern für Gebrauchserfahrungen mit LSD aus (Männer: 2,4% vs. Frauen: 1,1%). Mit einer Lebenszeit-Prävalenz von 0,5% bzw. 0,4% hat auch unter den Männern nur eine ausgesprochene Minderheit Konsumerfahrungen mit Heroin oder Crack (vgl. Kraus 2008).

Tabelle 6.3: Lebenszeit-Prävalenz einzelner ausgewählter illegaler Substanzen^a, illegaler Drogen insgesamt sowie illegaler Drogen außer Cannabis bei 18- bis 64-Jährigen und 12- bis 25-Jährigen in Deutschland und den USA nach Geschlecht (F/M)

	18- bis 64-Jährige				12- bis 25-Jährige			
	Deutschland ^b		USA ^c		Deutschland ^d		USA ^c	
ausgewählte Substanzen	F	M	F	M	F	M	F	M
Cannabis	19,2%	26,6%	47,6%	55,6%	24,0%	32,3%	33,6%	35,6%
Kokain	2,0%	3,0%	14,4%	20,7%	1,7%	2,7%	7,7%	9,4%
Amphetamine	2,0%	3,0%	9,1%	10,4%	1,9%	3,4%	6,5%	5,9%
Ecstasy	1,5%	2,5%	8,5%	10,3%	2,9%	3,4%	7,3%	7,2%
LSD	1,1%	2,4%	8,1%	12,7%	0,7%	1,4%	3,5%	4,9%
Heroin	0,4%	0,5%	1,5%	2,3%	0,2%	0,4%	0,8%	1,0%
Crack	0,2%	0,4%	3,5%	5,4%	0,5%	0,5%	1,6%	2,0%
illegale Drogen insgesamt	19,9%	27,4%	53,8%	61,1%	24,6%	33,0%	42,0%	43,3%
illegale Drogen außer Cannabis	4,8%	6,8%	33,0%	41,2%	5,5%	7,6%	27,5%	28,9%

^a Mehrfachnennungen

^b Kraus (2008)

^c SAMHSA (2009a), eigene Berechnungen.

^d BZgA (2010)

In den USA haben demgegenüber drei von fünf männlichen 18- bis 64-Jährigen Erfahrungen mit dem Konsum illegaler Drogen. Deutlich über die Hälfte hat schon einmal Cannabis und gut zwei Fünftel haben schon einmal eine andere illegale Droge probiert. Diese Lebenszeit-Prävalenzwerte der Männer übertreffen die entsprechenden Kennzahlen der Frauen um das 1,1- bis 1,3-Fache. Vergleichbar mit Deutschland zeigt sich auch hier die größte Geschlechterdifferenz für den Konsum von anderen illegalen Drogen als Cannabis (Frauen: 33% vs. Männer: 41,2%). Ebenso wie unter Frauen sind in den USA auch unter 18- bis 64-jährigen Männern Konsumerfahrungen mit Kokain, nach Cannabis, am weitesten verbreitet – immerhin jeder Fünfte hat die Substanz schon einmal zu sich genommen. Darüber hinaus verfügt jeder Achte über Konsumerfahrungen mit LSD und jeder Zehnte hat schon einmal Amphetamine oder Ecstasy konsumiert. Die Geschlechterdifferenzen für Gebrauchserfahrungen mit den genannten Substanzen fallen dabei am deutlichsten für Kokain (Frauen: 14,4% vs. Männer: 20,7%) und LSD (Frauen: 8,1% vs. Männer 12,7%) aus. Nur wenig unterscheiden sich dagegen die Konsumerfahrungen von erwachsenen Frauen und Männern in den USA bezüglich Amphetaminen (Frauen: 9,1%; Männer: 10,4%) und Ecstasy (Frauen: 8,5%; Männer: 10,3%). Crack oder Heroin haben immerhin schon einmal 5,4% bzw. 2,3% der männlichen Erwachsenen probiert, auch hier liegen die Anteile an Konsumerfahrungen höher als bei den Frauen (vgl. SAMHSA 2009a).

In der Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen (s. Tab. 6.3) übertreffen in Deutschland die Prävalenzwerte der Männer ebenfalls fast durchgängig (einzige Ausnahme ist Crack, für das die Konsumwerte gleichauf liegen) und relativ deutlich die der Frauen, während sich in den USA die Konsumerfahrungen von männlichen und weiblichen jungen Erwachsenen kaum unterscheiden. In Deutschland besitzt ein Drittel der männli-

chen 12- bis 25-Jährigen Erfahrungen mit dem Konsum illegaler Drogen, nahezu identisch damit ist die Lebenszeit-Prävalenz von Cannabis. Eine andere illegale Droge hat jeder Dreizehnte schon einmal probiert. Insgesamt liegen diese Kennzahlen knapp 1,4-mal höher als die Werte der 12- bis 25-jährigen Frauen. Noch etwas deutlicher fallen in Deutschland die Geschlechterunterschiede in dieser Altersgruppe für Konsumerfahrungen mit Amphetaminen (Frauen: 1,9% vs. Männer: 3,4% vs.), Kokain (Frauen 1,7% vs. Männer: 2,7% vs.) und LSD (Frauen: 0,7% vs. Männer: 1,4%) aus, während sich die Lebenszeit-Prävalenz für Ecstasy (Frauen: 2,9% vs. Männer: 3,4%) nur wenig unterscheidet. Nur äußerst selten liegen in beiden Geschlechtergruppen Konsumerfahrungen mit Crack (jeweils 0,5%) oder Heroin (Frauen: 0,2% vs. Männer: 0,4%) vor (vgl. BZgA 2010).

In den USA stellen sich in der Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen (s. Tab. 6.3) die prozentualen Anteile derer, die Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen haben, für beide Geschlechter nahezu gleich dar (Frauen: 42%; Männer: 43,3%). Auch in Bezug auf die Lebenszeit-Prävalenz von Cannabis (Frauen: 33,6%; Männer: 35,6%) und anderen illegalen Drogen (Frauen: 27,5%; Männer: 28,9%) sind die Differenzen marginal. Etwas seltener als männliche besitzen weibliche Jugendliche bzw. junge Erwachsene Gebrauchserfahrungen mit Kokain (Frauen: 7,7% vs. Männer: 9,4%) und LSD (Frauen: 3,5% vs. Männer: 4,9%), während sich Erfahrungen mit Ecstasy (Frauen: 7,3%; Männer: 7,2%), Crack (Frauen: 1,6%; Männer: 2%) und Heroin (Frauen: 0,8%; Männer: 1%) für beide Geschlechter fast identisch darstellen. Lediglich für Amphetamine lässt sich in den USA mit 6,5% (Frauen) gegenüber 5,9% (Männer) ein etwas höherer Anteil an weiblichen Konsumierenden unter den 12- bis 25-Jährigen ausmachen (vgl. SAMHSA 2009a).

Wird das Ausmaß des „aktuelleren“ Konsums illegaler Drogen, wie es sich anhand der 12-Monats- und 30-Tages-Prävalenzwerte darstellt, auf genderspezifische Differenzen hin untersucht, so offenbaren sich erneut in beiden Altersgruppen fast durchgängig höhere Prävalenzwerte für Männer. Wiederum fallen die Unterschiede zwischen den Geschlechtern in den USA geringer aus (s. Tab. 6.4).

In Deutschland hat jeder fünfzehnte 18- bis 64-Jährige im zurückliegenden Jahr eine illegale Droge zu sich genommen und knapp 4% haben auch im zurückliegenden Monat eine illegale Substanz konsumiert. Nahezu identisch damit sind die jeweiligen Kennwerte für Cannabis. Prozentual gesehen haben damit mehr als doppelt so viele männliche wie weibliche 18- bis 64-Jährige im zurückliegenden Jahr und Monat irgendeine illegale Droge konsumiert, nahezu das gleiche Geschlechterverhältnis zeigt sich für den Cannabiskonsum. Die 12-Monats-Prävalenz für andere illegale Drogen als Cannabis (Frauen: 0,6% vs. Männer: 1,8%) sowie die Konsumwerte hierfür bezogen auf den zurückliegenden Monat (Frauen: 0,3% vs. Männer: 1,0%) sind unter Männern hingegen dreimal höher. Bei den einzelnen illegalen „harten“ Substanzen, insbesonde-

re bei Amphetaminen, fallen die Geschlechterdifferenzen zum Teil noch deutlicher aus (vgl. Kraus 2008). In der Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen sind in Deutschland die Anteile der Männer, die im zurückliegenden Jahr und Monat eine illegale Droge konsumiert haben, mit 13,5% (Frauen: 7,3%) bzw. 5,3% (Frauen: 2,8%) nahezu doppelt so hoch wie unter Frauen. Ein fast identisches Verhältnis lässt sich für die Cannabis-Jahres-Prävalenz (Männer: 12,3% vs. Frauen: 6,7%) und die Cannabis-Monats-Prävalenz (Männer: 4,8% vs. Frauen: 2,6%) beobachten (vgl. BZgA 2010). In Deutschland sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede unter Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen damit etwas geringer ausgeprägt als unter älteren Erwachsenen.

Tabelle 6.4: 12-Monats- und 30-Tages-Prävalenz einzelner ausgewählter illegaler Substanzen^a, illegaler Drogen insgesamt sowie illegaler Drogen außer Cannabis bei 18- bis 64-Jährigen und 12- bis 25-Jährigen in Deutschland und den USA nach Geschlecht (F/M)

		12-Monats-Prävalenz				30 Tages-Prävalenz			
		Deutschland		USA		Deutschland		USA	
	ausgewählte Substanzen	F	M	F	M	F	M	F	M
18- bis 64-Jährige ^b	Cannabis	2,9%	6,4%	15,7%	23,3%	1,3%	3,1%	8,5%	15,2%
	Kokain	0,3%	0,9%	3,0%	5,1%	0,1%	0,3%	1,0%	1,5%
	Amphetamine	0,2%	0,8%	2,0%	2,1%	0,1%	0,5%	0,7%	0,7%
	Ecstasy	0,1%	0,8%	1,9%	2,6%	0%	0,3%	0,4%	0,6%
	LSD	0%	0,2%	0,5%	1,4%	0%	0,1%	0,1%	0,3%
	Heroin	0,1%	0,1%	0,3%	0,5%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%
	Crack	0%	0,1%	0,5%	1,0%	0%	0,1%	0,2%	0,3%
	illegale Drogen insgesamt	3,1%	6,7%	21,0%	28,2%	1,5%	3,5%	11,2%	17,8%
illegale Drogen außer Cannabis	0,6%	1,8%	12,0%	15,8%	0,3%	1,0%	5,0%	6,8%	
12- bis 25-Jährige ^c	Cannabis	6,7%	12,3%	18,5%	22,9%	2,6%	4,8%	9,8%	14,3%
	illegale Drogen insgesamt	7,3%	13,5%	24,9%	28,4%	2,8%	5,3%	13,0%	16,8%

^a Mehrfachnennungen

^b Deutschland: Kraus (2008); USA: SAMHSA (2009a), eigene Berechnungen.

^c Deutschland: BZgA (2010); USA: SAMHSA (2009a), eigene Berechnungen.

In den USA hat mehr als ein Viertel der männlichen Erwachsenen (18 bis 64 Jahre) im zurückliegenden Jahr und über ein Sechstel auch im vergangenen Monat eine illegale Droge konsumiert – diese Werte übertreffen die der Frauen um das 1,3- bzw. 1,6-Fache. Mit 23,3% gegenüber 15,7% liegt die Cannabis-Jahres-Prävalenz unter Männern 1,5-mal höher als unter Frauen, beim aktuellen (monatlichen) Konsum der Substanz (Männer: 15,2% vs. Frauen: 8,5%) sind die Geschlechterunterschiede noch deutlicher. Geringer fallen hingegen die Differenzen für den Gebrauch anderer illegaler Substanzen aus: Mit 15,8% gegenüber 12% bzw. 6,8% gegenüber 5% haben, prozentual betrachtet, rund 1,3-mal mehr männliche als weibliche Erwachsene im zurückliegenden Jahr und Monat eine andere illegale Droge als Cannabis konsumiert. Dement-

sprechend lassen sich auch bei den einzelnen „harten“ Drogen jeweils höhere Jahres- und Monats-Prävalenzwerte für Männer beobachten – einzige Ausnahme bildet der aktuelle Konsum von Amphetaminen, der sich mit jeweils 0,7% für beide Geschlechter identisch darstellt (vgl. SAMHSA 2009a). Erneut etwas geringer fallen auch in den USA die Konsumunterschiede in der Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen aus. So haben hier 24,9% der Frauen und 28,4% der Männer im zurückliegenden Jahr eine illegale Droge zu sich genommen, bei 18,5% der Frauen und 22,9% der Männer handelt es sich um Cannabis. Einen aktuellen Konsum illegaler Substanzen geben 13% der 12- bis 25-jährigen US-Amerikanerinnen und 16,8% der US-Amerikaner an, etwas deutlicher fallen die Geschlechterunterschiede in dieser Altersgruppe für einen aktuellen Cannabiskonsum aus (Frauen: 9,8% vs. Männer: 14,3%) (vgl. SAMHSA 2009a).

Werden die hier vorgestellten epidemiologischen Daten zusammenfassend betrachtet, so lässt sich festhalten, dass sich im Ländervergleich eine deutlich höhere Prävalenz des illegalen Drogenkonsums in den USA abzeichnet. Unter jungen Erwachsenen sind dabei sowohl die geschlechtsbezogenen als auch die länderbezogenen Unterschiede geringer ausgeprägt als in der Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen. Auffällig ist, dass in beiden Altersgruppen auch fast alle Konsumwerte der Frauen in den USA die Werte der Männer in Deutschland übertreffen.¹²¹ Anhand der Ergebnisse kann somit ein erstes Zwischenfazit dahingehend gezogen werden, dass die im Vergleich zur deutschen Drogenpolitik stärker repressiv ausgerichtete US-amerikanische Drogenpolitik nicht zu einem geringeren Ausmaß des illegalen Substanzkonsums führt.

6.2 Behandlungen von Konsumentinnen illegaler Drogen

Weitere Indikatoren, um den Umfang des (problematischen) illegalen Drogengebrauchs unter Frauen in Deutschland und den USA zu bestimmen, stellen verschiedene Behandlungsstatistiken dar. Nachfolgend werden daher aktuelle Daten zu Krankenhausaufnahmen, die im Zusammenhang mit illegalen Substanzen stehen, sowie zu Behandlungen in ambulanten und stationären Drogenhilfeeinrichtungen dargestellt. Ein Vergleich längerfristiger Entwicklungen der Behandlungszahlen ist aufgrund der mangelnden Datenlage für die vorliegende Arbeit nicht möglich.

6.2.1 Behandlungen in Krankenhäusern

Die Ergebnisse zu drogenbezogenen Krankenhausbehandlungen von Frauen stützen sich für Deutschland auf die vom Statistischen Bundesamt herausgegebene „Krankenhausstatistik“ (Statistisches Bundesamt Deutschland 2010b), für die USA wurde auf die

¹²¹ Bei den Männern übertreffen die Konsumwerte der US-Amerikaner die der Deutschen ebenfalls in der Regel sehr deutlich, insgesamt fallen jedoch die länderspezifischen Unterschiede bei den Männern geringer als bei den Frauen aus.

Daten des „Drug Abuse Warning Network“ (DAWN) (SAMHSA 2010a) zurückgegriffen. Eine wesentliche Vergleichsproblematik resultiert daraus, dass in der deutschen „Krankenhausstatistik“ nicht nach legalen und illegalen Substanzen, sondern nur nach einzelnen Stoffgruppen differenziert wird. Zu einem gewissen Teil sind hierin somit auch Behandlungen wegen ärztlich verschriebener Substanzen beinhaltet. Für die USA umfasst die Statistik dagegen nur Fälle, bei denen es sich um den Konsum illegaler Substanzen (inklusive nicht-verschriebener Medikamente) handelt. Der Datenvergleich ist zusätzlich dadurch erschwert, dass in der Statistik des Statistischen Bundesamtes den Konsum mehrerer psychoaktiver Substanzen betreffende Fälle undifferenziert in der Kategorie „multipler Substanzgebrauch“ zusammengefasst werden und somit nicht mehr nachvollziehbar ist, welche einzelnen Substanzen für die Krankenhausaufnahme eine Rolle spielten. In der „DAWN“-Statistik werden demgegenüber Fälle, in denen mehrere psychoaktive Substanzen für die Krankenhausbehandlung verantwortlich waren, mehrfach aufgeführt. Zudem erfasst die US-Statistik nur Aufnahmen in die Notaufnahmen der Krankenhäuser („emergency departments“) und bildet damit zum Großteil „Drogennotfälle“ ab, die aus einer Intoxikation oder einer Überdosierung resultieren. Die deutsche „Krankenhausstatistik“ erfasst hingegen alle Behandelten, d. h. sowohl die „Drogennotfälle“ als auch Fälle von Entgiftungsbehandlungen oder Einweisungen wegen physischer und psychischer Problematiken, die im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum stehen. Diese Unterschiede gilt es für die anschließenden Ausführungen zu berücksichtigen.

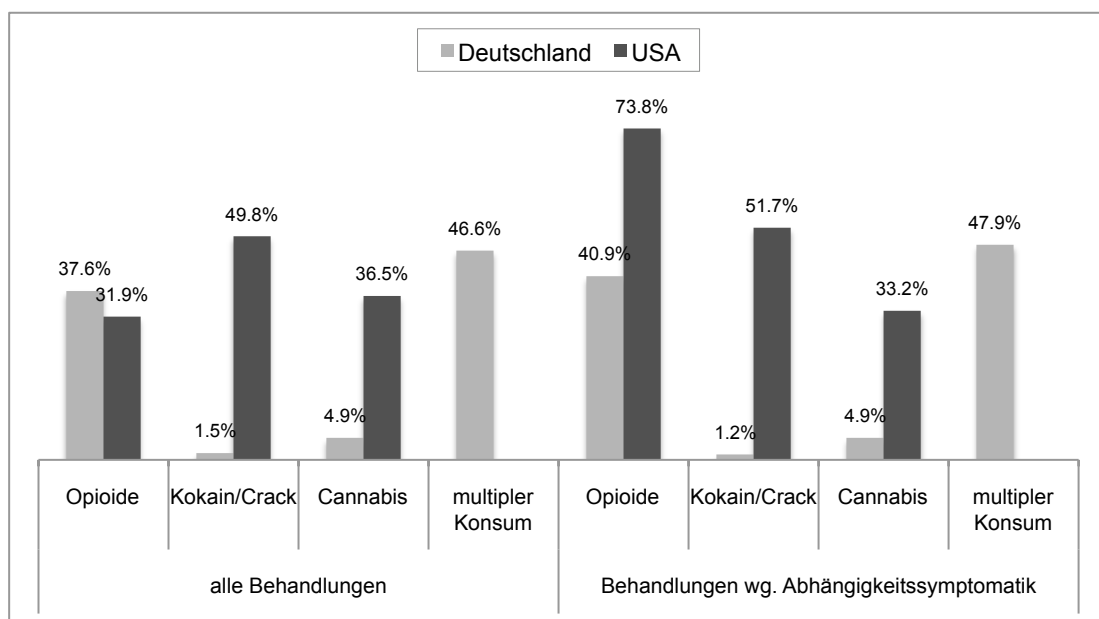
In Deutschland wurden im Jahr 2008 52,6 Krankenhausbehandlungen von Frauen pro 100.000 Einwohnerinnen (n=21.997) im Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen registriert.¹²² Ein Sechstel der Krankenhauseinlieferungen (n=3.735) erfolgte aufgrund akuter Auswirkungen des Drogengebrauchs, d. h. einer „akuten Intoxikation“ oder einer Überdosierung („Vergiftung“ ICD-10 T40). Umgekehrt bedeutet dies, dass fünf von sechs Krankenhausaufnahmen wegen einer Abhängigkeitssymptomatik, Entzugerscheinungen oder der Entwicklung diverser psychischer oder physischer Problematiken stattfanden – insgesamt erfolgten 43,7 Krankenhausbehandlungen von Frauen pro 100.000 Einwohnerinnen (n=18.262) aufgrund derartiger Indikationen (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland 2010b). Eine deutlich höhere Anzahl an drogenbezogenen Krankenhausbehandlungen lässt sich für die USA feststellen. Ebenfalls im Jahr 2008 wurden hier 226,4 Krankenhausaufnahmen von Frauen pro 100.000 Einwohnerinnen (n=352.136) im Zusammenhang mit illegalen Drogen registriert. Die Inzidenzrate liegt damit mehr als viermal so hoch wie in Deutschland. Lediglich jede achte Einweisung (27,1 pro 100.000 Einwohnerinnen; n=42.229) erfolgte wegen einer geplanten Entwöhnungsbehandlung (Entgiftungsbe-

¹²² In die Berechnung einbezogen wurden Behandlungen aufgrund von Opioiden, Cannabinoiden, Sedativa/Hypnotika, Kokain, anderen Stimulanzien, Inhalanzien und Halluzinogenen (ICD-10 F11-F16, F18, F19 und T40).

handlung, Anfrage nach einem Drogentherapieplatz, Anfertigung eines medizinischen Gutachtens für eine drogenabstinente Behandlung etc.). In der weit überwiegenden Mehrheit der Fälle handelte es sich dementsprechend um Notfallbehandlungen (vgl. SAMHSA 2010a).

Die nachfolgende Abbildung 6.1 veranschaulicht, aufgrund welcher Substanzen die Krankenhausbehandlungen von Frauen in Deutschland und den USA stattfanden. Dargestellt ist die prozentuale Verteilung ausgewählter Substanzen bezogen auf die Behandlungen insgesamt sowie auf die Behandlungen wegen einer Abhängigkeitssymptomatik. Erneut sei darauf verwiesen, dass in der US-amerikanischen Statistik Fälle, in denen mehrere Drogen für die Krankenhausbehandlung eine Rolle spielten, auch mehrfach gezählt werden. Daten zum zusammengefassten multiplen Substanzgebrauch von Frauen liefert die Statistik nicht.

Abbildung 6.1: Drogenbezogene Krankenhausbehandlungen von Frauen in Deutschland und den USA^a: alle Behandlungen sowie Behandlungen wegen einer Abhängigkeitssymptomatik nach einzelnen ausgewählten Substanzen



^a Mehrfachnennungen

In Deutschland erfolgte die Hälfte der gesamten drogenbezogenen Krankenhausbehandlungen von Frauen wegen eines polyvalenten Substanzgebrauchs, in über einem Drittel der Fälle waren Opiode¹²³ der Behandlungsgrund. Cannabis war lediglich für jede zwanzigste Behandlung verantwortlich, noch niedriger liegt mit 1,5% der entsprechende Anteil für Kokain bzw. Crack.¹²⁴ Von den Behandlungen aufgrund einer Abhängigkeitssymptomatik ging ebenfalls nahezu die Hälfte auf einen polyvalenten Drogengebrauch zurück, zwei von fünf Behandlungen erfolgten wegen des Konsums von Opi-

¹²³ Bezeichnung für alle natürlichen, halbsynthetischen und synthetischen Opiate.

¹²⁴ Auf die in der Abbildung nicht dargestellten Sedativa/Hypnotika entfallen 3,8% der Behandlungen von Frauen in Deutschland, auf Halluzinogene 0,8%, auf Stimulanzien 0,3% und auf Inhalanzien 0,2% (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland 2010b).

oiden. Andere Substanzen wie Cannabis (4,9%) oder Kokain bzw. Crack (1,2%) spielten auch hier nur vergleichsweise selten eine Rolle (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland 2010b).¹²⁵ Anzunehmen ist jedoch, dass sich hinter der Kategorie „multipler Konsum“ ein nicht unwesentlicher Teil an Behandlungen verbirgt, die *unter anderem* durch den Konsum von Opioiden, Cannabis oder Kokain(-produkten) bedingt waren. In den USA fand jede zweite drogenbezogene Krankenhausbehandlung von Frauen (unter anderem) wegen Kokain oder Crack statt. Über ein Drittel der Behandlungsfälle ging auf den Konsum von Cannabis und knapp ein Drittel auf den Gebrauch von Opioiden zurück.¹²⁶ Unter den (begonnenen oder angefragten) Behandlungen wegen einer Abhängigkeitssymptomatik lag in fast drei Viertel der Fälle eine opioidbezogene Problematik vor. Über die Hälfte der Behandlungen stand im Zusammenhang mit einer Kokain- und ein Drittel der Fälle im Zusammenhang mit einer Cannabisproblematik (vgl. SAMHSA 2010a).

Insgesamt weisen die Daten darauf hin, dass in den USA deutlich mehr Frauen als in Deutschland wegen des Konsums (illegaler) psychoaktiver Substanzen in Krankenhäusern behandelt werden. Werden die Zahlen der drogenbezogenen Krankenhausbehandlungen jedoch mit der Konsumprävalenz für illegale Drogen (vgl. Kap. 6.1.2) in Bezug gesetzt, ergibt sich folgendes Bild: Während die 12-Monats- und 30-Tages-Prävalenz illegaler Drogen für (18- bis 64-jährige) Frauen in den USA die entsprechenden Kennzahlen in Deutschland etwa um das Siebenfache übersteigen, liegt die Behandlungsrate in den USA nur rund viermal höher. Dieser Unterschied ist möglicherweise wesentlich darauf zurückzuführen, dass das US-amerikanische „Drug Abuse Warning Network“ einerseits nur Aufnahmen in die Krankenhaus-Notaufnahmen erfasst und andererseits nur Behandlungen registriert, die durch den Konsum illegaler Substanzen bedingt sind. Demgegenüber fließen in die deutsche „Krankenhausstatistik“ auch Fälle ein, bei denen eine Behandlung wegen ärztlich verordneter Substanzen erfolgte. Diese unterschiedliche Methodik erklärt sicherlich teilweise auch den in den USA vergleichsweise hohen Anteil an Personen, die wegen akuter negativer Effekte des Drogengebrauchs (u. a. Intoxikationen oder Überdosierungen) behandelt werden, sowie den in Deutschland hohen Anteil an Frauen, die sich aufgrund von eher langfristigen Folgen des Substanzkonsums (z. B. Entwicklung psychischer Problematiken oder einer Abhängigkeitssymptomatik) in ein Krankenhaus begeben. Nur eingeschränkt beurteilen lassen sich die Unterschiede zwischen beiden Ländern hinsichtlich der Substanzen, die für eine Behandlung verantwortlich sind. Zwar scheint ein wesent-

¹²⁵ Im Hinblick auf die hier nicht graphisch dargestellten Notfallbehandlungen in deutschen Krankenhäusern lässt sich festhalten, dass 40% dieser akuten Intoxikationen bzw. Überdosierungen aus dem parallelen Konsum mehrerer Substanzen resultierten, ein Fünftel aus dem Konsum von Opioiden, 5% aus dem Konsum von Cannabis und 3% aus dem Konsum von Kokain bzw. Crack (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland 2010b).

¹²⁶ In den USA entfallen auf die in der Abbildung nicht dargestellten Amphetamine 12% der Behandlungen, auf Halluzinogene 0,6% und auf Inhalanzien 0,4% (vgl. SAMHSA 2010a).

lich höherer Anteil der US-Amerikanerinnen wegen Kokain/Crack und Cannabis behandelt zu werden, da jedoch die deutsche „Krankenhausstatistik“ den Konsum mehrerer Drogen in der Kategorie „multipler Substanzgebrauch“ (immerhin jeweils nahezu die Hälfte der Fälle) zusammenfasst, können keine gesicherten Aussagen über den Anteil an Kokain- und Cannabiskonsumentinnen unter den Behandelten in Deutschland getroffen werden, wenngleich die Daten eine eher marginale Bedeutung dieser Substanzen vermuten lassen.

6.2.2 Stationäre und ambulante drogentherapeutische Behandlungen

Weitere Erkenntnisse zu drogenbezogenen Behandlungen liefern die Statistiken der ambulanten und stationären Drogenhilfe. Für Deutschland stehen hierzu Daten durch die „Deutsche Suchthilfestatistik“ (DSHS) (Pfeiffer-Gerschel et al. 2009) und die Statistik der „Deutschen Rentenversicherung“ (DRV) (Deutsche Rentenversicherung Bund 2009) zur Verfügung. Für die USA stellt diesbezüglich das „Treatment Episode Data Set“ (TEDS) (SAMHSA 2009c) die wichtigste Informationsquelle dar.

Tabelle 6.5: Ambulante und stationäre drogentherapeutische Behandlungen von Frauen in Deutschland und den USA: Gesamtzahl, Inzidenz pro 100.000 Einwohnerinnen, Hauptdiagnose (ausgewählte Substanzen) sowie Anteil der Substituierten

Untersuchung	Deutschland		USA
	DSHS ^a	DRV ^b	TEDS ^c
Gesamtzahl der Behandlungen	21.941	2.446	390.819
Inzidenz pro 100.000 Einw.	52,5	5,8	251,2
Hauptdiagnose (Auswahl)		^d	
Opioide	64,2%	24,8%	35,2%
Cannabis	17,2%	8,0%	21,7%
Kokain/Crack	4,3%	2,8%	22,5%
Stimulanzien	7,2%	3,7%	14,2%
Sedativa/Hypnotika	5,3%	7,8%	2,1%
Substitution ^e	56,3%	–	28,0% ^f

^a Pfeiffer-Gerschel et al. (2009), eigene Berechnungen. Es wurden nur Fälle berücksichtigt, in denen folgende Substanzgruppen im Mittelpunkt der Behandlung (Hauptdiagnose) standen: Opioide, Cannabinoide, Sedativa/ Hypnotika, Kokain, Stimulanzien, Halluzinogene, andere psychotrope Substanzen (F11-16, F19). Für ambulante Einrichtungen wurden alle Betreuungen ohne Einmalkontakte einbezogen (Typ 3 und 4), bei den stationären Einrichtungen die beendeteten Behandlungen (Typ 8-12).

^b Deutsche Rentenversicherung Bund (2009)

^c SAMHSA (2009c); eigene Berechnungen. Für die Analyse wurden alle Behandlungsaufnahmen („admissions“) berücksichtigt, bei denen folgende Substanzen im Mittelpunkt der Behandlung (Hauptdiagnose) standen: Opioide, Cannabis, Kokain, Stimulanzien, Halluzinogene, Sedativa/Hypnotika.

^d Auf den „multiplen Substanzgebrauch“ entfallen in der DRV-Statistik 52,5% der stationären Behandlungen.

^e Bezogen auf den Anteil derjenigen mit einer Opioid-Hauptdiagnose.

^f Anteil an geplanten Substitutionsbehandlungen. Das „National Survey of Substance Abuse Treatment Services“ (N-SSATS; SAMHSA 2009b), welches Daten zu Substitutionsbehandlungen erhebt, liefert hierzu keine geschlechtsspezifische Aufschlüsselung und konnte daher als Datenquelle nicht herangezogen werden.

Die „Deutsche Suchthilfestatistik“ (Pfeiffer-Gerschel et al. 2009) weist für das Jahr 2008 52,5 drogentherapeutische Behandlungen von Frauen pro 100.000 Einwohnerin-

nen auf (s. Tab. 6.5). Für nahezu zwei Drittel der Behandlungen lag eine Opioid-Hauptdiagnose vor, während Cannabis in gut einem Sechstel der Fälle den primären Behandlungsgrund darstellte. Deutlich seltener erfolgten Behandlungen wegen Stimulanzien (7,2%), Sedativa/Hypnotika (5,3%) und Kokain/Crack (4,3%). Insgesamt befand sich mehr als die Hälfte der ambulant betreuten Frauen mit einer Opioid-Hauptdiagnose in einer Substitutionsbehandlung. Die „Deutsche Rentenversicherung“ (DRV 2009) finanzierte im selben Jahr 5,8 stationäre Drogentherapien von Frauen pro 100.000 Einwohnerinnen. Am häufigsten erfolgte eine Maßnahme wegen des multiplen Substanzkonsums (insgesamt 52,5% der Fälle; vgl. Fußnote d in Tab. 6.5), jede vierte Behandlung betraf den Konsum von Opioiden und rund jede dreizehnte Behandlung den Konsum von Cannabis oder Sedativa/Hypnotika. Nur ein relativ kleiner Teil der Rehabilitationsbehandlungen von Frauen in Deutschland stand im Zusammenhang mit Kokain/Crack (2,8%) oder anderen Stimulanzien (3,7%).

Nach den aktuellen Daten des „Treatment Episode Data Set“ (SAMHSA 2009c) liegt für das Jahr 2008 die Inzidenzrate für ambulante und stationäre drogentherapeutische Behandlungen von Frauen in den USA bei 251,2 pro 100.000 Einwohnerinnen. In mehr als einem Drittel der Fälle waren Opiode der Behandlungsgrund, gut jede fünfte Behandlung fand aufgrund von Kokain/Crack oder Cannabis statt. Der Konsum von Stimulanzien war in einem Siebtel der Fälle die primäre Behandlungsursache und bei rund 2% der Behandlungen lag eine Hauptdiagnose für Sedativa/Hypnotika vor. Insgesamt plante mehr als ein Viertel der Klientinnen mit einer Opioid-Hauptdiagnose den Beginn einer Substitutionsbehandlung (s. Tab. 6.5).

Anhand der Inzidenzraten zeigt sich, dass sich im Vergleich zu Deutschland rund viermal mehr Frauen in den USA in eine ambulante oder stationäre drogentherapeutische Behandlung begeben – hier lässt sich ein analoges Verhältnis wie bei den drogenbezogenen Krankenhausbehandlungen feststellen. Angesichts einer besseren Vergleichbarkeit der Daten untermauern die Zahlen zu den Betreuungen in Therapieeinrichtungen die Beobachtung, dass, in Relation zum Konsum illegaler Substanzen, Drogenkonsumentinnen in Deutschland offenbar häufiger Behandlungen in Anspruch nehmen. Dies kann als Hinweis auf die starke Medizinalisierung des Drogenproblems in Deutschland gewertet werden, wodurch sich der Zugang zu Drogenbehandlungen (z. B. im Hinblick auf die Kostenübernahme, das zur Verfügung stehende Behandlungsangebot oder sonstige Barrieren) hierzulande einfacher gestaltet, der Drogenkonsum möglicherweise aber auch häufiger als zu behandelndes Problem beurteilt wird. In diesem Zusammenhang ist ausdrücklich auch auf die Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen Deutschlands und der USA zu verweisen. In den USA existiert mit Ausnahme von „Medicare“ (für über 65-Jährige) keine gesetzliche Krankenversicherung. Etwa 16% der US-amerikanischen Bevölkerung bzw. rund 47 Millionen Men-

schen sind nicht krankenversichert, sodass die Kosten einer medizinischen und/oder therapeutischen Behandlung¹²⁷ nicht gedeckt sind (vgl. Murswieck 2008: 659).¹²⁸

Relativ deutliche Unterschiede zwischen beiden Ländern werden auch hinsichtlich der im Vordergrund der Behandlung stehenden Substanzen deutlich. In Deutschland erfolgen die mit Abstand meisten Behandlungen von Frauen wegen Opioiden, während in den USA ein größerer Anteil der Drogenbehandlungen im Zusammenhang mit Kokain/Crack, Cannabis und anderen Stimulanzien steht. Etwas seltener als in Deutschland finden hingegen therapeutische Behandlungen wegen Opioiden und Sedativa/Hypnotika statt. Insofern scheint sich hier die bereits bei den Krankenhausbehandlungen festgestellte höhere Bedeutung von Kokain und Cannabis unter US-Amerikanerinnen zu bestätigen. Im Hinblick auf die Substitutionsbehandlung lassen sich kaum Aussagen treffen, möglicherweise können die Daten aber als Hinweis auf einen etwas höheren Anteil an Substituierten in Deutschland gewertet werden.

6.2.3 Geschlechtsspezifische Differenzen bezüglich drogenbezogener Behandlungen

Die geschlechtsspezifische Betrachtung der Behandlungsdaten offenbart in beiden Ländern eine deutlich höhere Zahl an Männern, die wegen (illegaler) psychoaktiver Substanzen in einem Krankenhaus oder einer ambulanten bzw. stationären Drogen-therapieeinrichtung behandelt werden (s. Tab. 6.6 und 6.7).

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2010b) wurden in Deutschland im Jahr 2008 160,5 drogenbezogene Krankenhausbehandlungen von Männern pro 100.000 Einwohner¹²⁹ erfasst – dieser Wert übersteigt die Inzidenzrate bei den Frauen um das Dreifache. Wie Tabelle 6.6 zeigt, erfolgte bei Männern etwas häufiger als bei Frauen eine Krankenhausaufnahme wegen Cannabis (Männer: 8,5% vs. Frauen: 4,9%) oder eines polyvalenten Drogengebrauchs (Männer: 50% vs. Frauen: 46,6%), während die Anteile für Opioide bei beiden Geschlechtern nahezu gleichauf liegen (Männer: 36,3%; Frauen: 37,6%).¹³⁰ Nur geringe geschlechtsspezifische Unterschiede

¹²⁷ Auch wenn eine private Krankenversicherung besteht, sind die Kosten für therapeutische Maßnahmen hiermit oftmals nicht abgedeckt.

¹²⁸ Inwieweit die 2010 verabschiedete Gesundheitsreform durchgesetzt werden kann, bleibt abzuwarten. Rund 32 Millionen unversicherte Personen sollen hierdurch eine Krankenversicherung erhalten und insgesamt dann 95% der US-Bevölkerung krankenversichert sein. Die Versicherungspflicht soll 2014 in Kraft treten. Hierfür ist jedoch nicht die Einrichtung einer staatlichen Krankenkasse, sondern die Einführung von so genannten Gesundheits-Börsen vorgesehen, über die Versicherungspolice privater Krankenkassen erworben werden können. Im August 2011 wurden Teile der Reform – vor allem die Versicherungspflicht – allerdings als verfassungswidrig erklärt (vgl. <http://www.zeit.de/politik/ausland/2011-08/gesundheitsreform-usa-verfassungswidrig>; abgerufen am 30. August 2011).

¹²⁹ Eigene Berechnungen (wie auch in den folgenden Kapiteln) auf Basis der Bevölkerungsdaten. Männliche Bevölkerung in Deutschland 2008: 40,18 Millionen (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland; <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms>; abgerufen am 15.08.2010). Männliche Bevölkerung in den USA 2008: 151,35 Millionen (vgl. US Census Bureau; <http://www.census.gov>; abgerufen am 15.08.2010).

¹³⁰ Sedativa/Hypnotika: Frauen: 3,8% vs. Männer: 1,1%; Stimulanzien: Frauen: 0,3% vs. Männer: 0,2%; Halluzinogene: Frauen: 0,8% vs. Männer: 0,6%; Inhalanzien: Frauen und Männer jeweils 0,2% (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland 2010b).

bestehen auch im Hinblick auf die Krankenhausaufnahmen, die in Verbindung mit einer Abhängigkeitssymptomatik stehen: Mit 83% gegenüber 87% liegt hier der Anteil unter Frauen nur etwas niedriger. Etwas häufiger als Männer wurden Frauen aufgrund eines problematischen Konsums von Opioiden (Frauen: 40,9% vs. Männer: 36%) behandelt, seltener hingegen wegen einer Abhängigkeit von mehreren Substanzen (Frauen: 47,9% vs. Männer: 51%) oder Cannabis (Frauen: 4,9% vs. Männer: 8,5%). Behandlungen wegen einer Kokainabhängigkeit spielten bei Frauen (1,2%) wie bei Männern (1,8%) eine nur sehr untergeordnete Rolle.

Tabelle 6.6: Drogenbezogene Behandlungen in Krankenhäusern in Deutschland und den USA^a: Gesamtzahl, Inzidenz pro 100.000 Einwohner nach einzelnen ausgewählten Substanzen nach Geschlecht (F/M)

	Deutschland ^b		USA ^c	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Behandlungen insgesamt	21.997	64.480	352.136	640.704
Inzidenz pro 100.000 Einw.	52,6	160,5	226,4	423,1
darunter aufgrund von (Auswahl)				
Opioiden	37,6%	36,3%	31,9%	33,1%
Cannabis	4,9%	8,5%	36,5%	38,3%
Kokain/Crack	1,5%	1,8%	49,8%	47,9%
multiplen Substanzen	46,6%	50,0%	– ^d	– ^d
Anteil der Behandlungen wegen einer Abhängigkeitsproblematik	83,0%	87,0%	12%	12,8%
darunter aufgrund von (Auswahl) ^c				
Opioiden	40,9%	36,0%	73,8%	51,8%
Cannabis	4,9%	8,5%	33,2%	23,0%
Kokain/Crack	1,2%	1,8%	51,7%	57,2%
multiplen Substanzen	47,9%	51,0%	– ^d	– ^d

^a USA: Mehrfachnennungen

^b Statistisches Bundesamt Deutschland (2010b)

^c SAMHSA 2010a

^d Keine Daten vorhanden.

Die Daten des „Drug Abuse Warning Network“ (SAMSHA 2010a) weisen für die USA eine Rate für drogenbezogene Krankenhausbehandlungen von Männern von 423,1 pro 100.000 Einwohner auf (s. Tab. 6.6). Die Inzidenz der Krankhauseinweisungen von Männern liegt damit fast doppelt so hoch wie die Rate bei den Frauen. Mit Blick auf die Substanzen, aufgrund derer eine Behandlung erfolgte, lassen sich jedoch kaum Geschlechterdifferenzen erkennen – die Unterschiede betragen jeweils weniger als zwei Prozentpunkte. Knapp die Hälfte der Frauen und Männer wurde wegen Kokain oder Crack behandelt, Cannabis war bei etwas mehr als einem Drittel beider Geschlechter der Behandlungsgrund und Opioide bei jeweils rund einem Drittel.¹³¹ Nahezu gleichauf liegen auch die Anteile derer, die aufgrund einer geplanten Entwöhnungsbehandlung ein Krankenhaus aufsuchten (Frauen: 12,0%; Männer: 12,8%), wengleich Frauen

¹³¹ Amphetamine: Frauen: 12% vs. Männer: 9%; Halluzinogene: Frauen: 0,6% vs. Männer: 1,1%; Inhalanzien: Frauen 0,4% vs. Männer: 0,9% (vgl. SAMHSA 2010a).

häufiger als Männer eine Entwöhnungsbehandlung wegen Opioiden (Frauen: 73,8% vs. Männer: 51,8%) und Cannabis (Frauen: 33,2% vs. Männer: 23%)¹³² planen, etwas seltener hingegen wegen Kokain bzw. Crack (Frauen: 51,7% vs. Männer: 57,2%) (vgl. SAMHSA 2010a).

Richtet sich der Blick auf Geschlechterunterschiede bezüglich der Inanspruchnahme stationärer und ambulanter Drogentherapien (s. Tab. 6.7), so ist zunächst festzuhalten, dass in Deutschland etwa vier von fünf Behandelten männlich sind. In der „Deutschen Suchthilfestatistik“ (Pfeiffer-Gerschel et al. 2009) beträgt der Männeranteil unter den Behandelten 78%, in der „Statistik der Deutschen Rentenversicherung“ (DRV 2009) 82%.

Tabelle 6.7: Ambulante und stationäre drogentherapeutische Behandlungen in Deutschland und den USA: Gesamtzahl, Inzidenz pro 100.000 Einwohner, Hauptdiagnose (ausgewählte Substanzen) sowie Anteil der Substituierten nach Geschlecht (F/M)

Untersuchung	Deutschland				USA	
	DSHS ^a		DRV ^b		TEDS ^c	
Geschlecht	F	M	F	M	F	M
Behandlungen insgesamt	21.941	79.446	2.446	11.330	390.819	704.916
Inzidenz pro 100.000 Einw.	52,5	197,7	5,8	28,2	251,2	465,4
Hauptdiagnose (Auswahl)						
Opiode	64,2%	53,3%	24,8%	21,9%	35,2%	34,0%
Cannabis	17,2%	29,9%	8,0%	11,2%	21,7%	33,6%
Kokain	4,3%	7,2%	2,8%	4,0%	22,5%	18,0%
Stimulanzien	7,2%	6,2%	3,7%	3,1%	14,2%	9,6%
Sedativa/Hypnotika	5,3%	1,1%	7,8%	1,1%	2,1%	1,1%
Substitution ^e	56,3%	51,4%	–	–	28,0% ^f	26,0% ^f

^a Pfeiffer-Gerschel et al. (2009), eigene Berechnungen (vgl. Fußnote a Tab. 6.5).

^b Deutsche Rentenversicherung Bund (2009)

^c SAMHSA (2009c), eigene Berechnungen (vgl. Fußnote c in Tab. 6.5).

^d „Multipler Substanzgebrauch“: 52,5% Frauen und 58,6% Männer.

^e Bezogen auf den Anteil derjenigen, mit einer Opioid-Hauptdiagnose.

^f Anteil an geplanten Substitutionsbehandlungen.

Die „Deutsche Suchthilfestatistik“ registrierte für das Jahr 2008 197,7 ambulante oder stationäre drogentherapeutische Behandlungen von Männern pro 100.000 Einwohner. Die „Deutsche Rentenversicherung“ finanzierte im selben Jahr 28,2 stationäre Rehabilitationsbehandlungen von Männern pro 100.000 Einwohner. Was die Substanzen anbelangt, aufgrund derer eine Behandlung in Anspruch genommen wird, lassen sich für Deutschland im Geschlechtervergleich höhere Anteile für Frauen mit einer Hauptdiagnose für Opiode und Sedativa/Hypnotika ausmachen. Nach der „Deutschen Suchthilfestatistik“ stand bei 64,2% der Frauen und 53,3% der Männer eine Opioid-Problematik

¹³² Dieser höhere Wert der Frauen für angefragte Behandlungen wegen Cannabis überrascht, da alle anderen Cannabiswerte der Männer höher sind. Möglicherweise wird jedoch ein intensiver Cannabiskonsum von Frauen eher problematisiert, sodass sie häufiger deshalb eine Behandlung planen. Wie in Tabelle 6.7 abzulesen ist, werden drogentherapeutische Behandlungen wegen Cannabis dann aber tatsächlich häufiger von Männern wahrgenommen.

im Vordergrund (DRV: Frauen: 24,8%; Männer: 21,9%) und 5,3% der Frauen, jedoch nur 1,1% der Männer wurden hauptsächlich wegen Sedativa/Hypnotika behandelt (DRV: Frauen: 7,8% vs. Männer: 1,1%). Häufiger als bei Frauen erfolgte demgegenüber bei Männern eine Behandlung wegen Cannabis oder Kokain. So zeigt die „Deutsche Suchthilfestatistik“ einen Anteil von 29,9% für cannabisbezogene Behandlungen bei Männern (Frauen: 17,2%) und 7,2% für kokainbezogene Behandlungen (Frauen: 4,3%). In der Statistik der „Deutschen Rentenversicherung“ liegen die entsprechenden Anteile der Männer bei 11,2% für Cannabis (Frauen: 8,0%) und 4,0% für Kokain (Frauen: 2,8%). Darüber hinaus finanzierte die DRV einen geringfügig höheren Anteil der stationären Rehabilitationsbehandlungen von Männern wegen des „multiplen Substanzkonsums“ (Männer: 58,6% vs. Frauen: 52,5%; vgl. Fußnote d in Tabelle 6.7). Frauen waren jedoch etwas häufiger in ein Substitutionsprogramm eingebunden (Frauen: 56,3% vs. Männer: 51,4%) (vgl. Pfeiffer-Gerschel et al. 2009).

In den USA liegt der Männeranteil unter den in ambulanten und stationären Drogenhilfeeinrichtungen Behandelten bei 64% und damit niedriger als in Deutschland. Insgesamt befanden sich im Jahr 2008 465,4 Männer pro 100.000 Einwohner in drogentherapeutischen Einrichtungen (s. Tab. 6.7). Wie in Deutschland wurden auch in den USA Frauen seltener als Männer wegen Cannabis (Frauen: 21,7% vs. Männer: 33,6%) behandelt. Bei ihnen erfolgte hingegen häufiger eine Behandlung wegen Kokain (Frauen: 22,5% vs. Männer: 18,0%), Stimulanzien (Frauen: 14,2% vs. Männer: 9,6%) oder Sedativa/Hypnotika (Frauen: 2,1% vs. Männer: 1,1%). Kaum Geschlechterunterschiede bestehen in den USA für Behandlungen aufgrund einer Opioidabhängigkeit (Frauen: 35,2%; Männer: 34%) sowie dem Anteil an Personen, die eine Substitutionsbehandlung plant (Frauen: 28%; Männer: 26%) (vgl. SAMHSA 2009c).

Die für beide Länder vorgefundenen Geschlechterdifferenzen bezüglich des Konsums illegaler Drogen (vgl. Kap. 6.1.3) spiegeln sich somit auch in den Behandlungsstatistiken wider, fallen teilweise jedoch noch deutlicher aus. So liegt in den USA die 12-Monats- und 30-Tages-Prävalenz illegaler Drogen unter (18- bis 64-jährigen) Männern 1,3- bzw. 1,6-mal höher als unter Frauen, während die Inzidenzraten für drogenbezogene Behandlungen in Krankenhäusern und Behandlungen in ambulanten und stationären Drogentherapieeinrichtungen unter Männern 1,9-mal höher ist. In Deutschland sind die entsprechenden Konsumwerte der Männer doppelt so hoch wie die der Frauen, die Rate der drogenbezogenen Krankenhausbehandlungen ist für Männer hingegen dreimal höher und die Rate der drogentherapeutischen Behandlungen sogar knapp vier- bis fünfmal höher. Frauen scheinen demnach seltener als Männer wegen ihres Drogenkonsums Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Hier stellt sich die Frage, ob Männer möglicherweise aufgrund intensiverer Konsummuster öfter drogenbezogene Problematiken entwickeln oder aber, ob Frauen höhere Barrieren für eine Be-

handlungsaufnahme überwinden müssen und sich damit eine schlechtere Versorgungsquote für sie ergibt (vgl. Kap. 4.3).

6.3 Gesundheitliche Risiken des illegalen Drogengebrauchs

Der Konsum illegaler Drogen geht mit zahlreichen Gesundheitsgefahren einher, die wesentlich durch die drogenpolitischen Rahmenbedingungen geprägt sind. Beträchtliche Risiken stellen die Infektion mit HIV (z. B. durch die gemeinsame Benutzung kontaminierten Spritzbestecks) sowie drogenbedingte Todesfälle dar. Anhand von Statistiken zur Verbreitung von HIV und AIDS sowie der Zahl der Drogentoten wird daher im Folgenden das Ausmaß der gesundheitlichen Risiken und Schädigungen für Drogengebraucherinnen in Deutschland und den USA betrachtet.

6.3.1 HIV und AIDS

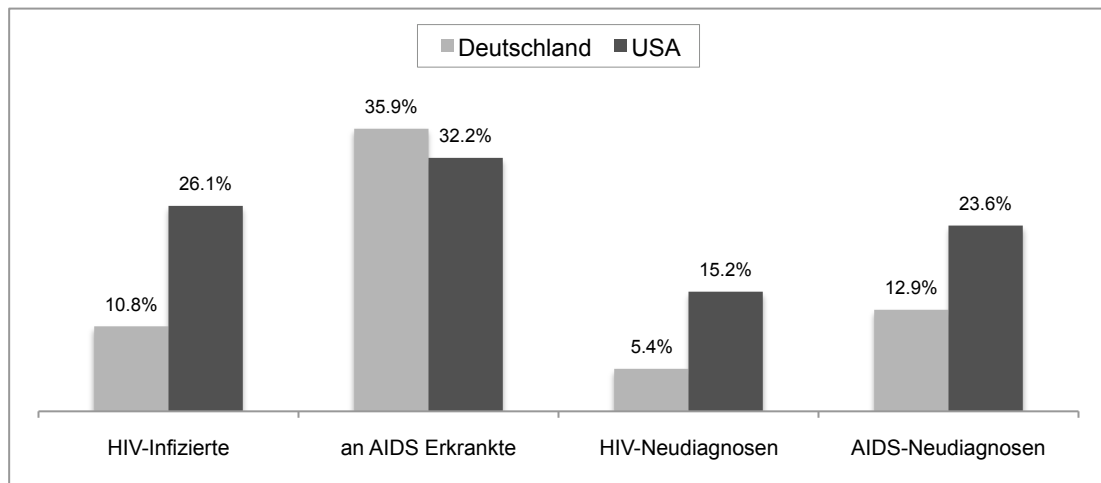
In Deutschland werden epidemiologische Daten zur HIV- und AIDS-Prävalenz sowie zu Neuinfektionen regelmäßig im „Epidemiologischen Bulletin“ des Robert Koch-Instituts (RKI) veröffentlicht. Für die USA stehen Informationen zur Verbreitung von HIV und AIDS durch den jährlichen „HIV Surveillance Report“ der Centers for Disease Control and Prevention (CDC) zur Verfügung.

In Deutschland lebten nach Schätzungen des Robert Koch-Instituts (RKI 2009) Ende 2009 28,7 Frauen pro 100.000 Einwohnerinnen (n=12.000) mit HIV oder AIDS.¹³³ Seit 1982 wurden 9,1 AIDS-Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohnerinnen (n=3.795) und seit 1993 17,8 HIV-Neudiagnosen pro 100.000 Einwohnerinnen (n=7.438) registriert. Im Jahresverlauf 2009 wurden dem Institut 1,1 HIV-Erstdiagnosen von Frauen pro 100.000 Einwohnerinnen (n=461) und zwischen Januar 2007 und Dezember 2009 0,6 AIDS-Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohnerinnen (n=240) gemeldet (nur 2009: n=90) (vgl. RKI 2010). Für die USA wird für Ende 2007 eine Inzidenz von 98,9 mit HIV lebenden Frauen pro 100.000 Einwohnerinnen (knapp 154.000 Frauen) und 68,2 an AIDS erkrankten Frauen pro 100.000 Einwohnerinnen (gut 105.000 Frauen) vermutet. 2008 wurden 6,6 HIV-Neudiagnosen pro 100.000 Einwohnerinnen (n=10.322) und 6,1 AIDS-Neuerkrankungen von Frauen pro 100.000 Einwohnerinnen (n=9.567) erfasst (vgl. CDC 2010). Damit liegt die Inzidenzrate der weiblichen mit HIV oder AIDS Lebenden sowie der HIV-Neudiagnosen von Frauen in den USA rund sechsmal höher als in Deutschland, die Rate der AIDS-Neudiagnosen ist sogar rund zehnmal höher.

Die nachstehende Abbildung 6.2 veranschaulicht jeweils die Anteile der HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen von Frauen in Deutschland und den USA, die (vermutlich) auf den Infektionsweg „i.v. Konsum“ zurückgehen.

¹³³ Ende 2008 lebten in Deutschland etwa 11.700 Frauen mit HIV oder AIDS (vgl. RKI 2008).

Abbildung 6.2: Anteile des Infektionswegs „i.v. Konsum“ unter den weiblichen HIV-Infizierten, an AIDS Erkrankten sowie den neu mit HIV und AIDS Diagnostizierten in Deutschland^a und den USA



^a Da für Deutschland keine Daten zu den Anteilen des i.v. Konsums unter den mit HIV Infizierten vorliegen, wurde ersatzweise auf die Daten der seit 1993 gemeldeten HIV-Neuinfektionen zurückgegriffen. Für die an AIDS Erkrankten bezieht sich der Anteil auf die seit 1982 gemeldeten AIDS-Neufälle (vgl. RKI 2010).

In beiden Ländern steht jeweils rund ein Drittel der AIDS-Erkrankungen von Frauen im Zusammenhang mit dem intravenösen Drogenkonsum. In den USA hat sich etwa jede vierte der mit HIV lebenden Frauen über eine Drogeninjektion infiziert. Unter den seit 1993 in Deutschland registrierten HIV-Infektionen von Frauen geht hingegen nur jede neunte auf den i.v. Konsum zurück. Noch einmal niedriger (mit 5,4%) ist der Anteil für den Infektionsweg „i.v. Konsum“ unter den HIV-Neuinfektionen in Deutschland. Auch die AIDS-Neuerkrankungen sind hier im Vergleich zu den gesamten AIDS-Erkrankungen seltener durch den intravenösen Drogengebrauch bedingt, wenngleich sich immerhin noch etwa jede achte der neu mit AIDS diagnostizierten Frauen in Deutschland über diesen Weg infiziert hat.¹³⁴ Mit nahezu einem Viertel steht in den USA nach wie vor ein hoher Teil der AIDS-Neudiagnosen von Frauen im Zusammenhang mit dem i.v. Konsum. Insgesamt deutet jedoch auch hier der im Vergleich zu den anderen Kennzahlen geringere Wert für den i.v. Konsum unter den HIV-Neudiagnosen darauf hin, dass sich mittlerweile weniger Frauen über eine Drogeninjektion mit dem HI-Virus infizieren (vgl. RKI 2010 sowie CDC 2010).

Grundsätzlich offenbart der Ländervergleich zur HIV- und AIDS-Prävalenz vielfach höhere Infektionsraten unter Frauen in den USA. Gemessen an der Inzidenzrate leben hier etwa sechsmal mehr Frauen mit HIV oder AIDS und auch die Rate der HIV-Neudiagnosen übersteigt die in Deutschland um das Sechsfache. Bei den AIDS-Neuerkrankungen fallen die Unterschiede zwischen beiden Ländern noch stärker aus – hier liegt die Inzidenzrate in den USA rund zehnmal höher als in Deutschland. Während sich bezüglich der auf den i.v. Drogengebrauch zurückgehenden AIDS-

¹³⁴ Es ist zu berücksichtigen, dass bei 17% der HIV-Neuinfektionen und 16% der AIDS-Neudiagnosen in Deutschland Angaben zum Infektionsweg fehlen, sodass etwas höhere Anteile der über den i.v. Konsum Infizierten angenommen werden können (vgl. RKI 2010).

Erkrankungen nur geringe Unterschiede zwischen beiden Ländern ausmachen lassen – im Gegensatz zu allen anderen Kennwerten ist hier der entsprechende Anteil in Deutschland sogar um knapp vier Prozentpunkte höher – zeigen sich für die Neudialagnosen und die HIV-Infektionen relativ große Differenzen: In den USA gehen ein etwa doppelt so großer Anteil der AIDS-Neudialagnosen und ein rund dreimal höherer Anteil der HIV-Neudialagnosen von Frauen auf den intravenösen Drogenkonsum zurück. Und auch bei den HIV-Infektionen insgesamt haben sich in den USA prozentual etwa 2,4-mal mehr Frauen als in Deutschland über eine Drogeninjektion infiziert.

Es ist zu vermuten, dass die seit den 1990er Jahren seitens der deutschen Drogenhilfe intensivierten HIV-Präventionsmaßnahmen entscheidend zu einer Reduzierung des Infektionsrisikos unter i.v. Drogengebraucherinnen beigetragen haben, während sich die langjährige staatliche Ablehnung von schadensmindernden Angeboten in den USA in einem nach wie vor hohen Anteil an Infektionen niederschlägt, die auf den i.v. Konsum zurückgehen. Zusätzlich bekräftigt wird diese Annahme, wenn die Entwicklung der HIV-Zahlen in beiden Ländern betrachtet wird¹³⁵: Unter den seit 1993 jährlich in Deutschland registrierten HIV-Neuinfektionen von Frauen zeichnet sich ein klarer Rückgang des Infektionswegs „i.v. Konsum“ von knapp 17% auf aktuell 5% ab (vgl. RKI 2002, 2010). Zwar hat sich auch in den USA der Anteil dieses Transmissionswegs unter den HIV-Neudialagnosen von Frauen reduziert, der Rückgang fällt jedoch schwächer als in Deutschland aus. Gingen in den USA 1993 noch 26% der HIV-Neuinfektionen auf eine Drogeninjektion zurück, sank dieser Wert bis 2001 auf 10%. Im Verlauf der 2000er Jahre ist der Prozentanteil jedoch wieder auf aktuell rund 15% angestiegen (vgl. CDC Zeitreihe 1993 bis 2010).

6.3.2 Drogenbedingte Todesfälle

In Deutschland werden die durch den Konsum illegaler Drogen bedingten Todesfälle in der „Falldatei Rauschgift“ des BKA (2010a) erfasst. Als Drogentod gelten hierbei auch Fälle, die aus „Langzeitschäden“ des illegalen Drogengebrauchs (z. B. allgemeine Gesundheitsschädigungen/körperlicher Verfall, HIV oder Hepatitis) resultieren. Weitere Daten zu Drogentoten liegen durch die „Todesursachenstatistik“ (Statistisches Bundesamt Deutschland 2010c) vor. In den USA werden Informationen zu Drogentodesfällen durch die „National Vital Statistics Reports“ (Xu et al. 2010) und das „Drug Abuse Warning Network“ (SAMHSA 2010b) veröffentlicht. In beiden US-Statistiken gelten als drogenbezogene Todesfälle alle Fälle, die die direkte Folge (primär: Überdosierung, Vergiftung) des Konsums von illegalen Substanzen, Medikamenten, Inhalanzien oder Nahrungsergänzungsmitteln sind. Im Unterschied zu den „National Vital Statistics Reports“, die Drogentodesfälle substanzunspezifisch erfassen, ermöglichen die Daten

¹³⁵ Prozentangaben gerundet.

des „Drug Abuse Warning Network“ eine Differenzierung zwischen Todesfällen, die durch legale oder illegale Substanzen bedingt sind. Allerdings liegen nur Daten aus insgesamt zwölf Bundesstaaten und weiteren 24 Regionen und Metropolen vor, so dass die Zahlen nur bedingt repräsentativ für die USA sind.

Im Jahr 2009 verstarben nach Angaben des BKA (2010a) 0,5 Frauen pro 100.000 Einwohnerinnen (n=199) durch illegale Drogen. Eine etwas höhere Rate weist die „Todesursachenstatistik“ des Statistischen Bundesamtes (2010c) auf, wonach 2008 insgesamt 0,8 Frauen pro 100.000 Einwohnerinnen (n=345) an den mittelbaren oder unmittelbaren Folgen des Substanzgebrauchs starben.¹³⁶ Die höhere Fallzahl lässt sich vermutlich zum einen darauf zurückführen, dass eine zugrunde liegende, nach ICD-10-Kriterien diagnostizierte Störung (Abhängigkeit, schädlicher Gebrauch etc.) in 43% der Fälle auch als Todesursache kodiert wurde. Des Weiteren tauchen in der Statistik wahrscheinlich auch Fälle auf, die im Zusammenhang mit dem Konsum von Medikamenten stehen. Werden nur die Fälle betrachtet, die als direkte Folge des Gebrauchs illegaler Drogen gelten können (akute Intoxikation, versehentliche oder vorsätzliche Vergiftung, Entzugssymptome), ergibt sich eine Rate von 0,4 drogenbedingten Todesfällen pro 100.000 Einwohnerinnen (n=177). Wird hierzu, zwecks einer besseren Vergleichbarkeit mit den US-amerikanischen Daten, die Zahl der Todesfälle addiert, die als unmittelbare Folge des Gebrauchs von Arzneimitteln gelten (n=894), beläuft sich der Wert auf 2,4 weibliche Drogentote pro 100.000 Einwohnerinnen (n=1.071).

In den USA liegt die Rate der weiblichen Drogentoten nach dem „National Vital Statistic Report“ (Xu et al. 2010) für das Jahr 2007 bei 9,3 pro 100.000 Einwohnerinnen (n=14.488).¹³⁷ Die Daten des „Drug Abuse Warning Network“ (SAMHSA 2010b) weisen für 2008 eine durchschnittliche Inzidenz von 9,0 weiblichen Drogentoten (ausschließlich illegale Drogen) pro 100.000 Einwohnerinnen in den erfassten Regionen auf. Im Hinblick auf Todesfälle von Frauen, die im Zusammenhang mit illegalen Substanzen und Arzneimitteln stehen, liegt die Rate in den USA damit rund viermal höher als in Deutschland, bezogen auf illegale Drogen ist sie achtzehn- bzw. gut zweiundzwanzigmal höher.

Werden die Daten zu weiblichen Drogentoten in beiden Ländern im Hinblick auf längerfristige Entwicklungen betrachtet, so lässt sich zunächst für Deutschland anhand der Statistiken des BKA (2002 und 2010a) ein kontinuierlicher Anstieg der Zahl der weiblichen Drogentoten zwischen Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre (von 86 auf 332) ablesen. Bis Mitte der 1990er Jahre sank diese Kennzahl dann auf 238, um dann bis zum Jahr 2000 erneut auf 318 anzuwachsen. Seither ist wieder ein nahe-

¹³⁶ Als Berechnungsgrundlage für die Zahl der Drogentodesfälle dienten die vermutete zu Grunde liegende Störung (ICD-10-Code F11-F19), Vergiftungen durch Betäubungsmittel (ICD-10-Code T40, Y12) sowie bei Unfällen und Suiziden die vermutete Todesursache (ICD-10-Code X42 und X62) (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland 2010c; <http://www.gbe-bund.de>; abgerufen am 21.07.2010).

¹³⁷ Beinhaltet hierin sind Todesfälle durch den Gebrauch illegaler oder legaler Substanzen (d. h. verschiedene Arzneimittel, Inhalanzien etc.) ohne alkoholbedingte Todesfälle.

zu kontinuierlicher Rückgang auf aktuell 199 weibliche Drogentote zu beobachten. Wie die „National Vital Statistics Reports“ (Hoyert et al. 1999; Xu et al. 2010) zeigen, hat sich in den USA die Zahl der weiblichen Drogentoten hingegen seit Mitte der 1980er Jahre sehr deutlich und kontinuierlich erhöht: Wurden 1984 nur rund 3.250 drogenbedingte Todesfälle unter Frauen registriert, waren es 1999 bereits über 6.000 und 2003 über 10.000. Der Wert aus dem Jahr 2007 liegt mit rund 14.500 weiblichen Drogentoten noch einmal deutlich darüber.

6.3.3 Gesundheitsrisiken des Drogenkonsums: Genderspezifische Aspekte

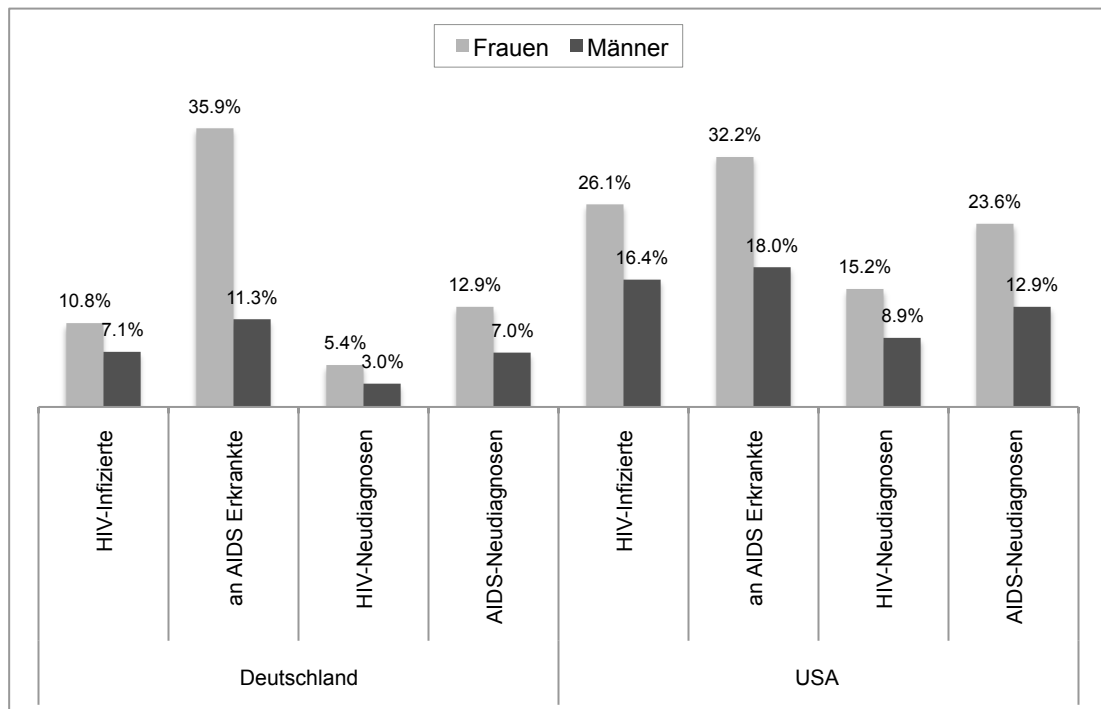
Die mit dem Konsum illegaler Drogen verbundenen Risiken „HIV-Infektion“ und „Drogentod“ werden anschließend auf geschlechtsspezifische Unterschiede untersucht. Dabei zeigen sich für beide Länder teils erwartbare, teils überraschende Ergebnisse.

In Deutschland und den USA sind insgesamt deutlich mehr Männer als Frauen mit HIV infiziert oder an AIDS erkrankt, wobei die Geschlechterunterschiede in den USA geringer ausfallen. Ende 2009 lebten in Deutschland etwa 136,9 Männer pro 100.000 Einwohner (n= 55.000 Männer) mit HIV oder AIDS, womit rund vier von fünf der mit HIV bzw. AIDS Lebenden männlich sind (vgl. RKI 2009). Seit 1982 wurden 58,5 AIDS-Neuerkrankungen von Männern pro 100.000 Einwohner (n=23.510) und seit 1993 72,1 HIV-Neufälle pro 100.000 Einwohner (n=28.976) registriert – dies entspricht einem Männeranteil von 78% bei den HIV-Fällen bzw. 86% bei den AIDS-Fällen. Auch unter den HIV-Neudiagnosen des Jahres 2009 (Männer: 5,9 pro 100.000 Einwohner; n=2.377) sowie den zwischen 2007 und 2009 gemeldeten AIDS-Neuerkrankungen (Männer: 2,7 pro 100.000 Einwohner; n=1.069) liegt der Männeranteil bei über 80% (vgl. RKI 2010). In Deutschland übertreffen die Infektionsraten der Männer die der Frauen um das Vier- bis Sechsfache.

In den USA lebten Ende 2007 275,9 Männer pro 100.000 Einwohner (nahezu 418.000 Männer) mit HIV und 231,4 pro 100.000 Einwohner (mehr als 350.000) mit AIDS. Unter den HIV-Infizierten und den an AIDS Erkrankten beträgt der Männeranteil rund drei Viertel. Ebenfalls bei drei Vierteln liegt der Männeranteil unter den HIV- und AIDS-Neudiagnosen: 20,3 Männer pro 100.000 Einwohner (n=30.755) wurden 2008 erstmals mit HIV und 18,2 Männer pro 100.000 Einwohner (n=27.543) mit AIDS diagnostiziert (vgl. CDC 2010). In den USA übertreffen die Infektionsraten der Männer die Raten der Frauen jeweils um das Dreifache.

Im Gegensatz dazu lässt sich anhand von Abbildung 6.3 ablesen, dass in Deutschland und den USA sämtliche Kennwerte der Frauen bezüglich des Infektionswegs „i.v. Konsum“ unter HIV-Infizierten, an AIDS Erkrankten und neu mit HIV oder AIDS Diagnostizierten die entsprechenden Werte der Männer übertreffen.

Abbildung 6.3: Anteile des Infektionswegs „i.v. Konsum“ unter HIV-Infizierten, an AIDS Erkrankten sowie den neu mit HIV und AIDS Diagnostizierten nach Geschlecht^a



^a Für Deutschland beziehen sich die Anteile des i.v. Konsums unter den mit HIV Infizierten auf die seit 1993 gemeldeten HIV-Neuinfektionen, die Anteile für die an AIDS Erkrankten auf die seit 1982 gemeldeten AIDS-Neuerkrankungen (vgl. RKI 2010).

In Deutschland fallen die Geschlechterunterschiede besonders deutlich für AIDS-Erkrankungen aus. Während bei den Männern nur jede neunte AIDS-Erkrankung aus dem i.v. Konsum resultiert, ist es bei den Frauen mehr als jede dritte Erkrankung. Und auch unter den HIV- und AIDS-Neudiagnosen liegt der Anteil der Frauen, die sich über eine Drogeninjektion infiziert haben, fast doppelt so hoch wie unter Männern. Bei den HIV-Infizierten ist der entsprechende Anteil unter den Frauen 1,5-mal höher. Insgesamt beträgt der Frauenanteil unter den auf den i.v. Konsum zurückzuführenden HIV-Infektionen sowie den HIV- und AIDS-Neudiagnosen rund ein Viertel, unter den AIDS-Erkrankungen sogar ein Drittel. Im Vergleich zu der Gesamtzahl der HIV- und AIDS-Diagnosen, für die der Männeranteil bei drei Viertel bis über 80% liegt, ist der Frauenanteil unter den durch den i.v. Konsum bedingten Infektionen damit rund zehn Prozentpunkte höher (vgl. RKI 2010).

Relativ deutlich fallen ebenfalls die geschlechtsspezifischen Unterschiede in den USA aus. Auch hier zeigt sich die größte Differenz zwischen den Geschlechtern für die an AIDS Erkrankten, aber auch bei den mit HIV Infizierten sowie den neu mit AIDS Diagnostizierten lassen sich deutlich höhere Anteile unter den Frauen beobachten, deren Infektion auf den intravenösen Konsum zurückgeht. Insgesamt beträgt der Frauenanteil für die durch den intravenösen Drogenkonsum bedingten HIV- und AIDS-Neudiagnosen, HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen 35% bis 39% und liegt damit,

wie in Deutschland, im Vergleich zur Gesamtzahl der mit HIV oder AIDS Diagnostizierten (Frauenanteil: rund ein Viertel) etwa zehn Prozentpunkte höher (vgl. CDC 2010).

Zusammenfassend weisen die Daten darauf hin, dass in Deutschland und den USA eine HIV- oder AIDS-Diagnose bei Frauen deutlich häufiger als bei Männern im Zusammenhang mit dem intravenösen Drogengebrauch steht. Frauen, die Drogen injizieren, unterliegen somit offenbar einem höheren HIV-Infektionsrisiko als männliche i.v. Konsumenten.

Werden abschließend die Drogentodeszahlen bezüglich geschlechtsspezifischer Differenzen betrachtet, so ist anhand der Statistik des BKA (2010a) abzulesen, dass in Deutschland vier von fünf Drogentoten männlich sind. Im Jahr 2009 verstarben 2,8 Männer pro 100.000 Einwohner ($n=1.112$) an den Folgen illegaler Drogen und damit knapp sechsmal mehr als Frauen. In der „Todesursachenstatistik“ des Statistischen Bundesamtes (2010c) liegt die Rate der mittelbar und unmittelbar durch den Konsum von Drogen bedingten Todesfälle für Männer bei 3,8 pro 100.000 Einwohner ($n=1.527$) und damit knapp fünfmal höher als für Frauen. Ebenfalls fünfmal mehr Männer (2,1 pro 100.000 Einwohner; $n=832$) starben an den direkten Folgen des illegalen Drogenkonsums. Die Zahl der Todesfälle, die unmittelbar aus dem Konsum von illegalen Drogen und Arzneimitteln resultierten, ist dagegen für Männer (4,7 pro 100.000 Einwohner; $n=1.874$) nur doppelt so hoch. In den USA verstarben im Jahr 2007 nach Angaben des „National Vital Statistic Report“ (Xu et al. 2010) 15,8 Männer pro 100.000 Einwohner ($n=23.883$) durch den Konsum (illegaler) psychoaktiver Substanzen, dies sind rund 1,7-mal mehr als Frauen. Insgesamt waren drei von fünf Drogentoten Männer. Die Daten des „Drug Abuse Warning Network“ (SAMHSA 2010b) verweisen auf eine durchschnittliche Inzidenz von 19 männlichen Drogentoten pro 100.000 Einwohner. In den USA versterben demnach doppelt so viele Männer wie Frauen an illegalen Drogen. Damit fallen auch bei den drogenbedingten Todesfällen die geschlechtsspezifischen Unterschiede in den USA geringer als in Deutschland aus, wenngleich sich für beide Länder eine deutlich höhere Inzidenzrate für Drogentodesfälle unter Männern feststellen lässt.

6.4 Kriminalisierung von Drogenkonsumentinnen

Wie in Kapitel 3.3 dargelegt, ist die Drogenpolitik Deutschlands, vor allem jedoch die der USA, durch Punitivität geprägt. Insofern ist der Blick auf die Kriminalisierung drogenkonsumierender Frauen in beiden Ländern und die Frage, ob sich die repressivere Ausrichtung der US-Drogenpolitik auch empirisch anhand einer höheren Kriminalitätsbelastung von Drogenkonsumentinnen bestätigen lässt, von besonderem Interesse. Tabelle 6.8 gibt hierzu einen Überblick.

Tabelle 6.8: Kriminalisierung von Drogenkonsumentinnen in Deutschland und den USA: Gefängnispopulation und Inhaftierungsrate, Frauenanteil und weibliche Inhaftierungsrate, Anteil der wegen Drogendelikten inhaftierten Frauen, Zahl der Festnahmen/Ermittlungen gegen Frauen wegen Drogendelikten und Anteil der Drogenkriminalität an der registrierten weiblichen Gesamtkriminalität

	Deutschland ^a	USA ^b
Gefängnispopulation insgesamt	61.878	2.297.400
Inhaftierungsrate pro 100.000 Einw.	75,5	748,3
Frauenanteil der Gefängnispopulation	5,3%	8,8%
Inhaftierungsrate von Frauen pro 100.000 Einw.	7,9	129,3
Anteil der wg. Drogendelikten inhaftierten Frauen unter weiblichen Gefangenen	16,5%	59,9% / 26,8% ^c
Festnahmen von Frauen wg. Drogendelikten/weibliche Tatverdächtige: Inzidenz pro 100.000 Einw. (Gesamtzahl)	53,8 (22.489)	143,8 (223.759)
Anteil der Drogenkriminalität an der weiblichen Gesamtkriminalität	4,1%	9,0%

^a Statistisches Bundesamt Deutschland 2010a, e; BKA 2010a, b

^b West 2010; West et al. 2010; FBI 2009

^c Anteile der in „federal“/„state prisons“ Inhaftierten.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2010a) waren rund 5% der insgesamt knapp 62.000 im Jahr 2009 inhaftierten Personen (75,5 pro 100.000 Einwohner) weiblich. Anfang 2009 befanden sich 7,9 Frauen pro 100.000 Einwohnerinnen (n=3.312) in deutschen Justizvollzugsanstalten, unter ihnen war jede Sechste (n=546) wegen einer BtMG-Straftat inhaftiert (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland 2010e). Ermittlungen gegen weibliche wegen Drogendelikten Tatverdächtige machten in Deutschland gut 4% der Gesamtermittlungen gegen Frauen aus: 2009 wurde insgesamt gegen 1,3% der weiblichen Bevölkerung (knapp 546.000 Frauen) polizeilich ermittelt, davon gegen 53,8 Frauen pro 100.000 Einwohnerinnen (knapp 22.500) aufgrund von Verstößen gegen das BtMG (BKA 2010a, b). Ebenfalls bei knapp 4% liegt der Anteil der wegen Vergehen gegen das BtMG verurteilten Frauen unter der Gesamtzahl der weiblichen Verurteilten: Im Jahr 2008 wurden 341,5 Frauen pro 100.000 Einwohnerinnen (n=142.788) für Straftaten schuldig gesprochen, darunter 13,1 Frauen pro 100.000 Einwohnerinnen (n=5.484) wegen Drogendelikten (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland 2009b).

Die USA weisen mit rund 2,3 Millionen Gefangenen – 748,3 Personen pro 100.000 Einwohner – die weltweit größte Gefängnispopulation und Inhaftierungsrate auf (vgl. West 2010). Der Frauenanteil unter den Gefangenen beträgt knapp 9% – insgesamt befanden sich Ende 2008 129,3 Frauen pro 100.000 Einwohnerinnen (n=201.200 Frauen) in Justizvollzugsanstalten¹³⁸ (vgl. West 2010). Damit liegt die Inhaftierungsrate von Frauen in den USA gut sechzehnmal höher als in Deutschland. Drei von fünf der in

¹³⁸ In den USA existieren verschiedene Formen des Strafvollzugs: In „federal prisons“ (Bundesgefängnissen) und „state prisons“ (Staatsgefängnissen) sind Personen inhaftiert, die von einem Bundesgericht oder bundesstaatlichen Gerichten zu einer Freiheitsstrafe von über einem Jahr verurteilt wurden. „Local jails“ (lokale Gefängnisse) dienen der Unterbringung von Personen, die sich entweder in Untersuchungshaft befinden oder deren Freiheitsstrafe weniger als ein Jahr beträgt.

„federal prisons“ und mehr als jede vierte der in „state prisons“ inhaftierten Frauen waren wegen Drogendelikten verurteilt worden (vgl. Bureau of Justice Statistics 2010; West 2010; West et al. 2010).¹³⁹ 2008 wurden insgesamt 143,8 Frauen pro 100.000 Einwohnerinnen (insgesamt mehr als 223.000 Frauen) wegen Vergehen gegen den „Controlled Substances Act“ festgenommen. Festnahmen wegen Drogenstraftaten machten dabei 9% der Gesamtfestnahmen von Frauen (1,7% der weiblichen Bevölkerung; n=2.662.694) aus (vgl. FBI 2009).

Im Hinblick auf die Kriminalisierung von Drogenkonsumentinnen lässt sich somit eine deutlich höhere Belastung in den USA feststellen. Bezogen auf die Inzidenzrate werden Frauen dort rund dreimal häufiger als in Deutschland wegen Drogendelikten festgenommen bzw. gegen sie polizeilich ermittelt. Darüber hinaus machen Drogenstraftäterinnen in US-amerikanischen Gefängnissen einen nahezu zwei- bzw. viermal höheren Anteil unter den weiblichen Gefangenen aus und auch insgesamt stellen in den USA Verstöße gegen die Drogengesetzgebung einen doppelt so großen Anteil der weiblichen Gesamtkriminalität dar.

Die langfristige Entwicklung der weiblichen Drogenkriminalität zeigt für Deutschland seit 1976 einen nahezu kontinuierlichen, vierfachen Anstieg für BtMG-Verurteilungen (von 1.369 auf aktuell 5.484), der Anteil¹⁴⁰ an Drogendelikten unter den Gesamtverurteilungen von Frauen ist parallel dazu von 1% auf 4% angewachsen (vgl. Statistisches Bundesamt 2010d). Die Zahl der weiblichen wegen Drogendelikten Tatverdächtigen hat sich zwischen 1987 und 2004 von 9.919 auf 27.498 um nahezu das Dreifache erhöht, seit 2005 (26.139 Tatverdächtige) ist jedoch wieder ein leichter Rückgang auf aktuell 22.489 weibliche Tatverdächtige zu verzeichnen (vgl. BKA 2010b). Für die USA offenbaren die Daten der „Uniform Crime Reports“, dass zwischen 1986 und 2007 die Festnahmen von Frauen wegen Drogendelikten fast um das Dreifache (von 91.813 auf 245.223) angestiegen sind, erst 2008 ist dieser Wert wieder leicht, auf 223.759 Festnahmen, gesunken. Parallel dazu hat sich der Anteil an Drogenstraftaten unter der Gesamtzahl der Festnahmen von Frauen von 6% auf rund 9% erhöht (vgl. FBI 2009). Die Zahl der wegen Verstößen gegen die Drogengesetzgebung inhaftierten Frauen in „state prisons“ ist zwischen 1986 und 2007 um mehr als das Fünf-fache (von 2.370 auf 26.600) angestiegen. Der Anteil an Drogenstraftäterinnen in „state prisons“ ist parallel dazu zwischen 1986 und 1997 zunächst von 12% auf 35% angewachsen (vgl. Gilliard/Beck 1998), hat sich seither aber wieder etwas reduziert und liegt 2008 bei 27%.

Mauer et al. (1999) sehen die punitive Drogenpolitik der USA in Form des „war on drugs“ als eine der wesentlichen Ursachen für den deutlichen Anstieg der weiblichen

¹³⁹ Für die lokalen Gefängnisse („local jails“) liegen keine Informationen zum Anteil der inhaftierten Drogenstraftäterinnen vor. Nach den Ergebnissen von CASA (2010) weisen jedoch zwei Drittel der hier inhaftierten Frauen einen Drogenmissbrauch oder eine Abhängigkeitssymptomatik auf.

¹⁴⁰ Prozentangaben gerundet.

Gefängnispopulation seit den 1980er Jahren – insgesamt ist zwischen 1980 und 2008 die Zahl der inhaftierten Frauen (in „state“ und „federal prisons“) um mehr als das Neunfache angestiegen. Im Vergleich dazu hat sich die männliche Gefängnispopulation im gleichen Zeitraum „nur“ um etwa das Fünffache und die Zahl der männlichen wegen Drogendelikten Inhaftierten um das Siebenfache erhöht (vgl. Beck/Gillard 1995; Gillard/Beck 1998; Beck/Mumola 1999; Mauer et al. 1999; West et al. 2010).

Zusammengenommen lässt sich anhand der hier dargestellten Kennzahlen eine fast kontinuierliche und deutliche Zunahme der erfassten weiblichen Drogenkriminalität in beiden Ländern seit Ende der 1970er bzw. Mitte der 1980er Jahre feststellen. Und dies trotz rückläufiger Konsumentinnenzahlen in den USA in den 1980er und 1990er Jahren sowie in Deutschland zwischen Ende der 1970er und Mitte der 1980er Jahre bzw. seit Ende der 1990er Jahre. Die Daten deuten somit auf eine stark gestiegene polizeiliche Repression in beiden Ländern hin, die relativ unabhängig von der Verbreitung des illegalen Drogenkonsums zu sein scheint.

Wird die Kriminalisierung von Drogenkonsumierenden in Deutschland und den USA einer näheren geschlechtsspezifischen Betrachtung unterzogen, so ist festzustellen, dass Frauen nur einen geringen Teil der (registrierten) Drogenkriminalität verüben. So beträgt in Deutschland der Männeranteil¹⁴¹ unter den wegen BtMG-Vergehen Inhaftierten 94% und liegt damit etwa genauso hoch, wie unter den Gefangenen insgesamt (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland 2010a, e). Anfang 2009 befanden sich 145,7 Männer pro 100.000 Einwohner (insgesamt knapp 59.000 Männer) in deutschen Justizvollzugsanstalten, 15% (21,7 pro 100.000 Einwohner; n=8.737) waren wegen Drogendelikten inhaftiert. Der entsprechende Anteil unter den Frauen liegt hier mit knapp 17% etwas höher (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland 2010a). 132,7 Männer pro 100.000 Einwohner (insgesamt rund 54.000 Männer) wurden in Deutschland im Jahr 2008 wegen Drogendelikten verurteilt, Betäubungsmittelvergehen machten dabei 8% der Gesamtverurteilungen von Männern aus – dieser Anteil ist doppelt so hoch wie unter Frauen (4%). Insgesamt waren 90% der aufgrund von BtMG-Verstößen Verurteilten männlich (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland 2010d). Nach Angaben des BKA (2010a) wurde 2009 gegen 427,0 Männer pro 100.000 Einwohner (insgesamt knapp 172.000 Männer) wegen Drogenstraftaten polizeilich ermittelt, dies entspricht einem Zehntel der Gesamtermittlungen gegen männliche Tatverdächtige. Auch hier ist der entsprechende Wert bei den Frauen mit 4% deutlich niedriger. Sieben von acht der wegen Drogendelikten Tatverdächtigen waren Männer. Für Deutschland lässt sich damit bezüglich der Drogenkriminalität festhalten, dass Männer nicht nur den Großteil der Verdächtigen, Verurteilten und Inhaftierten stellen, sondern dass im Vergleich zu Frauen Verstöße gegen die Drogengesetzgebung auch einen größeren Teil der männlichen Gesamtkriminalität ausmachen.

¹⁴¹ Prozentangaben gerundet.

Für die USA präsentiert sich ein etwas anderes Bild. Zwar beträgt auch hier der Männeranteil unter den wegen Drogendelikten in Staats- und Bundesgefängnissen Inhaftierten rund 90% und liegt damit fast genauso hoch wie in der Gefängnispopulation insgesamt (vgl. West et al. 2010), die Anteile der Drogenstraftäter unter männlichen Gefangenen sind jedoch geringer als bei den Frauen. Unter den fast 2,1 Millionen inhaftierten Männern (1,4% der männlichen Bevölkerung) liegt der Anteil an Drogenstraftätern bei 53% in „federal“ und 19% in „state prisons“ – unter Frauen sind es dagegen 60% bzw. 27% (vgl. Bureau of Justice Statistics; West 2010; West et al. 2010). Rund vier von fünf der im Jahr 2008 wegen Vergehen nach dem US-amerikanischen „Controlled Substances Act“ Festgenommenen waren männlich. Insgesamt wurden 702,2 Männer pro 100.000 Einwohner (mehr als eine Million Männer) wegen Drogendelikten festgenommen, was einem Anteil von 13% der männlichen Gesamtfestnahmen (5,3% der männlichen Bevölkerung; n=8,1 Millionen) entspricht. Unter Frauen machten Festnahmen wegen Drogendelikten dagegen 9% der Gesamtfestnahmen aus (vgl. FBI 2009). Im Ganzen zeichnet sich ab, dass Frauen in den USA deutlich häufiger als ihre Geschlechtsgenossinnen in Deutschland für Verstöße gegen die Drogengesetzgebung inhaftiert werden und auch im Vergleich zu Männern ein höherer Anteil unter ihnen wegen Drogendelikten eine Freiheitsstrafe verbüßt. Die punitive Ausrichtung der US-amerikanischen Drogenpolitik scheint damit insbesondere Frauen zu treffen.

6.5 Abschließende Betrachtung der quantitativen Daten

Die Ergebnisse der Sekundäranalyse verweisen auf ein deutlich höheres Ausmaß des illegalen Drogengebrauchs in den USA. Die Lebenszeit-Prävalenz für illegale Drogen liegt in den USA in der Altergruppe der 18- bis 64-jährigen Frauen rund dreimal höher als in Deutschland (12- bis 25-Jährige: knapp zweimal höher) und für andere illegale Drogen als Cannabis knapp siebenmal höher (12- bis 25-Jährige: fünfmal höher). Teilweise noch deutlicher fallen die Unterschiede für einen „aktuelleren“ Drogengebrauch aus: Die Jahres- und Monats-Prävalenz für illegale Drogen ist in den USA bei den 18- bis 64-jährigen Frauen etwa siebenmal höher (12- bis 25-Jährige: rund dreimal bzw. fünfmal höher), für andere illegale Drogen als Cannabis übertreffen die Werte der erwachsenen US-Amerikanerinnen die der Deutschen sogar um das Siebzehn- bzw. Zwanzigfache.

Geringer, wenngleich nach wie vor deutlich, sind die Länderunterschiede im Hinblick auf die helfenden und strafenden Formen der sozialen Kontrolle: Gemessen an den Inzidenzraten nehmen rund viermal mehr Frauen in den USA eine abstinenzorientierte, therapeutische Drogenbehandlung in Anspruch und knapp dreimal mehr Frauen als in Deutschland werden wegen Drogenstraftaten festgenommen bzw. polizeilich registriert. Als Folge der restriktiven Drogenpolitik ist in den USA zudem ein deutlich hö-

herer Anteil der Frauen wegen Drogendelikten inhaftiert. Trotz rückläufiger Konsumzahlen hat die Kriminalitätsbelastung von Drogengebraucherinnen in beiden Ländern in den letzten gut zwei Jahrzehnten fast kontinuierlich und sehr deutlich zugenommen. In Deutschland sind die Verurteilungen von Frauen wegen BtMG-Vergehen um das Vierfache, die Zahl der weiblichen wegen Drogendelikten Tatverdächtigen um mehr als das Doppelte angestiegen. Eine noch prägnantere Entwicklung lässt sich für die USA feststellen: Hier haben sich die Inhaftierungszahlen für Drogenstraftäterinnen seit den 1980er Jahren um mehr als das Felfache erhöht.

Neben einem erheblichen Maß an Kriminalisierung tragen die deutsche und US-amerikanische Drogenpolitik auch zu umfangreichen gesundheitlichen Belastungen für Drogengebraucherinnen bei, die in den USA erneut gravierender ausfallen. Mehr als jede vierte HIV-Infektion und jede dritte AIDS-Erkrankung von Frauen in den USA geht auf den intravenösen Drogenkonsum zurück. Und auch die entsprechenden Anteile unter den HIV- und AIDS-Neudiagnosen sind mit 15% bzw. 24% weiterhin hoch. In Deutschland ist zwar ein vergleichbarer Anteil der AIDS-Erkrankungen auf den intravenösen Drogenkonsum zurückzuführen, dank der Implementierung und Intensivierung schadensmindernder und HIV-präventiver Maßnahmen hat sich der Anteil des Infektionswegs „i.v. Konsum“ unter den HIV-Neudiagnosen jedoch seit Anfang der 1990er Jahre von einem Sechstel auf ein Zwanzigstel reduziert. Außerdem geht nur noch jede achte AIDS-Neuerkrankung auf eine Drogeninjektion zurück. Ebenfalls im Kontext drogenpolitischer Veränderungen lassen sich die rückläufigen Drogentotenzahlen in Deutschland bewerten. In den USA zeichnet sich demgegenüber ein weiterer Anstieg der durch psychoaktive Substanzen Verstorbenen ab. Gemessen an der Inzidenzrate versterben in den USA etwa achtzehn- bis zweiundzwanzigmal mehr Frauen an illegalen Drogen als in Deutschland.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die im Vergleich zu Deutschland repressivere Drogenpolitik der USA vor allem zu einem höheren Maß an Kriminalisierung und gesundheitlichen Risiken für drogenkonsumierende Frauen beiträgt, den Konsum illegaler Substanzen jedoch offenbar nicht eindämmt. Die seit den 1990er Jahren zu beobachtenden Veränderungen der deutschen Drogenpolitik haben demgegenüber nicht zu einem Zuwachs an Drogenkonsumentinnen geführt, zumindest aber teilweise die Gesundheitsgefahren des Drogengebrauchs verringert. Dass sich jedoch auch die deutsche Drogenpolitik nicht von ihrer punitiven Gangart abgewendet hat, wird durch die zum Teil weiterhin steigenden Zahlen der Strafverfolgungsbehörden deutlich.

7. Die Drogenszene in Frankfurt am Main als Alltagswelt von Drogenkonsumentinnen

Im Anschluss an die makroperspektivische Analyse werden nun die Ergebnisse der mikroperspektivisch angelegten Untersuchung in Frankfurt am Main präsentiert. Hiermit rücken die Alltagswelt von Drogenkonsumentinnen und die subjektive Perspektive der Frauen in den Betrachtungsfokus. Auf diese Weise sollen Erkenntnisse darüber gewonnen werden, wie sich die Drogenpolitik im Alltag von Drogenkonsumentinnen niederschlägt. Das Wissen über die Auswirkungen der Drogenpolitik wird damit um subjektbezogene Gesichtspunkte erweitert. Das Offenlegen der Kompetenzen und Problemlagen von Drogengebraucherinnen sowie der geschlechtsspezifischen Aspekte des Szenelebens und damit auch der genderbezogenen Effekte der Drogenpolitik sind dabei wichtige Voraussetzungen, um die derzeitigen drogenpolitischen Strategien kritisch zu hinterfragen und gegebenenfalls modifizierte oder neue Wege und Maßnahmen hieraus ableiten zu können.

Der Blick richtet sich auf die sich überwiegend aus kompulsiven Gebrauchern „harter“ Drogen (primär: Heroin und Crack) zusammensetzende Straßenszene. Wenngleich es sich hierbei nur um einen spezifischen Ausschnitt des Drogengebrauchsphänomens handelt, ist die gesellschaftliche Vorstellung und Wahrnehmung des Drogenproblems doch maßgeblich durch die „offenen Drogenszenen“ und den dort sichtbaren Handel, Erwerb und Konsum illegaler Drogen in Verbindung mit Beschaffungskriminalität und Prostitution geprägt. Die Angehörigen der Straßenszene sind mit ihrer Lebensweise, ihrer sozialen Desintegration und gesundheitlichen Verelendung zum Inbegriff eines drogenzentrierten Lebens geworden, das jeglichen gesellschaftlichen Normen zu widersprechen scheint. Sie gelten als durch den Konsum von Drogen determiniert, der sie scheinbar jeder Selbstkontrolle, Handlungskompetenz und Handlungsalternativen beraubt hat. Dieser öffentlichen Außenwahrnehmung soll mit den nachfolgenden Ausführungen eine Innenperspektive der „offenen Drogenszene“ entgegengestellt und Einblicke in die Spezifika dieser Alltagswelt gegeben werden. In diesem Sinne gilt es vor allem auch, das in der Forschung immer wieder herangezogene Bild der defizitären und pathologischen Drogenkonsumentin zu revidieren.

7.1 Einleitende Bemerkungen zum Forschungsfeld und zur Untersuchung

In Frankfurt sind 5.125 Drogenkonsumierende polizeilich registriert – 15% sind Frauen.¹⁴² Die „offene Drogenszene“ wird auf einen Kreis von etwa 300 bis 500 Personen geschätzt, für die das Bahnhofsviertel der Lebensmittelpunkt ist (vgl. Kemmesies 2002: 5). Der Frauenanteil in diesem Personenkreis wird von älteren Studien auf ein Fünftel bis ein Viertel geschätzt (vgl. Kemmesies 2002: 11; Vogt et al. 2000: 7; Schmid/Vogt 2005: 235). Möglicherweise ist der Anteil an Frauen hier aber in den letzten Jahren etwas zurückgegangen: So lässt sich beispielsweise anhand der „Konsumraumdokumentation“ (Simmedinger/Vogt 2010) ablesen, dass sich der Frauenanteil unter den Nutzern der Frankfurter Konsumräume zwischen 2003 und 2009 von 20% auf 16% reduziert hat. Dieser Prozentwert ist nahezu identisch mit dem Anteil an Frauen unter den polizeilich registrierten Drogenkonsumenten.

„Offene Drogenszenen“ bilden sich meist an Orten mit guter Verkehrsanbindung, vielen Geschäften und Passanten. Dies gilt auch für die Stadt Frankfurt, in der sich die Drogenszene im Bahnhofsgelände angesiedelt hat. Das Viertel rund um den Hauptbahnhof erscheint als eigene kleine Welt. In wohl keinem anderen Teil der Stadt existieren so unterschiedliche Gesellschaftsschichten nebeneinander, stoßen Armut und Reichtum auf solch engem Raum aufeinander. Die Armut zeigt sich anhand billiger Stundenhotels, der Straßenprostitution, Obdachlosigkeit und Verelendung. Reichtum wird vor allem durch die Hochhäuser der Banken symbolisiert. Tagsüber ist der Bezirk durch das hektische Treiben der seriösen Bankenwelt geprägt, abends gewinnt das Rotlichtmilieu an Leben. Hier, zwischen Banken, Bars, Bordellen, Gastronomiebetrieben und Geschäften vollzieht sich der Alltag der Angehörigen der Drogenszene. Dabei bietet ihnen das Bahnhofsviertel mit seinen zahlreichen Einzel- und Großhandelsgeschäften vergleichsweise gute Bedingungen, um der Beschaffungskriminalität nachzugehen. Die gestohlene Ware kann zudem anschließend im Bahnhofsmilieu abgesetzt werden.¹⁴³ Für die Beschaffungsprostitution stellt das Viertel ebenfalls die notwendige Infrastruktur zur Verfügung. Da sich im Bahnhofsgelände Drogen- und Prostitutionsmilieu überlagern, findet sich hier nicht nur die Kundschaft an Freiern, sondern mit Videokabinen und Stundenhotels existieren auch die Orte, an denen die Prostitution ausgeübt werden kann. Gleichwohl liegt der Drogenstrich innerhalb des Sperrbezirks, in dem zwar ausgewiesene Toleranzzonen für Bordelle bestehen, die Straßenprostitution aber ordnungswidrig ist und im Wiederholungsfall als Straftat geahndet werden kann.

Die Drogenszene erfüllt für ihre Angehörigen wichtige ökonomische und soziale Funktionen. Sie ist Ort des Handels, des Erwerbs und des Konsums von Drogen, in-

¹⁴² Schriftliche Auskunft des Polizeipräsidiums Frankfurt am Main für das Jahr 2010.

¹⁴³ Nach Kreuzer et al. (1991: 261) kommt es innerhalb des Frankfurter Bahnhofsgeländes zu einer Verstrickung zwischen der Drogensubkultur und dem kriminellen Milieu, da sich hier in erster Linie die Hehler befinden, die den Drogenkonsumenten die gestohlene Ware abkaufen.

formeller Arbeitsmarkt und sozialer Kontakt- und Lebensraum. Sie ist auch ein wichtiges informelles Informationsnetz bezüglich des Konsums, der Qualität, der Verfügbarkeit und der Preise von Drogen, der Angebote der Drogenhilfe usw. Diese Informationen sind für die Bewältigung eines drogenbezogenen Alltags entscheidend. Außerdem haben sich die niedrighschwelligten Einrichtungen der Drogenhilfe im Bahnhofsviertel angesiedelt, die mit ihren Hilfeangeboten das Leben auf der Straße erleichtern.

Frankfurt gilt als Wegbereiter eines verstärkt auf Akzeptanz und Schadensreduzierung setzenden drogenpolitischen Modells („Frankfurter Weg“). Vor dem Hintergrund wachsender gesundheits- und ordnungspolitischer Probleme, insbesondere im Zusammenhang mit der „offenen Drogenszene“ in der Taunusanlage¹⁴⁴, den zunehmenden Verelendungstendenzen der Konsumenten, der HIV-Problematik und einer stetig steigenden Zahl an Drogentoten, setzte Ende der 1980er/Anfang der 1990er Jahre ein drogenpolitisches Umdenken auf kommunaler Ebene ein. Einen deutlichen Ausdruck findet dieses drogenpolitische Umdenken in der „Frankfurter Resolution“ aus dem Jahr 1990:

„Eine Drogenpolitik, die Sucht ausschließlich mit Strafrecht und Zwang zur Abstinenz bekämpfen will und die Abstinenzmotivation zur Voraussetzung von staatlicher Hilfe macht, ist gescheitert. (...) Hilfe für die Süchtigen darf nicht im Schatten der strafrechtlichen Verfolgung stehen, sonder [sic!] muss zusammen mit Prävention und Erziehungsarbeit gleichrangiges Ziel der Drogenpolitik sein. Im Umgang mit Drogenabhängigkeit und Drogenabhängigen muss ein Hochmaß an sozial- und gesundheitlicher Hilfe ermöglicht und repressive Interventionen auf ein Mindestmaß reduziert werden. (...) Hilfe soll nicht nur auf Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit abzielen, sonder [sic!] muss auch ein menschenwürdiges Leben mit Drogen ermöglichen“ (European Cities on Drug Policy (ECDP) 1990).

Das Ergebnis war eine zweigleisige Drogenpolitik der Stadt Frankfurt: Auf der einen Seite wurden sozial- und gesundheitspolitische Maßnahmen ausgebaut und auf der anderen Seite ordnungspolitische Schritte intensiviert. Zur Umsetzung dieser „gleichberechtigten Berücksichtigung“ des repressiven und helfenden Teils von ‚Drogenpolitik‘“ (Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main 2004-2006: 52) wurde 1989 die „Montagsrunde“ gegründet. Hierbei handelt es sich um ein Abstimmungsgremium, in dem die unterschiedlichen mit der Frankfurter Drogenproblematik befassten Institutionen (z. B. Drogenhilfe, Polizei, Staatsanwaltschaft, Gesundheits- und Sozialamt) vertreten sind. Aufgabe der bis heute bestehenden Montagsrunde ist es, „Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Drogenhilfesystems in Abstimmung mit den repressiven Strategien von Polizei und Justiz zu entwickeln“ (Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main 2004-2006: 52).

Ein prägnantes Beispiel für die Zweigleisigkeit der Frankfurter Drogenpolitik ist die polizeiliche Räumung der „offenen Drogenszene“ in der Taunusanlage im Jahr 1992. Parallel hierzu bzw. zeitlich vorgeschaltet fand ein Ausbau des Drogenhilfesystems (u. a. Einrichtung von Krisenzentren und Notunterkünften, Ausweitung der Methadon-

¹⁴⁴ Die Taunusanlage ist eine Parkanlage in unmittelbarer Nähe des Bahnhofsviertels, wo sich noch Anfang der 1990er Jahre täglich bis zu tausend Drogenkonsumierende aufhielten (vgl. Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main 2004-2006).

substitution und des Spritzentauschs¹⁴⁵, Intensivierung medizinischer Angebote) statt, womit Drogenkonsumierenden Alternativen zum Aufenthalt in der Drogenszene und ein Auffangnetz geschaffen werden sollten (vgl. Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main 2004-2006: 53).

Seither hat sich in Frankfurt ein diversifiziertes Drogenhilfesystem entwickelt. Im niedrigschwelligen Bereich bestehen neben Angeboten zur Überlebenshilfe (Aufenthalt, Essen, Schlafen, Körperhygiene etc.) und der medizinischen Versorgung, Beratungsangebote (u. a. Betreuung, Krisenintervention, Vermittlung in weiterführende Angebote, Schuldnerberatung), Projekte der aufsuchenden Straßensozialarbeit (z. B. die „Hotline“ für Drogenprostituierte oder das „Crack-Street-Projekt“), Substitutionsprogramme und verschiedene konsumbezogene Angebote wie der Spritzentausch und die (mittlerweile vier) Konsumräume. Seit 2003 ist zudem die heroingestützte Behandlung möglich.

Frankfurt war dabei immer wieder Vorreiter für innovative Hilfeangebote. Beispielsweise wurde hier 1994 der erste Konsumraum Deutschlands sowie 2003 ein Crack-Rauchraum eröffnet. Auch die mittlerweile in Deutschland mögliche Behandlung mit Diamorphin, für die schließlich im Juli 2009 mit dem „Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung“ (Bundesministerium der Justiz (BMJ) 2009: 1801ff.) die rechtlichen Voraussetzungen zur Überführung in die Regelversorgung geschaffen wurden, ist wesentlich auf die Initiative der Stadt Frankfurt zurückzuführen.¹⁴⁶

In Frankfurt werden etwa 100 Drogenkonsumierende mit Diamorphin behandelt und gut 1.300 mit anderen Ersatzstoffen (in der Regel Methadon, teilweise auch Buprenorphin/ Subutex®) substituiert. Der Zugang zu Substitutionsprogrammen (mit Ausnahme der heroingestützten Behandlung) ist dabei relativ niedrigschwellig und häufig in Form einer Sofortversorgung konzipiert: Zum einen existieren szenenahe Angebote in Krisenzentren und speziellen Ambulanzen, zum anderen ist auch die szeneferne Substitution in Beratungsstellen und bei niedergelassenen Ärzten möglich. Zwischen 1998 und 2006 hat sich die Zahl der Substituierten um mehr als 40% von 947 auf 1.337 erhöht (vgl. Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main 2004-2006: 44ff.).

Die Zahl der Drogentoten hat sich seit Anfang der 1990er Jahre um nahezu 80% reduziert: Waren 1991 in Frankfurt noch 147 Personen (Frauenanteil: 24%) durch illegale Drogen verstorben, liegt diese Zahl 2008 und 2009 bei jeweils 33 Drogentoten

¹⁴⁵ Erste Spritzentauschprogramme wurden in Frankfurt 1987 implementiert (vgl. Reuband 1992: 83).

¹⁴⁶ Bereits 1993 hatte Frankfurt am Main als erste Kommune beim damaligen Bundesgesundheitsamt eine Ausnahme genehmigung für ein wissenschaftliches Forschungsprojekt zur Heroinvergabe beantragt, die jedoch abgelehnt wurde. 1996 wurde der Klage Frankfurts gegen den Ablehnungsbescheid stattgegeben und 1999 ein Studiendesign für ein wissenschaftliches Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung vorgelegt, das nach mehreren Änderungen im Jahr 2001 vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) akzeptiert wurde. 2003 begann in Frankfurt (und sieben weiteren deutschen Städten) die Heroinstudie. 2006 wurde kurz nach Veröffentlichung der Studienergebnisse ein Antrag beim BfArM auf die Zulassung von Diamorphin als Arzneimittel gestellt (vgl. Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main 2004-2006: 45f.).

(Frauenanteil: je 18%). Unter Frauen hat sich in diesem Zeitraum die Zahl der Drogentoten sogar um 83% verringert (vgl. Polizeipräsidium Frankfurt am Main 2009).

Ergänzt werden die niedrigschwelligen Angebote des Frankfurter Drogenhilfesystems durch verschiedene Präventionsprojekte, ausstiegsorientierte Angebote (z. B. Entgiftungen, stationäre und ambulante Therapieeinrichtungen, Drogenberatungsstellen, Übergangseinrichtungen) und Angebote zur gesellschaftlichen (Re-)Integration (Betreutes Wohnen, Nachsorge, Ausbildungsangebote, Arbeitsprojekte etc.).

Die Koexistenz bzw. die zunehmende Verknüpfung von Hilfe und Repression sind jedoch nach wie vor prägendes Merkmal der Frankfurter Drogenpolitik. Deutlich illustriert sich dies anhand des im Jahr 2004 gestarteten Projekts „OSSIP“ (Offensive Sozialarbeit, Sicherheit, Intervention, Prävention; vgl. Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main 2006: 38ff.). Hierbei handelt es sich um ein Kooperationsprojekt von Polizei und Drogenhilfe, das vor allem ordnungspolitische Funktionen erfüllt und das repressive Element der Frankfurter Drogenpolitik widerspiegelt. Seitens des Polizeipräsidioms Frankfurt am Main heißt es hierzu:

„Speziell für dieses Projekt eingestellte Sozialarbeiter/innen verteilten innerhalb der Drogenszene im Bahnhofsviertel Flyer, um die Drogenabhängigen darüber zu informieren, dass Verhaltensweisen wie öffentlicher Konsum oder Störungen nicht mehr geduldet werden und sie Drogenhilfseinrichtungen aufsuchen sollen. (...) Die Polizei schreitet mit deutlich geringerer Toleranzschwelle ein, Platzverweise und Aufenthaltsverbote werden ausgesprochen. Ziel war und ist es, die Rauschgiftabhängigen den Konsum- bzw. Drogenhilfseinrichtungen zuzuführen“ (Polizeipräsidium Frankfurt am Main 2008: 183).

Bezogen auf die „offene Drogenszene“ lässt sich folglich für die Frankfurter Drogenpolitik ein Nebeneinander von niedrigschwelligen Angeboten und repressiven Maßnahmen konstatieren. Zielsetzung ist einerseits die Risikominderung und Schadensbegrenzung für Drogenkonsumierende, andererseits sollen die Auswirkungen des illegalen Drogenhandels und des öffentlichen Konsums für die Bevölkerung eingedämmt und das Sicherheitsempfinden der Bürger gestärkt werden (vgl. Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main 2004-2006: 3). Nach Kemmesies (1995a: 56) basiert der drogenpolitische Ansatz in Frankfurt auf der Annahme, dass zwischen sozial-, gesundheits- und ordnungspolitischen Maßnahmen ein symbiotisches Verhältnis besteht.

Anschließend an diese einleitenden Bemerkungen werden die quantitativen und qualitativen Befunde der standardisierten Fragebogenerhebungen und der qualitativen Leitfadeninterviews präsentiert und dabei systematisch integriert. Wie in Kapitel 5.4.2 erläutert, stützt sich die Analyse auf 16 qualitative Interviews, die in den Jahren 2002 und 2008 mit Frauen der „offenen Drogenszene“ in Frankfurt geführt wurden, sowie auf die in den Frankfurter Szenestudien des CDR erhobenen Daten. Die aktuelle Situation der Frauen und geschlechtsspezifische Unterschiede werden quantitativ mittels der 2008 durchgeführten Fragebogenerhebung, in deren Rahmen 50 Frauen und 100 Männer befragt wurden, erfasst. Zusammenhänge zwischen der Konsumintensität von Crack und der Lebenssituation der Frauen werden mit einer Querschnittsanalyse un-

tersucht, für die die Daten der Szenebefragungen der Jahre 2002 bis 2008 gemeinsam betrachtet und vier Konsumgruppen vergleichend gegenübergestellt werden (vgl. Kap. 5.4.2.4). Die Auswertung stützt sich auf insgesamt 248 Fragebogeninterviews. Die Vergleichsgruppen setzen sich wie folgt zusammen:

- 1) Frauen, die täglich mehr als achtmal Crack konsumieren, bilden die Gruppe der **exzessiven Crackkonsumentinnen**; n=80; 32% der Untersuchungsgruppe
- 2) Frauen, die Crack täglich bis zu achtmal konsumieren, bilden die Gruppe der **intensiven Crackkonsumentinnen**; n=64; 26% der Untersuchungsgruppe
- 3) Frauen, die Crack nicht täglich konsumieren, bilden die Gruppe der **gelegentlichen Crackkonsumentinnen**; n=92; 37% der Untersuchungsgruppe
- 4) Frauen, die noch nie Crack konsumiert haben, bilden die Gruppe der **Nicht-Crackkonsumentinnen bzw. der reinen Heroinkonsumentinnen**¹⁴⁷; n=12; 5% der Untersuchungsgruppe

Um die seit Mitte der 1990er Jahre stattfindenden Wandlungsprozesse der Frankfurter Drogenszene – vor allem bedingt durch das Aufkommen von Crack und den Ausbau der niedrigschwelligen Drogenhilfe – und deren Auswirkungen auf Drogenkonsumentinnen betrachten zu können, wurden darüber hinaus die Daten der jeweils 50 befragten Frauen der Szenebefragungen des CDR (2002 bis 2008) längsschnittlich analysiert (vgl. Kap. 5.4.2.4). Um noch längerfristige Veränderungen untersuchen zu können, wurden, sofern möglich, zusätzlich Daten der Studie „Szenebefragung Frankfurt am Main 1995 – Die ‚offene Drogenszene‘ und das Gesundheitsraumangebot in Ffm“ (Kemmesies 1995b) miteinbezogen, die teilweise identische oder vergleichbare Fragenkomplexe beinhaltet.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden die durch die quantitativen Auswertungen ermittelten Unterschiede und Zusammenhänge nicht anhand der Werte der statistischen Koeffizienten, sondern lediglich durch das Signifikanzniveau dargestellt. Die Signifikanz, d. h. die statistische Sicherheit mit der ein Unterschied oder Zusammenhang zwischen den jeweiligen Merkmalen nicht auf Zufallsschwankungen beruht, ist dabei durch Sternchen wiedergegeben. Unabhängig von dem statistischen Testverfahren bedeutet * ($p < 0,05$) eine 95%ige Wahrscheinlichkeit, ** ($p < 0,01$) eine 99%ige Wahrscheinlichkeit und *** ($p < 0,001$) eine 99,9%ige Wahrscheinlichkeit, dass die gefundenen Unterschiede oder Zusammenhänge kein Zufallsprodukt sind. Die Abkürzung „n.s.“ bedeutet nicht signifikant, d. h. die gefundenen Unterschiede können auf Zufallsschwankungen beruhen.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt nach folgender Systematik: Quantitative Daten zu geschlechtsspezifischen Unterschieden beziehen sich immer auf die standardisierte Fragebogenerhebung aus dem Jahr 2008 und die hierin befragten 50 Frau-

¹⁴⁷ Natürlich konsumieren diese Frauen auch andere Substanzen, jedoch nimmt Heroin in ihrem Konsummuster den höchsten Stellenwert ein. Umgekehrt weisen die Crackkonsumentinnen auch einen zum Teil hohen Heroinkonsum auf.

en und 100 Männer. Aussagen zu den vier verschiedenen Konsumgruppen (exzessive, intensive und gelegentliche Crackkonsumentinnen sowie Nicht-Crackkonsumentinnen/reine Heroinkonsumentinnen) werden immer anhand der zusammengefassten Daten der 248 befragten Frauen der CDR-Szenestudien aus den Jahren 2002 bis 2008 getroffen. Erkenntnisse zu Entwicklungen und Veränderungen werden anhand der Daten der jeweils 50 Frauen gewonnen, die in den verschiedenen Erhebungsjahren (2002 bis 2008 bzw. teils auch 1995) befragt wurden. Die Prozentwerte sind gerundet. Mit „Befragte“ sind immer die im Rahmen der standardisierten Fragebogenerhebungen untersuchten Frauen (bzw. Männer) bezeichnet, mit „Interviewpartnerinnen“ oder „Interviewte“ die 16 Frauen, mit denen ein qualitatives Interview geführt wurde.

7.2 Soziodemographische Charakteristika der Befragten

Anhand der durch die Fragebogenerhebung gewonnenen soziodemographischen Daten werden im Folgenden Einblicke in die soziale Situation der Frauen vermittelt. Zwecks eines tiefer gehenden Verständnisses werden ergänzend hierzu Passagen aus den qualitativen Interviews angeführt. Ebenfalls beleuchtet werden geschlechtsspezifische Unterschiede, Differenzen zwischen den verschiedenen Konsumgruppen sowie etwaige Veränderungen der Situation von Frauen seit 1995 bzw. seit 2002. Tabellen zu den soziodemographischen Daten der Frauen und Männer, der vier Vergleichsgruppen sowie der zu den unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten befragten Frauen finden sich im Anhang (s. Tab. A.11.1, A.11.2 und A.11.3).

7.2.1 Alter, Familienstand und eigene Kinder

Mit 34,2 gegenüber 36,4 Jahren sind die im Jahr 2008 befragten Frauen im Schnitt mehr als zwei Jahre jünger als die befragten Männer. Die reinen Heroinkonsumentinnen stellen die jüngste Altersgruppe (31,4 Jahre) unter den Frauen, das höchste Durchschnittsalter weisen die gelegentlichen Crackkonsumentinnen (36,4 Jahre) auf. Die intensiven und exzessiven Crackkonsumentinnen sind im Schnitt 33 Jahre alt (*). Zwischen 1995 und 2002 hat sich der Altersdurchschnitt der Frauen von 29,8 auf 34,9 Jahre erhöht, liegt seitdem aber nahezu unverändert bei rund 34 Jahren.

Jeweils die Mehrheit beider Geschlechter ist ledig, die Männer (73%) jedoch etwas häufiger als die Frauen (66%). In den Crack-Konsumgruppen (exzessive, intensive und gelegentliche Crackkonsumentinnen) beträgt der Anteil an Ledigen jeweils rund 50%, unter den reinen Heroinkonsumentinnen sind mehr als 80% unverheiratet. Seit 2002 hat sich der Anteil an ledigen Frauen kontinuierlich von 40% auf 66% erhöht.

Mehr als die Hälfte der Frauen (58%) und 44% der Männer haben eigene Kinder. Der größte Anteil an Müttern findet sich unter den exzessiven Crackkonsumentinnen (66%). Unter den intensiven und gelegentlichen Crackkonsumentinnen hat jeweils gut

die Hälfte eigene Kinder, unter den reinen Heroinkonsumentinnen sind es 42% (*). Insgesamt hat sich der Anteil an Müttern seit 2002 (von 63% auf 58%) etwas reduziert.

Keine der im Jahr 2008 befragten Frauen und keiner der befragten Männer lebt mit den eigenen Kindern zusammen. Während jedoch ein Großteil der Männer (82%) die Sorge für ihre Kinder den Müttern übertragen hat, hat knapp die Hälfte der Frauen (48%) ihre Kinder, vorübergehend oder dauerhaft, in die Obhut von Familienangehörigen übergeben. Bei jeder sechsten Frau und jedem zwanzigsten Mann sind die Kinder institutionell untergebracht, nur in Ausnahmefällen (7%) werden die Kinder der Frauen durch den Kindsvater versorgt. Diese Geschlechterunterschiede bezüglich der Kinderversorgung sind statistisch signifikant (***)).

Dass Mutterschaft und ein intensiver Drogenkonsum kaum miteinander vereinbar sind, wird auch in den qualitativen Interviews deutlich. Obwohl die Frauen über Gefühle der Überforderung in Bezug auf ihre Kinder berichten, birgt die Erfahrung, dass sie die Versorgung ihrer Kinder abgeben mussten oder ihnen das Sorgerecht entzogen wurde, ein hohes psychisches Belastungspotenzial, woraus eine intensivere Drogenbindung resultieren kann.

„Drei Jahre war mein Sohn bei mir, und dann haben sie ihn mir weggenommen, weil irgendwie wurde das alles ein bisschen viel. Nachdem sie mir meinen Sohn ganz weggenommen haben, bin ich dann auf die Nadel gekommen“ (Paula¹⁴⁸, 25 Jahre).

„Das war ja auch ein Grund, warum ich dann angefangen habe, mehr Drogen zu konsumieren, weil ich die ja damals dann weggenommen bekommen hab', also meine Tochter, das war irgendwie so ein Loch, in das ich dann gefallen bin. Die (das Jugendamt; Anm. C. B.) haben halt gemeint, dass sie halt 'ne Zeit lang weg soll und ich halt mein Leben in den Griff kriegen soll“ (Trixi, 28 Jahre).

Die Frauen scheinen mit der „Wegnahme“ der Kinder eine wichtige Stütze in ihrem Leben zu verlieren. Möglicherweise ergibt sich hierdurch für sie aber auch eine „Rechtfertigung“ für einen intensiveren Drogenkonsum. Im Sinne des Etikettierungsansatzes lässt sich argumentieren, dass die intensivere Drogenbindung der Frauen daraus resultiert, dass sie die Rolle der Drogenkonsumentin und „unfähigen“ Mutter übernehmen und sich somit entsprechend ihrem Stigma verhalten. Umgekehrt kann die Gefahr, die Sorge für die Kinder zu verlieren bzw. eine (professionelle) Unterstützung bei der Erziehungsarbeit auch die Motivation für eine Reduzierung des Drogenkonsums schaffen.

„Ich hatte dann viermal die Woche 'ne Familienhelferin, mit der konnte ich reden, ich konnte mir meinen Frust von der Seele reden, die hat mir unheimlich Kraft gegeben. Und die Kinder, der Kleine war ein Jahr alt und der Große sechs, ich war ausgelastet und es gab dann einfach wichtigere Dinge als Drogen“ (Zille, 26 Jahre).

Andere Frauen entscheiden sich bewusst dafür, die Verantwortung für ihr Kind auf andere zu übertragen, von denen sie denken, dass diese sich besser kümmern können.

„Meine Schwiegereltern haben unseren Sohn adoptiert. Die mussten das von uns aus machen. Wir haben gesagt, er muss weg von hier“ (Tess, 33 Jahre).

¹⁴⁸ Die Namen der 16 Interviewpartnerinnen sind anonymisiert.

Es existieren somit sehr unterschiedliche Bedingungskonstellationen dafür, dass die Frauen nicht mit ihren Kindern zusammenleben. Hilfe bei der Kinderversorgung durch den Kindsvater erhalten die Frauen nur selten. Auffällig ist auch, dass Frauen, die intensiv Crack konsumieren, besonders häufig eigene Kinder haben.

7.2.2 Ausbildungsniveau und Beschäftigungssituation

Insgesamt weisen die Befragten ein niedriges Ausbildungsniveau und eine hohe Arbeitslosigkeit auf (s. Tab. A.11.1, A.11.2 und A.11.3 im Anhang). Die Schulbildung der im Jahr 2008 befragten Frauen stellt sich tendenziell schlechter als die der Männer dar: 42% der Frauen verfügen über einen Hauptschul- und 28% über einen Realschulabschluss. Ein Viertel (26%) hat jedoch keinen Schulabschluss, was häufig daraus resultiert, dass die Frauen bereits als Jugendliche intensiv Drogen konsumierten. So erzählt eine Interviewpartnerin:

„Ich hab mich dann von meinem Freundeskreis distanziert, weil ich auch zu viel gehascht hab' und so, bin auch nicht mehr zur Schule gegangen, und hab' dann andere Leute kennengelernt, also, die auch härtere Drogen konsumiert haben“ (Carla, 32 Jahre).

Unter den Männern haben demgegenüber lediglich 11% keinen Schulabschluss, 16% haben das Abitur absolviert (Frauen: 4%), 44% haben einen Hauptschul- und 28% einen Realschulabschluss. Im Gruppenvergleich zeigt sich, dass exzessive Crackkonsumentinnen am häufigsten ohne Schulabschluss (20%) sind, während nur eine (8%) der Nicht-Crackkonsumentinnen keine Schulform abgeschlossen hat. Seit der Erhebung 1995 hat sich der Anteil an Frauen, die über keinen Schulabschluss verfügen, von 16% auf 26% erhöht.

Im Jahr 2008 haben mehr als zwei Drittel der befragten Frauen (68%) und über die Hälfte der Männer (53%) bisher keine Berufsausbildung erfolgreich beendet (*). Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede schlagen sich jedoch nicht in der derzeitigen Beschäftigungssituation nieder. Mit 86% gegenüber 70% ist der Anteil an Arbeitslosen unter den Männern sogar höher als unter den Frauen. Im Durchschnitt sind die weiblichen Befragten jedoch signifikant länger arbeitslos (Frauen: 5,9 Jahre vs. Männer: 3,8 Jahre; *). Nahezu jede Dritte (62%) ist seit drei Jahren oder länger ohne Arbeit. Mit zunehmender Dauer, mit der sich die Frauen regelmäßig in der Drogenszene aufhalten, steigt die Dauer der Arbeitslosigkeit signifikant (***) an. Dass ein intensiver Drogenkonsum und der „Szenealltag“ kaum mit den Leistungsanforderungen eines Arbeitsverhältnisses, wie z. B. der Bindung an feste Arbeitszeiten, vereinbar sind, wird auch in den Interviews thematisiert.

„Ja, ich find's halt scheiße, wenn ich keine Arbeit hab', ja und ich weiß' auch, wenn ich drauf bin, kann ich nicht arbeiten gehen, das ist mir schon klar“ (Nele, 23 Jahre).

Die Situation ist durch die meist fehlende Berufsqualifikation zusätzlich erschwert.

„Wenn die mir nicht gesagt hätten: Ja, du hast keine Ausbildung und gar nix, ja, und deswegen können wir das nicht machen. Ja, das ist scheiße, dass so Leute sich einem so in den Weg stel-

len, nur weil man eben keine Ausbildung hat, dass man keine Arbeit bekommt“ (Nele, 23 Jahre).

Trotz ihres Drogenkonsums scheint es jedoch einigen Frauen zumindest für eine gewisse Zeit zu gelingen, einer geregelten Beschäftigung nachzugehen.

„Ich hab zwischenzeitlich in Cafés gearbeitet, da haben die nie gewusst, dass ich drauf bin“ (Marie, 43 Jahre).

Gleichwohl ist festzuhalten, dass die hier zitierte Interviewpartnerin eher eine Ausnahme darstellen dürfte. Insbesondere für Frauen, die sich häufig und dauerhaft in der „offenen Drogenszene“ aufhalten, ist eine Beschäftigung im offiziellen Arbeitsmarkt kaum möglich. Ein signifikanter Zusammenhang zeigt sich diesbezüglich zwischen der Intensität des Crackkonsums und der aktuellen Beschäftigungssituation. Während nur die Hälfte der reinen Heroinkonsumentinnen arbeitslos ist, sind es unter den gelegentlichen Crackkonsumentinnen knapp drei Viertel (73%), unter den intensiven Crackkonsumentinnen 81% und unter den exzessiven Crackkonsumentinnen schließlich 92% (**). Zudem sind Frauen, die kein Crack konsumieren, im Schnitt weniger lange arbeitslos (reine Heroinkonsumentinnen: 2,4 Jahre; gelegentliche Crackkonsumentinnen: 5,7 Jahre; intensive und exzessive Crackkonsumentinnen: jeweils 5,4 Jahre; n.s.). Unter den exzessiven Crackkonsumentinnen lässt sich auch der größte Anteil an Frauen ausmachen, die keine abgeschlossene Berufsausbildung haben (64% gegenüber rund 50% der anderen Konsumgruppen; ***).

Seit 1995 ist jedoch die Arbeitslosenquote unter den Frauen relativ deutlich zurückgegangen. Waren 1995 noch 89% der weiblichen Befragten ohne Arbeit, ist dieser Anteil bis zum Jahr 2008 auf 70% gesunken (*). Die Dauer der Arbeitslosigkeit hat sich demgegenüber zwischen 2002 (Daten für 1995 nicht vorhanden) und 2008 etwas, wenn auch nicht signifikant, von 5,6 auf 5,9 Jahre erhöht.

7.2.3 Aktuelle Wohnsituation

Im Jahr 2008 lebt ein Großteil der befragten Frauen in instabilen Wohnverhältnissen. Seltener als Männer verfügen die Frauen über eine eigene Wohnung (Frauen: 28% vs. Männer: 38%) und leben häufiger mit einem drogenkonsumierenden Partner zusammen (Frauen: 10% vs. Männer: 2%). Im Vergleich zu den Männern ist ein doppelt so großer Anteil der Frauen obdachlos (Frauen: 18% vs. Männer: 9%), sie sind aber seltener in einer Notunterkunft untergebracht (Frauen: 28% vs. Männer: 34%). Der Anteil an Personen, die in prekären Wohnverhältnissen leben, unterscheidet sich zwischen den Geschlechtergruppen damit kaum – 46% der Frauen und 43% der Männer sind faktisch obdachlos (s. Tab. A.11.1 im Anhang).

Die prekäre Wohnsituation der befragten Frauen illustriert sich auch in den Interviews. Zeitweise kommen die Frauen bei Bekannten unter, die teilweise auch ihre Freier sind, oder sie schlafen in einer Notunterkunft.

„Eine eigene Wohnung hab’ ich nicht. Ich hab’ ’nen guten Bekannten, bei dem schlaf’ ich am

Wochenende hauptsächlich“ (Jessy, 23 Jahre).

„Am Anfang hab' ich im M (Drogenhilfeeinrichtung; Anm. C. B.) gewohnt, ein halbes Jahr, und dann bin ich immer mehr abgestürzt und nach 'nem Jahr hab' ich dann überall und nirgends geschlafen“ (Paula, 25 Jahre).

Dazwischen gibt es aber auch immer wieder Phasen, in denen die Frauen, meist in Hauseingängen sitzend, auf der Straße „schlafen“ oder über mehrere Nächte hinweg wach bleiben.

„Ich hab' keine Wohnung, ich hab' gar nichts, die meiste Zeit schlaf' ich draußen, vor der Haustür vom M“ (Tess, 33 Jahre).

„Wenn ich hier im Tagesbett schlaf', schlaf' ich 'n bisschen, und dann bin ich wieder tagelang wach“ (Nele, 23 Jahre).

Instabile Wohnverhältnisse und ein intensiver Drogenkonsum stehen dabei in einem engen Zusammenhang. Unter den Frauen ohne feste Unterkunft haben jeweils 87% in den zurückliegenden 24 Stunden Crack oder Heroin konsumiert, während die entsprechenden Prävalenzwerte für Frauen mit Unterkunft lediglich bei 41% für Crack und 44% für Heroin liegen (**).

Im Querschnittsvergleich (s. Tab. A.11.2 im Anhang) zeigt sich, dass sich der Anteil an Obdachlosen signifikant (***) über die Konsumgruppen hinweg erhöht. Knapp ein Drittel (31%) der exzessiven und knapp ein Fünftel (19%) der intensiven Crackkonsumentinnen sind obdachlos, während der Obdachlosenanteil unter den gelegentlichen Crackkonsumentinnen und den reinen Heroinkonsumentinnen weniger als 10% beträgt. Der Anteil an Frauen, die obdachlos oder in einer Notunterkunft untergebracht sind, wächst von 16% bei den reinen Heroinkonsumentinnen auf 60% bei den exzessiven Crackkonsumentinnen an (gelegentliche Crackkonsumentinnen: 38%; intensive Crackkonsumentinnen: 46%; ***). Dass umgekehrt eine stabile Wohnsituation zu einer Reduktion des Drogenkonsums beitragen kann, kommt in dem nachfolgenden Interviewzitat zum Ausdruck.

„Ich war im Frauenhaus anderthalb Jahre, bevor ich meine eigene Wohnung bekommen hab'. Und mit dieser Wohnung hab' ich quasi einen Neuanfang gestartet. Ich hab' mir gedacht: Entweder ich nutze jetzt diese Chance und guck', dass ich's gebacken krieg', oder ich brauch' es gar nicht mehr zu versuchen. Ich hab' mich dann auch der Szene fern gehalten für 'ne lange Zeit, kaum Drogen konsumiert, und das ging dann. Also, wenn man hier mittendrin auf der Szene ist, dann ist das schwer. Ich hab' das wirklich erst geschafft in der neuen Wohnung, mit dem nötigen Abstand“ (Zille, 26 Jahre).

Im Längsschnittvergleich lassen sich kaum Veränderungen der oftmals prekären Wohnsituation der Frauen erkennen (s. Tab. A.11.3 im Anhang). Der Anteil an Obdachlosen schwankt zwischen 1995 und 2008 zwischen 14% und 22%, in einer Notunterkunft sind zwischen 22% und 32% der Frauen untergebracht. In allen Erhebungen ist damit mehr als ein Drittel bis gut die Hälfte der Frauen de facto obdachlos.

Insgesamt lassen sich die Frauen durch ein hohes Maß an sozialer Desintegration charakterisieren. Sie weisen ein geringes Ausbildungs- und Beschäftigungsniveau auf und leben häufig in unsicheren Wohnverhältnissen. Ihre prekäre Wohnsituation geht mit einem intensiven Drogengebrauch einher. Ein Großteil der Frauen hat eigene Kin-

der, für die sie aufgrund ihres drogen- und szenebezogenen Lebensstils nicht die Versorgung übernehmen können, wodurch sich für die Frauen zusätzliche psychische Belastungen ergeben. Frauen, die kein Crack konsumieren, sind tendenziell jünger, häufiger ledig, haben seltener eigene Kinder, verfügen über eine bessere Schulausbildung und sind seltener und für eine kürzere Dauer arbeitslos. Die Gruppe der exzessiven Crackgebraucherinnen weist den höchsten Anteil an Personen ohne Ausbildung und Schulabschluss auf. Zudem steigt mit der Häufigkeit des Crackkonsums der Anteil an Arbeits- und Wohnungslosen an. Es lässt sich damit ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Crackkonsumintensität und der sozialen Lage der Frauen konstatieren – je häufiger sie Crack konsumieren, desto schlechter stellt sich ihre soziale Situation dar.

Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich darin, dass die Frauen durchschnittlich jünger als die Männer sind, ein niedrigeres Schul- und Berufsausbildungsniveau haben und bereits seit längerem arbeitslos sind. Unter den befragten Männern ist jedoch die Arbeitslosenquote höher. Ein wesentlicher Geschlechterunterschied besteht auch hinsichtlich der Fürsorge für die eigenen Kinder. Frauen sind vor allem auf die Hilfe und Unterstützung naher Verwandter angewiesen, die die Erziehungsverantwortung übernehmen, oder aber die Kinder sind institutionell untergebracht. Männer können dagegen mehrheitlich die Erziehungsverantwortung an die Mütter abgeben.

Im Vergleich der verschiedenen Erhebungsjahre lassen sich anhand der Indikatoren Schulbildung, Beschäftigungs- und Wohnsituation keine wesentlichen Veränderungen der sozialen Lage von Frauen feststellen. Zwar hat sich die Arbeitslosenquote reduziert, die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit sowie der Anteil an Frauen, die keinen Schulabschluss haben, sind jedoch angestiegen. Die Wohnsituation der Frauen hat sich hingegen kaum verändert. Trotz der Intensivierung drogenpraktischer Hilfen, insbesondere im Bereich der „harm reduction“, hat sich die soziale Lage der Frauen damit nicht verschlechtert, aber auch nicht maßgeblich verbessert.

7.3 Wege und Integration in das Drogenmilieu

Die Integration in den subkulturellen Kontext der Drogenszene findet über den Gebrauch von illegalen Drogen statt. In den nächsten Kapiteln richtet sich der Blick daher zunächst auf die Einstiegsverläufe der Frauen in den Drogenkonsum und ihre Erfahrungen mit dem Gebrauch verschiedener psychoaktiver Substanzen. Daran anschließend werden die Wege der Frauen in die Frankfurter Drogenszene skizziert und beleuchtet, wie stark sie in das Szenemilieu eingebunden sind.

7.3.1 Einstieg in den Drogengebrauch und Konsumerfahrungen

Im Durchschnitt haben die im Jahr 2008 befragten Frauen das erste Mal mit 15 Jahren Cannabis konsumiert. Der erstmalige Konsum von LSD erfolgte im Mittel mit knapp 17 Jahren, das durchschnittliche Einstiegsalter in den Konsum von Ecstasy, Amphetaminen („Speed“) und Heroin liegt bei rund 19 Jahren. Im Schnitt ein Jahr später konsumierten die Frauen erstmals Kokain. Die Aufnahme des Crackgebrauchs fand erst vergleichsweise spät statt – im Mittel mit knapp 26 Jahren. Dieser relativ späte Einstieg in den Crackkonsum erklärt sich dadurch, dass es sich bei dem Kokainderivat um eine vergleichsweise „neue“ Substanz handelt, die erst seit Mitte der 1990er Jahre eine Verbreitung in der Frankfurter Straßen-Drogenszene gefunden hat. Durchschnittlich im Alter von 21 Jahren und damit rund zwei Jahre nach dem Erstkonsum von Heroin injizierten die Frauen erstmals Drogen (s. Tab. 7.1).

Tabelle 7.1: Durchschnittsalter beim Erstkonsum und Lebenszeit-Prävalenz^a verschiedener illegaler Substanzen und des i.v. Konsums der im Jahr 2008 befragten Frauen

	Erstkonsum ^b	Lebenszeit-Prävalenz
Cannabis	15,2 Jahre	96%
LSD	16,5 Jahre	62%
Ecstasy	18,9 Jahre	66%
Amphetamine	18,9 Jahre	86%
Heroin	18,9 Jahre	98%
Kokain	19,9 Jahre	98%
Benzodiazepine	– ^c	86%
Crack	25,9 Jahre	88%
i.v. Konsum	21,1 Jahre	94%

^a Mehrfachnennungen

^b Bezogen auf diejenigen mit Konsumerfahrung.

^c Keine Daten verfügbar.

Basierend auf den Angaben zum Einstiegsalter ergibt sich eine durchschnittliche Dauer des Konsums „harter“ Drogen¹⁴⁹ von 17,2 Jahren – im Mittel konsumieren die Frauen seit 15,4 Jahren Heroin, seit 14,3 Jahren Kokain und seit 8,5 Jahren Crack¹⁵⁰. Die Befragten verfügen demnach über langjährige Erfahrungen mit dem Konsum diverser Drogen. Der Blick auf die Lebenszeit-Prävalenzwerte (s. Tab. 7.1) zeigt, dass fast alle Frauen Konsumerfahrungen mit Cannabis, Kokain und Heroin haben. Auch die Prävalenzraten für Crack, Benzodiazepine und Amphetamine sind mit deutlich über 80% sehr hoch. Demgegenüber haben mit jeweils zwei Dritteln etwas weniger weibliche Befragte Konsumerfahrungen mit Ecstasy und LSD. Nahezu alle Frauen haben schon einmal Drogen injiziert.

¹⁴⁹ Als „harte“ Drogen gelten hier: Ecstasy, Amphetamine, LSD, Kokain, Heroin und Crack.

¹⁵⁰ Hierbei handelt es sich um Schätzungen, die auf Basis der Angaben zum Einstiegsalter und dem Konsum der jeweiligen Substanz innerhalb der letzten 12 Monate vor der Befragung errechnet wurden, etwaige Abstinenzphasen sind hierbei nicht erfasst.

Für die Lebenszeit-Prävalenzwerte sowie für das durchschnittliche Einstiegsalter in den Konsum der hier aufgelisteten Substanzen bzw. den intravenösen Drogengebrauch lassen sich keine signifikanten Geschlechterdifferenzen erkennen.¹⁵¹ Einzige Ausnahme bildet der Erstkonsum von LSD, der bei den Frauen mit 16,5 Jahren durchschnittlich mehr als zwei Jahre früher als bei den Männern (18,7 Jahre) erfolgte (*). Es ist zudem zu bemerken, dass das Einstiegsalter der weiblichen Befragten bei den meisten Substanzen unter dem der männlichen Befragten liegt.¹⁵²

Wie sich anhand der nachfolgenden Tabelle 7.2 ablesen lässt, bestehen jedoch zwischen den Vergleichsgruppen zum Teil signifikante Unterschiede im Hinblick auf den Einstieg in den Drogenkonsum.

Tabelle 7.2: Durchschnittliches Einstiegsalter in den Konsum diverser illegaler Substanzen und den i.v. Konsum nach Vergleichsgruppen

	exzessive Crack-konsumentinnen (>8x Crack/Tag)	intensive Crack-konsumentinnen (≤8x Crack/Tag)	gelegentliche Crackkonsumentinnen (Crack nicht täglich)	reine Heroinkonsumentinnen (kein Crack)	Sig.
Cannabis	14,7 Jahre	15,5 Jahre	16,9 Jahre	19,1 Jahre	*
Ecstasy	20,7 Jahre	20,1 Jahre	21,5 Jahre	15,0 Jahre	n.s.
LSD	16,8 Jahre	18,4 Jahre	17,5 Jahre	20,9 Jahre	n.s.
Amphetamine	17,8 Jahre	19,6 Jahre	21,7 Jahre	18,2 Jahre	**
Heroin	18,9 Jahre	20,6 Jahre	21,3 Jahre	20,6 Jahre	n.s.
Kokain	19,5 Jahre	20,9 Jahre	22,8 Jahre	21,9 Jahre	*
Crack	24,8 Jahre	27,0 Jahre	29,4 Jahre	–	**
i.v. Konsum	20,8 Jahre	22,1 Jahre	23,6 Jahre	20,4 Jahre	n.s.

Bei sechs der sieben hier aufgelisteten Substanzen lässt sich für die exzessiven Crackkonsumentinnen das niedrigste Einstiegsalter beobachten. Im Falle von Cannabis, Amphetaminen, Kokain und Crack erreichen diese Unterschiede auch statistische Signifikanz. Die reinen Heroinkonsumentinnen haben hingegen früher als die anderen Gruppen angefangen, Ecstasy zu konsumieren, und weisen zudem das niedrigste Durchschnittsalter (knapp vor den exzessiven Crackkonsumentinnen) für den Einstieg in den i.v. Konsum auf. Was die Lebenszeit-Prävalenzwerte für die einzelnen Substanzen und den i.v. Konsum betrifft, lassen sich, außer für Heroin (Nicht-Crackkonsumentinnen: 100%; gelegentliche Crackkonsumentinnen: 91%; intensive Crackkonsumentinnen: 98%; exzessive Crackkonsumentinnen: 99%; *), keine signifikanten Gruppenunterschiede beobachten, weshalb hier auf eine ausführliche Darstellung verzichtet wird.

In der Längsschnittbetrachtung zeigt sich, dass die Dauer des Drogengebrauchs angestiegen ist. Konsumierten die im Jahr 1995 befragten Frauen durchschnittlich seit

¹⁵¹ Lebenszeit-Prävalenzwerte der Männer: Cannabis: 98%; LSD: 66%; Ecstasy: 67%; Amphetamine: 80%; Heroin: 99%; Kokain: 99%; Benzodiazepine: 85%; Crack: 95%; i.v. Konsum: 92%.

¹⁵² Durchschnittliches Einstiegsalter in den Konsum verschiedener Substanzen und den i.v. Konsum der im Jahr 2008 befragten Männer: Cannabis: 15,1 Jahre; Ecstasy: 19,7 Jahre; Amphetamine: 20,3 Jahre; Kokain: 19,9 Jahre; Heroin: 20,3 Jahre; Crack: 26,9 Jahre; i.v. Konsum: 22,4 Jahre.

13,8 Jahren „harte“ Drogen, hat sich dieser Wert bis 2008 auf 17,2 Jahre erhöht (2002: 15,2 Jahre; 2003: 15,6 Jahre; 2004: 15,5 Jahre; 2006: 16,7 Jahre; n.s.). Die Lebenszeit-Prävalenz von Benzodiazepinen ist seit 2002 (für 1995 sind keine Daten verfügbar) kontinuierlich, wenn auch nicht signifikant, angewachsen (2002: 75%; 2003: 82%; 2004: 82%; 2006: 84%; 2008: 86%). Statistisch signifikant ist hingegen die Entwicklung der Crack-Konsumerfahrungen. Während 1995 nur 43% der befragten Frauen schon einmal das Kokainderivat konsumiert hatten, ist die Lebenszeit-Prävalenz in den Folgejahren auf bis zu 100% gestiegen (2002: 98%; 2003: 100%; 2004: 96%; 2006: 96%; 2008: 88%; ***).

7.3.2 Einstiegsverläufe in den Heroin- und Crackgebrauch

Anhand der Leitfadeninterviews lassen sich genauere Einblicke in die unterschiedlichen Einstiegswege der Frauen in den Heroin- und Crackkonsum und die hiermit verbundenen individuellen Motivlagen und Bedeutungszusammenhänge gewinnen.

Bei einem Großteil der Interviewpartnerinnen erfolgte der Einstieg in den Heroinkonsum über ihren damaligen Lebenspartner.

„Angefangen hab' ich mit Hasch, aber das war für mich nicht wie 'ne Einstiegsdroge, das war mit 14. Aber angefangen hab' ich tatsächlich dann mit Heroin und Rohypnol, das war an meinem 23. Geburtstag, durch meinen damaligen Freund. So zum Probieren. Irgendwann wollte ich halt mal wissen, was da dran ist, dass ihm das alles so egal ist, dass er das alles so auf's Spiel setzt und na ja, da hab' ich halt zu ihm gesagt: Ich möchte das probieren“ (Dodo, 31 Jahre).

Durch einen drogenkonsumierenden Partner erhöht sich nicht nur die Verfügbarkeit von Drogen, sondern der gemeinsame Drogengebrauch scheint für die Frauen auch ein „partnerschaftsstiftendes Moment“ zu beinhalten. Offenbar verbinden sie hiermit den Wunsch, die Drogenerfahrung, die für den Partner einen hohen Stellenwert einnimmt, mit ihm zu teilen und ihn dadurch besser verstehen zu können, emotionale Nähe zu ihm herzustellen und die Partnerschaft aufzuwerten. Viele Frauen heben diesbezüglich jedoch hervor, dass sie sich aktiv und bewusst, teilweise auch gegen massive Widerstände ihres Partners, für den Einstieg in den Heroingebrauch entschieden haben.

„Das war so ein Dickkopfding. Also ich war damals mit einem Sudanesen zusammen, und wir haben beide gekifft, haben auch Haschisch verkauft. (...) Und irgendwann kam ein Kumpel von ihm aus Afrika, aus dem Urlaub, mit 80 Gramm Heroin und hat meinem Freund dann was abgegeben. Das wusste ich aber gar nicht. Und dann fing das an, dann hat er sich im Bad eingeschlossen und kam ewig nicht mehr raus, war dann total breit, was ich einfach von ihm nicht kannte. Und irgendwann hab' ich gestichel: Was machst du? Was ist das? Und irgendwann hat er's dann zugegeben. Und dann hab ich aus Trotz dann halt gesagt: Ja, dann leg mir auch mal 'ne Nase! Und er: Nein, das kriegst du nicht! Es gab 'nen Riesenstreit! Und ich hab' natürlich so lange gemacht, bis er mir 'ne Line gelegt hat“ (Zille 26 Jahre).

Lediglich eine Interviewpartnerin beschreibt sich in der Einstiegssituation als passives Opfer ihres Partners, der sie auf Drogen gebracht („angefixt“) habe.

„Ich wollt' ihm helfen mit Geld, und dann hat das Geld nicht mehr gereicht für ihn, und dann hat er mich angefixt, sodass er kein Problem mehr hatte, die Droge zu bekommen“ (Nele, 23 Jahre).

Für andere Interviewpartnerinnen steht der Beginn ihres Drogengebrauchs in einem engen Zusammenhang mit belastenden Kindheitserlebnissen, hier vor allem physische und sexuelle Gewalterfahrungen. Rückblickend verstehen sie ihren Drogengebrauch als Bewältigungsstrategie: Drogen dienten ihnen dazu, mit traumatischen Lebenserfahrungen und psychischen Belastungen umzugehen.

„Ich bin mit sehr viel Gewalt groß geworden, sehr viel Gewalt und Missbrauch. Meine Eltern hatten wenig Zeit, karrieregeil, mein Vater obendrein noch sehr jähzornig. Da haben wir's mit der Hundeleine und mit dem Gürtel gekriegt, das war keine Art von Kindererziehung. Und irgendwann wollte ich mich nicht mehr spüren und hab' mir Möglichkeiten gesucht, um mich auszuklinken. Und dann hab' ich das geschafft durch Kiffen. Für mich waren das eher die Downer, die ich gesucht hab'. Und mit neun Jahren hab' ich dann das erste Mal Heroin genommen. (...) Ich hatte viele Cousins gehabt, die selbst auch drauf waren, und so bin ich da allmählich reingeraten. Im Nachhinein sag' ich, das war 'ne Strategie, die ich mir entwickelt habe, für mein Überleben“ (Marie, 43 Jahre).

„Also meine Mutter war mit 'nem Mann zusammen, der war nicht so gut für uns, der war, na ja, wie soll ich sagen, eigentlich der ausschlaggebende Punkt dafür, dass ich Drogen genommen hab'. Der hat meine Mutter schwer misshandelt und mich auch und meinen Bruder und meine kleine Schwester, und irgendwann ist meine Mutter dann abgehauen. Da war ich aber schon im Heim, also da hat mein Stiefvater mich schon ins Heim gegeben gehabt“ (Jessy, 23 Jahre).

„Also mein Bruder war mein großes Vorbild, der ist auch drogenabhängig. Da war wahrscheinlich schon so ein gewisser Nachahmungseffekt dabei, würde ich jetzt mittlerweile sagen. Beim Kiffen auf jeden Fall, auch beim Alkohol. Bei Heroin hab' ich lange zugeguckt und war total interessiert und neugierig, hab' aber immer Angst gehabt, wenn ich gehört hab', Spritzen und man rutscht ab, und Knast, und was da alles dann so auf einen zukommen kann. (...) Ich will jetzt nicht meine Kindheit da irgendwie durch den Kakao ziehen, aber die war auch nicht so prickelnd (...) und ich hatte so ein Schutzschild um mich 'rum, wenn ich drauf war und das hat mir Kraft gegeben“ (Pia, 48 Jahre).

Wenngleich sich in vielen Interviews abzeichnet, dass die Frauen in problematischen Familienverhältnissen aufgewachsen sind, in denen körperliche und sexuelle Gewalt, Vernachlässigungen, Heimunterbringungen oder der Drogenkonsum von Familienangehörigen oder nahen Verwandten eine Rolle gespielt haben, trifft das Stereotyp der „schweren Kindheit“ als Ursache des Drogenkonsums nicht immer zu.

„Ich glaube, ich hab' als Kind zu wenig Regeln gehabt. Ich hab' zwei ältere Geschwister, war die Jüngste, das Nesthäkchen und wurde da schon sowieso sehr verwöhnt. Durfte mit meinen großen Geschwistern dann schon weggehen. Mit elf Jahren war ich schon auf Partys bis nachts um vier und hab' dann auch schon Alkohol getrunken. Und in der Clique von meinen Geschwistern waren halt auch Leute, die gekifft haben, und ich hab' dann dadurch auch das erste Mal gekifft. (...) Ich war dann in der Techno-Szene, hab' viel Chemie genommen, LSD, Speed und Ecstasy. (...) Und das mit dem Heroin hat mich dann total gereizt. Das war aber keine Situation, dass ich Probleme hatte oder so, dass ich mir die Lichter ausschießen wollte oder so. Das hat mich einfach gereizt“ (Anna, 26 Jahre).¹⁵³

Im vorstehenden Zitat ist mit dem Verweis auf jugendsubkulturelle Bezüge, wie der Techno-Szene, ein weiterer Einstiegsweg in den Heroinkonsum beschrieben. Einem problemorientierten Konsummotiv stellt die Interviewpartnerin dabei einen durch Neugierde motivierten erstmaligen Gebrauch des Opiats gegenüber. Dass Neugierde ein wichtiges Konsummotiv darstellt, spiegelt sich auch in zahlreichen anderen Interviews (wie beispielsweise auch im obigen Zitat von Pia) wider.

¹⁵³ Gewiss ließe sich auch hier eine Problemsicht anlegen, mit der die Kindheit der Interviewpartnerin als durch elterliche Vernachlässigung geprägt charakterisiert werden kann. Entscheidend ist jedoch, dass die Interviewte selbst ihre Kindheit nicht als problembehaftet beschreibt, sondern auf den Mangel an Regeln und Grenzen verweist.

Eine andere Interviewpartnerin berichtet darüber, aufgrund eines regelmäßigen und intensiven Kokainkonsums in den Heroingebrauch eingestiegen zu sein, um so wieder die erwünschte Drogenwirkung herstellen zu können.

„Weil das Koks nicht mehr reicht, das gibt kein' Kick mehr, ne, und du brauchst den Kick, du willst ja auch vergessen können in dem Moment, ja, und das hat bei mir dann nicht mehr geklappt nach vier Monaten. Ja, und dann hab' ich mit Heroin angefangen. Und dann hat's wieder geklappt“ (Tess, 33 Jahre).

Viele Interviewpartnerinnen verbinden mit dem ersten Heroinkonsum positive Empfindungen.

„Also fast alle kotzen ja das erste Mal und finden das Kotzen aber dann noch toll, dann geht's denen noch besser. Also ich hab' nicht gebrochen, mir ging's einfach nur total gut“ (Anna, 26 Jahre).

„Ich fand's toll, ich war dann, ich hab' mich warm gefühlt, ich hab' mich stark gefühlt, hab' mich irgendwie geborgen gefühlt“ (Pia, 48 Jahre).

Andere finden erst nach mehreren Konsumvorgängen Gefallen an der Heroinwirkung.

„Und dann hat er mir 'ne Line gelegt. Und ich fand das erst mal gar nicht so toll, weil ich erst mal ein paar Stunden nur so vorm Fernseher gesessen hab' und eigentlich so weg war... und dann noch mal eine und noch mal eine...und dann fing das halt an mir zu gefallen“ (Zille, 26 Jahre).

Becker (1966: 53ff.) betont in Bezug auf Cannabiskonsumenten, dass das Genießen der Drogenwirkung eine wesentliche Voraussetzung dafür ist, dass der Konsum fortgesetzt wird. Im Hinblick auf die weitere Entwicklung des Heroinkonsums zeigt sich in fast allen Interviews, dass die Frauen anfänglich um eine Konsumkontrolle bemüht sind und versuchen, einen kontinuierlichen Gebrauch weitgehend zu vermeiden.

„Ich hab' das dann halt ein paar Tage genommen, Pause gemacht, zwei Tage, und dann wieder ein paar Tage genommen, Pause gemacht, und dann drei Wochen am Stück genommen. Tja und dann der erste Entzug, das ist ja wie 'ne leichte Erkältung und man kennt das ja auch noch nicht, weiß nicht, was das ist. Und das ist dann am Anfang auch nicht so schwer und dann denkt man: Ach, das ist ja nicht so schlimm, dann kann man das ja wieder machen. Ja und dann hab' ich das halt wieder ein paar Wochen genommen, dann mal ein paar Monate, zwei Monate, und dann den Entzug gemacht, der war dann schon ein bisschen schwerer“ (Anna, 26 Jahre).

„Also am Anfang, da hab' ich vielleicht alle drei, vier, fünf Monate mal was genommen, aber das ist dann immer häufiger geworden, bis ich dann den ersten Entzug hatte. Und da hab' ich noch gedacht: Oh, jetzt hast'e 'ne Grippe. Da hab' ich das noch nicht mal als Entzug wahrgenommen. Das war mir gar nicht so bewusst, dass das ein Entzug sein könnte. Da hast'e ja nicht gedacht, dass das abhängig macht“ (Marie, 43 Jahre).

Über kurz oder lang entwickelt sich jedoch bei allen ein regelmäßiger Heroingebrauch und damit einhergehend eine körperliche Abhängigkeit. Auch wenn die Symptome anfänglich nicht immer richtig gedeutet werden und sich insbesondere im Zitat von Marie eine gewisse Naivität und Unaufgeklärtheit bezüglich Heroin offenbart, stellt die Erkenntnis, körperlich abhängig zu sein, für die Frauen im Nachhinein ein einschneidendes Erlebnis dar.

„Bis dann der erste Turkey (Entzugserscheinungen; Anm. C. B.) kam, das war dann ein hartes Erwachen“ (Pia, 48 Jahre).

Mit dem Wahrnehmen körperlicher Symptome, die schließlich als Entzugserscheinungen identifiziert werden, verbindet sich die Einsicht, von Heroin abhängig zu sein und somit kaum noch über Möglichkeiten der Konsumkontrolle zu verfügen.

Einige Interviewpartnerinnen berichten darüber, bereits beim Einstieg in den Heroinkonsum die Substanz injiziert zu haben.

„...und da hat er mir auch gleich 'nen Druck gemacht“ (Dodo, 31 Jahre).

„Gleich geballert“ (Mara, 25 Jahre).

Dass Heroin bereits in der Erstkonsumsituation intravenös appliziert wird, ist angesichts der damit verbundenen Risiken (primär: Überdosierung) und der im Vergleich zum nasalen oder inhalativen Konsum zu überwindenden höheren Hemmschwelle bemerkenswert. Möglicherweise kommt hierin die gängige gesellschaftliche Vorstellung über „Junkies“ zum Ausdruck, mit der eine quasi automatische Verbindung zwischen Heroin und der intravenösen Applikationsform angenommen wird. Im sozialen Setting der Partnerschaft gilt der i.v. Konsum womöglich auch als besonderer Vertrauensbeweis.

Andere Interviewpartnerinnen steigen demgegenüber erst nach einer gewissen Zeit des nasalen Konsums auf den intravenösen Gebrauch um. Als Motiv hierfür wird von den Frauen Neugierde, ein intensiverer „Kick“ oder eine bessere Ausnutzung des Wirkstoffgehalts (auch aus Kostengründen oder aufgrund einer schlechten Heroinqualität) genannt.

„Zwei Jahre hab' ich nur Nase gezogen und dann hat ein Freund von mir, der hat dann angefangen zu spritzen und hat das auch 'ne ganze Weile bei mir zu Hause, vor mir, gemacht. Und ich wollte das eigentlich erst nicht, aber irgendwann hat mich das dann doch gereizt, weil alle auch gesagt haben, dass das viel besser kommt“ (Anna, 26 Jahre).

„Ich hatte 'ne Bekannte, die hat schon lange gedrückt und ich hab' gesnief (nasaler Konsum; Anm. C. B.). Und die hat sich für zwanzig Mark was gekauft und ich hab' mir für zwanzig Mark was gekauft, beim selben Dealer, selbes Material (Drogen; Anm. C. B.). Und ich snief' meins und sie drückt ihr's, die gleiche Menge. Sie ist total breit und ich sitz' da immer noch ganz normal. Hab' ich mir gedacht: Da kann ja irgendwas nicht stimmen! Und dann hab' ich immer mehr gebraucht, um das High zu erreichen, was ich wollte. Und dann sagte die irgendwann zu mir: Du bist so blöd, warum drückst du denn nicht? Sparst du doch Geld“ (Zille, 26 Jahre).

„Im Urlaub hab' ich dann angefangen, Heroin zu rauchen. Ich bin dann nach Deutschland zurück und da haben alle Leute, die vorher Haschisch geraucht haben, zwischenzeitlich angefangen, Heroin zu spritzen. Und ich kam zurück und wollte das Heroin auch rauchen, aber weil das ja so verstreckt ist, hab' ich angefangen, mir das spritzen zu lassen“ (Lela, 32 Jahre).

Richtet sich der Blick auf den Konsum von Crack (das in der Frankfurter Szene meist als „Steine“ bezeichnet wird), lassen sich hierfür zum Teil deutlich andere Einstiegsmotive als für den Heroinkonsum identifizieren. Bei den meisten Interviewpartnerinnen erfolgte der erstmalige Crackgebrauch (in der Regel rauchten sie die Substanz beim Erstkonsum) erst lange nachdem sie einen regelmäßigen Heroinkonsum entwickelt hatten und sich teilweise schon dauerhaft in der „offenen Drogenszene“ aufhielten.

Wenngleich das Motiv der Neugierde auch für den erstmaligen Crackkonsum eine Rolle spielt, scheint für einen Teil der Interviewpartnerinnen der Konsum des Kokainderivats schlicht zum Szeneleben dazuzugehören. Über den Gebrauch wird Zugehörigkeit zur Drogenszene hergestellt – wer nicht konsumiert, ist Außenseiter.

„Ja, Heroin, das hab' ich dann halt ein paar Jahre gemacht und dann fing's halt an mit Crack, ja weil, eigentlich hat jeder angefangen zu rauchen, hier (Drogenszene; Anm. C. B.) von den Leuten,

also jeder der gedrückt hat, hat auf einmal auch angefangen zu rauchen“ (Jessy, 23 Jahre).

Andere Interviewpartnerinnen geben an, aufgrund der Nicht-Verfügbarkeit von Kokainpulver mit dem Konsum von Crack begonnen zu haben.

„Eine Frau hat mir das mitgebracht, ja, weil wir kein Koks gefunden ham'. Da meinte sie: Probiert das, das ist genauso gut“ (Tess, 33 Jahre).

Auch ökonomische Motive, die sich aus der potenzierten Wirkung des zudem preiswerteren Cracks ergeben, spielen für den Einstieg eine Rolle.

„Also früher war es halt so, eine Plombe Kokapulver hat zwanzig Mark gekostet, aber man brauchte eigentlich so zwei, drei Stück, das waren immer so fünfzig Mark. Und wenn ich mir für fünfzig Mark 'nen Stein geholt hab', dann konnte ich davon so zwei, drei Züge machen und konnte mir aber auch noch 'nen fetten Druck machen. Also, einfach, dass es billiger ist“ (Dodo, 31 Jahre).

Anders als den ersten Heroinkonsum beschreiben viele der Frauen den erstmaligen Gebrauch von Crack als eher unangenehmes Erlebnis.

„Ich hab' 'nen Asthmaanfall gekriegt und dann bin ich umgeflogen“ (Tess, 33 Jahre).

„Also mir war damals ziemlich schlecht und ich musste dann ständig brechen“ (Trixi, 28 Jahre).

„Das hat nur bumm gemacht für ein paar Minuten und dann war eigentlich nur noch das Mehrwollen, der Kick war gar nicht mal so das...“ (Paula, 25 Jahre).

Teilweise wird auch über eine gänzlich ausbleibende Wirkung berichtet.

„Und ich hab' da halt dann mitgeraucht und am Anfang aber gar nichts gemerkt, so die ersten, ich weiß nicht, zwanzig Mal oder so, hab' ich nichts gemerkt“ (Dodo, 31 Jahre).

Eine ambivalente Schilderung des Erstkonsums, der zumindest positive Elemente beinhaltet, findet sich lediglich in zwei Interviews.

„Mein Magen hat sich gedreht, und dann, erst mal kotzen. Aber war schön, irgendwie. Schön und scheiße“ (Mara, 25 Jahre).

„Das Feeling war halt auch ganz gut gewesen, aber ich hab' gemerkt, die Gier ist auch dabei“ (Nele, 23 Jahre).

In den Zitaten von Nele und Paula wird deutlich, dass für einige Interviewpartnerinnen bereits der Erstkonsum von Crack durch das ausgeprägte Verlangen nach dem erneuten Konsum überlagert wird. Es ist jedoch auffällig, dass keine Interviewpartnerin den erstmaligen Konsum des Kokainderivats mit einem starken Gefühl der Euphorie assoziiert. Die Schilderungen der Frauen bestätigen insofern nicht ein durch Crack hervorgerufenen intensives High, das in der Fachliteratur als typische Wirkungsweise der Substanz gilt (vgl. hierzu Köhler 2000; Schweer/Strasser 1994).

Obwohl die Frauen mit dem erstmaligen Crackgebrauch nur wenige positive Empfindungen verbinden, scheinen die Beschreibungen anderer eine gewisse Erwartungshaltung bezüglich der Substanzwirkung zu erzeugen, die zur Fortsetzung des Konsums und schließlich zum Auftreten des erwarteten High führen. Widerlegen lässt sich in diesem Zusammenhang allerdings die Vorstellung, dass bereits der einmalige Konsum von Crack zu einer Abhängigkeit führt. Dennoch scheint ein Teil der Frauen die öffentliche Meinung, in der das Kokainderivat als Substanz mit einem enormen Suchtpotenzial, als das „gefährlichste aller Rauschgifte“ (Der Spiegel 2000) oder als „Teu-

felsdroge“ (Stern – Das Magazin 1994) konstruiert wird, internalisiert zu haben, sodass sie Crack als kaum zu kontrollierende Droge erfahren.

„Bei Steinen ist es so, ein Zug ist ein Zug zu viel, das ist nicht wie beim Drücken oder Nase ziehen“ (Mara, 25 Jahre).

„Crack ist 'ne Droge, die sehr schnell, sehr intensiv abhängig macht, nicht jetzt unbedingt körperlich, aber geistig. Und du machst einen Zug und dann ist es aus, dann willst du nur noch einen, noch einen, noch einen. Die Gier nimmt einfach kein Ende“ (Zille, 26 Jahre).

Wenngleich sich in beiden Interviewziten beispielhaft der Mythos einer durch die Pharmakologie von Crack bedingten automatischen und sofortigen Abhängigkeit illustriert, sind es doch gerade diese beiden Frauen, die diesen Mythos widerlegen – nach einer teils intensiven Konsumphase haben beide den Crackkonsum deutlich reduziert bzw. ganz eingestellt.

Wird der Einstieg in den Heroin- und Crackkonsum zusammenfassend betrachtet, so lassen sich vielfältige Verläufe und teils konträre Motive identifizieren. Bei den meisten Interviewpartnerinnen geht dem ersten Heroingebrauch der Konsum von Alkohol und Cannabis, teilweise auch der von „Partydrogen“ (wie Ecstasy, Amphetaminen oder Kokain) voraus. Von einigen Frauen werden diese Substanzen nur gelegentlich, von anderen regelmäßig konsumiert. Der Einstieg in den Heroinkonsum markiert für viele Interviewpartnerinnen den eigentlichen Beginn ihrer „Drogenkarriere“. Ein einschneidendes Erlebnis stellt diesbezüglich die Erkenntnis einer körperlichen und damit auch einer generellen Abhängigkeit dar. Der erstmalige Konsum von Crack findet meist erst deutlich nach der Aufnahme des Heroingebruchs statt. In der Regel sind die Frauen zu diesem Zeitpunkt bereits in den subkulturellen Kontext der Drogenszene eingebunden. Zum Teil deutliche Unterschiede lassen sich für die Einstiegsmotive in den Heroin- und Crackkonsum erkennen. Die Entscheidung, erstmals Heroin zu sich zu nehmen, ist vor allem durch Neugierde, die Beziehung zu einem Drogenkonsumenten (Sozialmotiv), belastende Kindheitserfahrungen (Problemmotiv) und/oder die Zugehörigkeit zu einer Jugendsubkultur (Subkulturmotiv) motiviert. Für den Einstieg in den Crackkonsum scheint das Subkulturmotiv eine ungleich höhere Bedeutung einzunehmen, indem über den Gebrauch des Kokainderivats Zugehörigkeit zur Drogenszene hergestellt wird. Darüber hinaus lassen sich neben dem Motiv der Neugierde auch recht „pragmatische“ Gründe für den Einstieg in den Crackkonsum identifizieren, die sich auf die Marktlage beziehen (geringe Verfügbarkeit von Kokainpulver vs. hohe Verfügbarkeit von Crack) oder ökonomisch motiviert sind (Crack als preiswerte, potente Substanz). Crack wird damit zu einem Substitut oder einer besseren Alternative zu Kokain. Unterschiede zwischen Heroin und Crack bestehen dementsprechend auch bezüglich des Setting der Erstkonsumsituation. Während der erstmalige Gebrauch von Heroin überwiegend im Sozialkontext der Partnerschaft oder des Bekanntenkreises (Freunde, Verwandte) stattfindet, ist der erstmalige Crackgebrauch meist im Setting der Straßenszene angesiedelt. Besonderheiten lassen sich schließlich auch im Hin-

blick auf die Erwartungshaltung gegenüber der Wirkungsweise der jeweiligen Substanz und einer damit verbundenen Abhängigkeitsentwicklung beobachten. Nicht nur wird die Wirkung von Heroin in der Erstkonsumsituation als überwiegend positiv empfunden, sondern es gelingt den Frauen auch, zumindest anfänglich, einen sporadischen, kontrollierten Konsum aufrechtzuerhalten und dadurch eine körperliche Abhängigkeit hinauszuzögern. Im Gegensatz dazu wird die Wirkung von Crack in der Erstkonsumsituation als eher negativ erlebt, ein dennoch fortgesetzter Konsum scheint überwiegend der Erwartung eines intensiven High geschuldet zu sein. Über Versuche, den Crackkonsum zumindest anfänglich in irgendeiner Form zu kontrollieren, wird – im deutlichen Unterschied zum Heroingebrauch – nicht berichtet. Vielmehr schließen die Frauen, wohl vor allem aufgrund der von ihnen internalisierten öffentlichen Meinung über das hohe Suchtpotenzial der Substanz, die Möglichkeit eines kontrollierten Crackkonsums grundsätzlich aus. Die Abhängigkeit von Crack scheint damit zu einer Art „selbsterfüllenden Prophezeiung“ zu werden.

Das Gros der Frauen beschreibt sich jedoch nicht als passives Opfer äußerer Umstände, sondern hebt den eigenen Willen für den Einstieg in den Drogenkonsum hervor. Eingeschränkt gilt dies auch für diejenigen, die die Ursachen ihres Drogenkonsums im Kontext problematischer Sozialisationsbedingungen verorten. Auch diese Frauen berichten weniger über ihre Passivität, als vielmehr über ihre aktive Suche nach psychoaktiven Substanzen, deren Wirkungsweisen ihnen zur Stressbewältigung und zur Herstellung eines psychischen Wohlbefindens dienen. Mehrheitlich präsentieren die Frauen damit ein Selbstbild, das sie als handlungsfähige Person, die bewusst und eigenverantwortlich den Einstieg in den Drogenkonsum gewählt hat, darstellt. Insofern widerspricht das in der Fachliteratur immer wieder bemühte Bild der passiven Drogenkonsumentin dem Selbstbild, das die Drogenkonsumentinnen von sich selbst zeichnen. Lediglich eine der 16 Interviewpartnerinnen (s. Nele, S. 193) skizziert ein Selbstbild, mit dem sie sich als Opfer ihres Partners, der sie auf Drogen gebracht habe, beschreibt. Offenbar besteht somit ein deutlicher Widerspruch zwischen der Selbstwahrnehmung der Frauen und ihrer Fremdwahrnehmung – z. B. durch die Hilfsinstanzen. Und hierin scheint auch ein wesentliches Dilemma zu liegen: Für die Gewährung von Hilfe werden Drogenkonsumentinnen zur Übernahme der Opferrolle gedrängt und ihnen so die Fremdwahrnehmung übergestülpt. Hiermit verbindet sich für die Frauen Bevormundung und Entmündigung und die Bedrohung ihres Selbstbildes, das für sie wichtige Schutzfunktionen erfüllt. Es muss daher eine Forderung an die Soziale Arbeit sein, auf Basis dieser Selbstwahrnehmung und nicht der Fremdwahrnehmung Hilfe zu gewähren, das Selbstbild der Frauen anzuerkennen und sie als gleichberechtigte Partnerinnen im Hilfeprozess anzunehmen.

7.3.3 Einstieg und Integration in die Frankfurter Drogenszene

Die im Jahr 2008 befragten Frauen besuchen durchschnittlich seit 11,9 Jahren die Frankfurter Straßenszene. Wenngleich hier eine große Spanne von sechs Monaten bis zu 37 Jahren vorliegt, lässt sich dennoch für die Hälfte der Frauen feststellen, dass sie sich bereits seit mindestens zehn Jahren regelmäßig (d. h. mindestens einmal pro Woche) in der Szene aufhalten. Die Männer sind durchschnittlich seit 11,2 Jahren regelmäßige Besucher der Frankfurter Drogenszene. Die Integration in die Straßenszene fand bei den Frauen mit durchschnittlich 22,3 Jahren, gut drei Jahre nach dem Einstieg in den Konsum von Heroin (im Schnitt 18,9 Jahre), als erste szenetypische Substanz, statt. Demgegenüber begannen die Männer im Schnitt mit 25,2 Jahren und damit erst fünf Jahre nach dem erstmaligen Heroinkonsum (durchschnittlich 20,3 Jahre) die Frankfurter Drogenszene regelmäßig aufzusuchen. Männlichen Drogenkonsumenten scheint es insofern offenbar eher zu gelingen, soziale Desintegrationsprozesse und eine intensive Einbindung in die Drogensubkultur hinauszuzögern. Möglicherweise zeigt sich hierin ein Effekt der unterschiedlichen gesellschaftlichen Bewertung des männlichen und weiblichen Drogengebrauchs. Diesbezüglich ist anzunehmen, dass die stärkere gesellschaftliche Abwertung sowie die moralische Verurteilung und Pathologisierung, die Frauen erfahren, sich beschleunigend auf ihre sozialen Desintegrationsprozesse und ihre Einbindung in subkulturelle Kontexte auswirken.

Deutliche Unterschiede im Hinblick auf die Szenezugehörigkeit lassen sich zwischen den einzelnen Konsumgruppen beobachten: Die kürzeste Dauer der Szenezugehörigkeit zeigt sich mit durchschnittlich 7,6 Jahren für die reinen Heroinkonsumentinnen, am längsten – mit 11,7 Jahren – besuchen die gelegentlichen Crackkonsumentinnen die Frankfurter Drogenszene (intensive Crackkonsumentinnen: 10,4 Jahre; exzessive Crackkonsumentinnen: 10,3 Jahre; n.s.). In der längsschnittlichen Betrachtung offenbart sich darüber hinaus eine tendenziell steigende Dauer der Szenezugehörigkeit von Frauen. Hielten sich die weiblichen Befragten in den Erhebungen 2002 bis 2004 im Mittel seit 9,5 Jahren regelmäßig in der Szene auf, hat sich die Szenezugehörigkeit seit 2006 (12,9 Jahre) deutlich, wenn auch nicht signifikant, erhöht.

Ebenso wie die Einstiegsverläufe in den Drogenkonsum gestalten sich auch die Wege der Frauen in die Frankfurter Drogenszene vielfältig. Einige Interviewpartnerinnen beschreiben ihre anfängliche Faszination für das Milieu.

„Da war ich dann dummerweise fasziniert von Kriminalität und Bahnhofsviertel. Alle Leute, die dealen, das fand ich spannend“ (Pia, 48 Jahre).

Andere schildern dagegen ihre Angst und Abscheu gegenüber dem Frankfurter Szeneumfeld.

„Also am Anfang war ich sehr erschrocken, war ich sehr geschockt, wie die Leute hier aussehen. Weil die Scene, wo ich herkomme, ist ja nicht so groß und die Leute sind auch nicht so fertig. (...) Das war halt schon ein Schock für mich, dass die hier auf der Straße rumlaufen und so ganz offen über Drogen reden und beim Laufen sich was spritzen (...) und so dreckig wie die sind, überall

blutverschmiert und ungewaschen, und wie die stinken. Das war schon ein extremes Erlebnis für mich am Anfang“ (Anna, 26 Jahre).

In den qualitativen Interviews zeichnet sich ab, dass, ebenso wie der Beginn des Heroinkonsums, die Integration in die Frankfurter Drogenszene für viele der Frauen mit einem drogenkonsumierenden Beziehungspartner verknüpft ist.

„Ich war in Therapie und hab' einen kennen gelernt, wo ich gedacht habe: Das ist jetzt der Richtige! Und dann war ich in Therapie und er war draußen, er ist dann rückfällig geworden und dann wurde ich irgendwann auch rückfällig und dann hat er gesagt: Ach, ich möchte, dass du zu mir kommst. Und ich mit der rosa Brille auf, hab' nicht überlegt, hab' die Therapie abgebrochen und bin zu ihm hier auf die Straße“ (Paula, 25 Jahre).

Teilweise besuchten die Frauen über einen längeren Zeitraum gemeinsam mit ihrem Partner das Frankfurter Bahnhofsviertel, um Drogen zu erwerben oder zu verkaufen. Nach zahlreichen Besuchen blieben die Frauen alleine in der Szene zurück, weil die Beziehung endete oder ihr Partner inhaftiert wurde.

„Also ich bin dann alleine hier geblieben und er ist wieder zurückgegangen“ (Lela, 32 Jahre).

„Ich bin mit meinem Freund her gekommen und wir wollten eigentlich auch nur einen Tag bleiben und dann waren wir ein paar Tage dann doch hier, und dann ham' sie ihn dann damals verhaftet, ja, und seitdem bin ich hier“ (Trixi, 28 Jahre).

Es kann an dieser Stelle nur vermutet werden, warum der Wegfall des Beziehungspartners für die Frauen eine starke Integration in das Szenemilieu markiert. Womöglich stellte der Partner für die Frauen den einzig wichtigen sozialen Bezugspunkt „außerhalb“ der Drogenszene dar. Ohne ihn scheinen sie über keine bedeutsamen Sozialkontakte mehr zu verfügen, für die es sich lohnt, die Szene wieder zu verlassen. Dass die Drogenszene für einige, insbesondere für junge Frauen, deren sozialer Hintergrund als prekär bezeichnet werden kann und die offenbar keinen anderen Ort haben, wo sie hingehen können oder wollen, eine Art „neues Zuhause“ bietet, illustriert sich anhand der beiden nachfolgenden Interviewzitate.

„Ich bin mit elf das erste Mal hier gewesen, und das ging dann immer hin und her, Hamburg, Berlin, Amsterdam, Frankfurt. (...) Man lernt Leute sehr schnell auf der Szene kennen. (...) Klar, wenn man neu ist, irgendwo dabei ist, muss man sich schon seinen Respekt irgendwie verschaffen. (C. B.: Und wie macht man das?) Alles Mögliche. Man gibt mal einen aus, wenn man Lust hat oder so, probiert mit den Leuten direkt klarzukommen“ (Mara, 25 Jahre).

„Also ich wollte eigentlich Schule machen, hab' eigentlich feste Ziele gehabt und wollte mein Leben wirklich ändern, aber na ja, Frankfurt gibt einem da keine große Chance. Dann bin ich irgendwann abends mal aus Lust und Laune an den Bahnhof gefahren und bin rumgelaufen (...) und das hat mich halt fasziniert und dann hab' ich halt die Leute kennengelernt“ (Jessy, 23 Jahre).

In der Drogenszene treffen die Frauen auf „Gleichgesinnte“, erfahren eine gewisse Akzeptanz und können sich einen neuen Status aufbauen. Die Drogenszene bietet ihnen eine soziale Stütze ihrer Lebensweise. Auf diese wichtige Bedeutung der Drogensubkultur hat auch Becker (1966: 38) aufmerksam gemacht:

„From a sense of common fate, from having to face the same problems, grows a deviant subculture: a set of perspectives and understandings about what the world is like and how to deal with it“.

Zusammenfassend lässt sich für die Einstiegswege der Frauen in das Szenemilieu festhalten, dass sie hier relativ schnell „Anschluss“ finden und vergleichsweise leicht

soziale Kontakte (die ihnen außerhalb der Drogenszene fehlen) aufbauen können. Einige der Frauen entscheiden sich dabei bewusst für das „Szeneleben“ (aus Faszination für das Milieu oder wegen der Beziehung zu einem Drogenkonsumenten), während sich bei anderen der Verbleib in der Szene aus einer „Zwangslage“ heraus zu ergeben scheint (z. B. mangels alternativer Drogenbezugsquellen oder Obdachlosigkeit) oder sie keine Gründe sehen, die Szene wieder zu verlassen.

7.4 Konstitutionselemente des Szenealltags

Das folgende Kapitel ist einer detaillierten Betrachtung der konstitutiven Elemente des Szenealltags gewidmet: dem Konsum, dem Erwerb und der Finanzierung von Drogen. Wie die vorstehenden Ausführungen gezeigt haben, kommt der Frankfurter Drogenszene eine hohe Bedeutung im Leben der untersuchten Frauen zu – für viele ist das Bahnhofsviertel der Lebensmittelpunkt. Dies illustrieren auch die quantitativen Daten zur Szenekontakthäufigkeit. Im Schnitt verbringen die im Jahr 2008 befragten Frauen sechs Tage pro Woche über einen Zeitraum von 9,2 Stunden in der Szene, gut zwei Drittel (68%) sind hier täglich. Im Vergleich zu den Männern, die sich durchschnittlich über einen Zeitraum von 7,7 Stunden in der Szene aufhalten, verbringen die Frauen mehr Zeit in der Szene, woran sich ihre stärkere Integration in das Szenemilieu ablesen lässt.

Ein signifikanter Zusammenhang offenbart sich zwischen der Häufigkeit, mit der die Frauen Crack konsumieren und ihrer Einbindung in den Szenekontext. Die reinen Heroinkonsumentinnen und die gelegentlichen Crackkonsumentinnen besuchen im Durchschnitt an 4,6 Tagen pro Woche die Drogenszene, die reinen Heroinkonsumentinnen verbringen dort dann durchschnittlich 4,6 Stunden, die gelegentlichen Crackkonsumentinnen 7,3 Stunden. Im Vergleich dazu halten sich die intensiven Crackkonsumentinnen an durchschnittlich 6,1 Tagen pro Woche für 9,8 Stunden in der Szene auf, die exzessiven Crackkonsumentinnen sogar an 6,6 Tagen für durchschnittlich 14 Stunden (***) . Jeweils 42% der reinen Heroinkonsumentinnen und der gelegentlichen Crackkonsumentinnen besuchen täglich die Frankfurter Drogenszene, während Gleiches auf 78% der intensiven und 88% der exzessiven Crackkonsumentinnen zutrifft (***) . Eine Aufenthaltsdauer von mehr als zehn Stunden pro Tag geben zwei Drittel der exzessiv Crackkonsumierenden, rund zwei Fünftel (39%) der intensiven und ein Viertel der gelegentlichen Crackkonsumentinnen an, jedoch nur eine (8%) Nicht-Crackkonsumentin (***) . Ein intensiver Crackkonsum und der Grad der Szeneeinbindung stehen damit in einem wechselseitigen Bedingungsverhältnis.

Seit 1995 haben sich die Szenekontakthäufigkeit und -aufenthaltsdauer von Frauen nicht signifikant verändert. In allen bisherigen Befragungen besuchen die Frauen die Frankfurter Drogenszene durchschnittlich an fünf bis sechs Tagen pro Woche und

halten sich dann hier im Mittel zwischen neun und zwölf Stunden auf. Die Daten deuten jedoch darauf hin, dass sich die Intensität des Szeneaufenthalts verstärkt hat. So ist der Anteil an täglichen Szenebesucherinnen tendenziell, wenn auch nicht signifikant, angestiegen: 1995 besuchten lediglich 60% der Frauen täglich die Drogenszene, 2003 und 2004 waren es über 70% und auch in den beiden Folgerhebungen der Jahre 2006 und 2008 liegen diese Werte bei 64% bzw. 68%. Eine vergleichbare, in diesem Fall signifikante Entwicklung zeigt sich für einen mindestens zehnstündigen Szeneaufenthalt. Während 1995 43% und 2002 39% der Befragten täglich zehn Stunden oder mehr in der Frankfurter Drogenszene verbrachten, traf dies 2003 auf 72% zu. Dieser Wert ist seither jedoch wieder auf knapp die Hälfte der Befragten gesunken (2004: 46%; 2006: 40%; 2008: 46%; **).

7.4.1 Typischer Tagesablauf

Detaillierte Einblicke in die Alltagswirklichkeit der Frauen lassen sich anhand ihrer Beschreibungen der typischen Tagesaktivitäten und -routinen gewinnen. Für die meisten ist der Alltag am Erwerb und Konsum von Drogen und der Beschaffung der dafür notwendigen finanziellen Mittel orientiert. Für einige, insbesondere für die Beschaffungsprostituierten, scheint der Alltag ausschließlich aus Geld- und Drogenerwerb und dem Konsum von Drogen zu bestehen.

„Gucken nach'm Freier, Geld machen, Stein kaufen, Freier machen, einkaufen. Immer so“ (Tess, 33 Jahre).

„Ja, mein Alltag, immer gleich, ja, 24 Stunden Geld beschaffen, zwischendrin Drogen konsumieren, Geld beschaffen, Drogen konsumieren. Das ist der ganze Alltag. Es gibt nichts anderes. Wenn ich nicht anschaffen bin, bin ich im Druckraum, wenn ich im Druckraum nicht bin, bin ich anschaffen“ (Carla, 32 Jahre).

In den Aussagen verdeutlichen sich der Beschaffungsstress und der schnelle Wechsel zwischen Prostitution und Drogenkonsum. Nicht nur der Tag, sondern auch die Nacht sind durch drogenbezogene Aktivitäten geprägt – Ruhephasen werden von den Frauen kaum eingeplant. Diese Alltagsstrukturierung findet auch in einem fehlenden Schlaf-Wach-Rhythmus Niederschlag. Hier sind es vor allem die sich prostituierenden Crackkonsumentinnen, die, ohne zu schlafen, oft mehrere Tage und Nächte am Stück auf der Straße unterwegs sind.

„Manchmal bin ich vier, fünf Tage wach, dann 'nen halben Tag, wenn ich hier im Tagesbett schlaf', schlaf' ich ein bisschen, und dann bin ich wieder tagelang wach. Aber ich hab' keinen normalen Rhythmus mehr“ (Nele, 23 Jahre).

Infolge der agitierenden Wirkung von Crack kommt es bei den Frauen zu einer hohen Rastlosigkeit. Erst wenn sie nach mehreren Tagen und Nächten des ununterbrochenen Wechsels aus Crackkonsum und Crack- bzw. Geldbeschaffung körperlich so erschöpft sind, dass sie sich kaum noch auf den Beinen halten können, legen sie eine „Zwangspause“ ein. Die Drogenprostituierten nehmen hierfür vergleichsweise selten die Über-

nachtungseinrichtungen der Drogenhilfe in Anspruch. Ihre „Arbeitszeiten“ sind nur schwer mit den Öffnungszeiten der Einrichtungen vereinbar, da gerade am späten Abend und in der Nacht die meisten Freier den Bezirk aufsuchen. Weil der Einlass in die Notschlafstellen jedoch zeitlich begrenzt ist (meist bis Mitternacht) oder die Betten zu dieser Zeit bereits vergeben sind, bleibt den Frauen oftmals nichts anderes übrig, als die Nacht auf der Straße zu verbringen. Dass es dabei ratsam ist, nicht auf der Straße einzuschlafen, verdeutlicht das folgende Zitat.

„Die Leute klauen dir die Schuhe, wenn du schläfst, von den Füßen weg. Mir ham' se' heute Nacht zwanzig Euro aus meiner Tasche geklaut, im Schlaf. Ja, mein letzter Tabak, meine letzten Zigaretten, was ich halt hatte, ham' se' mir alles aus der Tasche geklaut, im Schlaf, das ist schon traurig“ (Tess, 33 Jahre).

Das Schlafen auf der Straße birgt somit immer auch die Gefahr, zum leichten Opfer für andere und der letzten Habseligkeiten beraubt zu werden. Um dem Schlafbedürfnis entgegenzuwirken, konsumieren die Frauen verstärkt Crack.

„Hier muss ich ja Tag und Nacht wach sein und mit Stein schaff' ich es, das eben durchzuziehen und eben beim Bekannten, da kann ich schlafen, wenn ich jetzt müde bin, dann sag' ich: Hör mal zu, ich bin jetzt müde, ich geh' jetzt ins Bett. Da werd' ich nicht gezwungen, wach zu bleiben“ (Paula, 25 Jahre).

Einige Interviewpartnerinnen betonen außerdem, dass das Schlafen zunächst eine gewisse Organisation bezüglich der Drogenversorgung voraussetzt.

„Na ja, wenn ich mich hinlege, dann brauch' ich auch immer erst mal 'nen Druck bevor ich mich hinlege und was zum Rauchen, dann brauch' ich was zum Rauchen, wenn ich aufwache und 'nen Druck“ (Dodo, 31 Jahre).

Vor allem die crackkonsumierenden Drogenprostituierten ziehen es daher vor, nur kurze Erholungsphasen in ihrem Alltag einzulegen und den Schlaf möglichst zu begrenzen. Wenn überhaupt, schlafen sie tagsüber in den Tagesruhebetten, in den Kontaktcafés oder dort, wo sie gerade sitzen oder stehen. Bei anderen Frauen findet zumindest in der Nacht eine Unterbrechung des Kreislaufs aus Drogenbeschaffung und Konsum statt.

„Ich steh' morgens auf, mach' mir meinen ersten Druck, mach' mich fertig, fahr' dann meistens so gegen neun in die Stadt, dreh' 'ne kurze Runde bis ich halt mein Methadon hole und dann, ja, arbeiten, anschaffen den ganzen Tag. Und abends geh' ich dann nach Hause“ (Blume, 35 Jahre).

Die Interviewpartnerin schildert einen Tagesablauf, der durch gleichförmige Handlungsabläufe gekennzeichnet ist und in seiner Strukturierung an einen „konventionellen“ Arbeitsalltag erinnert. In diesem Kontext stellt auch der tägliche Gang zur Methadonvergabe eine Alltagsroutine dar. Möglicherweise tragen die feste Unterkunft und die Substitutionsbehandlung dazu bei, dass die zitierte Interviewpartnerin – trotz Beschaffungsprostitution und Crackkonsum – über einen Alltagsrhythmus verfügt, in dem Arbeits- und Schlafzeiten existieren. Einen an ein Arbeitsleben angelehnten Tagesablauf, in dem nicht nur ausschließlich drogenbezogene Tagesaktivitäten Platz finden, beschreibt eine andere Interviewpartnerin.

„Dann steh' ich morgens auf, verkauf' bis abends, geh' natürlich auch mal zwischendurch was

essen oder Kaffee trinken. Und abends dann noch was einkaufen für die Nacht, ja und dann geh' ich halt schlafen" (Anna, 26 Jahre).

Es ist zu vermuten, dass die unterschiedlichen Finanzierungsmuster „Prostitution“ und „Dealen“ (womit Anna ihren Drogenbedarf deckt) einen großen Einfluss darauf haben, ob sich die Frauen nachts, aber auch tagsüber, Auszeiten gönnen (können). Nur sehr vereinzelt schildern die Frauen einen Tagesablauf, der, abhängig von der Drogenversorgungssituation, auch Freizeitaktivitäten außerhalb des Szenegeschehens umfasst.

„Wenn ich mein Heroin morgens schon hab', dann guck' ich, dann überleg' ich, was könnte ich heute so machen. Weil ich hab' ja schon mein Zeug, mein H (Heroin; Anm. C. B.). Was könnte ich heute so unternehmen, was ganz Normales, Stadtbummel machen oder ins Kino gehen" (Paula, 25 Jahre).

Es lässt sich festhalten, dass der Alltag der Frauen überwiegend durch die Finanzierung, den Erwerb und den Konsum von Drogen bestimmt ist. Dennoch lassen sich diesbezüglich deutliche Abstufungen beobachten – von einem ausschließlich drogenbezogenen Lebensstil, der durch den permanenten Wechsel von Beschaffung und Konsum gekennzeichnet ist, bis hin zu einer Alltagsstrukturierung, die in gewisser Weise Arbeitszeit, Freizeit und Schlafen umfasst. Der Szenealltag stellt sich folglich oftmals weniger als unkontrollierte Jagd nach Drogen dar, sondern vielmehr als ein alltägliches „taking care of business“ (Preble/Casey 1969). Um den Alltag in der Szene zu meistern, müssen die Frauen über verschiedene Handlungskompetenzen (z. B. im Hinblick auf den Erwerb und die Finanzierung von Drogen) verfügen, die in den folgenden Kapiteln genauer beleuchtet werden. Zunächst werden jedoch Einblicke in den Drogenkonsum gegeben. Da der Konsum illegaler Substanzen das wohl wichtigste Konstitutionselement des Szenelebens ist, sind die Ausführungen hierzu den Erläuterungen zum Erwerb und der Finanzierung von Drogen vorangestellt.

7.4.2 Drogenkonsum

Nachfolgend richtet sich der Blick auf die aktuell praktizierten Konsummuster, die Konsumgewohnheiten bezüglich Heroin und Crack, die bevorzugten Drogenapplikationsformen sowie die Orte, an denen der Drogenkonsum stattfindet.

7.4.2.1 Aktuelle Konsummuster

In der Fragebogenerhebung wurde detailliert erfasst, welche Substanzen im Monat (30-Tages-Prävalenz) und am Tag (24-Stunden-Prävalenz) vor der Befragung konsumiert wurden, sodass sich das aktuelle Drogengebrauchsverhalten abbilden lässt.

Die Mehrheit der im Jahr 2008 befragten Frauen weist einen polyvalenten Konsum auf. Insgesamt wurden von ihnen im Mittel 4,3 Substanzen in den letzten 30 Tagen und 2,5 Substanzen in den letzten 24 Stunden konsumiert (s. Tab. 7.3). Heroin und Crack nehmen für die Konsummuster eine dominierende Rolle ein. Fünf von sechs

Frauen haben das Opiat im zurückliegenden Monat und nahezu zwei Drittel auch in den vergangenen 24 Stunden zu sich genommen. Die Prävalenzwerte für Crack liegen jeweils nur wenige Prozentpunkte darunter.

Tabelle 7.3: 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenz^a verschiedener Substanzen sowie Anzahl der konsumierten Drogen nach Geschlecht (2008)

	Frauen	Männer	Sig.
30-Tages-Prävalenz			
Alkohol	60%	72%	n.s.
Cannabis	54%	62%	n.s.
Kokain	48%	49%	n.s.
Benzodiazepine	74%	78%	n.s.
Heroin	84%	90%	n.s.
Crack	80%	85%	n.s.
24-Stunden-Prävalenz			
Alkohol	34%	32%	n.s.
Cannabis	20%	24%	n.s.
Kokain	12%	10%	n.s.
Benzodiazepine	50%	45%	n.s.
Heroin	64%	74%	n.s.
Crack	62%	57%	n.s.
Anzahl konsumierter Substanzen			
30 Tage	4,3	4,7	n.s.
24 Stunden	2,5	2,5	n.s.

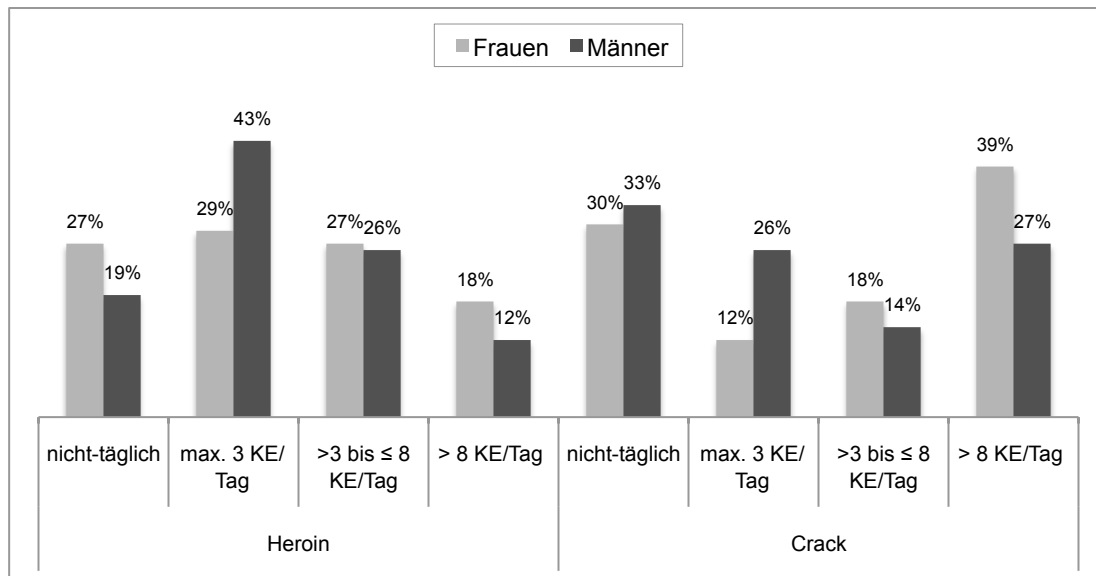
^a Mehrfachnennungen

Ein hoher Stellenwert kommt auch Benzodiazepinen zu, die von knapp drei Viertel der Frauen im zurückliegenden Monat und von der Hälfte am Tag vor der Befragung konsumiert wurden. Geringere Konsumraten zeigen sich demgegenüber für Alkohol, Cannabis und Kokain. Drei von fünf weiblichen Befragten haben im zurückliegenden Monat und rund ein Drittel in den letzten 24 Stunden Alkohol getrunken. Etwa jede Zweite hat Cannabis oder Kokain in den vergangenen 30 Tagen konsumiert, in den zurückliegenden 24 Stunden hat jede Fünfte Cannabis und jede Achte Kokain zu sich genommen. Andere Substanzen spielen für das aktuelle Drogenkonsummuster der Frauen keine Rolle: So gibt keine Befragte an, im zurückliegenden Monat LSD konsumiert zu haben, und auch über den Gebrauch von Ecstasy oder Amphetaminen berichten für diesen Zeitraum lediglich zwei Frauen (4%).

Im geschlechtsspezifischen Vergleich (s. Tab. 7.3) zeigt sich, dass sämtliche 30-Tages-Prävalenzwerte der Männer über denen der Frauen liegen, während mehr Frauen als Männer in den zurückliegenden 24 Stunden Alkohol, Kokain, Benzodiazepine und Crack konsumiert haben. Diese Unterschiede erreichen jedoch in keinem Fall statistische Signifikanz. Auch die Anzahl der durchschnittlich im Monat und am Tag vor der Befragung konsumierten Substanzen unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern kaum. Insbesondere die 24-Stunden-Prävalenzwerte deuten aber darauf hin, dass

Heroin und Crack im Konsummuster der Frauen einen nahezu gleichen Stellenwert einnehmen, das Gebrauchsmuster der Männer hingegen stärker durch Heroin dominiert ist und Crack eine etwas untergeordnete Bedeutung erhält. Wird die Konsumentintensität beider Substanzen betrachtet (s. Abb. 7.1), treten die geschlechtsspezifischen Unterschiede deutlicher hervor, erreichen jedoch ebenfalls keine statistische Signifikanz.

Abbildung 7.1: Konsumentintensität von Heroin und Crack (nach Konsumeinheiten; KE) nach Geschlecht (2008)



Gut ein Viertel der Frauen und knapp ein Fünftel der Männer konsumieren Heroin nicht täglich, jeweils die Mehrheit beider Geschlechter nimmt das Opiat maximal dreimal am Tag zu sich. Während sich diesbezüglich ein größerer Anteil unter den Männern feststellen lässt, konsumieren mehr Frauen häufiger als achtmal pro Tag Heroin. Die Anteile für einen mehr als drei- bis zu achtmaligen Heroinkonsum sind hingegen für die Frauen und Männer nahezu gleich. Auch die Anzahl der täglichen Heroinkonsumeinheiten unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern kaum: Die Frauen konsumieren durchschnittlich 4,8-mal am Tag Heroin, die Männer 4,0-mal. Im Vergleich dazu nehmen die weiblichen Befragten 10,0-mal am Tag Crack zu sich, die männlichen Befragten nur 6,6-mal. Die Mehrheit der Frauen (39%) konsumiert Crack häufiger als achtmal täglich, während unter den Männern die nicht-täglichen Konsumenten (33%) den größten Anteil ausmachen. Geringfügig höher als unter Männern ist unter den Frauen auch der Anteil derjenigen, die Crack maximal achtmal am Tag gebrauchen, während mehr als doppelt so viele Männer wie Frauen das Kokainderivat relativ dosiert bis zu dreimal täglich zu sich nehmen. Auch wenn diese Unterschiede erneut keine statistische Signifikanz erreichen, weisen die Ergebnisse dennoch auf einen intensiveren Crackgebrauch bei den Frauen hin. Unter ihnen zeigt sich auch insgesamt ein ausgeprägter Unterschied zwischen der Konsumentintensität von Heroin

und Crack – im Schnitt konsumieren sie Crack doppelt so häufig am Tag wie Heroin. Obwohl die Betrachtung der 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenz somit kaum Unterschiede offenbart, werden vergleichsweise deutliche Differenzen durch die detaillierte Betrachtung der Konsumintensität erkennbar.

Diese anhand der quantitativen Daten festzustellenden Unterschiede bezüglich der Heroin- und Crackkonsummuster der Frauen lassen sich mit Hilfe der qualitativen Interviews näher untersuchen. Die Häufigkeit ihres Crackkonsums geben die Interviewpartnerinnen mit „*Tag und Nacht*“ (Tess, 33 Jahre), „*so oft es geht*“ (Dodo, 31 Jahre) oder „*je nachdem, wie ich mein Geld verdiene*“ (Nele, 23 Jahre) an. Anhand dieser Aussagen illustriert sich das typische Crackgebrauchsmuster. Da die Crackwirkung, zumindest beim Rauchen, nur wenige Minuten anhält, entsteht das ständige Verlangen nach einem erneuten Konsum. Im deutlichen Unterschied zu Heroin tritt bei Crack keine „Sättigung“ ein.

„Aber die Gier, wenn der Kick nachlässt vom Koka, ist die Gier mehr, weil du den Turn unbedingt weiterführen willst, was bei H nicht ist. Du nimmst H und dann hast'e deine paar Stunden Ruhe, aber bei Stein, da wird man immer geil drauf“ (Paula, 25 Jahre).

Typischerweise wird das Kokainderivat nicht regelmäßig, sondern in so genannten „binges“ konsumiert – intensive Konsumphasen, die über mehrere Stunden oder Tage andauern können.

„In der Nacht von Sonntag auf Montag ham' wir dreihundert Euro verraucht zu zweit“ (Lela, 32 Jahre).

Der eigentliche Kick scheint jedoch nur anfänglich zu entstehen.¹⁵⁴ Der weitere Konsum wird zur „Jagd“ nach diesem Hochgefühl – immer wieder wird versucht, die Wirkung doch noch zu steigern.

„Das ist ja so, dass man einmal so'n Kick hat, am Anfang halt, ne, den man halt das erste Mal merkt. Und den Kick will man halt irgendwie immer wieder haben, aber den kriegt man nie wieder, ne (...). Und dann bescheißt man sich jetzt selber, indem man sagt: Wenn ich jetzt noch 'n Zug mach', dann hab' ich den Kick. Und da er aber nie kommt, raucht man halt immer wieder“ (Dodo, 31 Jahre).

Begrenzt wird der Konsum lediglich durch den Drogenvorrat, die vorhandenen finanziellen Mittel oder den eintretenden körperlichen Erschöpfungszustand.

„Sobald die Wirkung nachlässt, und die lässt ja eigentlich sofort nach, willst du was Neues rauchen, und so lange was da ist, bist du noch gut drauf, aber wenn alles weg ist, dann kriegst du 'ne scheiß Laune“ (Dodo, 31 Jahre).

„Tag und Nacht. Vierundzwanzig Stunden. Außer wenn ich mal wirklich kaputt bin, so wie gestern, dann geh' ich hier hoch und schlaf' hier oben im Café, in den Tagesbetten, das kommt aber nur so alle fünf, sechs Tage mal vor“ (Tess, 33 Jahre).

Auch als Form des Selbstschutzes erwerben einige Frauen Crack daher nur in kleinen Mengen und nicht auf Vorrat.

„Meistens kauf' ich nur das, was ich eh gleich gebrauch', weil irgendwie, ja gut auf Vorrat hat'“

¹⁵⁴ Es sei erneut darauf verwiesen, dass das Crack-High offenbar eher selten bereits beim Erstkonsum, sondern erst nach dem mehrmaligen Konsum entsteht. Zudem scheint die Erinnerung an das Hochgefühl, dem die Frauen „hinterherjagen“, deutlich durch die Beschreibung anderer und einen internalisierten Mythos gefärbt zu sein.

ich bis jetzt noch nix. Erstens konnte ich's mir nicht leisten und zweitens bleibt meistens nix übrig bis abends" (Trixi, 28 Jahre).

Ein intensiver und regelmäßiger Crackkonsum scheint langfristig jedoch auch zu einer gewissen Toleranzentwicklung zu führen. Der Kick wird immer weniger intensiv erlebt, als positive Substanzwirkung bleibt lediglich eine erhöhte Wachheit.

„Eigentlich hab' ich davon gar nix mehr, das ist irgendwie so 'ne Gewohnheit, man wird halt ein bisschen wach" (Lela, 32 Jahre).

„Ich hab' überhaupt keinen Spaß mehr dabei, eben nur, dass ich's brauch" (Nele, 23 Jahre).

Obwohl die Frauen aufgrund der körperlichen Abhängigkeit Heroin nach wie vor Priorität einräumen, wird ihr Gebrauchsverhalten zunehmend durch Crack dominiert.

„Also bei mir ist erst mal H wichtig, wenn's mir schlecht geht, dann guck' ich erst mal, dass ich H krieg, dass ich den Turkey weg habe, und danach ja, dann will ich meinen Zug machen, aber erst ist bei mir, an erster Stelle H" (Paula, 25 Jahre).

„Ich geb' eigentlich mehr Geld aus inzwischen für Steine. Also, ich bin eigentlich nicht mehr heroinabhängig, sondern crackabhängig" (Lela, 32 Jahre).

Der Konsum von Heroin und Crack erfolgt meist jedoch nicht unabhängig voneinander, vielmehr lässt sich ein komplexes Wechselverhältnis zwischen beiden Substanzen erkennen. So dient beispielsweise der gemeinsame intravenöse Konsum von Heroin und Crack als so genannter „Cocktail“ (oder auch „Speedball“) zur Wirkungssteigerung einer Heroininjektion.

„Da das H halt so schlecht geworden ist im Moment, deshalb mach' ich ja auch Cocktails, weil ich würde vom H gar nichts merken. (...) Ich komm' nicht vom Turkey, wenn ich kein Koks dabei hab', bei meinem Druck oder so, wenn ich, klar, körperlich schon, aber so kopfmäßig bin ich dann total scheiße drauf" (Dodo, 31 Jahre).

Heroin (aber auch andere sedierende Drogen wie Benzodiazepine und Alkohol) wird aber auch genutzt, um die agitierende Wirkung von Crack abzdämpfen.

„Also wenn ich nur rauchen würde, also das könnte ich nicht, da bist du dann irgendwann zu nervös" (Dodo, 31 Jahre).

„Wenn ich zu viel Steine rauch', dann hab' ich Paranoia, dann will ich runterkommen" (Mara, 25 Jahre).

In der Fragebogenerhebung 2008 geben 39% der Frauen an, Crack und Heroin gemeinsam zu injizieren. Ein ebenso hoher Anteil konsumiert teilweise auch einen Drogencocktail aus Crack, Heroin und Benzodiazepinen (in erster Linie Rohypnol), der in der Szene auch als „Frankfurter“ bezeichnet und damit als lokales Spezifikum akzentuiert wird.¹⁵⁵ Ein unerwünschter Nebeneffekt scheint jedoch zu sein, dass Crack die Wirkung von Heroin reduziert bzw. die Heroin-Entzugssymptome verstärkt.

„Das zieht ja auch das Heroin aus dem Körper raus. Umso mehr Heroin brauch' ich auch, und irgendwann bist du eh so voll mit Steinen, da kannst du Heroin nehmen, wie du willst" (Lela, 32 Jahre).

„Du kriegst ja eher noch 'n schlimmeren Aff' (Entzugserscheinungen; Anm. C. B.) dann auch. Das tut ja nicht irgendwie deinen Aff' irgendwie aufheben, das tut sich verschlechtern, und du kriegst

¹⁵⁵ In der Studie von Schmid/Vogt (2005) liegt unter den Nutzerinnen der Frankfurter Konsumräume der Anteil derjenigen, die Heroin und Crack gemeinsam injizieren, mit 36% vergleichbar hoch. Eine kombinierte Drogeninjektion von Benzodiazepinen und anderen Substanzen geben demgegenüber nur 6% an.

'n schlimmeren Aff' als davor, und das geht auch schneller' (Nele, 23 Jahre).

Letztendlich bewirkt Crack somit auch einen erhöhten Gebrauch von Heroin oder anderen sedierenden Substanzen. Dieser Zusammenhang lässt sich auch durch den Vergleich der 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenzwerte für die verschiedenen Crack-Konsumgruppen belegen, die in Tabelle 7.4 dargestellt sind.

Tabelle 7.4: 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenz^a ausgewählter Substanzen sowie Anzahl der konsumierten Drogen nach Vergleichsgruppen

	exzessive Crack-konsumentinnen (>8x Crack/Tag)	intensive Crack-konsumentinnen (≤8x Crack/Tag)	gelegentliche Crackkonsumentinnen (Crack nicht täglich)	reine Heroin-konsumentinnen (kein Crack)	Sig.
30-Tages-Prävalenz					
Alkohol	51%	61%	52%	58%	n.s.
Cannabis	45%	52%	54%	33%	n.s.
Benzodiazepine	64%	66%	50%	33%	*
Kokain	39%	45%	25%	33%	n.s.
Heroin	89%	78%	60%	100%	***
24-Stunden-Prävalenz					
Alkohol	31%	37%	29%	17%	n.s.
Cannabis	17%	16%	25%	8%	n.s.
Benzodiazepine	37%	42%	29%	25%	n.s.
Kokain	9%	11%	8%	0%	n.s.
Heroin	71%	61%	41%	83%	***
Anzahl konsumierter Substanzen					
30 Tage	4,0	4,1	3,4	3,1	**
24 Stunden	2,6	2,7	1,8	1,5	***

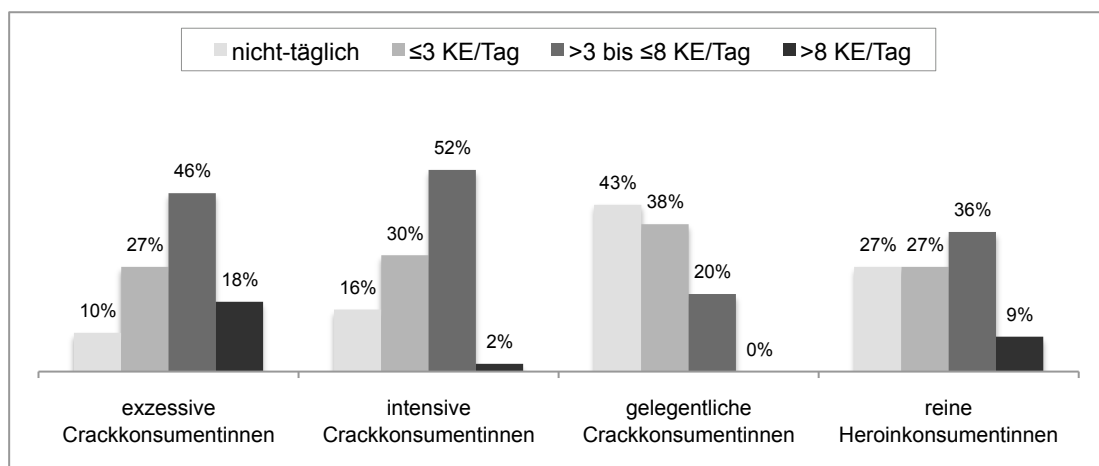
^a Mehrfachnennungen

Mit jeweils rund zwei Dritteln weisen die exzessiven und intensiven Crackkonsumentinnen die höchste 30-Tages-Prävalenz für Benzodiazepine auf, der niedrigste Wert (33%) lässt sich für die Nicht-Crackkonsumentinnen beobachten. Signifikant sind auch die Unterschiede bezüglich des Heroinkonsums. Von den reinen Heroinkonsumentinnen haben alle im zurückliegenden Monat und über 80% auch in den vergangenen 24 Stunden das Opiat konsumiert. Für die exzessiven Crackkonsumentinnen liegen die entsprechenden Werte mit fast 90% für die zurückliegenden 30 Tage und 71% für die vergangenen 24 Stunden nur etwas niedriger. Die geringsten Heroin-Konsumwerte zeigen sich hingegen für die gelegentlichen Crackkonsumentinnen. Keine signifikanten Gruppenunterschiede lassen sich für den Konsum von Alkohol, Cannabis und Kokain beobachten. Alkohol wurde in allen Vergleichsgruppen von jeweils mehr als der Hälfte im zurückliegenden Monat getrunken, Cannabis haben jeweils etwa die Hälfte der Crackkonsumentinnen und ein Drittel der reinen Heroinkonsumentinnen in diesem Zeitraum geraucht. Für Kokain bewegen sich die Werte für die 30-Tages-Prävalenz zwischen 25% bei den gelegentlichen und 45% bei den intensiven Crackgebraucherinnen. Insgesamt lassen sich für die 24-Stunden-Prävalenzraten bei den Nicht-Crackkonsumentinnen, mit Ausnahme von Heroin, die niedrigsten Werte beobachten,

während die intensiven Crackkonsumentinnen am häufigsten Alkohol, Benzodiazepine und Kokain am Tag vor der Befragung zu sich genommen haben. Unter den gelegentlichen Crackkonsumentinnen ist dagegen ein täglicher Cannabisgebrauch am weitesten verbreitet. Auffällig ist, dass sich in der Gruppe der exzessiven Crackkonsumentinnen bei keiner der hier aufgelisteten Substanzen die höchsten Konsumwerte zeigen – dies gilt sowohl für die zurückliegenden 30 Tage als auch für die letzten 24 Stunden. Sie sind jedoch, nach den reinen Heroinkonsumentinnen, die Gruppe mit der höchsten Prävalenz für Heroin und weisen, ebenso wie die intensiven Crackkonsumentinnen, einen hohen Gebrauch von Benzodiazepinen auf. Für das Konsummuster der Frauen ohne Crackkonsum nimmt Heroin einen herausragenden Stellenwert ein, daneben spielen lediglich noch Benzodiazepine eine nennenswerte Rolle. Dass die intensiven und exzessiven Crackkonsumentinnen insgesamt deutlich mehr unterschiedliche Drogen konsumieren als die beiden anderen Gruppen, verdeutlicht sich auch anhand der Anzahl der konsumierten Substanzen. Bezogen auf den letzten Monat haben die täglichen (exzessiven und intensiven) Crackgebraucherinnen durchschnittlich vier, in den vergangenen 24 Stunden durchschnittlich drei verschiedene Substanzen konsumiert. Die Befragten der beiden anderen Gruppen haben in diesen Zeiträumen nur drei bzw. knapp zwei unterschiedliche Substanzen zu sich genommen.

Weitere interessante, statistisch signifikante Differenzen (***) fördert die genauere Betrachtung der Häufigkeit des Heroinkonsums in den Vergleichsgruppen zu Tage (s. Abb. 7.2).

Abbildung 7.2: Konsumintensität von Heroin (nach Konsumeinheiten; KE) nach Vergleichsgruppen



Die exzessiven Crackgebraucherinnen weisen mit 18% den höchsten Anteil aller Gruppen auf, die auch Heroin exzessiv, d. h. mehr als achtmal pro Tag, konsumieren. Gleichzeitig findet sich unter ihnen mit 10% der kleinste Anteil an nicht-täglichen Heroinkonsumentinnen. Die Mehrheit von ihnen nimmt das Opiat bis zu achtmal täglich zu sich – durchschnittlich konsumieren die exzessiven Crackkonsumentinnen 5,5-mal am

Tag Heroin. Unter den intensiven Crackgebraucherinnen konsumiert gut die Hälfte das Opiat ebenso häufig wie Crack, nämlich bis zu achtmal am Tag. Im Mittel nimmt diese Gruppe Heroin 3,5-mal täglich zu sich. Die gelegentlichen Crackgebraucherinnen konsumieren mehrheitlich auch Heroin nicht täglich, ein ebenfalls großer Anteil nimmt das Opiat relativ dosiert bis zu dreimal am Tag zu sich. Durchschnittlich weist diese Gruppe 1,7 tägliche Heroin-Konsumeinheiten auf. Unter den reinen Heroinkonsumentinnen bilden diejenigen, die das Opiat bis zu achtmal am Tag konsumieren, die größte Gruppe und jeweils gut ein Viertel nimmt das Opiat bis zu dreimal am Tag bzw. nicht täglich zu sich. Die durchschnittliche Anzahl der Konsumeinheiten liegt bei 3,6. Von allen Gruppen konsumieren damit die exzessiven Crackkonsumentinnen auch am häufigsten pro Tag Heroin.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass ein intensiver Crackkonsum mit hohen Konsumwerten für Heroin und Benzodiazepinen und auch einer hohen Heroin-Konsumfrequenz einhergeht. Zudem verstärkt sich das Ausmaß des multiplen Substanzgebrauchs. Der Konsum von Crack und die damit verbundenen Gebrauchsmuster bewirken damit letztlich auch einen wachsenden finanziellen Bedarf der Frauen.

„Es ist mehr 'n Nachteil, weil ich noch mehr Geld brauch“ (Dodo; 31 Jahre).

Damit einhergehend lässt sich ein Voranschreiten sozialer Desintegrationsprozesse und eine Verschlechterung des körperlichen Zustands der Frauen beobachten (vgl. ausführlicher hierzu Kap. 7.7.5). Da sie fast kontinuierlich mit der Beschaffung und dem Konsum von Drogen beschäftigt sind, werden körperliche Grundbedürfnisse wie Essen, Schlafen und Hygiene meist vernachlässigt.

„Die Crackleute, die sacken einfach so ab, die verwahrlosen so, für die ist einfach, das ist bei den Heroinleuten zwar teilweise auch, aber nicht so ausgeprägt. Also mit Crack hast du ruckzuck Haus und Hof verloren, hast kein Dach mehr über'm Kopf, schläfst in irgendwelchen Notschlafstellen oder auf der Parkbank, siehst aus wie der Letzte, wäschst dich nicht mehr. Es ist einfach alles nicht mehr wichtig. Die Droge ist Ziel Nummer 1 und alles andere kommt irgendwann mal“ (Zille, 26 Jahre).

„Da ist ja nur so ein fünf Minuten Kick, und du bist ständig am Suchen und du brauchst ständig Geld, und das macht wesentlich mehr körperlich kaputt, weil du bist ja ständig nur noch am Machen, nur noch am Rennen“ (Marie, 43 Jahre).

Danach gefragt, wodurch ihr derzeitiger Konsum von Heroin oder Crack motiviert ist, nennen die Interviewpartnerinnen vor allem das Vergessen von Problemen.

„Also, was bei beidem gleich ist, ist das Vergessen, dass man Probleme einfach vergisst, und bei H ist man einfach ruhig und bei Steinen ist es eben so, dass du aufgedreht bist“ (Paula, 25 Jahre).

„Du willst ja auch vergessen können in dem Moment (...) dafür nehm' ich Steine, und Stein macht auch Vergessen. Du denkst nur an den Stein und an sonst nix mehr. (...) Ich vergesse alles, mein ganzen Leben vergess' ich in dem Moment“ (Tess, 33 Jahre).

Auch wenn ein problemverdrängendes Konsummotiv überwiegt und sich damit Unterschiede zu den Einstiegsmotiven offenbaren (vgl. Kap. 7.3.2), trifft das „Zumachen“ mit Drogen nicht immer zu. So führt eine Interviewte an, dass sie durch Drogen versuche, einen „Zugang zu sich selbst“ zu erlangen.

„Wenn man Drogen nimmt, dann hat man einen Grund dafür, irgendeine Angst oder 'ne Sehnsucht oder Wunsch, irgendwas ganz tief drinnen in deiner Seele, wo du meistens selber gar nicht weißt, und wenn du dann die Droge nimmst, die lässt es rauskommen. Das ist wie so 'ne Tür, die du ein ganz kleines Stückchen aufmachst und die dann direkt wieder zufällt. (...) Wenn ich Drogen nehme, versuche ich, die Tür weiter aufzumachen. Es klappt leider nicht immer, aber manchmal klappt's“ (Jessy, 23 Jahre).

Auffällig ist, dass fast alle Interviewpartnerinnen eine nicht zu kontrollierende psychische Abhängigkeit von Crack empfinden. Die „Gier“ nach Crack wird zwar schon von einigen auch für die Einstiegssituation beschrieben, mittlerweile scheint dieses Gefühl jedoch den Crackkonsum der meisten zu charakterisieren.

„Es kommt halt von dieser Gier, dass man halt immer wieder sofort was haben will“ (Dodo, 31 Jahre).

„Das macht einen willenlos. Das ist die Gier, die unwahrscheinliche Gier, die ist unstillbar, da hast du keine Kontrolle drüber“ (Jessy, 23 Jahre).

Nur wenigen Frauen scheint es zu gelingen, ihren Crackkonsum ansatzweise zu kontrollieren.

„Also ich bin jetzt nicht irgendwie so, so gierig jetzt so danach, so, wie das halt hier ist, hier sind ja wirklich viele steinabhängig, und, also es ist jetzt nicht so, dass ich das jeden Tag brauch'. Also wenn ich da jetzt zwei, drei Tage überhaupt keinen Stein hab', ist mir das dann eigentlich auch egal“ (Trixi, 28 Jahre).

Eine der interviewten Frauen spricht im Zusammenhang mit Crack auch von der Entwicklung einer physischen Abhängigkeit.

„Und die Steine, die machen ja auch abhängig, also, eigentlich ist es nur 'ne Kopfdroge, aber die machen auch körperlich abhängig. Ich brauch zum Beispiel jeden Tag mindestens einen Zug, damit ich überhaupt wach werde, weil, du wirst einfach nicht wach, ohne den Dreck. (...) Also, der Körper, der braucht das schon irgendwo“ (Lela, 32 Jahre).

Das Gros der Interviewpartnerinnen ist jedoch der Meinung, dass Crack ausschließlich eine psychische Abhängigkeit hervorruft.

„Vom Crack ist man nur im Kopf abhängig, es ist halt einfach nur Kopfkino“ (Jessy, 23 Jahre).

Gleichwohl fühlen sich die Frauen stärker von Crack als von Heroin abhängig und halten eine Beendigung des Konsums für nur schwer möglich.

„Also, ich denke, auch wenn ich's jetzt schaffe vom Heroin loszukommen, ich werd' von den Steinen wahrscheinlich nie mehr weg kommen“ (Lela, 32 Jahre).

Diese empfundene psychische Abhängigkeit ist offenbar auch wesentlich mit dem Setting der Drogenszene verknüpft, das kaum Möglichkeiten zur Konsumkontrolle bietet (vgl. hierzu Zinbergs Konzept des Setting als entscheidende Einflussgröße auf den Drogenkonsum; Kap. 5.2).

„Ich nehme auch nur Steine, solange ich hier am Bahnhof bin, sobald ich weg bin, Rauch' ich auch kein' Stein, hab' ich überhaupt kein Interesse. (...) Vielleicht ist es auch so, alle machen das, also muss ich das auch machen. Also wenn ich jetzt da am Fix (Drogenhilfeeinrichtung; Anm. C. B.) stehe, und alle rauchen, will ich auch was rauchen, ich will dazu gehören. (...) Aber wenn ich alleine bin, ist es okay“ (Paula, 25 Jahre).

Für diese enge Verbindung zwischen Szeneumfeld und Crackkonsum spricht auch, dass drei der interviewten Frauen, die sich zeitlich nur noch begrenzt in der Drogen-

szene aufhalten, ihren Crackkonsum – nach einer mehrjährigen Phase des intensiven Gebrauchs – mittlerweile beendet haben.

„Ich hab’ das zwar auch zwei, drei Jahre gemacht, wo ich dann aber irgendwann mir gesagt hab’: Sag mal bist du eigentlich irre? In der Zeit hab’ ich dann auch relativ regelmäßig konsumiert. Und dann hab’ ich mir gesagt: Das ist es nicht, das kann’s nicht sein. (...) Ich bin auch jemand, der die Kontrolle behalten will über mich und meinen Körper, ich muss wissen, was ich mach’. Und das ist das, was ich sage, beim Heroin geht das. Da weiß ich, was ich tue“ (Marie, 43 Jahre).

Augenscheinlich wird mit Heroin eine höhere individuelle Kontrollfähigkeit assoziiert. In dem aktuellen Gebrauchsverhalten der Frauen spiegelt sich damit, wie auch in den Anfängen ihres Crackkonsums, deutlich das Image des Kokainderivats als unkontrollierbare Droge wider. Dieses Image scheint zu einem wesentlichen Teil durch die Darstellung der Substanz in den öffentlichen Medien und einer damit einhergehenden „Mythosbildung“ beeinflusst zu sein.

Für die aktuellen Drogenkonsummuster der Frauen in Frankfurt lässt sich festhalten, dass hier Heroin und Crack dominieren, das Kokainderivat jedoch deutlich häufiger als das Opiat konsumiert wird. Frauen nehmen außerdem häufiger als Männer Crack zu sich. Ihr Crackgebrauch erhöht dabei nicht nur den Konsum anderer Substanzen, sondern verstärkt auch das Abhängigkeitsempfinden der Frauen, steigert ihren finanziellen Bedarf und trägt zu einer Verschlechterung ihrer sozialen Situation bei.

Richtet sich der Blick auf die Entwicklung der Konsummuster von Frauen der Frankfurter Drogenszene seit 1995, so lassen sich – bezogen auf die wichtigsten szenespezifischen Substanzen Benzodiazepine, Kokain, Crack und Heroin – signifikante Veränderungen feststellen (s. Tab. 7.5).

Tabelle 7.5: 30-Tages- und 24-Stunden-Prävalenz von Benzodiazepinen, Kokain, Crack und Heroin nach Erhebungsjahr

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	Sig.
30-Tages-Prävalenz							
Benzodiazepine	– ^a	35%	50%	66%	62%	74%	**
Kokain	92%	31%	32%	18%	46%	48%	***
Crack	17%	85%	94%	90%	90%	80%	***
Heroin	92%	54%	82%	82%	76%	84%	**
24-Stunden-Prävalenz							
Benzodiazepine	– ^a	21%	28%	40%	36%	50%	*
Kokain	73%	6%	8%	2%	14%	12%	***
Crack	7%	79%	72%	74%	82%	62%	***
Heroin	78%	40%	60%	66%	60%	64%	*

^a Keine Daten verfügbar.

Besonders auffällig sind die Entwicklungen des Kokain- und Crackgebrauchs. Hatten 1995 noch fast alle Frauen Kokain im vergangenen Monat und knapp drei Viertel auch in den zurückliegenden 24 Stunden konsumiert, ging die Kokain-Monats-Prävalenz bis 2004 auf unter ein Fünftel und die Tages-Prävalenz sogar auf 2% zurück. Umgekehrt erhöhte sich der Anteil derjenigen, die im zurückliegenden Monat Crack konsumiert

hatten, zwischen 1995 und 2003 von 17% auf 94%, und lag auch in den beiden Folgeerhebungen noch bei 90%. Die 24-Stunden-Prävalenz für Crack stieg von 7% im Jahr 1995 auf 82% im Jahr 2006 an. Seit 2006 ist die 30-Tages-Prävalenz von Kokain wieder etwas angestiegen und auch die 24-Stunden-Prävalenz liegt 2006 und 2008 insgesamt wieder höher als in den Erhebungen zuvor. Demgegenüber sind die Crack-Konsumwerte im Jahr 2008 leicht gesunken. Dennoch lässt sich über den Beobachtungszeitraum ein deutlicher Wechsel der Kokaingebrauchsformen feststellen. Im Konsummuster der Frauen hat Crack weitgehend den einst hohen Stellenwert von Kokain übernommen. Diese hohe Bedeutung, die Crack im Konsumgeschehen hat, verdeutlicht sich auch daran, dass in den Erhebungen 2002 bis 2006 sowohl die 30-Tages- als auch die 24-Stunden-Prävalenzwerte des Kokainderivats die Konsumraten von Heroin zum Teil deutlich übertreffen. 2008 liegen die Werte für Heroin erstmals wieder knapp über denen für Crack. Ebenfalls signifikant fallen die Veränderungen für den Konsum von Benzodiazepinen und Heroin aus. Zwischen 2002 und 2008 ist sowohl der monatliche als auch der tägliche Konsum von Benzodiazepinen unter den Frauen fast kontinuierlich und sehr deutlich angewachsen. Hingegen haben sich die Konsumwerte für Heroin von 1995 auf 2002 deutlich reduziert. Im Jahr 2003 sind die Werte aber wieder angestiegen und bewegen sich seitdem auf einem vergleichbaren Niveau, das gleichwohl immer noch unter dem von 1995 liegt. Die deutlich niedrigeren Heroin-Prävalenzwerte im Jahr 2002 lassen sich vermutlich auf veränderte Schwarzmarktbedingungen zurückführen: Im Vergleich zu den übrigen Erhebungen wird 2002 sowohl die Erhältlichkeit als auch die Qualität des Opiats von den weiblichen Befragten als schlechter beurteilt (vgl. Kap. 7.4.3). Signifikant erhöht hat sich im Zeitverlauf darüber hinaus die Anzahl der monatlich konsumierten Substanzen: Während 1995 die Frauen durchschnittlich 3,5 verschiedene psychoaktive Substanzen in den zurückliegenden 30 Tage konsumiert hatten, liegt der entsprechende Wert im Jahr 2008 bei 4,3 Substanzen (2002: 3,2 Substanzen; 2003: 3,7 Substanzen; 2004: 3,8 Substanzen; *). In allen Befragungen nehmen die Frauen jedoch im Schnitt rund zwei unterschiedliche Substanzen pro Tag zu sich.

7.4.2.2 Aktuelle Applikationsformen

Nahezu drei Viertel (72%) der im Jahr 2008 befragten Frauen konsumieren aktuell Drogen intravenös. Die durchschnittliche Anzahl an täglichen Drogeninjektionen liegt bei 5,3 – gut jede fünfte Befragte (22%) injiziert mehr als achtmal pro Tag. Etwas größer ist mit 82% im Vergleich dazu der Anteil an aktuellen i.v. Konsumenten unter den Männern, die mit durchschnittlich 3,9-mal jedoch etwas seltener pro Tag Drogen injizieren. Zudem weist nur ein Zehntel der Männer einen häufigen i.v. Konsum von mehr als acht täglichen Konsumeinheiten auf. Heroin wird von der überwiegenden Mehrheit beider Geschlechter intravenös konsumiert (Frauen: 85%; Männer: 90%), während signifi-

kant mehr Frauen als Männer Benzodiazepine injizieren (Frauen: 54% vs. Männer: 37%; *). Auch für die Applikationsformen von Crack offenbaren sich geschlechtsspezifische Unterschiede. Knapp drei Viertel der Frauen (73%) und etwa zwei Drittel der Männer (63%) injizieren Crack, rund jede fünfte Frau (18%) und jeder dritte Mann (34%) konsumiert das Kokainderivat ausschließlich intravenös. Demgegenüber rauchen etwa vier Fünftel der Frauen (82%) und zwei Drittel der Männer (66%) Crack, gut jede Vierte (27%) und mehr als jeder Dritte (37%) raucht das Kokainderivat ausschließlich.¹⁵⁶ Ein größerer Anteil der Frauen (55% vs. Männer: 29%) konsumiert Crack somit sowohl inhalativ als auch intravenös, während sich mehr Männer für die eine oder andere Applikationsform entscheiden. Der unter Männern zu beobachtende größere Anteil an ausschließlich intravenös Crackkonsumierenden könnte auch eine Erklärung für ihre geringere Anzahl an täglichen Crack-Konsumeinheiten sein (vgl. Kap. 7.4.2.1).

Das Kokainderivat bietet durch seine unkomplizierte Konsumform des Rauchens die Möglichkeit, die intravenöse Applikation zu vermeiden, ohne dabei auf die potenzierte Kokainwirkung verzichten zu müssen. Dies stellt einen Vorteil auch für langjährige i.v. Konsumentinnen mit zerstörten Venen dar.

„Wenn ich dann Geld hab’, dann kriegt man hier kein Material mehr, wenn ich Material hab’, krieg’ ich kein Blut mehr (trifft beim Injektionsversuch keine Vene; Anm. C.B). Das ist wirklich schlimm. Deshalb spritz’ ich auch eigentlich nicht so Crack, ich rauch’ das halt mehr“ (Lela, 32 Jahre).

Wie die quantitativen Daten belegen, nutzt jedoch nur ein relativ kleiner Teil der Frauen diesen Vorteil. Die Mehrheit von ihnen injiziert Crack. Die hohe Prävalenz des i.v. Crackkonsums ist dabei insofern bemerkenswert, als es sich hierbei um eine eigens für den Rauchkonsum aufbereitete Substanz handelt. Um Crack injizieren zu können, wird es in der Frankfurter Drogenszene mit Hilfe von Ascorbinsäure und Wasser aufgelöst und in ein flüssiges Kokainascorbat zurückverwandelt (vgl. Stöver 2001: 28). Als Grund für den intravenösen Crackkonsum nennen fast alle im Jahr 2008 befragten Frauen (92%) eine durch den Mischkonsum mit anderen Substanzen (in erster Linie Heroin) verbesserte oder veränderte Wirkung, 88% geben eine durch die Injektion gesteigerte Wirkung und 75% eine optimale Ausnutzung des Wirkstoffgehalts an. Ein ebenfalls häufig genanntes Motiv betrifft die bereits erwähnten Beschaffungsprobleme von Kokainpulver: So berichten 58% der Frauen, dass ihnen Crack als Ersatz für das nur schwer erhältliche Kokain dient. Hier scheinen insofern die habitualisierten Kokainkonsumformen auf Crack übertragen zu werden. Für immerhin noch jede zweite Befragte stellt das „Spritzen-Feeling“ einen Grund für das Injizieren von Crack dar.

In den qualitativen Interviews wurden die Frauen ausführlicher zu den Wirkungsunterschieden von intravenös und inhalativ konsumiertem Crack befragt. Im Einklang mit dem oben dargestellten hohen Anteil an Befragten, die eine Wirkungssteigerung

¹⁵⁶ Crack wird meist in kleinen Metallpfeifen mit Sieb geraucht, die in Tabakläden verkauft werden.

als Grund für den intravenösen Gebrauch angeben, beschreibt ein Teil der interviewten Frauen eine durch die Injektion verstärkte Crackwirkung.

„Wenn man Steine drückt, sind se' stärker, also heftiger, als wenn man se' raucht“ (Trixi, 28 Jahre).

„Vor allem beim Spritzen, weil die Wirkung, die ist zehnmal stärker mindestens wie beim Rauchen“ (Lela, 32 Jahre).

Andere nehmen demgegenüber den Rauchkonsum als intensiver wahr.

„Also das ist ein tierischer Unterschied. Wenn du rauchst, das ist so ein Kick, der kommt irgendwie so komisch von hinten und überrumpelt dich, aber wenn du's drückst, dann kommt das so, du bist darauf vorbereitet, dann weißt du, was da passiert. Beim Rauchen, das kommt wie 'ne Welle über dich, und beim Drücken, da bist du dabei, da bist du auf der Welle“ (Jessy, 23 Jahre).

„Das ist schon ein Unterschied vom Kick her. Es ist eigentlich stärker, wenn du's rauchst, und das ist ja auch eigentlich das Komische. Beim Drücken geht's ja eigentlich gleich in den Kreislauf“ (Aphrodite, 31 Jahre).

In der Fachliteratur gibt es hierzu nur spärliche und recht widersprüchliche Angaben. So vertreten einige Autoren (vgl. hierzu u. a. Freye 1997: 28; Püschel 2001: 24; Haasen 2004: 19) die Auffassung, dass es sich beim Rauchen von Crack um die schnellste und intensivste Applikationsform handelt. Demnach passiert Crack nach der Inhalation besonders schnell die Membrane der Lungenbläschen und gelangt von der Lunge über den Blutstrom ins Gehirn, wo es die Blut-Hirn-Schranke sofort überwindet und die Kokainmoleküle schneller als dies beim intravenösen Konsum der Fall ist, im Gehirn anfluten lässt. Krausz (2001: 13f.) sowie verschiedene Online-Informationsquellen¹⁵⁷ gehen hingegen davon aus, dass sich die Crackwirkung zwischen intravenöser und inhalativer Applikation nicht wesentlich unterscheidet. Carlson et al. (2000) sind schließlich der Meinung, dass das Injizieren von Crack zu einem intensiveren und länger anhaltenden High als der Rauchkonsum führt.

Dass viele der Frauen die Wirkung von injiziertem Crack als stärker empfinden, steht möglicherweise auch damit im Zusammenhang, dass sie die intravenöse Applikation generell als die intensivste Konsumform erachten (s. das Zitat von Aphrodite) und geprägt durch diese Erwartungshaltung auch die Wirkung einer Crackinjektion als stärker empfinden. Zu berücksichtigen ist auch, dass Crack häufig in Kombination mit Heroin (und Benzodiazepinen) injiziert wird, sodass eine subjektive Wirkungssteigerung auch aus dem Mischkonsum resultieren dürfte.

Eine weitere Besonderheit bezüglich des Crackkonsums in Frankfurt zeigt sich dahingehend, dass ein Teil der Interviewpartnerinnen ebenfalls das so genannte „Öl“ – Ablagerungen, die beim Rauchen in der Pfeife entstehen – injiziert. Hierfür wird die Pfeife mit einem Metallstück, meist die Feder eines Scheibenwischers, ausgekratzt und die dabei gewonnenen Rückstände mit Ascorbinsäure in Wasser gelöst. Die Qualität des „Öls“ wird dabei von den Frauen sehr unterschiedlich bewertet.

„Die Rückstände, die sind ja besser wie jeder Stein, den man rauchen kann. Wenn ich überhaupt was spritze, ist es meistens, dass ich das Öl spritze, weil es auch viel, viel stärker ist“ (Lela, 32

¹⁵⁷ Vgl. <http://drugscouts.de>; www.suchtmittel.de; abgerufen am 16.05.2011.

Jahre).

„Wenn du jetzt rausgehen würdest und die kennen dich nicht, und du fragst, ob dir jemand mal 'ne Pfeife gibt, du willst was rauchen, da prügeln die sich ja schon fast d'rum, um dir die Pfeife zu geben. Nur damit die 'n bisschen Öl in der Pfeife haben. (...) Das ist viel reiner als der ganze Stein überhaupt“ (Mara, 25 Jahre).

„Meinetwegen können die Leute gerne mit mir tauschen, mein Öl gegen ihre Steine. Ich find's nicht besser. Für mich ist das mehr so 'ne Notlösung“ (Dodo, 31 Jahre).

Auch wenn das „Öl“ zum Teil als qualitativ besser eingeschätzt wird, sind mit der Injektion hohe Gesundheitsrisiken verknüpft.

„Das ist gefährlicher durch dieses Silbercrack (kleinste Metallsplitter; Anm. C. B.) was da drinnen ist, was du mit rauskratzt. Das ist auch das, was Abszesse und alles verursacht“ (Nele, 23 Jahre).

„Ich hatte ein einziges Mal einen Abszess, dann auch von diesem Öl spritzen, da muss man halt sehr gut filtern, damit man da nicht irgendwelche Abszesse oder 'nen Shake (Krampfanfall; Anm. C. B.) kriegt, dass man sich Dreck spritzt und so Schüttelfrost kriegt und so“ (Lela, 32 Jahre).

Durch das Auskratzen der Pfeife entstehen nicht nur kleinste Metallsplitter, die teilweise in die Drogenlösung geraten, auch der Schmutz und die Keime in der Crackpfeife und an den Scheibenwischerfedern gelangen bei einer Injektion in die Blutbahn. Abszesse entstehen, wenn Keime in die Haut eindringen. Ein so genannter „Shake“ wird durch Verunreinigungen in der Blutbahn ausgelöst. Anzeichen hierfür sind Vergiftungserscheinungen wie Krämpfe und Schüttelfrost.¹⁵⁸

Grundsätzlich verbindet sich mit dem intravenösen Konsum ein hohes Risikopotenzial, vor allem im Hinblick auf Infektionen (HIV, Hepatitis, Abszesse und Thrombosen) und Überdosierungen (vgl. ausführlich hierzu Kap. 7.7.3, 7.7.4 und 7.7.5). Erschwerend kommt hinzu, dass viele der Interviewpartnerinnen über Probleme beim intravenösen Gebrauch berichten. Bedingt durch einen unsachgemäßen und langjährigen Konsum sind ihre Venen vernarbt, sodass sie Schwierigkeiten haben, sich eine Injektion zu setzen.

„Ich find' mich nicht mehr, meine Venen sind total kaputt. Wenn's gut geht, brauch' ich 'ne Viertelstunde, wenn's schlecht geht 'n paar Stunden, zwei Stunden oder so. Oft lass' ich's mir vom Service¹⁵⁹ machen, mich in den Hals drücken“ (Carla, 32 Jahre).

„Ich hab' mir damals ja in die Leiste gedrückt, aber, das ist halt auch, ich bin auf beiden Seiten operiert, und Thrombose, und, ja, ich mein', ich bin ja jetzt auch fast achteinhalb Jahre drauf. Und mein Freund hat mir damals meine Venen ganz schön versaut, weil er sich immer seinen Druck zuerst gemacht hat und dann immer total zu war und dann halt irgendwo rumgestochert hat, und ich hab' mich halt am Anfang selbst nicht getraut“ (Dodo, 31 Jahre).

Aus diesen Problemen bezüglich des intravenösen Konsums resultieren weitere Risiken. So werden unter Umständen risikoreiche Einstichstellen wie Hals und Leiste gewählt. Arterien, Nervenbahnen und Venen liegen hier dicht beieinander, sodass sich

¹⁵⁸ Vgl. <http://drugscouts.de/de/page/safer-use-infos-für-heroin-konsumentinnen>; abgerufen am 17.05.2011.

¹⁵⁹ Mit „Service“ ist das Bereitstellen der notwendigen Utensilien für den intravenösen Konsum oder auch das Setzen einer Drogeninjektion bezeichnet. Als Gegenleistung erhalten die „Service-Leute“ entweder geringe Drogenmengen oder den gebrauchten Filter, durch den die in Wasser gelöste Substanz in die Spritze gezogen wird. Durch erneutes Aufkochen des Filters werden die Reste des Wirkstoffs gewonnen, wodurch die „Service-Leute“ ihren eigenen Bedarf decken.

die Gefahr für eine Fehlinjektion und hieraus resultierende gesundheitliche Komplikationen erhöht. Injektionen in die Leiste bergen zudem ein besonders hohes Risiko für bakterielle Entzündungen und Thrombosen. Ebenfalls problematisch ist die Inanspruchnahme von „Service“, da die Injektion hier unter unhygienischen Bedingungen auf der Straße stattfindet. Zudem ist anzunehmen, dass mit der zeitlichen Dauer, die die Frauen für ihre Drogeninjektion benötigen, Entzugerscheinungen, Stress und Nervosität zunehmen und ein bedachtsames Injizieren dadurch erschwert ist.

Der Vergleich der verschiedenen Konsumgruppen (s. Tab. 7.6) offenbart einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Konsum von Crack und der intravenösen Applikationsform.

Tabelle 7.6: Anteile des i.v. Konsums sowie Applikationsformen von Heroin, Benzodiazepinen und Crack nach Vergleichsgruppen^a

	exzessive Crack-konsumentinnen (>8x Crack/Tag)	intensive Crack-konsumentinnen (≤8x Crack/Tag)	gelegentliche Crackkonsumentinnen (Crack nicht täglich)	reine Heroin-konsumentinnen (kein Crack)	Sig.
i.v. Konsum	83%	77%	50%	92%	***
Heroin					
intravenös	92%	91%	88%	91%	*
nasal/rauchen	8%	9%	12%	9%	
Benzodiazepine					
intravenös	62%	47%	38%	9%	**
oral	38%	53%	62%	91%	
Crack					
rauchen	95%	78%	78%	–	**
nur rauchen	23%	30%	48%	–	***
intravenös	78%	70%	53%	–	**
nur intravenös	5%	22%	22%	–	***

^a Bezogen auf diejenigen mit Konsum in den zurückliegenden 30 Tagen.

Wie zu erwarten, liegt zwar der Anteil an i.v. Konsumentinnen unter den reinen Heroingebraucherinnen am höchsten (92%), unter den Crackkonsumentinnen steigt jedoch der Anteil an i.v. Konsumierenden mit der Intensität des Crackgebrauchs deutlich an. Während nur die Hälfte der gelegentlichen Crackkonsumentinnen aktuell Drogen injiziert, sind es unter den intensiven Crackgebraucherinnen mehr als drei Viertel und unter den exzessiven Crackkonsumentinnen schließlich über 80%.

Die Betrachtung der Applikationsformen von Heroin, Benzodiazepinen und Crack lassen ebenfalls statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen erkennen. Heroin wird in allen Gruppen jeweils von der absoluten Mehrheit injiziert, wenngleich unter den gelegentlichen Crackkonsumentinnen immerhin jede Achte das Opiat nasal konsumiert oder raucht. Die Prävalenz des i.v. Konsums von Benzodiazepinen steigt über die Gruppen hinweg kontinuierlich und sehr deutlich von 9% bei den Nicht-Crackkonsumentinnen auf über 60% bei den exzessiven Crackkonsumentinnen an. Auch bezüglich der Crack-Applikationsformen offenbaren sich signifikante Unterschie-

de: Die exzessiven Crackgebraucherinnen weisen die höchsten Werte für einen generellen inhalativen und intravenösen Crackkonsums auf, sie rauchen jedoch seltener als die beiden anderen Gruppen das Kokainderivat ausschließlich und praktizieren auch seltener einen ausschließlich intravenösen Konsum. Die Häufigkeit des Crackkonsums geht insofern zum einen mit einer verstärkten Kombination der inhalativen und intravenösen Crack-Applikationsform und zum anderen mit einer insgesamt hohen Prävalenz des i.v. Konsums einher. Dementsprechend deutlich fallen auch die Differenzen bezüglich der Anzahl der täglichen Injektionseinheiten aus: Während die gelegentlichen Crackkonsumentinnen durchschnittlich 2,2-mal am Tag und die reinen Heroinkonsumentinnen 2,7-mal am Tag Drogen injizieren, liegt die durchschnittliche Anzahl der intravenösen Konsumvorgänge bei den intensiven Crackgebraucherinnen bei 4,0 und erreicht schließlich bei den exzessiven Crackkonsumentinnen einen Durchschnittswert von 6,0 Injektionen pro Tag (***)).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Mehrheit der im Jahr 2008 befragten Frauen Drogen intravenös konsumiert – dies durchschnittlich rund fünfmal täglich. Im geschlechtsspezifischen Vergleich fällt vor allem die höhere Anzahl der täglichen Injektionseinheiten unter Frauen sowie ihre höhere Prävalenz für den intravenösen Benzodiazepin-Konsum auf. Warum Frauen häufiger als Männer intravenös konsumieren, lässt sich mit der vorliegenden Studie nicht abschließend klären.¹⁶⁰ Eine Erklärung könnte aber der intensivere Crackkonsum der Frauen sein. So lässt sich im Vergleich der verschiedenen weiblichen Konsumgruppen ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Intensität des Crackgebrauchs und der Frequenz des intravenösen Drogenkonsums konstatieren. Für das Injizieren von Crack lassen sich darüber hinaus Konsumpraktiken (insbesondere das Spritzen des „Öls“) beobachten, die, zusätzlich zu den ohnehin mit dem i.v. Konsum verbundenen Risiken, weitere Gesundheitsgefahren bergen.

Im Längsschnittvergleich zeigen sich indes kaum signifikante Veränderungen der praktizierten Applikationsformen (s. Tab. 7.7). In allen Erhebungen dominiert der intravenöse Konsum, im Jahr 2002 injizierten jedoch deutlich weniger Frauen als in den Folgejahren aktuell Drogen. Im Hinblick auf die vorwiegend praktizierten Applikationsformen der wichtigsten Szenesubstanzen Benzodiazepine, Kokain, Heroin und Crack ist einzig die Veränderung des Benzodiazepin-Konsums signifikant – im Erhebungszeitraum ist der intravenöse Gebrauch der (nicht-verschriebenen) Medikamente kontinuierlich und sehr deutlich von 12% auf 54% angestiegen. Der Anteil an Frauen, die Kokain intravenös applizieren, schwankt im Beobachtungszeitraum uneinheitlich zwi-

¹⁶⁰ Mit Blick auf die pro Injektion konsumierte Drogenmenge lassen sich zumindest für Heroin keine signifikanten Geschlechterunterschiede feststellen, die hier als mögliche Erklärung dienen können: Die Frauen geben durchschnittlich an, 0,18 g Heroin pro Injektion zu verwenden, bei den Männern liegt dieser Wert bei 0,25 g. Wird die unterschiedliche körperliche Konstitution berücksichtigt, so ist nicht davon auszugehen, dass Frauen „vorsichtiger“ konsumieren, indem sie häufiger eine geringere Drogenmenge injizieren.

schen 80% und 100%, während sich der i.v. Heroinkonsum zwischen 1995 und 2008 von 97% auf 85% reduziert hat.

Tabelle 7.7: Anteile des i.v. Konsums sowie Applikationsformen von Benzodiazepinen, Kokain, Heroin und Crack nach Erhebungsjahr^a

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	Sig.
i.v. Konsum	– ^b	54%	72%	78%	70%	72%	n.s.
Benzodiazepine							
intravenös	– ^b	12%	20%	36%	48%	54%	*
nur oral	– ^b	88%	80%	64%	52%	46%	
Kokain							
intravenös	94%	80%	100%	100%	86%	100%	n.s.
nasal/rauchen	6%	20%	0%	0%	14%	0%	
Heroin							
intravenös	97%	91%	94%	89%	88%	85%	n.s.
nasal/rauchen	3%	9%	6%	11%	12%	15%	
Crack							
intravenös	– ^b	64%	76%	66%	62%	73%	n.s.
rauchen	– ^b	95%	85%	82%	79%	82%	
nur intravenös	– ^b	5%	15%	18%	21%	18%	
nur rauchen	– ^b	36%	24%	34%	38%	27%	

^a Bezogen auf diejenigen mit Konsum.

^b Keine Daten vorhanden.

Die Verbreitung eines ausschließlich intravenösen Crackkonsums hat sich ebenfalls seit 2002 von 5% auf 18% im Jahr 2008 erhöht, der generelle Rauchkonsum des Kokainderivats ist dagegen von 95% auf 82% zurückgegangen.

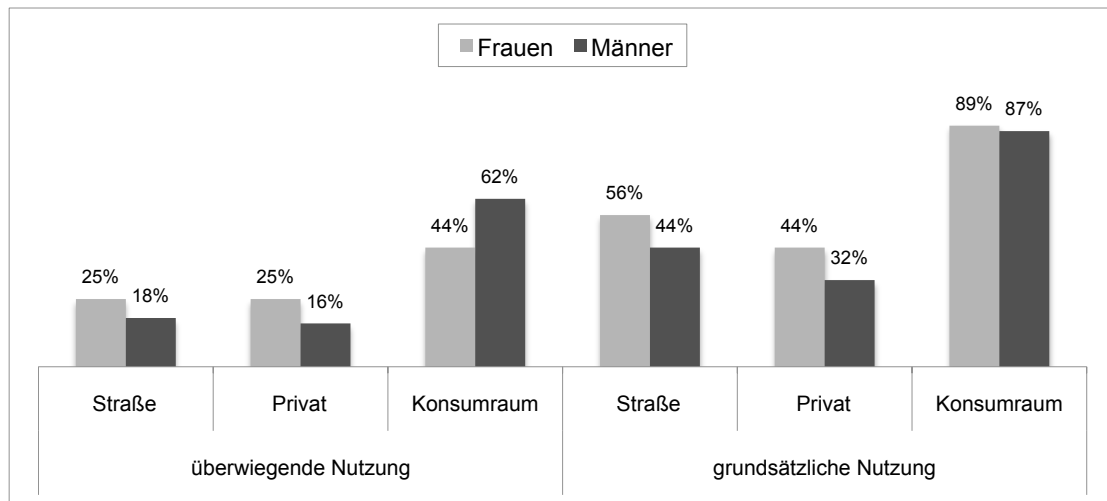
Im Vergleich zu den Erhebungen zuvor lässt sich 2008 der höchste Anteil an Frauen beobachten, die häufiger als achtmal pro Tag Drogen injizieren (1995: k.A.; 2002: 16%; 2003: 8%; 2004: 8%; 2006: 9%; 2008: 22%; n.s.). Diese Veränderung findet auch in einer gestiegenen Anzahl an täglichen Drogeninjektionen ihren Niederschlag: Hatten die Frauen in den früheren Befragungen durchschnittlich viermal am Tag Drogen injiziert, liegt der entsprechende Wert im Jahr 2008 bei rund fünf Injektionen – diese Entwicklung erreicht jedoch ebenfalls keine statistische Signifikanz.

7.4.2.3 Orte des Konsums

Wo der Konsum von Drogen – insbesondere der intravenöse Gebrauch, aber auch der Rauchkonsum von Crack – stattfindet, ist einerseits unter gesundheitlichen Gesichtspunkten interessant, da mit unterschiedlichen Konsumsettings auch unterschiedliche Gesundheitsrisiken einhergehen. Andererseits sind die Orte, an denen der Drogengebrauch erfolgt, auch unter ordnungspolitischen Aspekten von Bedeutung, da der öffentliche Konsum insbesondere für Anwohner und Außenstehende anstößig ist. Betrachtet werden in den anschließenden Ausführungen die Orte, die überwiegend sowie grundsätzlich für den intravenösen Konsum und das Crackrauchen genutzt werden.

Bezüglich des intravenösen Drogengebrauchs zeigt sich, dass die Mehrheit der im Jahr 2008 in Frankfurt befragten Frauen hierfür die Konsumräume aufsucht (s. Abb. 7.3). Fast alle (89%) nehmen dieses Drogenhilfeangebot grundsätzlich in Anspruch und 44% injizieren hier überwiegend. Als Hauptgründe für die Nutzung der Konsumräume nennen die Frauen Hygiene/Sauberkeit (31%), Schutz vor Strafverfolgung (25%), Sicherheit (19%) und Ruhe (13%).

Abbildung 7.3: Überwiegende und grundsätzliche^a Nutzung ausgewählter Orte für den i.v. Konsum nach Geschlecht (2008)



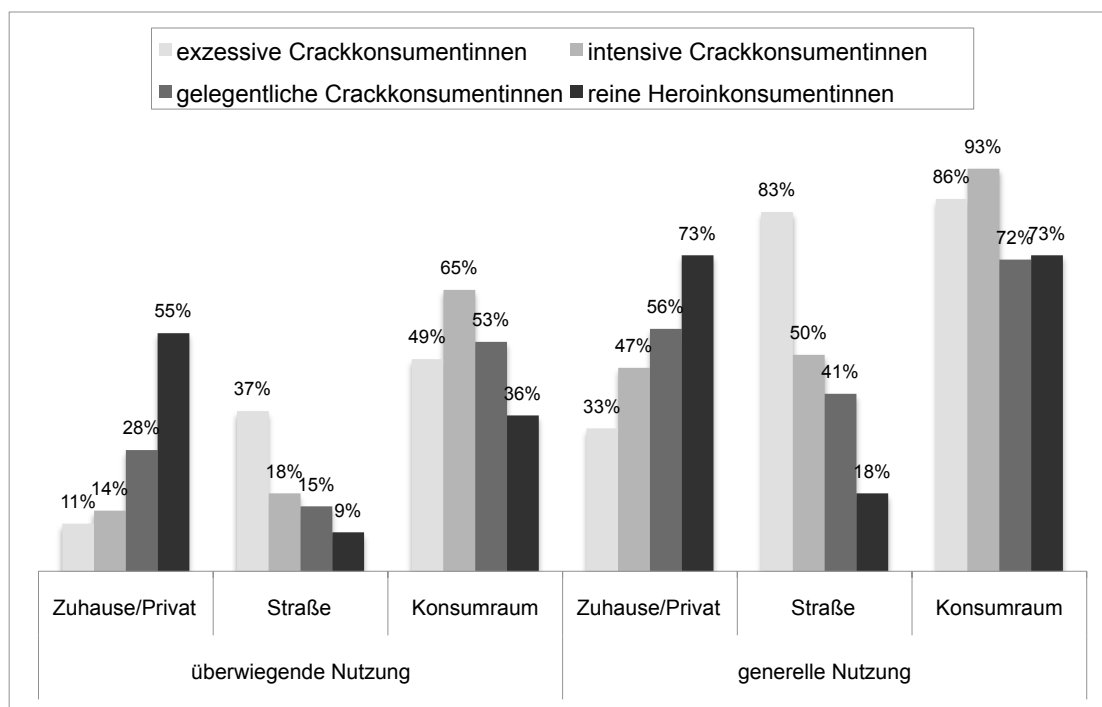
^a Mehrfachnennungen

Ein vergleichbar großer Anteil der Männer (87%) nutzt das Konsumraumangebot grundsätzlich, mit 62% gegenüber 44% injizieren jedoch mehr männliche als weibliche Befragte hier auch überwiegend. Ein größerer Anteil der Frauen injiziert demgegenüber sowohl unter anderem als auch überwiegend in privaten Räumlichkeiten und auf der Straße. Jede Vierte konsumiert vor allem „Zuhause“ oder in der Öffentlichkeit intravenös Drogen, während gut zwei Fünftel der Frauen zumindest gelegentlich in Privaträumen und fast drei Fünftel zum Teil in der Öffentlichkeit injizieren. Unter den Männern nutzt hingegen weniger als jeder Fünfte die Straße und nur rund jeder Sechste private Räumlichkeiten vorwiegend für den i.v. Konsum, knapp jeder Dritte injiziert zumindest gelegentlich in Privaträumen und rund zwei von fünf männlichen Befragten injizieren manchmal auf der Straße. Dass sie trotz des Konsumraumangebots auch immer wieder öffentlich intravenös konsumieren, begründen die Frauen insbesondere damit, dass sie für eine Drogeninjektion die Hilfe anderer („Service“) benötigen. Dieses Motiv wird deutlich seltener von den Männern angegeben. Weitere genannte Gründe sind die begrenzten Öffnungszeiten oder zu lange Wartezeiten in den Konsumräumen. Andere können wegen eines bestehenden Hausverbots – aufgrund einer Substitutionsbehandlung oder des Verstoßes gegen die Nutzungsregeln – die Konsumräume

nicht nutzen.¹⁶¹ Sonstige Orte (z. B. öffentliche Gebäude oder andere Räume der Drogenhilfe) spielen für den intravenösen Konsum bei beiden Geschlechtern keine Rolle.

Sehr deutliche Unterschiede bezüglich der für den i.v. Konsum grundsätzlich und primär genutzten Orte lassen sich für die verschiedenen Crack-Konsumgruppen beobachten (s. Abb. 7.4).

Abbildung 7.4: Überwiegende und grundsätzliche^a Nutzung ausgewählter Orte für den i.v. Konsum nach Vergleichsgruppen



^a Mehrfachnennungen

In allen Vergleichsgruppen zeigt sich zwar eine hohe Inanspruchnahme der Konsumräume, während jedoch jeweils die Mehrheit der Crackkonsumentinnen überwiegend die Konsumräume für den i.v. Konsum nutzt, trifft dies lediglich auf gut ein Drittel der reinen Heroinkonsumentinnen zu – das Gros dieser Gruppe (55%) injiziert vorwiegend in privaten Räumlichkeiten. Die Crackkonsumentinnen nutzen dagegen insgesamt deutlich seltener Privaträume für den i.v. Konsum, wobei mit dem Ausmaß des Crackkonsums sowohl das gelegentliche als auch das überwiegende Injizieren in Privatwohnungen kontinuierlich zurückgeht. Ein deutlicher Zusammenhang lässt sich zwischen der Intensität des Crackgebrauchs und dem intravenösen Konsum auf der Straße er-

¹⁶¹ §10a BtMG (Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen) definiert Drogenkonsumräume als Einrichtungen, „in deren Räumlichkeiten Betäubungsmittelabhängigen eine Gelegenheit zum Verbrauch von mitgeführten, ärztlich nicht verschriebenen Betäubungsmitteln verschafft oder gewährt wird.“ Der Betriebszweck des Drogenkonsumraums muss auf Risikominimierung (Abs. 3) und Ausstiegsorientierung (Abs. 4) ausgerichtet sein. Substituierte sind in Hessen/Frankfurt – wie in den meisten Bundesländern, außer in Hamburg – von der Konsumraumnutzung ausgeschlossen, weil die Substitutionsbehandlung mit dem Anspruch verknüpft ist, Beikonsumfreiheit zu erreichen. Zudem verpflichten sich die Betreiber von Konsumräumen, Maßnahmen zur Verhinderung von Straftaten nach §29 BtMG zu ergreifen, wonach es verboten ist, Betäubungsmittel an Dritte abzugeben oder zu verabreichen. Insofern ist das Teilen von Drogen oder das gegenseitige Injizieren in den Konsumräumen untersagt.

kennen. Mit der Häufigkeit des Crackkonsums steigt sowohl die grundsätzliche als auch die überwiegende Nutzung der Straße als Konsumort stark an. Während nur 18% der Nicht-Crackkonsumentinnen angeben, zumindest gelegentlich auf der Straße Drogen zu injizieren und nur 9% hier überwiegend injizieren, spritzen fünf von sechs der exzessiven Crackkonsumentinnen unter anderem in der Öffentlichkeit und über ein Drittel injiziert sogar meistens auf der Straße. Auch unter den intensiven und gelegentlichen Crackkonsumentinnen lassen sich mit 50% bzw. 41% vergleichsweise hohe Anteile für einen grundsätzlichen öffentlichen i.v. Konsum beobachten, wenngleich die Straße als primärer Konsumort nur noch von weniger als einem Fünftel der intensiven und gut einem Siebtel der gelegentlichen Crackkonsumentinnen genutzt wird. Statistisch signifikant sind die Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der primär für den intravenösen Drogengebrauch genutzten Orte (**) sowie für die grundsätzliche Nutzung von privaten Räumlichkeiten (*) und der Straße (***).

Die Betrachtung im Zeitvergleich veranschaulicht, dass seit 2002 jeweils die überwiegende Mehrheit der Frauen in erster Linie die Konsumräume für den i.v. Konsum nutzt. Insgesamt ist dieser Anteil jedoch im Beobachtungszeitraum tendenziell, wenn auch nicht signifikant, rückläufig (2002: 70%; 2003: 50%; 2004: 55%; 2006: 54%; 2008: 44%). In allen Befragungen gibt ein relevanter Teil der Frauen an, überwiegend auf der Straße Drogen zu injizieren (2002: 15%; 2003: 31%; 2004: 29%; 2006: 14%; 2008: 25%; n.s.). 1995 hatten jedoch noch 54% der Frauen die Straße, hingegen nur 16% einen Konsumraum als hauptsächlichen Ort für den i.v. Konsum genannt. Wenngleich somit der intravenöse Konsum in Frankfurt nach wie vor in einem bedeutenden Ausmaß auf der Straße stattfindet, so hat sich gegenüber Mitte der 1990er Jahre der öffentliche i.v. Konsum doch relativ stark reduziert und sich die Inanspruchnahme der Konsumräume deutlich erhöht.

Im Gegensatz zum intravenösen Konsum findet das Crackrauchen in einem hohen Ausmaß auf der Straße statt. Im Jahr 2008 geben 82% der Frauen und 85% der Männer an, Crack überwiegend auf der Straße zu rauchen und fast alle (Frauen: 96%; Männer: 98%) rauchen hier zumindest gelegentlich. Privaträume nehmen hingegen einen nur untergeordneten Stellenwert ein: 15% der Frauen und 10% der Männer rauchen Crack meistens und 44% der Frauen sowie 30% der Männer gelegentlich in privaten Räumlichkeiten. Ebenso wie für den intravenösen Konsum lässt sich damit auch für den inhalativen Crackkonsum eine etwas höhere Bedeutung von Privaträumen für Frauen beobachten. Andere Orte spielen für den Rauchkonsum keine wesentliche Rolle. Dies gilt auch für den Rauchraum, der im Jahr 2008 von keiner bzw. keinem Befragten als hauptsächlicher Konsumort angegeben und auch nur von einem Drittel der Frauen und einem Fünftel der Männer überhaupt genutzt wird. Als Gründe für die geringe Inanspruchnahme des Rauchraums werden die schlechten Öffnungszeiten, ein zu großer Aufwand (zu weiter Weg, 3. Stock, Warteliste etc.) oder ein bestehendes

Hausverbot genannt. Dass Crack überwiegend in der Öffentlichkeit geraucht wird, resultiert vor allem auch daraus, dass der Konsumort mit dem Kaufort „Straße“ zusammenfällt und das Bedürfnis nach dem sofortigen Konsum der Bereitschaft entgegensteht, weitere Anstrengungen zu unternehmen, um andere Örtlichkeiten für den Konsum aufzusuchen.

Im Vergleich der Crack-Konsumgruppen zeichnet sich ab, dass mit der Intensität des Crackgebrauchs die Nutzung der Straße als Konsumort unter den Frauen signifikant ansteigt. Während 84% der intensiven und 87% der gelegentlichen Crackkonsumentinnen im Allgemeinen Crack auf der Straße rauchen, trifft dies auf alle exzessiven Crackkonsumentinnen zu (*). 84% dieser Gruppe rauchen Crack überwiegend auf der Straße, während dies nur bei 70% der intensiven und 57% der gelegentlichen Crackkonsumentinnen der Fall ist (**). Umgekehrt reduziert sich der Anteil derjenigen, die Crack überwiegend privat rauchen, von 26% bei den gelegentlichen auf 8% bei den exzessiven Crackkonsumentinnen (intensive Crackkonsumentinnen: 22%; **). Prinzipiell werden private Räumlichkeiten für das Crackrauchen jedoch von jeweils rund der Hälfte der Vergleichsgruppen genutzt (exzessive Crackkonsumentinnen: 47%; intensive Crackkonsumentinnen: 56%; gelegentliche Crackkonsumentinnen: 50%; n.s.). Den Rauchraum nehmen immerhin noch 32% der exzessiven und intensiven Crackkonsumentinnen gelegentlich in Anspruch (gelegentliche Crackkonsumentinnen: 3%; **), aber so gut wie keine Befragte raucht hier meistens (exzessive Crackkonsumentinnen: 1%; intensive Crackkonsumentinnen: 2%; gelegentliche Crackkonsumentinnen: 0%; n.s.). Wie die Analyse im Zeitvergleich erkennen lässt, ist das Crackrauchen in der Öffentlichkeit über die Jahre hinweg angestiegen. Rauchten 2002 „nur“ 65% der Frauen Crack hauptsächlich auf der Straße, sind es 2008 immerhin 82% (1995: k.A.; 2003: 80%; 2004: 75%; 2006: 64%; **).

Es ist festzuhalten, dass für den intravenösen Drogengebrauch in erster Linie die Konsumräume aufgesucht werden, ein relevanter Teil der Frankfurter Szenezugehörigen – und hier mehr Frauen als Männer – injiziert jedoch auf der Straße oder in Privatwohnungen. Das Rauchen von Crack findet hingegen weit überwiegend in der Öffentlichkeit statt – dies hat sich auch durch die Implementierung des Rauchraums im September 2003 nicht verändert. Ein intensiver Crackkonsum geht dabei mit einer häufigeren Nutzung der Straße als Konsumort einher – dies gilt sowohl für den i.v. Konsum als auch für das Crackrauchen. Zu berücksichtigen ist, dass sich in den Gruppen der exzessiven und intensiven Crackkonsumentinnen die höchsten Anteile an Obdachlosen finden und somit vermutlich teilweise auch aufgrund mangelnder Alternativen die Straße als Konsumort gewählt wird. An den Daten lässt sich damit eine nach wie vor hohe Belastung des öffentlichen Raums durch den sichtbaren i.v. Konsum und den Crack-Rauchkonsum ablesen. Insbesondere das Injizieren in der Öffentlichkeit birgt verschiedene gesundheitliche Risiken, die aus den stressreichen und unhygienischen

Bedingungen der Straße resultieren. Hierbei ist zu vermuten, dass Frauen stärker als Männer durch diese Bedingungen gesundheitlich belastet sind, da ein größerer Anteil von ihnen auf der Straße injiziert und sie eine höhere Zahl an täglichen Drogeninjektionen aufweisen. Weiterhin ist anzunehmen, dass die Belastung mit der Intensität des Crackkonsums steigt, da die intensiven und exzessiven Crackkonsumentinnen nicht nur häufiger in der Öffentlichkeit konsumieren, sondern auch die höchste Anzahl an täglichen Drogeninjektionen aufweisen. Diese vermuteten Zusammenhänge werden in den Kapiteln 7.7.3 und 7.7.5 aufgegriffen und anhand der Überdosierungserfahrungen und des Gesundheitszustands näher untersucht.

7.4.3 Der Erwerb von Drogen: Preise, Verfügbarkeit und Qualität

Der Erwerb von Drogen ist ein weiteres wesentliches Element, das den Alltag in der Drogenszene strukturiert. Das Wissen darüber, wo welche Substanzen zu welcher Qualität und welchen Preisen erhältlich sind, ist entscheidend für die Befriedigung des Konsumbedürfnisses und erhält damit einen wichtigen Stellenwert für die Bewältigung des Szenealltags. Zunächst wird die Entwicklung der Schwarzmarktsituation in Frankfurt am Main für die Szenedrogen Heroin, Kokain, Crack und Benzodiazepine nachgezeichnet, wie sie sich anhand der Daten für den Zeitraum 2002 bis 2008 darstellt. Etwaige Veränderungen der Marktlage sind deshalb von Interesse, da sie Effekte auf das Konsumgeschehen haben und eventuell Hinweise auf offizielle Drogenkontrollstrategien liefern.

Wird zunächst die Preisentwicklung¹⁶² betrachtet, so zeigt sich anhand der Angaben der befragten Frauen ein seit 2004 relativ deutlicher, wenn auch nicht signifikanter, Preisrückgang für Heroin. Wurde der Grammpreis des Opiats zuvor noch mit durchschnittlich rund 70 Euro (2002: 67 Euro; 2003: 75 Euro) angegeben, lag er 2004 nur noch bei 38 Euro und 2006 sogar bei lediglich 30 Euro. 2008 wird der Preis von Heroin im Schnitt mit 40 Euro pro Gramm angegeben und erreicht damit wieder in etwa den Wert wie vier Jahre zuvor. Für den berichteten Preis von Crack lassen sich dagegen statistisch signifikante Entwicklungen beobachten: Zwischen 2002 und 2003 stieg der angegebene Preis der Substanz zunächst von 73 Euro auf 100 Euro pro Gramm an, reduzierte sich in den beiden folgenden Erhebungen deutlich (2004: 60 Euro; 2006: 50 Euro) und liegt im Jahr 2008 erneut bei durchschnittlich 100 Euro pro Gramm (**). Für Kokain und Benzodiazepine sind die Preise dagegen sehr stabil: Der Kokain-Grammpreis wird in allen Erhebungen einheitlich mit im Schnitt 60 Euro angegeben, der Preis für Benzodiazepine (erstmalig 2004 erhoben) liegt zwischen 1,50 und 1,60 Euro pro Tablette.

¹⁶² Aufgrund der großen Schwankungen bei den Preisangaben wurde hier nicht der Durchschnittswert, sondern der Median als Berechnungsgröße herangezogen.

Wie Tabelle 7.8 veranschaulicht, wird die Verfügbarkeit von Heroin, Benzodiazepinen und Crack in sämtlichen Erhebungen von den Frauen als sehr hoch eingeschätzt. Die Erhältlichkeit von Heroin hat sich im Beobachtungszeitraum sogar noch etwas erhöht, während Crack 2003 und 2004 besonders leicht zu erwerben war.

Tabelle 7.8: Einschätzung der Verfügbarkeit und Qualität der wichtigsten Szenedrogen nach Erhebungsjahr

	2002	2003	2004	2006	2008	Sig.
Verfügbarkeit						
Heroin						
leicht/sehr leicht	87%	90%	92%	96%	92%	n.s.
schwer/sehr schwer	13%	10%	8%	4%	8%	
Kokain						
leicht/sehr leicht	17%	16%	6%	28%	30%	***
schwer/sehr schwer	83%	84%	94%	72%	70%	
Crack						
leicht/sehr leicht	90%	94%	96%	90%	90%	(*) ^a
schwer/sehr schwer	10%	6%	4%	10%	10%	
Benzodiazepine						
leicht/sehr leicht	– ^b	– ^b	96%	86%	92%	n.s.
schwer/sehr schwer	– ^b	– ^b	4%	14%	8%	
Qualität						
Heroin						
gut/sehr gut	14%	20%	24%	20%	28%	n.s.
weniger gut	21%	22%	20%	30%	26%	
schlecht/sehr schlecht	48%	30%	44%	38%	38%	
Kokain						
gut/sehr gut	21%	14%	16%	40%	36%	***
weniger gut	2%	2%	2%	18%	20%	
schlecht/sehr schlecht	13%	2%	2%	8%	10%	
Crack						
gut/sehr gut	29%	28%	18%	8%	36%	*
weniger gut	19%	34%	28%	44%	24%	
schlecht/sehr schlecht	42%	34%	44%	42%	24%	

^a p=0,056.

^b Keine Daten vorhanden.

Ein deutlich anderes Bild zeichnet sich hingegen für Kokain ab. Bereits 2002 und 2003 schätzten jeweils über 80% der Frauen die Substanz als schwer oder sehr schwer erhältlich ein, 2004 wurde sogar von über 90% über eine schlechte Verfügbarkeit berichtet. Seit 2006 ist Kokain aber offensichtlich wieder etwas leichter (zumindest über Privathändler außerhalb des Frankfurter Bahnhofsviertels; s. u.) erhältlich.

Die Qualität von Heroin wird in allen Befragungen von der Mehrheit der Frauen als schlecht bis sehr schlecht eingeschätzt, wenngleich sich seit 2003 der Anteil derjenigen, die die Qualität des Opiats als gut oder sehr gut bewerten, erhöht hat. Für Crack hatte sich eine positive Qualitätseinschätzung zwischen 2002 und 2006 kontinuierlich und sehr deutlich von 29% auf 8% reduziert, 2008 bewertet jedoch mehr als ein Drittel

und damit die Mehrheit aller Erhebungen sowie der in dem Jahr Befragten die Qualität des Kokainderivats als gut bis sehr gut. Zudem beurteilen 2008 deutlich weniger Frauen als in den Erhebungen zuvor die Qualität von Crack als schlecht oder sehr schlecht. Die Kokain-Qualität wird in allen Befragungen mehrheitlich als gut oder sehr gut bezeichnet. Zu berücksichtigen ist, dass aufgrund der sehr niedrigen Konsumprävalenz in den Befragungen 2002 bis 2004 ein Großteil der Frauen (2002: 65%; 2003: 82%; 2004: 80%) keine Qualitätseinschätzung abgeben konnte. In den Jahren 2006 und 2008 waren es dann immerhin wieder zwei Drittel, die überhaupt in der Lage waren, die Kokainqualität zu bewerten.

Ihre Drogen erwerben die Frauen vor allem auf der Straßenszene im Frankfurter Bahnhofsviertel. Für 42% (2004) bis 62% (2008) stellt die „offene Drogenszene“ den wichtigsten Erwerbssort dar (2002: 60%; 2003: 62%; 2006: 60%; n.s.) und 60% (2004) bis 84% (2006) kaufen hier zumindest gelegentlich ihre Drogen (2002: 79%; 2003: 74%; 2008: 82%; *). Auffällig ist, dass im Jahr 2004 ein jeweils deutlich geringerer Anteil der Frauen das Bahnhofsviertel als primären und grundsätzlichen Ort des Drogenerwerbs angibt. Seit der Befragung 2004 wird ebenfalls erhoben, ob Drogen auch in der Öffentlichkeit außerhalb des Bahnhofsviertels gekauft werden. Im Jahr 2004 gaben jeweils 18% der Frauen die Straße außerhalb des Bahnhofsviertels als wichtigsten und grundsätzlichen Drogenerwerbssort an, 2006 kauften sogar 52% ihre Drogen unter anderem und 24% überwiegend abseits des Bahnhofsgebiets auf der Straße. 2008 sind es dann jedoch wieder nur noch 2% bzw. 16% der weiblichen Befragten, die überwiegend oder unter anderem ihre Drogen auf der Straße außerhalb des Bahnhofsviertels erwerben. Diese statistisch signifikante Entwicklung (*) kann als Effekt der seit Mitte 2002 veränderten bzw. intensivierten Polizeiaktivität im Frankfurter Bahnhofsviertel (vgl. Müller et al. 2007: 48) gewertet werden, die auch in dem im Juli 2004 gestarteten Projekt „OSSIP“ (vgl. Kap. 7.1) ihren Ausdruck findet. Offenbar hat diese veränderte Polizeitaktik kurzfristig zu einem stärkeren Ausweichen der Drogendealer und damit auch der Konsumierenden auf andere Stadtgebiete geführt.

Wenngleich die Straße der hauptsächliche Drogenerwerbssort ist, verfügen die Frauen meist auch über private Bezugsquellen. Etwa jede zweite (48%) der im Jahr 2008 Befragten kauft ihre Drogen gelegentlich und jede dritte (32%) hauptsächlich bei einem Privatdealer.¹⁶³ Der Vorteil von Privathändlern liegt darin, dass sie in der Regel Drogen von besserer Qualität anbieten.

„Also meistens kauf' ich privat. (...) Die Qualität ist dann auch besser und ich krieg' halt mehr für's Geld, als wie hier auf der Straße“ (Trixi, 28 Jahre).

Einige Frauen verfügen über mehrere Privatquellen, während andere ihre Drogenversorgung auf einem einzigen privaten Stammdealer aufbauen. Mehrere private Bezugs-

¹⁶³ Andere Orte wie Bars, Diskotheken oder auch Drogenhilfeeinrichtungen spielen für den Drogenerwerb keine Rolle.

quellen zu haben, bietet den Vorteil einer relativ sicheren Versorgung mit qualitativ besseren Drogen. Besitzen die Frauen lediglich einen festen Stammdealer und fällt dieser (auch nur kurzfristig) weg, sind sie erneut auf die qualitativ minderwertigeren Drogen des Straßenhandels angewiesen.

„Ich bin halt auch ziemlich gutes Zeug gewöhnt, weil ich hier 'ne gute Privatconnection hab'. Aber der ist halt ziemlich unregelmäßig hier, und ich kann ihn nicht erreichen. Also wenn ich von dem Zeug hab', da brauch' ich nicht so viel, da komm' ich mit, wenn ich 30 Euro ausbebe oder so, komm' ich damit den ganzen Tag hin, da hab' ich drei Drucks. 'Ne Zeit lang war ich nur auf das Zeug dosiert, und dann war der im Urlaub und ich musste dann hier mir das Zeug von der Straße kaufen, da kam ich gar nicht mehr zurecht“ (Dodo, 31 Jahre).

Auch wenn die Frauen Privatdealer kennen, können sie diese Bezugsquelle aufgrund ihrer derzeitigen finanziellen Situation nur vergleichsweise selten in Anspruch nehmen. Dies betrifft vor allen Dingen Crack. Anders als in der Straßenszene, wo die Substanz in Kleinstmengen ab 10 bis 20 Euro gehandelt wird, verkaufen private Dealer das Kokainderivat meist erst ab einem Wert von etwa 40 bis 50 Euro. Den Frauen fehlt es oftmals schlicht an den notwendigen finanziellen Mitteln, um die Substanz privat und damit eben auch in größeren Mengen zu erwerben.

„Wenn man die Möglichkeit hat, gut einzukaufen, die ich auch hab', da braucht man halt mindestens vierzig, fünfzig Euro dafür und kann dann privat kaufen. (...) Nur ist das halt schwierig für mich, gleich vierzig, fünfzig Euro auf einen Schlag zusammenzukriegen“ (Lela, 32 Jahre).

„Wenn ich jetzt zum Beispiel Sozi habe, dann hol ich bei der richtigen Person, dann hole ich nicht hier, sondern gleich bei der richtigen Person, wo ich dann auch für das Geld hier nur 'nen Furz kriege, krieg' ich bei der Person dann richtig was. Dann tu' ich gleich erst mal 'nen Fuffi, fünfzig Euro, ausgeben. (...) Und hier auf der Szene hole ich, wenn ich halt nur so zehn, zwanzig Euro hab'“ (Paula, 25 Jahre).

Bezüglich des Frankfurter Straßenhandels mit Crack berichten die interviewten Frauen auch immer wieder über den Verkauf von Imitaten.

„Die tun manchmal Migränepulver kaufen, in der Apotheke, und kochen das zu falschen Steinen“ (Lela, 32 Jahre).

Unter anderem wird der Handel mit derartigen Fälschungen auf eine kurzzeitige Verknappung der Angebotsseite zurückgeführt. Wird ein Imitat erworben, muss erneut Geld beschafft werden.

„Also wenn man die Leute hat, dann kriegt man eigentlich immer was, aber es gibt auch Tage, da ist es unmöglich. Da sind keine Dealer da, und auch so von uns die Leute, die verkaufen... gar nichts gibt's dann, und dadurch ist es dann auch so, dass viele Falsches verkaufen, Migränepulver, so die Situation ausnutzen. Dass jetzt die Frau dann wieder die Beine breit machen muss, das interessiert die nicht“ (Paula, 25 Jahre).

Qualitätskontrollen von Crack sind im schnellen Straßenhandel kaum möglich. Einige Interviewpartnerinnen geben jedoch verschiedene Testmöglichkeiten an, anhand derer sie die Qualität des erworbenen Cracks annähernd beurteilen können.

„Also wenn der Stein recht fest ist, ist er auf jeden Fall besser, wie wenn's so krümelt“ (Paula, 25 Jahre).

„Im Mund kannst du das feststellen. Oder mit Zigarette, wenn's extrem pervers stinkt, kannst du's wegschmeißen. Oder wenn's im Mund brennt, gleich wieder ausspucken und weg, das sind Tabletten“ (Tess, 33 Jahre).

Meist wird aber erst beim eigentlichen Konsum erkennbar, ob es sich um gutes oder schlechtes Crack oder um eine Fälschung handelt.

„Wenn du das auf die Pfeife legst, ist die ganze Pfeife im Arsch, da kann man die Pfeife gerade wegschmeißen, das ist halt so'n Pappkram, und der kostet zehn Cent und das verkaufen die halt für 30, 40 Euro hier auf der Straße“ (Lela, 32 Jahre).

Insbesondere bezüglich des intravenösen Crackkonsums entsteht durch die stark schwankende Qualität der Substanz ein hohes Risikopotenzial.

„Das muss man leider feststellen, indem man es kauft und es turnt nicht, oder du machst Dir 'nen Cocktail, und dann merkst du erst, wie gut der Stein ist“ (Paula, 25 Jahre).

Kokain ist der Frankfurt Straßenszene kaum erhältlich. Über private Quellen kann die Substanz lediglich in Grammengen bezogen werden, sodass viele Frauen auf Crack umgestiegen sind, auch wenn ihre Präferenz möglicherweise dem Pulver gilt.

„Kokspulver gibt's gar keins mehr. Nur noch privat, wenn du Privatconnections hast, dann kriegst du noch Pulver, aber ansonsten nicht“ (Jessy, 23 Jahre).

„Das ist nicht so einfach. Also ich kann drankommen über einen Bekannten von mir, aber das ist auch teuer. Obwohl, es ist relativ billig im Gegensatz zu den Steinen. Das kostet, was weiß ich, 70, 80 Euro das Gramm. Aber die verkaufen das eben erst ab einem Gramm“ (Lela, 32 Jahre).

Insgesamt zeichnen sich im Beobachtungszeitraum zum Teil deutliche Veränderungen der Schwarzmarktsituation ab. Dies betrifft zum einen den Preisrückgang bei Heroin, bei einer gleichzeitig etwas erhöhten Verfügbarkeit und einer tendenziellen Qualitätssteigerung des Opiats, vor allem jedoch die nach wie vor schwere Erhältlichkeit von Kokain, wenngleich sich die Versorgungssituation offenbar wieder etwas einfacher als in den Jahren zuvor gestaltet. Diese Veränderungen spiegeln sich sehr deutlich in den Entwicklungen der Kokain-Konsumprävalenz wider (vgl. Kap. 7.4.2.1). Darüber hinaus scheint sich im Jahr 2008 auch die Qualität von Crack gegenüber den Vorjahren wieder verbessert zu haben. Ein deutlicher Effekt des polizeilichen Vorgehens ist dahingehend zu beobachten, dass ein Teil der Drogenhandelsaktivitäten kurzfristig auf Gebiete außerhalb des Frankfurter Bahnhofsviertels verlagert wurde.

Wenngleich eine insgesamt hohe Verfügbarkeit für Heroin, Crack und Benzodiazepine besteht, ist die Angebotsseite – unter anderem beeinflusst durch die Polizeipräsenz oder die Tages- bzw. Nachtzeit – immer wieder Schwankungen unterworfen. Die Frauen müssen sich daher in ihrem Alltag immer wieder auf szenespezifische oder auch individuelle Veränderungen der Drogenversorgungssituation einstellen. Dabei gilt es nicht nur, Dealer aufzutun, die Drogen von vergleichsweise guter Qualität verkaufen bzw. Händler mit qualitativ minderwertigen Drogen zu meiden, sondern auch einen Blick für Imitate oder gefährliche Strecksubstanzen zu gewinnen, die Preise der gehandelten Drogen zu kennen und bei Drogentransaktionen nicht die Aufmerksamkeit der Strafverfolgungsbehörden zu erregen.

7.4.4 Finanzierung des Drogenkonsums

Die Aktivitäten zur Drogenfinanzierung strukturieren den Szenealltag insofern, als sie den größten zeitlichen Rahmen beanspruchen und darüber bestimmen, mit welcher Häufigkeit und in welcher Menge Drogen konsumiert werden können. Vor dem Hintergrund, dass unter den Szeneangehörigen eine hohe Arbeitslosigkeit herrscht, kommt der Drogenszene eine äußerst wichtige Funktion als „informeller Arbeitsmarkt“ (Kemesies 1995a: 34) zu. Verschiedene Forschungsarbeiten (vgl. Kap. 4.4.1) weisen in diesem Kontext darauf hin, dass die Strategien der Geld- und Drogenbeschaffung geschlechtsspezifisch differenziert sind. Während die Drogenprostitution als typisch weibliche Form der Drogenfinanzierung gilt, wird der Drogenhandel als Männerdomäne angesehen. Im Folgenden wird daher der Frage nachgegangen, ob sich diese Geschlechtsspezifität auch in der vorliegenden Untersuchung bestätigen lässt. Zudem werden Unterschiede in den Finanzierungsmustern von Crack- und Heroinkonsumentinnen sowie etwaige Veränderungen der weiblichen Beschaffungsmuster beleuchtet.

Die im Jahr 2008 befragten Frauen geben ihren wöchentlichen Einnahmen mit durchschnittlich 445 Euro an und die Männer mit 668 Euro. Im Mittel verwenden die Frauen 372 Euro, die Männer 533 Euro pro Woche für Drogen. Werden Verdienst und Drogenausgaben miteinander in Bezug gesetzt, zeigt sich, dass die Frauen 84% und die Männer 80% ihres Einkommens für Drogen ausgeben.

Keineswegs überraschend sind die Unterschiede bezüglich der Einnahmen und Drogenausgaben zwischen den verschiedenen Konsumgruppen. Die Nicht-Crackkonsumentinnen verfügen durchschnittlich über 161 Euro pro Woche, die gelegentlichen Crackkonsumentinnen über 366 Euro und die intensiv Crackkonsumierenden über 493 Euro. Den exzessiven Crackkonsumentinnen stehen demgegenüber wöchentlich im Schnitt 1060 Euro zur Verfügung (***). Im Mittel geben die reinen Heroinkonsumentinnen 120 Euro pro Woche für Drogen aus, für die gelegentlichen Crackkonsumentinnen steigt dieser Wert auf 265 Euro, für die intensiven Crackkonsumentinnen auf 425 Euro und für die exzessiven Crackkonsumentinnen schließlich auf 984 Euro an (***). Die exzessiven und intensiven Crackgebraucherinnen verwenden damit fast ihr gesamtes Einkommen für Drogen, während die gelegentlichen und die Nicht-Crackkonsumentinnen nur rund drei Viertel ihrer Einnahmen für Drogen ausgeben.

Über die Erhebungsjahre hinweg lassen sich bezüglich der finanziellen Situation der Frauen relativ deutliche Schwankungen erkennen. Mit durchschnittlich 445 Euro lag im Jahr 2008 das geringste Einkommen aller Erhebungen vor, 2003 stand den Frauen dagegen mehr als doppelt so viel Geld (960 Euro) pro Woche zur Verfügung. In allen anderen Befragungen bewegt sich das wöchentliche Durchschnittseinkommen der Frauen zwischen etwas mehr als 500 Euro und 600 Euro (1995: 531 Euro; 2002: 511 Euro; 2004: 538 Euro; 2006: 615 Euro; *). Auch die wöchentlichen Ausgaben für Drogen schwanken sehr deutlich. So geben die im Jahr 2008 befragten Frauen durch-

schnittlich 372 Euro pro Woche für Drogen aus, in der Befragung 2003 waren es hingegen 840 Euro. In den übrigen Erhebungen betragen die wöchentlichen Ausgaben für Drogen etwas weniger oder etwas mehr als 500 Euro (1995: 497 Euro; 2002: 446 Euro; 2004: 463 Euro; 2006: 510 Euro; *). Trotz dieser uneinheitlichen Schwankungen ist dennoch eine kontinuierliche Entwicklung erkennbar: Über den Beobachtungszeitraum hinweg sinkt der Anteil des Einkommens, der für Drogen aufgewendet wird, um zehn Prozentpunkte (1995: 94%; 2002: 87%; 2003: 87%; 2004: 86%; 2006: 83%; 2008: 84%; n.s.).

Werden die Einkommensquellen der Befragten betrachtet, über die sie sich in der zurückliegenden Woche hauptsächlich oder teilweise finanziert haben, lassen sich sowohl signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede als auch signifikante Differenzen zwischen den Konsumgruppen beobachten. Die nachfolgende Tabelle 7.9 gibt zunächst einen Überblick über die Finanzierungsquellen der im Jahr 2008 befragten Frauen und Männer.

Tabelle 7.9: Primäre und generelle^a Einkommensquellen der letzten Woche nach Geschlecht (2008)

	Frauen		Männer		Sig. ^b
	primär	generell	primär	generell	
Arbeit	0%	15%	10%	20%	n.s.
Arbeitslosengeld (ALG I)	0%	4%	21%	34%	***
ALG II/Sozialhilfe	31%	71%	24%	40%	**
Eltern/Familie	2%	15%	2%	14%	n.s.
Partner	4%	13%	1%	4%	n.s.
Freunde/Bekannte	4%	17%	2%	4%	*
Prostitution	27%	42%	0%	0%	***
Drogengeschäfte	21%	38%	25%	43%	n.s.
„Service machen“	0%	2%	2%	4%	n.s.
sonstige legale Quellen	6%	21%	5%	15%	n.s.
sonstige illegale Quellen	4%	6%	8%	32%	**
Legalstatus der Einnahmequellen					
nur legal	56%		42%		n.s.
nur illegal	4%		10%		
legal und illegal	40%		47%		

^a Mehrfachnennungen

^b Die Signifikanz bezieht sich jeweils auf die generelle Einkommensquelle. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich der primären Einkommensquellen sind insgesamt statistisch signifikant (***).

Wie die in Kapitel 7.2.2 dargestellte Beschäftigungssituation vermuten lässt, finanziert sich nur jeweils eine Minderheit der Frauen und Männer über eine Arbeitsstelle, jedoch geben mehr Männer als Frauen einen Job als Einnahmequelle an. Darüber hinaus beziehen signifikant mehr Männer Arbeitslosengeld I, ein Unterschied, der im Einklang mit der beobachteten kürzeren Dauer der Arbeitslosigkeit unter den männlichen Befragten steht (vgl. Kap. 7.2.2). Für die überwiegende Mehrheit der Frauen (71%) nimmt

die Sozialhilfe als Basisfinanzierung einen herausragenden Stellenwert ein. Alleine von der staatlichen Unterstützung leben, können allerdings die wenigsten.

„Ich leb' von Sozialhilfe. Aber das Geld, das reicht halt hinten und vorne nicht“ (Lela, 32 Jahre).

„Seit 'nem halben Jahr krieg' ich jetzt Sozialhilfe, aber das krieg' ich nicht mit, weil es ist auch gleich weg, weil das Geld, das ziehst du, und das geht so schnell wieder weg“ (Nele, 23 Jahre).

Trotz des hohen Anteils an Frauen, die Sozialleistungen erhalten, stellt die staatliche Hilfe für weniger als jede Dritte auch die Haupteinnahmequelle dar. Unter den Männern sind die Anteile derer, die Sozialhilfeleistungen als generelle oder primäre Einkommensquelle angeben, aber deutlich geringer. Nach dem ALG II/Sozialhilfe ist die Prostitution die zweitwichtigste Einnahmequelle für die weiblichen Befragten. Rund zwei von fünf Frauen gehen zeitweise der Beschaffungsprostitution nach und mehr als jede Vierte verdient hierüber den Hauptteil ihres Einkommens. Gut ein Fünftel der Frauen finanziert sich darüber hinaus hauptsächlich und mehr als ein Drittel unter anderem über Aktivitäten im Drogenhandel. Die Anteile der Männer hinsichtlich der Finanzierung über den Drogenhandel liegen nur wenige Prozentpunkte über den Werten der Frauen, sodass sich keine männliche Dominanz des Distributionsgeschehens anhand der Daten abzeichnet. Die quantitativen Daten lassen jedoch keine Schlussfolgerungen darüber zu, ob Männer und Frauen die unterschiedlichen Hierarchiestufen des Drogenhandels gleichmäßig besetzen, oder ob Frauen eher auf den unteren Stufen des Handelsgeschehens – z. B. in der Rolle als Vermittlerin oder als „Drogenbunker“ – zu finden sind. Wird der durchschnittliche Verdienst der in den Drogenhandel involvierten männlichen und weiblichen Befragten verglichen, zeigt sich, dass die Frauen mit durchschnittlich 614 Euro wesentlich geringere wöchentliche Einnahmen durch Drogengeschäfte angeben als die Männer (1064 Euro). Dementsprechend ist zu vermuten, dass Frauen entweder weniger kontinuierlich in den Drogenhandel eingebunden sind oder aber Positionen besetzen, die weniger lukrativ sind. Darauf, dass Männer mehr Geld im Rahmen des Drogenhandels verdienen, deutet auch hin, dass die Mehrheit von ihnen Drogenhandelsaktivitäten als generelle (43%) bzw. hauptsächliche (25%) Einkommensquelle angibt. Keine Geschlechterdifferenzen bestehen bezüglich der finanziellen Unterstützung durch die Familie, während Frauen etwas häufiger als Männer in der zurückliegenden Woche Geld von ihrem Partner sowie von Freunden oder Bekannten erhalten haben. Ein weiterer signifikanter Unterschied betrifft die Bedeutung der indirekten Beschaffungskriminalität („sonstige illegale Quellen“) für die Drogenfinanzierung: Knapp jeder dritte Mann, jedoch nur 6% der Frauen erwerben hierüber zumindest einen Teil ihrer finanziellen Mittel. Andere legale Finanzierungswege (Dosen sammeln, Betteln etc.) werden demgegenüber häufiger von den Frauen als generelle Einkommensquelle genutzt. Das „Service machen“ spielt für beide Geschlechter keine Rolle.

Insgesamt finanzieren sich nahezu drei von fünf Frauen (56%) und rund zwei von fünf Männern (42%) ausschließlich über legale Quellen¹⁶⁴. Nur 4% der Frauen und ein Zehntel der Männer bauen die Drogenfinanzierung ausschließlich auf illegalen Quellen auf, bei zwei Fünfteln der weiblichen und nahezu der Hälfte der männlichen Befragten (47%) stützt sich der Gelderwerb auf legale und illegale Quellen. Für die befragten Männer nehmen illegale Einnahmequellen somit einen höheren Stellenwert ein. Ein Teil des Drogenbedarfs wird zudem bargeldlos gedeckt. Für die zurückliegende Woche geben 34% der Frauen und 51% der Männer an, Drogen für bestimmte Dienste (z. B. im Rahmen des Drogenhandels oder der Prostitution) erhalten zu haben (*).

Wie sich an Tabelle 7.10 ablesen lässt, weisen die verschiedenen Gruppen von Crack- und Heroinkonsumentinnen sehr unterschiedliche Finanzierungsmuster auf.

Tabelle 7.10: Generelle Einkommensquellen^a der letzten Woche nach Vergleichsgruppen

	exzessive Crack-konsumentinnen (>8x Crack/Tag)	intensive Crack-konsumentinnen (≤8x Crack/Tag)	gelegentliche Crackkonsumentinnen (Crack nicht täglich)	reine Heroinkonsumentinnen (kein Crack)	Sig.
Arbeit	8%	13%	28%	42%	**
staatliche Unterstützung ^b	51%	56%	74%	42%	**
Familie	4%	15%	11%	33%	**
Partner	11%	7%	7%	33%	*
Prostitution	50%	43%	20%	8%	***
Drogenhandel	56%	23%	23%	25%	***
„Service machen“	6%	5%	3%	0%	n.s.
andere legale Quellen	11%	10%	14%	25%	n.s.
andere illegale Quellen	6%	9%	6%	0%	n.s.
Legalstatus der Einkommensquellen					
nur legal	40%	64%	67%	75%	**
nur illegal	14%	7%	1%	0%	
legal/illegal	46%	30%	32%	25%	

^a Mehrfachnennungen

^b Zusammengefasst: Arbeitslosengeld I und II.

Der Anteil der Befragten, die sich über eine Arbeitsstelle finanzieren, reduziert sich signifikant über die Gruppen hinweg von 42% (reine Heroinkonsumentinnen) auf 8% (exzessive Crackkonsumentinnen). Für jeweils einen Großteil der Vergleichsgruppen stellen staatliche Unterstützungsleistungen eine Einnahmequelle dar, wenngleich sich auch hier Besonderheiten beobachten lassen. Mit einem Anteil von knapp drei Vierteln erhalten die gelegentlichen Crackkonsumentinnen am häufigsten staatliche Finanzierungshilfen. Unter den exzessiven und intensiven Crackkonsumentinnen sinkt dieser Anteil auf etwas mehr als 50% und liegt bei den Nicht-Crackkonsumentinnen mit 42%

¹⁶⁴ Auch wenn die Frauen im Sperrbezirk anschaffen und davon auszugehen ist, dass ein erheblicher Teil nicht als Prostituierte registriert ist, wird die Sexarbeit hier zu den legalen Finanzierungsarten gerechnet.

noch etwas niedriger. Dass sich unter den exzessiven und intensiven Crackkonsumentinnen, trotz eines im Vergleich zu den gelegentlichen Crackkonsumentinnen höheren Anteils an Arbeitslosen ein niedrigerer Anteil an Empfängerinnen von Sozialleistungen befindet, lässt sich vermutlich darauf zurückführen, dass sich diese Frauen schlicht seltener um die Beantragung staatlicher Hilfen kümmern.¹⁶⁵ Ebenfalls signifikant sind die Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen bezüglich der finanziellen Unterstützung durch die Familie oder den Partner. Während jeweils ein Drittel der reinen Heroinkonsumentinnen eine derartige Unterstützung erfährt, werden nur zwischen 4% und 15% der Crackkonsumentinnen durch ihre Familie und lediglich zwischen 7% und 11% durch ihren Lebenspartner finanziell unterstützt. Möglicherweise sind diese Unterschiede als Hinweis darauf zu werten, dass Frauen, die kein Crack konsumieren, noch vergleichsweise gut sozial integriert sind und weiterhin Kontakt zu ihren Familien haben. Eine Rolle hierfür mag auch spielen, dass die Befragten ohne Crack-Konsumerfahrungen durchschnittlich jünger sind als die Frauen der anderen Vergleichsgruppen (vgl. Kap. 7.2.1). Sehr deutliche Gruppendifferenzen offenbaren sich auch im Hinblick auf die Finanzierung durch die Prostitution und den Drogenhandel. Jede zweite exzessive Crackkonsumentin geht der Beschaffungsprostitution nach, bei den intensiven Crackkonsumentinnen sind es noch etwa zwei von fünf Frauen und unter den gelegentlichen Crackkonsumentinnen hingegen nur noch jede Fünfte. Demgegenüber gibt lediglich eine Nicht-Crackkonsumentin (8%) die Beschaffungsprostitution als Einkommensquelle an. Es zeigt sich somit ein starker Zusammenhang zwischen der Intensität des Crackkonsums und der Finanzierung über die Sexarbeit. Zudem stellen Aktivitäten im Drogenhandel für mehr als jede zweite exzessive Crackkonsumentin und damit signifikant häufiger als für die Frauen der anderen Gruppen eine Einkommensquelle dar. Im Unterschied zur Drogenprostitution steigt jedoch die Beteiligung am Drogenhandel nicht parallel zur Intensität des Crackkonsums an. Der Anteil an den am Drogenhandel Beteiligten liegt in den drei übrigen Gruppen relativ gleichauf bei rund einem Viertel. Das „Service machen“ oder andere illegale Einkommensquellen spielen in allen Gruppen als Finanzierungsart kaum eine Rolle. Andere legale Einnahmequellen nehmen im Beschaffungsmuster der Crackkonsumentinnen ebenfalls keinen besonderen Stellenwert ein, werden jedoch von immerhin einem Viertel der reinen Heroinkonsumentinnen als Einkommensart angegeben. Jeweils nur eine Minderheit aller Vergleichsgruppen finanziert sich ausschließlich über illegale Wege, wenngleich hierfür der Anteil über die Untersuchungsgruppen hinweg auf 14% bei den exzessiven Crackkonsumentinnen ansteigt. Umgekehrt reduziert sich der Anteil für ein ausschließlich auf legalen Mitteln basierendes Finanzierungsmuster von 75% bei den Nicht-Crackkonsumentinnen auf 40% bei den exzessiven Crackkonsumentinnen. In letztge-

¹⁶⁵ Insofern die Befragten Sozialleistungen erhalten, wurden diese anteilig berechnet. Der geringere Anteil an Sozialleistungsempfängerinnen resultiert somit nicht daraus, dass die Frauen bereits in der Woche zuvor ihre gesamte staatliche Unterstützung ausgegeben haben.

nannter Gruppe weist zudem nahezu die Hälfte ein Finanzierungsmuster auf, das sich aus legalen und illegalen Einnahmequellen zusammensetzt. Unter den intensiven und gelegentlichen Crackkonsumentinnen finanziert sich dagegen nur jeweils etwa ein Drittel sowohl über legale als auch illegale Quellen und in der Gruppe der Frauen ohne Crackkonsum liegt der Anteil bei lediglich einem Viertel. Ebenfalls decken mehr intensive und exzessive Crackkonsumentinnen ihren Drogenbedarf teilweise bargeldlos, indem sie Drogen im Austausch für Dienste erhalten. Während jeweils nur jede vierte reine Heroinkonsumentin und gelegentliche Crackkonsumentin über einen solchen Tauschhandel für die zurückliegende Woche berichtet, sind es bei den intensiven Crackkonsumentinnen gut ein Drittel (37%) und bei den exzessiven Crackkonsumentinnen sogar knapp die Hälfte (47%; *).

Es lässt sich festhalten, dass die Frauen ihren finanziellen Bedarf über verschiedene Quellen decken und dabei auf die Einkommensmöglichkeiten, die ihnen die Ökonomie der Frankfurter Drogenszene bietet, zurückgreifen. Die Frauen finanzieren sich seltener als Männer über eine Arbeitsstelle, Arbeitslosengeld I oder die indirekte Beschaffungskriminalität, erhalten jedoch häufiger ALG II/Sozialhilfe und finanzielle Unterstützung durch Freunde oder Bekannte – vermutlich handelt es sich hierbei teilweise auch um „Sozialfreier“¹⁶⁶. Ein relevanter Teil der Frauen, jedoch kein Mann geht der Beschaffungsprostitution nach, sodass sich die Sexarbeit als typisch weibliche Form der Drogenfinanzierung bestätigt.

In den Interviews wird zudem deutlich, dass die Einkommenslage der Frauen auch immer wieder Schwankungen unterworfen ist, die Veränderungen des Drogengebrauchsverhaltens bewirken.

„Ja, mich ham' 'se auch schon gefragt, warum ich nicht mehr arbeite (Prostitution nachgehen; Anm. C. B.), weil ich halt jetzt auch kein' Stein mehr hab', nee, kein Geld dafür. Ich vermittele dann immer nur. Kuck' nach Kunden, die 'nen Stein kaufen wollen, und geh' dann zu dem Dealer hin. So finanziere ich mein Leben g'rad“ (Tess, 33 Jahre).

„Also, ich muss sagen, ich drücke eigentlich in letzter Zeit viel weniger als sonst, das liegt aber auch daran, dass das Geschäft mit dem Arbeiten (Prostitution; Anm. C. B.) halt total schlecht geht“ (Dodo, 31 Jahre).

Für die Finanzierungsmuster der Konsumgruppen lässt sich konstatieren, dass die Nicht-Crackkonsumentinnen vor allem über Einkommensquellen verfügen (wie Arbeit, Familie, Partner und staatliche Unterstützung), die nicht direkt an die Ökonomie der Drogenszene gebunden sind und darauf hindeuten, dass die Frauen noch vergleichsweise gut sozial integriert sind und über soziale Unterstützungssysteme verfügen. Die gelegentlichen Crackkonsumentinnen finanzieren sich vor allem über staatliche Unterstützungsleistungen oder eine Arbeitsstelle und gehen vergleichsweise selten der Beschaffungsprostitution nach. Die exzessiven und intensiven Crackkonsumentinnen ge-

¹⁶⁶ Sozialfreier sind in der Regel ältere, alleinstehende Männer, die nicht nur Stammfreier der Frauen sind, sondern ihnen auch eine Unterkunft, die Versorgung mit Essen, teilweise auch mit Drogen und anderen Konsumgütern bieten. Nicht selten entwickeln diese Männer „Rettungsphantasien“ und wollen die Frauen – keinesfalls uneigennützig – von ihrem Drogenkonsum und der Prostitution befreien.

nerieren dagegen ihr Einkommen vor allem über die Prostitution und sind im Falle der exzessiven Crackgebraucherinnen auch vergleichsweise stark am Drogenhandelsgeschehen beteiligt. Damit offenbart sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Intensität des Crackgebrauchs und der Finanzierung durch Einnahmequellen, die innerhalb der Szeneökonomie existieren. Dass die exzessiv Crackkonsumierenden besonders stark an die ökonomischen Funktionen der Drogenszene gebunden sind, verdeutlicht sich auch daran, dass sie sich signifikant häufiger als die anderen Gruppen in der Szene aufhalten, um (unter anderem) „Geschäfte abzuwickeln“ (exzessive Crackkonsumentinnen: 78%; intensive Crackkonsumentinnen: 42%; gelegentliche Crackkonsumentinnen: 38%; reine Heroinkonsumentinnen: 17%; ***).

Auch im längsschnittlichen Vergleich lassen sich zum Teil signifikante Veränderungen bezüglich der Drogenfinanzierung der Frauen ausmachen (s. Tab. 7.11). Dies betrifft in erster Linie die Finanzierung über staatliche Unterstützungsleistungen, die indirekte Beschaffungskriminalität (z. B. Diebstahl) und das „Service machen“.

Tabelle 7.11: Einnahmequellen^a in der letzten Woche nach Erhebungsjahr

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	Sig.
Arbeit	19%	21%	21%	16%	18%	15%	n.s.
staatliche Unterstützung ^b	58%	73%	52%	57%	48%	75%	***
Prostitution	36%	31%	40%	25%	39%	42%	n.s.
Drogengeschäfte	33%	27%	42%	33%	31%	38%	n.s.
„Service machen“	22%	2%	4%	4%	10%	2%	**
andere illegale Aktivitäten	14%	4%	2%	4%	16%	6%	*
andere legale Aktivitäten	11%	8%	8%	14%	10%	21%	n.s.
Legalstatus der Einkommensquellen							
nur legal	42%	65%	56%	61%	51%	56%	n.s.
legal und illegal	47%	33%	31%	33%	41%	40%	
nur illegal	11%	2%	13%	6%	8%	4%	

^a Mehrfachnennungen

^b Zusammengefasst: Arbeitslosengeld I und Arbeitslosengeld II/Sozialhilfe.

In allen Erhebungen erhält die Mehrheit der Frauen staatliche Finanzierungshilfen, wengleich hierfür die Anteile sehr deutlich, jedoch ohne klare Tendenz, zwischen 48% (2006) und 75% (2008) schwanken. Das „Service machen“ hat seit 1995 als Finanzierungsstrategie deutlich an Bedeutung verloren – der Anteil der Frauen, die hierüber ihren Drogenbedarf decken, ist von 22% auf 2% gesunken. Ebenfalls tendenziell zurückgegangen ist die Finanzierung über Formen der indirekten Beschaffungskriminalität. Generierten 1995 noch 14% der Frauen über „sonstige illegale Aktivitäten“ einen Teil ihres Einkommens, sind es 2008 nur noch 6%. Der Anteil an weiblichen Befragten, die ihr Geld über eine Arbeitsstelle verdienen, ist seit 2004 tendenziell rückläufig, während eine Finanzierung über andere legale Aktivitäten etwas zugenommen hat. Die Prostitution ist über alle Erhebungen hinweg, nach den staatlichen Unterstützungslei-

stungen, die zweithäufigste Einkommensquelle der Frauen. Ein mit einem Viertel vergleichsweise niedriger Anteil an Beschaffungsprostituierten lässt sich in der Befragung 2004 beobachten, während in allen anderen Erhebungen zwischen knapp einem Drittel und gut zwei Fünftel der Frauen der Prostitution nachgehen. Die dritthäufigste Einnahmequelle ist, ebenfalls in allen Befragungen, der Drogenhandel, über den sich zwischen gut einem Viertel bis zu rund zwei Fünftel der Frauen finanzieren. Detailliertere Einblicke in die Prostitution und den Drogenhandel in Frankfurt werden in den beiden nachfolgenden Teilkapiteln 7.4.4.1 und 7.4.4.2 vermittelt.

7.4.4.1 Drogenprostitution

Die Beschaffungsprostitution als typisch weibliche Form der Drogenfinanzierung ist an keine festen Zeiten gebunden und kann je nach Bedarf geleistet werden, was der dynamischen, drogenbezogenen Lebensweise der Frauen entgegenkommt (vgl. Zurhold 2005: 177ff.). Viele Interviewpartnerinnen erachten die Prostitution als „einfache“ und lukrative Gelderwerbsquelle für Frauen und sehen darin auch einen entscheidenden Vorteil gegenüber männlichen Drogenkonsumenten.¹⁶⁷

„Also die Frauen haben es eigentlich, wenn man so will, einfacher mit dem Geld verdienen. Anschaffen ist zwar nichts Angenehmes, aber es ist trotzdem schnell verdientes Geld, wofür die Männer klauen gehen müssen oder sonst was anstellen“ (Frau XY, 46 Jahre).

„Als Mädchen ist es ja wohl einfach, man geht auf den Strich. Na, was heißt einfach, einfach ist es nicht, um Gottes willen, aber man hat halt bessere Möglichkeiten wie ein Mann, an das Geld zu kommen“ (Jessy, 23 Jahre).

Anhand der quantitativen Daten aus dem Jahr 2008 lässt sich ein höheres Einkommen der Beschaffungsprostituierten bestätigen. Durchschnittlich stehen ihnen 648 Euro pro Woche zur Verfügung, während die Frauen, die nicht anschaffen gehen, lediglich im Schnitt über 321 Euro verfügen (*). Gleichwohl geben die Drogenprostituierten auch mehr als doppelt so viel Geld in der Woche für Drogen aus (Prostituierte: 562 Euro vs. Nicht-Prostituierte: 258 Euro; *). Ein intensiver Drogengebrauch unter den Beschaffungsprostituierten ist vor allem mit Crack assoziiert: So konsumieren 70% der Beschaffungsprostituierten, jedoch nur 39% der Nicht-Prostituierten täglich Crack (*). Einen täglichen Heroinkonsum weisen 60% der Prostituierten und 43% der Nicht-Prostituierten auf (n.s.), während sich ein täglicher Benzodiazepin-Konsum häufiger bei den Frauen beobachten lässt, die nicht anschaffen gehen (Prostituierte: 30% vs. Nicht-Prostituierte: 43%; n.s.). Signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen bestehen auch hinsichtlich der täglichen Szeneaufenthaltsdauer – die Beschaffungsprostituierten verbringen im Schnitt 13,1 Stunden pro Tag im Frankfurter Bahnhofsviertel, die Nicht-Prostituierten dagegen nur 6,6 Stunden (**).

¹⁶⁷ In keinem Interview wurde die männliche Beschaffungsprostitution angesprochen.

Zwischen Prostitutionstätigkeit und Drogenkonsum besteht ein komplexes Wechselverhältnis: Die Frauen gehen vor allem anschaffen, um Drogen zu finanzieren, gleichzeitig dienen ihnen Drogen aber auch zur Bewältigung der Prostitutionstätigkeit.

„Und die machen sich dann einfach wieder zu, der Nächste wieder drüber. Mir sind auch Sachen passiert, das hätte ich keinem normalen Menschen erzählen können. Was hab' ich gemacht? Ich hab' mich zugemacht und weiter gemacht, weil ich brauchte ja das Geld“ (Pia, 48 Jahre).

Bei den meisten Interviewpartnerinnen erfolgte die Aufnahme der Prostitutionstätigkeit nach dem Einstieg in den Drogenkonsum. Die Sexarbeit wurde von einigen relativ früh als Möglichkeit der Drogenfinanzierung gewählt und stellte somit für die Frauen nicht unbedingt die letzte und schlechteste Möglichkeit der Drogenfinanzierung dar (vgl. Kap. 4.4.1).

„Am Anfang, beim Anschaffen, wenn man neu ist, dann ist es ja ziemlich einfach. Also ich war am Anfang abgeturnt, wenn ich nach zehn Minuten noch keinen Kunden hatte oder so, ne, und am Anfang, da verdient man halt gut Geld damit, aber nachher wird's halt schwieriger, wenn die Leute einen schon alle kennen“ (Dodo, 31 Jahre).

„Also ich hab' angefangen anzuschaffen von Clubs, Wohnungen, edel bis hin zur Straße, und das war ein harter Abstieg, auch finanziell, in jeder Beziehung“ (Pia, 48 Jahre).

Bei einigen war der Einstieg in die Prostitution nicht durch den Finanzierungsbedarf für Drogen motiviert. So arbeitete eine Interviewpartnerin bereits mit 14 Jahren als Prostituierte, bevor sie vier Jahre später anfang, Drogen zu konsumieren.

„Also meine Mutter hat mich früher schon anschaffen geschickt. Die hat selbst gearbeitet im Milieu. (C. B.: Wo hast du da gearbeitet?) Erst in 'ner Wohnung und dann in so 'nem FKK-Club“ (Nelle, 23 Jahre).

Eine andere Frau berichtet, mit 13 Jahren zeitgleich mit der Prostitution und dem Drogenkonsum begonnen zu haben.

„Ich bin vom Kinderheim immer abgehauen. Und in XY (Großstadt im Süden Deutschlands; Anm. C. B.), da gibt's in der Altstadt, da kannst du dich einfach hinstellen, Kinderstrich, gibt's auch in XY. (...) Das erste Mal, wo ich auf'm Strich war, wo ich angeschafft hab', da hat so'n Freier mir Koks zum ersten Mal gegeben. Hat gemeint: Zieh' mal, das schmeckt gut. Und seitdem nehm' ich's auch. Und vier Monate später kam dann Heroin dazu“ (Tess, 33 Jahre).

Wenngleich sich die Einstiegswege und -motive in die Prostitution unter den interviewten Frauen unterschiedlich gestalten, gehen mittlerweile alle auf der Straße anschaffen, um ihren Drogenkonsum zu finanzieren. Für einige Interviewpartnerinnen stellt die Beschaffungsprostitution die einzige Einnahmequelle dar.

„Ich leb' nur vom Anschaffen, ich krieg' kein Geld vom Sozialamt, niemand, ich krieg' nur das Geld, was ich anschaffe“ (Tess, 33 Jahre).

Andere finanzieren sich zwar hauptsächlich über die Prostitution, ergänzen ihr Finanzierungsmuster aber durch andere Quellen, wie z. B. den Drogenhandel.

„Ich geh' anschaffen und teilweise verkauf' ich auch 'n bisschen“ (Dodo, 31 Jahre).

Wieder andere prostituieren sich nur dann, wenn alle anderen Möglichkeiten des Gelderwerbs erschöpft sind.

„Also anschaffen gehe ich nur, wenn es sein muss. Also im ganz großen Notfall, wenn es wirklich nicht anders geht. Ich guck' dann eben erst mal, ob ich was vermitteln kann, oder ich mach', wenn es sein muss Service, oder ich bin auch manchmal link und verkauf' falsche Sachen. Aber ich

denk' halt auch, sonst muss ich anschaffen gehen, und das ist das Letzte, was ich will" (Paula, 25 Jahre).

Eine Einführung in die Prostitutionstätigkeit fand bei der Mehrheit der Interviewpartnerinnen nicht oder nur sehr rudimentär statt. Die Frauen entschieden sich meist relativ spontan für die Prostitution, weil sie entweder von Freiern angesprochen wurden oder aus einer finanziellen Notlage heraus den Straßenstrich aufsuchten und sich dort anboten. Einige Frauen haben jedoch im Laufe der Zeit gewisse Strategien entwickelt, die ihnen im Umgang mit Freiern zugutekommen.

„Ich hab die dann halt gefragt, ob sie mir mehr geben können und dafür kriegen sie dann das oder das oder das, oder ich tu' denen einen anblasen, ohne Gummi, oder noch 'ne Massage dazu oder so was, wenn ich mehr Geld gebraucht hab" (Mara, 25 Jahre).

Ein „professionelles“ Auftreten ist vor allem für die Preis- und Leistungsverhandlungen wichtig. Die Frauen können dadurch Selbstbewusstsein gegenüber den Freiern demonstrieren, wodurch sich möglicherweise auch das Risiko für Gewalt- und Demütigungserfahrungen reduziert. Generell ist die Straßenprostitution jedoch für die Frauen mit hohen Gefahren verbunden. Neben Gesundheitsrisiken betrifft dies vor allem die Gewalt durch Freier (vgl. Kap. 4.4.1). Nach Zurhold (2005: 189) zeichnen sich Männer, die Drogenprostituierte aufsuchen, durch Gewalttätigkeit, das Bedürfnis nach schnellem und billigem Sex (oftmals ohne Kondom) und den Wunsch nach speziellen Sexpraktiken aus. In der Fragebogenerhebung geben drei der 50 im Jahr 2008 befragten Frauen an, im zurückliegenden Monat Opfer sexueller Gewalt durch Freier geworden zu sein und fast alle Interviewpartnerinnen haben im Rahmen ihrer Prostitutionstätigkeit schon einmal Gewalt durch ihre Kunden erlebt. Die Formen der „Freiergewalt“ reichen dabei vom Nicht-Bezahlen der sexuellen Dienstleistung und dem Verzicht auf Kondome bis hin zu schweren körperlichen und sexuellen Übergriffen. Für einige der Frauen setzen sich dabei Viktimisierungserfahrungen fort, die sie in ihrer Kindheit, Jugend oder in einer Partnerschaft erlebt haben (vgl. Kap. 4.4.1).

„Ich bin vergewaltigt worden vor drei Wochen. Das weiß aber keiner. Ich sag's auch niemandem. Ich muss das überwinden erst mal. Das ist schwer. Wenn du als Kind jahrelang missbraucht worden bist und dann passiert das jetzt wieder und immer wieder" (Tess, 33 Jahre).

„Also, die ich kenne, das sind meistens Frauen, die schon in der Kindheit irgendwie negative Erfahrungen gemacht haben, oder vom eigenen Mann vergewaltigt wurden, oder so was, und dann kommt das auch noch durch das Anschaffen dazu" (Zille, 26 Jahre).

Hilfe von der Polizei erwarten die Frauen meist nicht und bringen die Gewalttaten daher nur selten zur Anzeige.

„Wenn du zur Polizei gehst, die machen nix, dann bist du selber Schuld. Und gehst du zu den Sozialarbeitern, was wollen die machen? Da ist eine vergewaltigt worden vor'n paar Tagen, die war wirklich grün und blau, die ist zur Polizei gegangen, gar nichts ist passiert" (Tess, 33 Jahre).

Die Gefahr, die die Sexarbeit mit sich bringt, ist den Frauen ständig präsent und wird von ihnen als „Berufsrisiko“ in Kauf genommen. Um Übergriffe durch Freier zu begrenzen, haben die meisten jedoch individuelle Schutzstrategien entwickelt. Diese Schutzmaßnahmen umfassen beispielsweise die Nutzung der „Hotline“. Die Hotline ist, wie

bereits erwähnt, ein Streetwork-Projekt, das sich an Drogenprostituierte richtet (vgl. Kap. 5.4.2.1). In regelmäßigen Abständen erscheint das Hotline-Heft, in dem Meldungen über auffällige und gewalttätige Freier mit Personenbeschreibungen, Autokennzeichen, Autofarbe, Automarke etc. notiert sind. Zwar nutzen die Frauen dieses Warnsystem, sie wissen jedoch auch, dass es ihnen, ebenso wie beispielsweise das Aufschreiben von Autokennzeichen, keine wirkliche Sicherheit bietet. Zumal es durchaus Freier gibt, die häufig ihre Fahrzeuge wechseln bzw. Mietautos nutzen, wenn sie den Straßenstrich aufsuchen.

„Und diese Hotline, die ist okay, aber wenn ich in ein Auto einsteige, sitze ich alleine mit dem Freier da drin und die anderen Mädels auch. Und da kann einer tausendmal das Nummernschild aufschreiben. Der fährt zur Messe raus und kann mich umbringen“ (Pia, 48 Jahre).

Einige Frauen verlassen sich bei der Auswahl der Freier vor allem auf ihre Intuition.

„Ich geh’ meistens so vom Mensch’ aus, wie er so rüberkommt. Gut, es steht denen ja nicht auf der Stirn, aber... es ist halt gefährlich“ (Aphrodite, 31 Jahre).

Andere vermeiden es grundsätzlich, sexuelle Kontakte zu Freiern in deren Autos oder Privatwohnungen zu haben und suchen für den Vollzug der sexuellen Dienstleistung mit ihren Kunden möglichst die Videokabinen der Peepshows oder Hotelzimmer auf.

„Ja, also ich mach’ ja hauptsächlich in der Videokabine was, oder im Hotel, so Auto mach’ ich nicht mehr, weil mir halt auch schon ’n paar Mal was passiert ist“ (Dodo, 31 Jahre).

„Ich schaff’ in der Kabine an, also nicht mehr im Auto, wie früher, weil’s im Auto einfach zu gefährlich ist“ (Carla, 32 Jahre).

Hotelzimmer und Videokabinen werden mit einer höheren Sicherheit assoziiert. Möglicherweise können sich die Frauen bei gewalttätigen Übergriffen hier zu einem gewissen Grad die Hilfe anderer Personen sichern. Auch dürfte bei den Freiern, aufgrund des größeren Entdeckungsrisikos, eine höhere Hemmschwelle für Gewalttaten bestehen. Die Frauen versuchen somit, weitgehend solche Bedingungen zu umgehen (wie beispielsweise abgeschiedene Plätze), in denen sie völlig auf sich selbst gestellt sind und eine Hilfe durch andere grundsätzlich ausgeschlossen ist.

Eine andere Schutzmaßnahme der Frauen besteht darin, nicht völlig unter dem Einfluss von Drogen oder unter starken Entzugserscheinungen anschaffen zu gehen, um eine gewisse Handlungskontrolle zu bewahren. Diese Verhaltensregel kann jedoch nicht immer eingehalten werden.

„Das ist schon scheiße, wenn man auf Turkey da steht, wirklich, vor allem auch, weil man auch wirklich viel macht dafür, was man eigentlich gar nicht will. Aber das ist einem in dem Moment echt egal, wirklich, das ist wirklich schlimm“ (Lela, 32 Jahre).

Gleichzeitig berichtet die Interviewpartnerin weiter, dass es für sie eine körperliche Grenze gebe, die es ihr unmöglich macht, unter starkem Drogenentzug der Sexarbeit nachzugehen.

„Turkey ist nicht gleich Turkey. Ich muss noch arbeiten geh’n oder anschaffen geh’n und wenn ich so arg Entzug hab’, nach zwölf Stunden, da kann ich kein’ Penis mehr in den Mund nehmen, dann fang’ ich an zu kotzen. Das ist halt, der Körper, der macht das dann einfach nicht mit“ (Lela, 32 Jahre).

Das Machtgefälle zwischen Freiern und Drogenprostituierten findet nicht nur Ausdruck in der direkten Gewalt, die Freier meist ungestraft gegenüber den Frauen verüben können, sondern nimmt auch subtilere Formen an. Hierzu zählt, dass Freier die Zwangslage der Frauen ausnutzen und bewusst jene ansprechen, die unter Entzugserscheinungen oder einer sehr schlechten körperlichen Verfassung leiden, um so einen besonders niedrigen Preis, Sex ohne Kondom oder andere ansonsten abgelehnte Sexualpraktiken aushandeln zu können.

„Die Mädels kriegen 'n Appel und 'n Ei dafür, dass sie ihren Körper verkaufen und das wissen die Freier. Die machen das bewusst, die sehen das, ob 'ne Frau Crack nimmt oder nicht, und nehmen dann die, die besonders fertig ist“ (Pia, 48 Jahre).

„Ich hab' das Gefühl manchmal, je fertiger die Leute aussehen, desto schneller machen sie Geld“ (Dodo, 31 Jahre).

Eine weitere wichtige Strategie um sich vor „linken“ Freiern zu schützen, stellt der Aufbau eines festen Kundenstamms dar. Stammfreier bieten nicht nur einen Schutz vor Gewalt, sondern verschaffen den Frauen auch eine gewisse finanzielle Sicherheit. Meist zahlen Stammkunden höhere Preise, außerdem sind die Erwartungen und Grenzen der sexuellen Dienstleistung bekannt und müssen nicht immer wieder neu verhandelt werden. Zudem werden Termine oft telefonisch vereinbart, sodass die Frauen das lange Herumstehen auf der Straße vermeiden können und weniger in den Blick der Ordnungsbehörden geraten.

„Ich versuch' das mittlerweile mit Handy und Terminen zu machen. Weil hier stundenlang rumzustehen und tausendmal kontrolliert zu werden, das ist dann einfacher mit Terminen. Und bei Stammfreiern, sag ich jetzt mal, stimmt dann auch das Geld eher“ (Aphrodite, 31 Jahre).

Dass ihre Kunden immer wieder zu ihnen kommen, verschafft den Frauen eine gewisse Anerkennung ihrer Dienstleistungen und ihrer Person. Teilweise entwickelt sich zwischen ihnen und ihren Stammfreiern eine Vertrauensbeziehung, in der nicht nur der bezahlte Sex eine Rolle spielt, sondern die Frauen sich auch bei Problemen an ihre Stammkunden wenden.

„Viele Männer kenn' ich halt schon viele Jahre und da hat sich so 'ne freundschaftliche Beziehung aufgebaut. Wobei man sich das schwer vorstellen kann, aber ich hab' halt sonst niemanden. Das sind die einzigen Menschen, die ich hab', meine Kunden, und da hat sich so 'ne freundschaftliche Beziehung aufgebaut, kann man sagen. Stammfreier sind das gar nicht mehr eigentlich, das sind, liebe Bekannte sind das für mich. Und wenn ich wirklich Probleme hab', brauch' ich eigentlich nur anzurufen, dass mir jemand hilft“ (Lela, 32 Jahre).

Das Verhältnis zu Stammfreiern birgt jedoch auch Gefahren für die Frauen, da sie möglicherweise aufgrund des bestehenden Vertrauens seltener eine Kondomnutzung durchsetzen und sich auch Beziehungs- und Kontrollansprüche bei den Freiern entwickeln können (vgl. Kap. 4.2).

Nur eine Interviewpartnerin berichtet explizit darüber, keine Stammfreier zu haben bzw. auch keine derartigen Kundenbeziehungen aufbauen zu wollen.

„Nee, ich hab' keine Stammfreier, weil ich bin immer so unfreundlich und dann nehm' ich denen das Geld ab“ (Dodo, 31 Jahre).

In ihrer Aussage lässt sich eine Form des Widerstands gegen Freier und gegen die Abwertung, die die Frauen erfahren, erkennen. Indem die Interviewpartnerin unfreundlich ist und die Freier „abzieht“, schafft sie für sich eine Umkehrung der Verhältnisse. Der Freier wird zum Opfer, sie selbst zur agierenden Person, die die Situation bestimmt.¹⁶⁸ Darüber hinaus wird deutlich, dass die Beschaffungsprostitution eine Reihe weiterer Einnahmegelegenheiten für Frauen bietet. Mehrheitlich wird das „Linken“ von Freiern aber verurteilt, da die Frauen hiermit eine erhöhte Gewaltbereitschaft der Männer verbinden und sich somit für sie selbst und auch für andere Drogenprostituierte die Situation verschärfen kann.

„Hier gibt's halt viele Frauen, die machen prinzipiell nur auf abrippen. Aber ich sag' mal, was bringt mir das, in dem Moment hab' ich vielleicht Geld, gut, aber später. Ich bin schon dreimal vergewaltigt worden und zweimal war's wegen 'ner Frau. Erst war er ganz nett gewesen, hat mich dann irgendwo raus, und dann hat er mich vergewaltigt und hat dann gesagt, dass es ihm leid täte, weil 'ne andere Frau hat ihn halt verarscht. Ja, und dann war ich mitten im Feldweg, keiner hat mich gehört oder gesehen und fertig“ (Nele, 23 Jahre).

Nicht die Freier, sondern andere Prostituierte werden für die Situation auf dem Drogenstrich und teilweise sogar für eigene Gewalterfahrungen verantwortlich gemacht. Indem die Interviewpartnerin die Vergewaltigung als Folge des Verhaltens von anderen Frauen wertet, wird auch in diesem Fall der Kunde nicht als Täter, sondern als Opfer definiert – wenngleich diese Opferdefinition eine deutlich andere Prägung erhält als im obigen Zitat von Dodo. Möglicherweise hält die Interviewpartnerin damit an einer Strategie fest, die sie vermeintlich vor der Gewalt von Freiern schützen soll. Das eigene verlässliche und korrekte Handeln soll dazu führen, dass der Freier ebenfalls korrekt handelt, die angesprochenen Vereinbarungen einhält und keine Gewalt ausübt. Dadurch, dass das gewalttätige Freierhandeln als Ausnahme und Resultat des Verhaltens anderer gewertet wird, kann diese Strategie womöglich weiterhin aufrechterhalten werden und suggeriert damit ein Gefühl der Kontrolle und Sicherheit.

In den Interviews wird in der Regel den anderen Frauen eine unkorrekte Arbeitsweise unterstellt, die nicht nur das „Abziehen“ von Freiern umfasst, sondern insbesondere auch den Verstoß gegen Prinzipien wie „nicht unter die Preise gehen“ oder „nicht ohne Gummi arbeiten“. Die Preise auf dem Drogenstrich variieren, unter anderem abhängig vom Freieraufkommen, der Tageszeit und in welcher Verfassung sich die Frauen befinden. Als gewünschte Richtwerte für die gängigen Praktiken gibt eine Interviewpartnerin an:

„Französisch kannst du froh sein, wenn du 'nen Zwanziger kriegst, für Verkehr 'nen Dreißiger, wenn du Glück hast für beides zusammen 'nen Vierziger“ (Frau XY, 46 Jahre).

Immer wieder werden andere Frauen angeklagt, die (angeblich) niedrige Preise und riskante Sexualpraktiken akzeptieren. Ein Preisverfall auf dem Drogenstrich wirkt sich schließlich auf alle Beschaffungsprostituierten aus.

¹⁶⁸ Maher (1997: 161ff.) bezeichnet diese Form des Widerstands von Beschaffungsprostituierten als „viccing“.

„Die Preise sind massiv gesunken. Also ich hab' schon gehört für Französisch und Verkehr, beides 'nen Zehner“ (Aphrodite, 31 Jahre).

„Es ist halt auch so, dass viele von den Mädels die Preise kaputtmachen und die Freier nichts mehr zahlen wollen. Da kommen 'se dann an: Was machst'n mir für zehn Euro?“ (Frau XY, 46 Jahre).

„Wenn ich mir das anguck', ohne Gummi, ja, also nicht alle, aber der größte Teil, den ich kenne, ohne Gummi, Französisch, Verkehr, ja, was hat die eine genommen, zehn Euro, für beides, Französisch und Verkehr, ohne Gummi“ (Mara, 25 Jahre).

Vor allem Crackprostituierte gelten als diejenigen, die niedrige Preise und riskante Sexpraktiken akzeptieren.

„Jetzt die Frauen, die ich auf Crack gesehen hab', die rennen total verpeilt durch die Gegend, also das ist heftig. Die meisten gehen dann auch wirklich anschaffen und denen ist es dann egal, was sie kriegen“ (Blume, 35 Jahre).

Die Dynamik des Crackkonsums führt zu einem erhöhten finanziellen Bedarf und verstärkt den Beschaffungsdruck, sodass die Frauen insgesamt mehr Freier bedienen müssen – durch fallende Preise wird diese Dynamik zusätzlich verschärft. Die „Gier“ nach Crack und der Zwang, möglichst schnell Geld zu beschaffen, führt eventuell dazu, dass Crackprostituierte eher bereit sind, niedrige Preise und höhere (gesundheitliche) Risiken in Kauf zu nehmen. Inwiefern dies jedoch tatsächlich der Fall ist, oder ob es sich hierbei möglicherweise um einen (vor allem von Freiern geschürten) Mythos handelt, ist fraglich. Zumindest in den Interviews grenzen sich alle Frauen, auch diejenigen, die intensiv Crack konsumieren, stark gegenüber derartigen Verhaltensweisen ab. Sie stellen für sich relativ klare Regeln darüber auf, was sie zu akzeptieren bereit sind. Diese Regeln sind für die Frauen wichtig, um sich ihre Würde und Selbstachtung zu erhalten.

„Aber dass ich mich für zehn Euro anbieten muss, nur dass ich wirklich 'en Zug ham' kann, weil's andere halt machen, seh' ich nicht ein. Ich stell' mich lieber 'ne halbe Stunde da vorne hin, und krieg' das Minimum, was ich verdienen möchte“ (Nele, 23 Jahre).

Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Frauen nicht immer an ihren Preisvorstellungen festhalten können und die Freier wiederum den Konkurrenzkampf unter den Frauen nutzen, um die Preise nach unten zu handeln und ungeschützten Sex zu haben.

Einige Interviewpartnerinnen berichten zudem darüber, dass – im Sinne des „sex-for-crack exchange“ – innerhalb der Drogenszene Crack gegen sexuelle Dienstleistungen getauscht wird.

„Es gibt viele Mädels, die gehen auch mit wegen Steinen, die lassen sich dann einladen, ob Stein, und tun da, was weiß ich, bisschen Französisch machen bei den Jungs“ (Lela, 32 Jahre).

„Die Männer hier, die wollen immer für'n Stein, wenn du fragst, ob der dir 'n Stein geben kann: Ja, wenn du mir einen bläst, ja, wenn du so machst“ (Tess, 33 Jahre).

Indem auch männliche Konsumenten in der Rolle als „Freier“ auftreten, hebt sich die Trennung zwischen Drogenstrich und den Orten, an denen der Drogenkonsum stattfindet, auf. Prostitution findet damit nicht erst auf dem Drogenstrich statt, sondern ist auch

in den Beziehungen zwischen männlichen und weiblichen Szeneangehörigen ständig präsent. Häufig wird dabei die Notlage der Frauen ausgenutzt.

„Die meisten Männer nutzen das aus, weil, die Frauen gehen für jede Droge mit. Wenn ich schon immer seh', wie die, wenn die Steine ham' oder so, manchmal wenn die wissen, der Frau geht's nicht gut: Ach komm', wir nehmen 'se mit, die macht alles!“ (Nele, 23 Jahre).

Crackkonsumentinnen scheinen verstärkt mit der Rolle des „leicht verfügbaren Sexualobjekts“ konfrontiert zu sein. Die Frauen können damit im Szenealltag keinen Abstand von der Prostitutionstätigkeit nehmen, weil sie „Gefälligkeiten“ von männlichen Szenemitgliedern mit sexuellen Dienstleistungen entlohnen sollen. Crackkonsumentinnen erfahren damit eine verstärkte Degradierung ihrer Weiblichkeit und eine zusätzliche Abwertung ihrer Person.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Drogenprostituierte keine homogene Gruppe darstellen, sondern über unterschiedliche Strategien und Handlungskompetenzen verfügen, die sie im Rahmen der Prostitution einsetzen. Zwar begreifen sich die Frauen in der Regel als Drogenkonsumentin und nicht als Prostituierte, dennoch lassen sich Ansätze eines „professionellen“ Selbstbildes erkennen. Die Frauen haben unterschiedliche Strategien im Umgang mit Freiern, verschiedene Mechanismen, um sich vor Freiergewalt zu schützen oder diese zumindest zu begrenzen und unterschiedliche Wege, um mit ihren Prostitutionserfahrungen umzugehen. Als Bewältigungsstrategien spielen der Drogenkonsum und das Bemühen, die eigene Selbstachtung aufrechtzuerhalten, eine wichtige Rolle. Um ihr Selbstwertgefühl zu stärken, ist das Festhalten an eigenen Prinzipien (z. B. nicht unter einen bestimmten Preis zu gehen, riskante Sexualpraktiken abzulehnen) für die Frauen ebenso bedeutsam, wie die Abgrenzung gegenüber anderen „unprofessionellen“ Beschaffungsprostituierten. Trotz dieser Strategien, über die die Frauen verfügen, ist es jedoch auch Teil ihrer Realität, dass sie immer wieder Gewalt und Erniedrigungen erfahren. Im Zusammenhang mit Crack haben sich offenbar deutliche Veränderungen auf dem Drogenstrich ergeben, die sich insbesondere in einem Preisverfall und dem Akzeptieren riskanter Sexpraktiken niederschlagen. Durch den verstärkten Konkurrenzkampf unter den Frauen hat sich damit das Machtgefälle zwischen Freiern und Drogenprostituierten weiter zugunsten der Männer verschoben. Eine weitere Veränderung zeigt sich darin, dass auch männliche Szeneangehörige durch Crack immer wieder in der Rolle als Freier auftreten und sich „Gefälligkeiten“, wie das Abgeben kleiner Crackrationen, mit sexuellen Dienstleistungen entlohnen lassen. Eine derartige Verwischung der Grenzen zwischen Arbeits- und Konsumsetting ist vor allem deshalb problematisch, weil die Frauen so keinen Abstand von ihrer Rolle als Prostituierte finden können und dadurch eine zusätzliche Degradierung als „ständig verfügbares Sexobjekt“ erfahren.

7.4.4.2 Drogenhandel

In der Forschungsliteratur gilt der Drogenhandel als Bereich der Szeneökonomie, der klar von Männern dominiert wird. Die quantitativen Ergebnisse zeigen jedoch, dass Drogenhandelsaktivitäten ebenfalls eine wichtige Einnahmequelle für einen Teil der in Frankfurt befragten Frauen darstellen. Im Jahr 2008 verfügen die am Drogenhandel beteiligten Frauen durchschnittlich über 614 Euro (Drogenausgaben: 503 Euro) pro Woche, während den Frauen, die sich über andere Wege finanzieren, durchschnittlich 364 Euro (Drogenausgaben: 314 Euro) wöchentlich zur Verfügung stehen (n.s.).

Im Straßenhandel existieren verschiedene Personengruppen und Hierarchiestufen. Auf der untersten Ebene agieren Vermittler, die Drogengeschäfte zwischen Dealern und Kunden arrangieren und hierüber ihren Eigenkonsum finanzieren. Eigenes Kapital erwirtschaften können sie kaum, da sie meist nur eine geringe Entlohnung in Form von Drogen erhalten. Vergleichbares gilt für Personen, die Dealer anderweitig unterstützen, indem sie „Schmiere stehen“ oder als „Bunker“ fungieren (d. h. die Drogen am Körper tragen). Darüber angesiedelt sind Personen, die geringe Mengen an Drogen auf Kommission erhalten. Sie können die Verkaufsportionen und den Verkaufspreis selbst bestimmen und auch die Substanzen, sofern möglich, nach eigenem Ermessen strecken. Die eigentlichen Dealer, d. h. Personen, die über das nötige Kapital verfügen, um in Ware zu investieren, erzielen die größten Gewinnspannen und genießen das höchste Ansehen. Bei den beschriebenen „Hierarchiestufen“ handelt es sich jedoch nicht um fest abgegrenzte Bereiche. Vielmehr kann, abhängig von der Gelegenheit, ein Wechsel zwischen Vermittlertätigkeit, dem Handel mit Kleinstmengen und dem Handel im Grammbereich stattfinden. So berichtet eine Interviewpartnerin, die früher mit Heroin dealte:

„Jetzt vermittel’ ich eigentlich hauptsächlich nur noch, weil das mit dem Dealen mir finanziell nicht mehr möglich ist“ (Marie, 43 Jahre).

Um sich erfolgreich als Drogendealer zu etablieren, ist körperliche Durchsetzungskraft entscheidend. Die Verkaufsware muss verteidigt und Konflikte mit Kunden oder anderen Dealern oftmals durch die Androhung oder Anwendung von Gewalt ausgetragen werden. Aufgrund ihrer körperlichen Unterlegenheit ist es für Frauen kaum möglich, eigene Händlerpositionen aufzubauen. In der Regel sind sie auf männlichen Schutz angewiesen.

„Da ist immer noch dieses, ja, dass die Leute einem das wegnehmen, oder so, dass man halt doch irgendjemanden haben muss, der dabei ist, irgendwie halt ’n bisschen stärker ist oder so, weil, was soll ich denn als Frau machen, wenn mir jemand das Geld wegnimmt oder das Zeug wegnimmt“ (Dodo, 31 Jahre).

„Also du wirst als Frau eher versucht abgezockt zu werden. Ich wirke auf viele sehr couragiert und die wussten auch, dass ich nie alleine stehe, letztendlich. Also ich hatte immer ’nen Schutz. Ich hatte immer noch jemanden, der nach mir geguckt hat. Wenn ich ganz alleine gewesen wäre, das wäre schon anders gewesen“ (Marie, 43 Jahre).

Der Drogenhandel ist darüber hinaus stark durch Geschlechtsstereotype geprägt. Die Dealertätigkeit wird vor allem mit maskulinen Eigenschaften wie Dominanz, Durchsetzungsvermögen, Risikobereitschaft und Aggressivität assoziiert. Typisch weibliche Attribute wie Einfühlungsvermögen, Gutmütigkeit, Hilfsbereitschaft und Verletzlichkeit gelten hingegen als hinderlich.

„Heroin kann ich nicht gut verkaufen, weil, ich bin halt zu gutmütig, ich geb’ dann zu vielen Leuten ohne Geld, wenn die Turkey haben, dann tut mir das leid“ (Dodo, 31 Jahre).

Um in einer derart geschlechtsspezifisch vordefinierten „Berufssparte“ Anerkennung zu erhalten und sich gegen gängige Vorurteile zu behaupten, müssen Frauen mehr Leistung erbringen und besondere physische Härte demonstrieren (vgl. dazu auch Paul 1998: 186f.).

„Als Frau hast du viel schlechtere Karten, du wirst schneller gerippt, bedroht. Du musst dich also wirklich doppelt so sehr durchsetzen wie ein Mann. Ich war sehr laut damals, war gewaltbereit, musste mich schlagen teilweise“ (Pia, 48 Jahre).

Aufgrund dieser genderspezifischen Probleme, mit denen Frauen als Dealerinnen konfrontiert sind, nehmen sie im Handelsgeschehen meist nur die unteren Ränge ein und arbeiten in erster Linie als Vermittlerinnen.

„Also verkaufen tun eigentlich mehr die Männer und so vermittlungsmäßig mehr die Frauen“ (Nele, 23 Jahre).

Deutliche Unterschiede lassen sich jedoch zwischen dem Straßenhandel mit Heroin und Crack ausmachen. Während die vorstehenden Ausführungen insbesondere auf den pyramidenförmig aufgebauten Heroinhandel zutreffen, ist der Kleinhandel mit Crack weniger hierarchisch organisiert. Dies hat auch Auswirkungen auf die Beteiligung von Frauen am Distributionsgeschehen.

Der Straßenhandel mit Crack vollzieht sich wesentlich schneller als bei Heroin. Bedingt wird dies einerseits durch einen hohen polizeilichen Verfolgungsdruck, der sich insbesondere auf Crackdealer richtet. Andererseits führt auch die agitierende Wirkung der Substanz selbst, gemeinsam mit dem eiligen Konsumwunsch der Kunden, zu einer Beschleunigung des Handelsgeschehens (vgl. Dörrlamm 2004: 220). Charakteristisch ist weiterhin, dass sich ein Großteil der Frankfurter Drogenszene Crack gegenseitig vermittelt oder verkauft. Dauerhafte und vertrauenswürdige Handelsbeziehungen scheinen dabei kaum zu existieren. Vielmehr ist eine Vielzahl an Szeneangehörigen, temporär oder dauerhaft, in den Handel involviert – Dealer und Konsumierende lassen sich kaum noch voneinander unterscheiden. Eine weitere Besonderheit zeigt sich auch darin, dass im Umfeld der Drogenszene Händler existieren, bei denen Crack auch in größeren Mengen relativ unproblematisch erworben werden kann, um damit zu handeln.

„Man kann also, bei irgendwelchen Marokkanern oder so, kann man halt Plomben für fünfzig Euro kaufen, oder halt ’ne fünf Gramm Platte für zweihundertfünfzig bis dreihundert Euro“ (Dodo, 31 Jahre).

„Da braucht man halt mindestens vierzig, fünfzig Euro dafür und kann dann privat kaufen, da

kommt aber so ziemlich jeder dran an diese Connection. (...) Dann kann man aus diesem vierzig, fünfzig Euro-Stein, kann man dann hier schon hundert, hundertfünfzig Euro draus machen“ (Lela, 32 Jahre).

Grundsätzlich scheint der Straßenhandel mit Crack wesentlich leichter zugänglich als der Heroinhandel zu sein. Handelsbeziehungen müssen nicht erst mühevoll geknüpft und eine Position in der Handelshierarchie erarbeitet werden, sondern die Szeneangehörigen können, sofern sie über die notwendigen finanziellen Mittel verfügen (auch wenn dies nur zeitweise der Fall ist), am Handel teilhaben. Aufgrund dieser spezifischen Strukturierung scheint es auch deutlich mehr Frauen zu gelingen, am Distributionsgeschehen zu partizipieren.

„Also ich denk', früher waren es hauptsächlich Männer und wenig Frauen, und jetzt ist es eigentlich so gleich. Also Männer hauptsächlich Heroin und viele Frauen, hab' ich festgestellt, Steine“ (Trixi, 28 Jahre).

„Es sind eigentlich fast nur Frauen, oder sagen wir mal so siebzig Prozent Frauen, die Steine verkaufen“ (Dodo, 31 Jahre).

Meist bleiben die Handelsaktivitäten der Frauen jedoch auf den Verkauf von Crack-Kleinstmengen begrenzt. In der Regel handelt es sich hierbei um den Weiterverkauf (eines Teils) der Provision, die sie für die Vermittlung von Drogengeschäften erhalten.

„Ja, es verkauft jeder heute Crack. Ich kann's auch machen. Ich mach's ja auch immer zur Zeit. Das, was die Leute mir geben, als Vermittlung, das heb' ich mir auf und verkauf' das dann weiter, dann hab' ich auch wieder Geld“ (Tess, 33 Jahre).

Eine Dealertätigkeit im klassischen Sinne ist dies meist nicht, da den Frauen für einen gewinnbringenden Handel das notwendige Kapital fehlt.

„Das ist halt schwierig für mich, gleich vierzig, fünfzig Euro auf einen Schlag zusammen zu kriegen, dass man dann auch einen großen Stein holen kann. Weil, wenn man dann zwei Stück holen würde, könnte man einen verkaufen, oder wenn man einen holt, könnte man die Hälfte davon verkaufen, da hat man auch das Geld wieder drin“ (Lela, 32 Jahre).

Die Interviewpartnerinnen sind deshalb nur unregelmäßig in das Handelsgeschehen involviert, was sich auch daran zeigt, dass sie immer wieder darauf angewiesen sind, Crack bei anderen Szeneangehörigen zu erwerben, die in ähnlicher Weise am Handelsgeschehen beteiligt sind. Zudem können die Frauen sich nur selten vollständig über Handelsaktivitäten finanzieren. Das Dealen ist vielmehr eine zusätzliche Einkommensquelle, die genutzt wird, wenn sich die Gelegenheit bietet. Meist bleiben die Frauen darauf angewiesen, ihren Drogenbedarf über andere Finanzierungsarten zu decken, was oftmals bedeutet, dass sie weiterhin der Prostitution nachgehen. Nur sehr vereinzelt wird über andere Konsumentinnen berichtet, denen es gelungen ist, die Sexarbeit durch das Dealen zu ersetzen.

„Hier gibt's ein Mädchen, die ist grad' mal 18 oder 19 Jahre alt, die ist noch gar nicht so lange in Frankfurt, die ist vorher anschaffen gegangen, und die kauft jetzt halt immer große Steine“ (Lela, 32 Jahre).

Auch anhand der durch die Fragebogenerhebung 2008 gewonnenen quantitativen Daten wird deutlich, dass eine Beteiligung am Drogenhandel nicht mit einem signifikanten Rückgang der Prostitutionstätigkeit verbunden ist. So gehen immerhin 39% der in den

Drogenhandel Involvierten weiterhin anschaffen, während unter denjenigen, die sich nicht über Handelsaktivitäten finanzieren, 43% die Prostitution als Einnahmequelle angeben.

In der Gesamtschau lässt sich festhalten, dass sich mit der Verbreitung von Crack neue Verdienstmöglichkeiten für Frauen im Frankfurter Straßenhandelsgeschehen eröffnet haben. Diese begründen sich vor allem in der besonderen Strukturierung und einfachen Zugänglichkeit des Crackhandels. Anders als im „klassischen“ Drogenhandel existiert keine Hierarchisierung, die Unterscheidbarkeit zwischen Händlern und Käufern ist fast vollständig verwischt und der Erwerb der Verkaufsware ist vergleichsweise einfach. Es ist anzunehmen, dass diese Strukturen den Frauen auch einen gewissen Schutz bieten, da sie primär als Konsumentinnen und nicht als Händlerinnen wahrgenommen werden. Zudem scheint der Kampf um Marktanteile bei Crack deutlich geringer ausgeprägt zu sein als bei Heroin, sodass sich die Frauen weniger gegenüber anderen dealenden Szeneangehörigen durchsetzen müssen. Allerdings ist eine alleinige Finanzierung des Drogenkonsums durch die Dealertätigkeit in der Regel nicht möglich. Im deutlichen Unterschied zum Straßenhandel mit Heroin ist mit der Aktivität im Crackhandel auch kein Statusgewinn verbunden. Da eigentlich jeder in den Klein(st)handel einsteigen kann und Handelspositionen nicht erkämpft und verteidigt werden müssen, bewirkt die Teilhabe am Crack-Distributionsgeschehen weder einen ökonomischen noch einen sozialen Aufstieg im Szenemilieu.

7.5 Zur Geschlechterhierarchie der Drogenszene

In den Ausführungen zur Prostitution und zum Drogenhandel ist bereits angeklungen, dass verschiedene Formen der Drogenfinanzierung mit einem unterschiedlichen Ansehen in der Drogenszene verknüpft sind. Die jeweilige Position in der Szeneökonomie hat somit nicht nur Einfluss darauf, wie viel Geld erworben wird, sondern bestimmt auch über Status und Wertschätzung in diesem Milieu.

„Anerkennung und Erfolg auf der Szene, die Voraussetzung für ein ‚gutes Leben‘, haben ihre Grundlagen in der Szeneökonomie: Zuhälterei, Drogengeschäfte und die Fähigkeit, sich entsprechend dem bürgerlichen Karrieremuster ‚hochzuarbeiten‘. (...) Der Aufstieg innerhalb der Szenehierarchie bietet also nicht nur die Möglichkeit, das physische Elend auf der Szene (Turkey) zu beseitigen, sondern auch Anerkennung und soziale Bedeutung innerhalb der Subkultur zu erlangen“ (Noller 1989: 117f.).

Am oberen Ende der Szenehierarchie befinden sich die Drogendealer.

„Die Dealer sind halt immer, sag’ ich jetzt mal, die werden halt immer groß angesehen, weil die ham’ halt alles, und, die ham’ halt auch das Geld und so, und ja, und bei den anderen denk’ ich, ja, die werden eher so niedrig gestuft, weil, die müssen ja irgendwas machen, um an ihr Geld zu kommen und die Dealer ja nicht, also die stehen ja im Endeffekt nur da und kriegen ihr Geld, also müssen jetzt auch wenig machen“ (Trixi, 28 Jahre).

Wie die Erläuterungen zum Drogenhandel gezeigt haben, können sich Frauen nur selten in einer gewinnbringenden und dauerhaften Händlerposition etablieren. Ursächlich

hierfür ist zum einen, dass physische Stärke und die Anwendung von Gewalt einen hohen Stellenwert im Straßenhandel einnehmen und Frauen daher schon aufgrund ihrer körperlichen Konstitution benachteiligt sind. Zum anderen, und dies scheint entscheidender zu sein, bewirken die traditionellen Rollenbilder und die damit assoziierten geschlechtsspezifischen Attribute, dass Frauen auf der Dealerebene kaum vertreten sind. Eine Ausnahme bildet der Handel mit Crack, in dem Frauen zunehmend als Verkäuferinnen auftreten. Die fehlende Hierarchisierung des Crackhandels, womit auch ein „Hocharbeiten“ entsprechend einem Karrieremuster entfällt, verhindert jedoch gleichzeitig den Aufstieg in der Szenehierarchie.

Ein geringeres Ansehen als Drogendealer genießen Personen, die auf den unteren Ebenen des Handelsgeschehens angesiedelt sind und für Dealer arbeiten, indem sie Drogen vermitteln oder bunkern, bei Drogengeschäften nach der Polizei Ausschau halten oder anderweitige unterstützende Tätigkeiten für Dealer ausführen. Einen sehr niedrigen Status in der Szenehierarchie haben hingegen die Drogenprostituierten inne.

„Also das ist schon so, dass die Prostituierten wenig Ansehen hier haben. Und dann geht's schon so: Du Schlampe! Also manchmal ist das schon ganz schön erniedrigend“ (Marie, 43 Jahre).

„Die Männer, die reden schon und zeigen auf die Frauen: Guck dir die an, die ist so drauf, die ist so abgejunkt, die geht mit jedem ekelhaftesten Freier mit, wie ekelhaft. Man hat schon ein anderes Ansehen hier auf der Scene, als wenn man anschaffen geht“ (Anna, 26 Jahre).

Abgewertet werden die Beschaffungsprostituierten nicht nur durch die Männer in der Szene, sondern auch durch weibliche Szeneangehörige, die nicht anschaffen gehen. Auf dem Drogenstrich zu arbeiten, wird von ihnen mit Selbsterniedrigung und dem Verlust persönlicher Grenzen gleichgesetzt.

„Dass die sich halt für sehr wenig Geld wirklich an die widerlichsten Männer hier verkaufen und für die Drogen wirklich alles machen. Also ich könnte es nicht und ich wollte es nicht. Ich kann's halt auch nicht verstehen, da würde ich eher andere Sachen machen, ich würde mich halt nicht verkaufen“ (Anna, 26 Jahre).

„Also ich möcht's net machen (...). Da hab' ich auch 'n großen Ekel davor, da bin ich auch ganz froh“ (Trixi, 28 Jahre).

Wie in Kapitel 7.4.4.1 dargestellt, wird den Crackprostituierten dabei die größte Verachtung zuteil, da ihnen jegliche Konsum- und Handlungskontrolle abgesprochen wird und sie das Image haben, für Crack alles zu tun.

„Also ich hab das Gefühl, dass vor allem die Mädels, die leider auf Crack hängen, die werden behandelt wie ein Stück Mist. Unter aller Sau!“ (Pia, 48 Jahre).

Unter diesen Bedingungen kämpfen die crackkonsumierenden Beschaffungsprostituierten darum, ihre eigene Tätigkeit aufzuwerten, um so ihr Selbstwertgefühl zu bewahren.

„Im Grunde die, die anschaffen gehen, ham' das meiste Geld und vielleicht nur deswegen werden sie so beschimpft. Aber das ist einfach nur Neid“ (Carla, 32 Jahre).

Insgesamt haben in der Drogenszene solche Finanzierungsstrategien Prestige, die mit „typisch männlichen“ Attributen wie Durchsetzungskraft, Mut, Geschick und Rücksichtslosigkeit besetzt sind – Eigenschaften, die vor allem für die Dealertätigkeit einen

hohen Stellenwert einnehmen. Finanzierungsstrategien, die mit „typisch weiblichen“ Attributen wie Menschenkenntnis, Empathie und Kompromissfähigkeit assoziiert sind – Eigenschaften, die vor allem für die Prostitution wichtig sind und als unvereinbar mit einer Dealertätigkeit gelten – genießen dagegen wenig Ansehen. Die Höhe des Einkommens, das über die verschiedenen Finanzierungswege generiert wird, scheint dabei nur eine untergeordnete Rolle für den Szenestatus zu spielen. Die informelle Ökonomie scheint insofern, ebenso oder noch stärker als die formelle Ökonomie, in erster Linie genderspezifisch geprägt zu sein – hohe Statuspositionen sind Männern vorbehalten.

Die traditionellen Geschlechtsstereotype werden jedoch nicht erst im Rahmen der Szeneökonomie beständig reproduziert, vielmehr ist der gesamte Alltag in der Drogenszene durch patriarchale Strukturen und die Geschlechterhierarchie geformt.

„Frauen sind mehr Gewalt ausgesetzt, so den blöden Anmachen und plumpen, irgendwelchen blöden Sprüchen oder Dissereien oder Mobbing. Die Männer nutzen ganz gerne mal so ihre Machoseite aus, so nach dem Motto: Ich bin ein Mann! Was willst du überhaupt?“ (Zille, 26 Jahre).

Weibliche Szeneangehörige werden nicht nur als Prostituierte abgewertet, sondern alleine aufgrund ihres Frauseins degradiert.

„Also du hast eigentlich gleich schon 'nen Stempel: Schlampe! Auch wenn du nicht anschaffst gehst. Das ist so generell, jede Frau, die hier in dem Viertel ist, ist 'ne Schlampe“ (Blume, 35 Jahre).

„Vom Respekt her wirst du als Frau ganz mies behandelt. (...) Du hast als Frau einen anderen Stellenwert, einen ganz anderen, du bist Mittel zum Zweck, in jeder Beziehung“ (Pia, 48 Jahre).

Bedingt durch die in der Drogenszene herrschenden geschlechtsspezifischen Rollenzuschreibungen und die patriarchalen Strukturen besteht für Frauen kaum die Möglichkeit von Statusgewinn und Anerkennung. Die Szenehierarchie ist durch die Geschlechtszugehörigkeit festgelegt und Frauen werden auf die unteren Positionen verwiesen. Abhängig von den Beschaffungsmustern und den Konsumgewohnheiten bestehen jedoch Nuancierungen. So werden die Beschaffungsprostituierten stärker abgewertet als Frauen, die nicht anschaffen gehen und Crackkonsumentinnen werden stärker diskreditiert als Heroinkonsumentinnen. Mit der Verbreitung von Crack haben sich die genderspezifischen Ungleichheiten in der Drogenszene somit offenbar verfestigt bzw. scheint sich die Szenehierarchie nach unten erweitert zu haben.

7.6 Soziale Beziehungen und Netzwerke in der Drogenszene

Anknüpfend an die Darstellung zur Szene- bzw. Geschlechterhierarchie werden nachfolgend die soziale Bedeutung der Frankfurter Drogenszene und die darin angesiedelten Beziehungen untersucht. Hierbei ist insbesondere von Interesse, wie sich die sozialen Beziehungen zwischen männlichen und weiblichen Szeneangehörigen unter den Bedingungen der Drogenszene (wesentlich: patriarchale Strukturen, Gewalt, Illegalität) gestalten.

In den Ausführungen zum Einstieg und zur Integration in die Drogenszene (vgl. Kap. 7.3.3) wurde bereits auf die soziale Bedeutung des Szenemilieus hingewiesen. Dieser Stellenwert illustriert sich auch daran, dass über drei Viertel (78%) der im Jahr 2008 befragten Frauen angeben, sich unter anderem in der Szene aufzuhalten, um „Leute zu treffen“. Es ist davon auszugehen, dass die Sozialkontakte der Befragten hauptsächlich, in vielen Fällen wohl ausschließlich, im Szeneumfeld angesiedelt sind. Über die Hälfte (54%) der Frauen nennt mit „Langeweile/keine andere Beschäftigung“ ein weiteres soziales Motiv für den Szeneaufenthalt.

„Ich weiß nicht, ich frag' mich ja selber jeden Tag, ich hab' ja auch 'ne Wohnung zu Hause. Vielleicht auch weil, ja zu Hause ist irgendwie nix, wo, sag' ich jetzt mal, wo auf mich wartet oder wo ich irgendwas verpassen könnte. Und, ja vielleicht hier einfach das ganze Drum'rum, das ganze Umfeld, so die Leute oder so, dass ich da vielleicht irgendwie nicht weg will und dann wieder nach Hause, wo gar nix ist“ (Trixi, 28 Jahre).

Von den Männern wird das Szeneaufenthaltsmotiv „Leute treffen“ genauso häufig angegeben (77%), ein größerer Anteil von ihnen (62%) besucht jedoch „aus Langeweile“ die Drogenszene (**). Im Vergleich der Konsumgruppen zeigen sich für die exzessiven, intensiven und gelegentlichen Crackgebraucherinnen kaum Unterschiede für die Szeneaufenthaltsgründe „Leute treffen“ und „Langeweile“. Jeweils etwa drei Viertel von ihnen geben an, die Szene wegen der hier vorhandenen Sozialkontakte zu besuchen und jeweils rund die Hälfte hält sich wegen fehlender Beschäftigungsalternativen hier auf. Für die Nicht-Crackkonsumentinnen lässt sich demgegenüber eine geringere soziale Bindung an die Drogenszene feststellen. Lediglich jede Zweite gibt an, die Szene aufzusuchen, um Leute zu treffen und weniger als jede Fünfte hält sich aus Langeweile hier auf.

Obwohl der Drogenszene somit insgesamt ein hoher Stellenwert als soziales Bezugsfeld zugeordnet werden kann, beschreiben die Interviewpartnerinnen die hierin angesiedelten Beziehungen als durch gegenseitiges Misstrauen und fehlende Solidarität geprägt. Aufgrund der drogenzentrierten Lebensweise scheinen vertrauensvolle, freundschaftliche Beziehungen kaum zu existieren, vielmehr handelt es sich, wenn überhaupt Beziehungen bestehen, um oberflächliche Bekanntschaften oder Zweckgemeinschaften.

„Freunde gibt's hier nicht, das auf keinen Fall. Da guckt jeder, dass er irgendwie durchkommt. Ist halt Bahnhof, ist halt Scene“ (Aphrodite, 31 Jahre).

„Freunde sind das nicht, überhaupt nicht. Das ist einfach nur, wir kennen uns, und wenn ich wieder hier weg bin, will ich mit so Leuten nie was zu tun haben“ (Nele, 23 Jahre).

„Freunde sagen wir mal in Anführungszeichen. Ich hab' hier welche, also mit denen bin ich jeden Tag unterwegs, aber ansonsten, möcht' ich mit denen auch so gar nix zu tun haben“ (Trixi, 28 Jahre).

Alle Interviewpartnerinnen sind davon überzeugt, dass sich durch die Verbreitung von Crack eine deutliche Verschlechterung des sozialen Klimas in der Frankfurter Szene ergeben hat. Viele beschreiben das Umfeld mittlerweile als „entsolidarisierten“ Sozial-

raum und hängen dabei der Vorstellung „früher war alles besser“ an. Oftmals werden die vergangenen Zeiten mythisch verklärt dargestellt.

„Die Steine haben die Szene kaputtgemacht. Früher war es eben auch so, dass man sich gegenseitig geholfen hat. Früher war das gar kein Thema, wenn es einem schlecht ging, war da immer einer da, der dir geholfen hat. Das war ein Geben und ein Nehmen. Aber jetzt, durch die Steine, ist es eben so geworden, bei den meisten, dass nur noch Ich: Ist mir doch egal, ob du da im Dreck liegst und dir geht's sauschlecht, Hauptsache mir geht's gut“ (Paula, 25 Jahre).

„Alles hat sich verändert. Die ganze Szene ist kaputtgegangen. Das ist keine Scene mehr, das ist nur noch ein Gegeneinander. (...) Früher war das noch Spaß haben und gemeinsam Drogen nehmen. Da war irgendwie 'ne Gemeinschaft da. Aber seit die Steine da sind, da verkaufen die Leute ihre Mutter für fünf Mark“ (Jessy, 23 Jahre).

„Ich finde, das ist viel schlimmer geworden, also früher war das nicht so schlimm. Die Leute, die schreien sich ja nur noch an, und es geht ja nur noch um Stein und jeder zockt sich ab. Also ich find' es echt schlimm, du kannst ja hier niemandem mehr trauen, egal wer's ist“ (Trixi, 28 Jahre).

Den Mythos einer früheren, durch Solidarität geprägten Drogenszene haben dabei auch diejenigen übernommen und verinnerlicht, bei denen eine Einbindung in die Frankfurter Drogenszene erst deutlich nach der Etablierung von Crack stattfand und sie insofern diese früheren Zeiten gar nicht erlebt haben dürften. Möglicherweise resultiert die Vorstellung darüber, dass früher alles besser war, neben der Aufrechterhaltung eines gewissen Mythos auch schlicht aus der Desillusionierung, die das Leben in der Drogenszene mit sich bringt.

In den Interviews grenzen sich die Frauen deutlich von den unsolidarischen Verhaltensweisen der Szene ab. Sich selbst ordnen sie verschiedene soziale Kompetenzen wie Hilfsbereitschaft, Rücksichtnahme und Ehrlichkeit zu, alle anderen Szeneangehörigen werden demgegenüber als egoistisch, berechnend und skrupellos charakterisiert.

„Im Endeffekt ist es dann halt auch immer so gewesen, dass es den anderen Leuten irgendwie immer nur um das Material ging, und wenn ich nix mehr hatte, dann war ich auch uninteressant. Und irgendwie lern' ich das trotzdem nicht so richtig, weil ich denke, es können nicht alle so sein, ich bin doch auch nicht so. Und am Ende werde ich dann noch beklaut und wach' dann morgens auf und hab' gar nichts mehr“ (Dodo, 31 Jahre).

„Das ist halt, die Drogenszene ist einfach allgemein beschissen. Also, ich hab' so vielen Leuten schon geholfen und wenn du dann mal selber Hilfe brauchst, hilft dir keiner. Wirklich jeder guckt nur nach sich selber, dass er selber über die Runden kommt“ (Blume, 35 Jahre).

„Weil ich bezahl' auch meine Schulden, klar, ich mach' auch mal scheiße, aber eigentlich bin ich sehr ehrlich, was auch nicht normal ist, hier auf der Scene“ (Lela, 32 Jahre).

Indem sich die Frauen selbst als „ein bisschen weniger Junkie“ beschreiben, können sie ein annähernd positives Selbstbild aufrechterhalten. Insbesondere die Abwertung anderer „Szenefrauen“ spielt, wie bereits erwähnt, eine wesentliche Rolle für die Identitätsarbeit und das Selbstwertgefühl der Frauen, da sich hiermit gleichzeitig die Aufwertung der eigenen Person verbindet.

Frauen in der Drogenszene sind gleich in mehrfacher Weise stigmatisiert: Sie verstoßen gegen gesetzliche Bestimmungen und gesellschaftliche Normen von Weiblichkeit und werden in der Drogensubkultur diskriminiert. Diese negative Bewertung, die die Frauen internalisiert haben, formt ihre Einstellung gegenüber anderen Drogenkon-

umentinnen und führt zu einer ausgeprägten Diskreditierung unter den Frauen. Dementsprechend wird in den Interviews meist eine negativere Einstellung gegenüber den weiblichen als gegenüber den männlichen Szeneangehörigen deutlich.

„Ich komm' hier mit den Frauen nicht so klar. Weil, wie gesagt, erstens sind die auf'm ganz anderen Standpunkt wie ich. Die meisten, die gehen ja auch zum Anschaffen und so und ja, die denken halt auch schon irgendwie ganz anders, also, ich weiß nicht, mit den meisten kann ich mich auch gar nicht normal unterhalten, weil das Hauptthema ist Drogen. (...) Und die Männer, sag' ich mal, waren, in Anführungsstrichen, noch ziemlich normal, so die, wo ich kennengelernt hab'" (Trixi, 28 Jahre).

Die Interviewpartnerinnen nutzen die Abgrenzung gegenüber anderen Drogenkonsumentinnen, um ihre eigenen Werte und Prinzipien (wie Verantwortungsbewusstsein oder Disziplin) zu verdeutlichen. Mit Hilfe dieser persönlichen Grundsätze versuchen sie der Abwertung, die sie in der Szene erfahren, entgegenzuwirken und ihre Selbstachtung zu bewahren. Anderen „Szenefrauen“ wird hingegen eine derartige Handlungsorientierung abgesprochen und eine gänzliche Fremdbestimmtheit durch Drogen unterstellt.

„Ach, die Frauen hier, die schleimen nur rum, die wollen nur ihren Stein und mehr wollen die nicht. Zum Beispiel, ich geh' anschaffen, ich schick' meinem Mann auch jeden Monat zwohundert Euro in 'n Knast, und meine Schwiegereltern, wenn ich 'n Freier hab', wo sehr gut zahlt, so fünfhundert Euro zum Beispiel für die ganze Nacht zahlt, dreihundert gehen nach Algerien, hundert mein Mann, hundert ich. Ja, ich denk' an meine Familie noch, und die meisten hier denken ja gar nicht mehr an ihre Familie“ (Tess, 33 Jahre).

„Ich disziplinier' mich halt, dass ich mein Geld verdiene, ja, und Geld verschafft immer so 'n bisschen Abstand“ (Carla, 32 Jahre).

Infolgedessen scheinen die Beziehungen zwischen den Frauen durch Konkurrenz und gegenseitige Geringschätzung geprägt zu sein, während das Verhalten von Männern untereinander als kameradschaftlicher wahrgenommen und beschrieben wird.

„Also ich komme mit ganz wenigen Frauen hier eigentlich aus. Also unter Frauen, das ist sehr rivalisch, es gönnt wirklich keine der anderen was, das ist irgendwie schwieriger wie bei Männern. Männer unter sich gehen ganz anders miteinander um, das ist mehr so kameradschaftlich, wo 'ne Frau ziemlich außen vor steht“ (Marie, 43 Jahre).

Am deutlichsten zeigt sich die gegenseitige Verachtung unter den Drogenprostituierten. In der Regel sind es immer die anderen Frauen, die nicht korrekt arbeiten und die Grundprinzipien der Prostitution wie „nicht unter die Preise gehen“, „nicht ohne Gummi arbeiten“ oder den „Freier nicht linken“ verletzen (vgl. Kap. 7.4.4.1). Mit der Betonung der eigenen korrekten Arbeitsweise produzieren die Frauen von sich das Bild der „professionellen“ Prostituierten und grenzen sich damit gegenüber dem Bild von Beschaffungsprostituierten ab, die keine Prinzipien haben und „für Drogen alles machen“.

Insgesamt ist anzunehmen, dass die gegenseitige Herabwürdigung innerhalb der einzelnen (Frauen-)Subgruppen zunimmt, je niedriger diese in der Szenehierarchie angesiedelt sind. Solidarische Beziehungen und der Aufbau eines gemeinsamen Schutz- und Unterstützungssystems werden so verhindert, wodurch Frauen in der Szene erheblich angreifbarer sind.

Eine Partnerschaft mit einem Drogenkonsumenten wird von fast allen Interviewpartnerinnen abgelehnt, da sie hiermit in erster Linie Nachteile für sich selbst verbinden. Sie sind der Meinung oder haben die Erfahrung gemacht, dass Drogenkonsum und ein partnerschaftliches Vertrauensverhältnis nicht miteinander vereinbar sind.

„'Ne Beziehung hat sowieso keinen Zweck, also das ist völlig... Das hab' ich auch mal versucht, aber das ist, da wird sich nur beschissen und beklaut und heimlich gedrückt und gemacht und getan, und das find' ich scheiße, also, ich glaub' das geht nicht – Drogen und Beziehung. Die meisten hier, die 'ne Beziehung haben, die waren schon zusammen, bevor sie Drogen genommen haben, und die sind aus Gewohnheit zusammen. Und dann geht die Frau anschaffen und der Typ steht dann da und verplant schon das Geld, während sie gerade mal eingestiegen ist, so ja, und dann kommt sie wieder und muss das Geld abliefern. Ich weiß nicht, also mein Geld ausgeben kann ich auch alleine“ (Dodo, 31 Jahre).

„Wenn man selber drauf ist, Junkie, was willst du denn dann für 'n Freund haben? Der auch drauf ist? Und du gehst anschaffen und versorgst euch beide? Nee!“ (Mara, 25 Jahre).

„Bei Paaren seh' ich das unheimlich oft, dass die Männer da so den Macker raushängen lassen, aber eigentlich die Frauen meistens diejenigen sind, die das Geld ranschaffen und sich auch so d'rum kümmern, dass auch alles ein bisschen läuft. Und die Typen stehen dann am Bahnhof 'rum, knallen sich den Kopp' zu oder gehen mal in den Druckraum, machen sich 'nen Druck, rennen wieder an den Bahnhof, trinken Bier, fressen Pillen, verkaufen vielleicht hier und da mal was, aber die Frauen sind meistens die, die versuchen, das so ein bisschen zusammenzuhalten“ (Zille, 26 Jahre).

Die Beziehung zu einem Drogenkonsumenten wird von den Frauen weder mit einem gewissen Schutz im Szenealltag noch mit ökonomischer Sicherheit (im Sinne einer finanziellen Mitversorgung durch den Partner) assoziiert. Vielmehr bewerten die Frauen solche Partnerschaften als Ausbeutungsverhältnisse, mit denen sie selbst in die Rolle der Versorgerin geraten, von dem Partner aber kaum eine Gegenleistung erwarten können.

Fast alle Interviewpartnerinnen haben gelernt, sich ausschließlich auf ihre eigenen Kompetenzen zu verlassen und bewältigen den Szenealltag als Einzelgängerinnen. Dies bringt sowohl Vorteile als auch Nachteile mit sich. Einerseits können sie so Konflikten mit anderen Drogenkonsumierenden teilweise aus dem Weg gehen und relativ unabhängig, ohne Rücksicht auf andere nehmen zu müssen, ihren Alltag gestalten.

„Es geht immer nach hinten los, wenn du dich mit jemandem zusammentust. Das ist meine Erfahrung. Mach alleine dein Ding, dann kommst du am weitesten. Jeder muss hier seinen Kampf kämpfen!“ (Frau XY, 46 Jahre).

„Ich bin lieber alleine, als mit jemandem zusammen. Weil, ich hab' gemerkt, wenn ich mit jemandem zusammen bin, komm' ich schon in Schwierigkeiten. Und dann bin ich lieber alleine, da weiß ich auch, was ich mache. Ich muss keinem hier den Arsch lecken, mal auf Deutsch gesagt, und hab' meine Ruhe. Also bin ich mit den Leuten zusammen, dann heißt es: Hier, das hab' ich dir gegeben, das musst du mir wieder zurückgeben“ (Nele, 23 Jahre).

Andererseits fehlen den Frauen damit auch unterstützende und protektive Sozialkontakte in der Szene, was vor allem angesichts der hier herrschenden Gewaltstrukturen problematisch ist. Männer scheinen demgegenüber eher in soziale Netzwerke eingebunden zu sein. Zumindest wurde durch die Feldarbeit in der Frankfurter Drogenszene der Eindruck gewonnen, dass sich männliche Szenemitglieder häufiger in kleinen Gruppen aufhalten und dadurch einen gewissen Zusammenhalt vermitteln. Ihre Stärke und Präsenz in der Szene wird damit zusätzlich verdeutlicht.

Bei einem Großteil der Interviewpartnerinnen resultiert ihr „Einzelgängertum“ bzw. ihre Vereinsamung aus zahlreichen Enttäuschungen und Erfahrungen des Vertrauensmissbrauchs.

„Also ich hab’ das lange versucht hier irgendwie ’ne Freundin oder ’nen Freund, also einfach so, zu finden, weil man ist hier alleine und alleine sein ist scheiße“ (Dodo, 31 Jahre).

Möglicherweise tragen auch die verschiedenen Beschaffungsmuster selbst zu einem unterschiedlichen Grad an sozialer Isolation bei. So ist es beispielsweise für die Dealtätigkeit essenziell, über Kontakte sowie einen gewissen Bekanntheitsgrad zu verfügen und mit anderen (z. B. Vermittlern) zusammenzuarbeiten. Und auch bei der Finanzierung über Ladendiebstähle ist es von Vorteil, gemeinsam mit anderen zu agieren. Diese Finanzierungsstrategien, die häufiger von Männern ausgeübt werden, stärken die sozialen Kontakte untereinander. Demgegenüber wird die Prostitution von den Frauen alleine und abseits des Sozialraums der Drogenszene ausgeführt und trägt auch deshalb zur Isolierung der weiblichen Szeneangehörigen bei. Dass Frauen gelegentlich mit anderen im Rahmen der Prostitution gemeinsam in „double dates“ arbeiten (oder auch sonstige Finanzierungsformen mit anderen Frauen gemeinsam ausüben), wurde in keinem Interview erwähnt.

Zusammenfassend lassen sich die Beziehungen innerhalb der Frankfurter Drogenszene als äußerst problematisch und durch gegenseitiges Misstrauen und Verachtung geprägt charakterisieren – dies gilt vor allem für die Beziehungen unter den Frauen. Die stärkere soziale Marginalisierung und Diskriminierung, die sie erfahren, scheinen sie für sich selbst nur durch die Abwertung anderer „Szenefrauen“ und eine damit verbundene Aufwertung der eigenen Person abschwächen zu können. Auch Paarbeziehungen mit männlichen Drogenkonsumenten werden, häufig aufgrund entsprechender Erfahrungen, von den Frauen als äußerst negativ beurteilt. Folglich bewältigen sie meist als ausgesprochene Einzelgängerinnen den Szenealltag und verlassen sich ausschließlich auf sich selbst und ihre eigenen Kompetenzen. Damit fehlen den Frauen jedoch unterstützende Sozialkontakte, woraus psychisch belastende Gefühle der Einsamkeit und der sozialen Isoliertheit entstehen.

7.7 Risiken und Belastungen des Szenelebens

Der Alltag in der Drogenszene ist wesentlich durch die Illegalität, Gewalt, die gegenseitige Diskreditierung, Vereinsamung, die unsicheren Lebens- und Wohnverhältnisse, den Erwerb und Konsum von Drogen sowie dem damit einhergehenden Beschaffungstress geprägt. Aus diesen Bedingungen resultieren zahlreiche physische und psychische Belastungen, die nachfolgend genauer beleuchtet werden. Untersucht werden hierzu Erfahrungen mit Gewalt- und Eigentumsdelikten und den Strafverfolgungsbe-

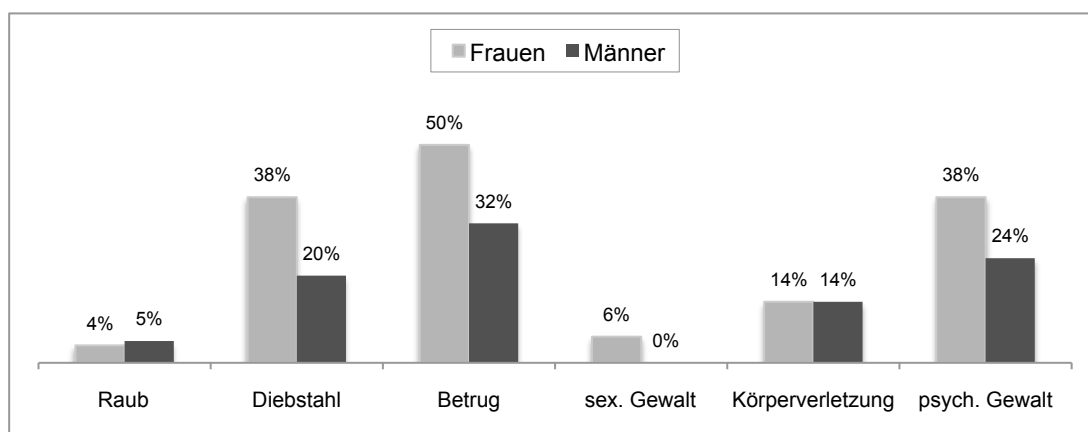
hörden, Überdosierungserfahrungen, das drogengebrauchsbezogene Risikoverhalten sowie das gesundheitliche und psychische Befinden der Frauen.

7.7.1 Erfahrungen mit Gewalt und Eigentumskriminalität

Eigentumsdelikte sowie psychische und physische Gewalt sind Bestandteile des Szenetags. Die Szenehierarchie ist zu einem Großteil durch Gewalt geprägt. Es gilt das „Recht des Stärkeren“ – wer sich körperlich durchsetzen kann, hat das Sagen. Aggressivität und Gewalt sind in der Drogensubkultur wichtige Mittel, um Konflikte auszutragen und sich Respekt zu verschaffen, zudem betrügen und bestehlen sich die Szeneangehörigen auch immer wieder gegenseitig. Um das Ausmaß von Kriminalität und Gewalt in der „offenen Drogenszene“ ansatzweise quantitativ erfassen zu können, wurden die Befragten im Rahmen der Fragebogenerhebung gebeten, für den Zeitraum der letzten vier Wochen anzugeben, ob und wenn ja in welcher Form sie Opfer von Delikten geworden sind.¹⁶⁹

Im Ergebnis zeigt sich, dass knapp drei Viertel der im Jahr 2008 befragten Frauen (72%) und nahezu drei Fünftel der Männer (58%) im vergangenen Monat Opfer von mindestens einem Delikt wurden. Im Durchschnitt berichten die Frauen über 6,4 und die Männer über 3,2 Delikterfahrungen. Wie die nachfolgende Abbildung 7.5 veranschaulicht, offenbart sich dabei für fast alle Delikte ein höherer Betroffenenanteil unter den Frauen.

Abbildung 7.5: Delikterfahrungen (Mehrfachnennungen) im Monat vor der Befragung nach Geschlecht (2008)



Am häufigsten geben die weiblichen Befragten an, bei Drogengeschäften betrogen worden zu sein. Während hierüber die Hälfte von ihnen berichtet, ist es bei den Männern nur knapp ein Drittel (*). Deutliche Unterschiede lassen sich auch für die Delikte Diebstahl und psychische Gewalt beobachten. Rund zwei von fünf Frauen geben an, in

¹⁶⁹ Da Gewalt- und Kriminalitätserfahrungen nur in den Szenebefragungen 2002 und 2008 erhoben wurden, wird an dieser Stelle auf einen quer- und längsschnittlichen Vergleich verzichtet.

den letzten vier Wochen bestohlen worden zu sein oder psychische Gewalt (Beleidigungen, Bedrohungen etc.) erfahren zu haben. Bei den Männern trifft dies nur auf ein Fünftel bzw. knapp ein Viertel zu. Für Diebstahls-Delikte sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern signifikant (*). Keineswegs überraschend sind auch die Geschlechterdifferenzen für das Erleben sexueller Gewalt (*) – drei Frauen wurden im zurückliegenden Monat Opfer eines Sexualdelikts. Keine Geschlechterunterschiede lassen sich dagegen für die Delikte Körperverletzung und Raub beobachten.

Werden die Prostituierten und Nicht-Prostituierten im Hinblick auf Delikterfahrungen verglichen, so zeigt sich, dass drei Viertel der Frauen, die anschaffen gehen, und mehr als zwei Drittel der Nicht-Prostituierten (68%) im zurückliegenden Monat Opfer eines Delikts wurden. Die Beschaffungsprostituierten erlebten durchschnittlich 6,7 und die Nicht-Prostituierten durchschnittlich 6,3 Deliktsituationen. Insgesamt lassen sich damit – mit Ausnahme sexueller Gewalt, über die keine Nicht-Prostituierte berichtet – keine wesentlichen Unterschiede zwischen beiden Subgruppen ausmachen.

Für das zuletzt erlebte Delikt wurden zusätzlich die genaueren Umstände erhoben, die in der nachfolgenden Tabelle 7.12 dargestellt sind.

Tabelle 7.12: Umstände der zuletzt erlebten Deliktsituation nach Geschlecht^a (2008)

	Frauen	Männer	Sig.
Delikt			
Betrug	28%	29%	n.s.
psychische Gewalt	28%	28%	
Diebstahl	25%	24%	
Körperverletzung	17%	10%	
Raub	0%	9%	
sexuelle Gewalt	3%	0%	
(vermuteter) Täter			
Drogenkonsument	72%	90%	**
Partner	17%	0%	
Freier	6%	0%	
Ort			
Straße/Drogenszene	75%	79%	n.s.
Drogenhilfeeinrichtung	6%	14%	
Privaträume	14%	2%	
(vermuteter) Hintergrund			
finanzielle Notlage	47%	35%	n.s.
persönlicher Streit	28%	7%	
allgemeine Stresssituation	8%	17%	
Drogenwirkung	3%	10%	
Entzugsstress	6%	14%	

^a Bezogen auf diejenigen, die mindestens einmal in den vergangenen vier Wochen ein Delikt erlebt haben.

Jeweils rund ein Viertel der im Jahr 2008 befragten Frauen und Männer wurde zuletzt betrogen, bestohlen oder erlebte psychische Gewalt. Jede sechste Frau und jeder zehnte Mann hat zuletzt körperliche Gewalt erfahren, knapp ein Zehntel der Männer

wurde beraubt und eine Frau berichtet über eine erst wenige Tage zurückliegende Vergewaltigung.

Vermutete Täter sind in erster Linie andere Drogenkonsumierende. Dies gilt insbesondere für die Delikte Betrug und Diebstahl, aber auch für die Körperverletzung. Auffällig ist, dass die Delikterfahrungen der Frauen signifikant häufiger mit ihrem Partner verknüpft sind. Vor allem psychische Gewalt haben die Frauen in über der Hälfte der Fälle durch ihren Partner erfahren. Bei zwei weiblichen Befragten (6%) ging das letzte Gewaltdelikt von einem Freier aus.

In der überwiegenden Mehrheit der Fälle ist die Straße der Ort der letzten Kriminalitätserfahrung – dies gilt für beide Geschlechter gleichermaßen. Ein geschlechtsspezifischer, jedoch nicht signifikanter Unterschied zeigt sich darin, dass bei Frauen die Delikte deutlich häufiger in privaten Räumlichkeiten stattfanden, bei den Männern hingegen öfter in Einrichtungen der Frankfurter Drogenhilfe. Jeweils das Gros der befragten Frauen und Männer vermutet als Hintergrund der letzten Kriminalitätserfahrung eine finanzielle Notlage anderer Drogenkonsumierender. Mit gut einem Viertel gibt jedoch ein relevanter Anteil der Frauen einen persönlichen Streit als Ursache des letzten Delikts an. Von den Männern wird ein derartiger Hintergrund hingegen nur selten genannt. Sie führen ihr letztes Delikterlebnis etwas häufiger als Frauen auf eine allgemeine Stresssituation zurück. Vergleichsweise selten – von den Männern jedoch etwas häufiger – werden die Wirkung psychoaktiver Substanzen oder Entzugserscheinungen als Ursache der letzten Deliktsituation vermutet.

Insgesamt wird deutlich, dass Frauen nicht nur häufiger Opfer von Gewalt und Eigentumskriminalität werden, sondern diese Erlebnisse bei ihnen auch öfter im Kontext persönlicher Beziehungen angesiedelt sind – dies gilt sowohl für Konflikte im Rahmen der Partnerschaft als auch für persönliche Streitigkeiten mit Angehörigen der Drogenszene.

Nähere Einblicke in die Gewaltstrukturen der Drogenszene und die Gewalterfahrungen der Frauen lassen sich durch die qualitativen Interviews gewinnen. Körperlichen Übergriffen sind die Frauen vor allem durch männliche Szeneangehörige ausgesetzt, die die Unterlegenheit der Frauen ausnutzen – dies teilweise auch, um sich einen finanziellen Vorteil zu verschaffen.

„Es gibt einige Typen, die halt der Meinung sind: Ach Frau, die hat schnell Kohle gemacht, ich bin ein Mann, stärker, größer, wie auch immer, das Geld ist mir! Und wenn du Pech hast und an so jemanden gerätst, ist dein Geld halt weg. Ich hab' das schon oft genug erlebt, dass Frauen... hier, gib die Kohle her! Nein! Batsch! Und das Geld ist weg! Also, das finde ich halt ganz übel, wenn die Typen auf die Mädels losgehen. Dazwischen gehen kannst'e meistens nicht, dann fängst du auch noch eine“ (Frau XY, 46 Jahre).

„Wenn die sehen, ich hab' was, und ich geb's nicht, dann holen sie's halt mit Gewalt, indem sie mich entweder bedrohen, schlagen oder sonst irgendwas. Das sind aber, die nehmen dir's prinzipiell weg. Der J., wie oft hat der mich schon bedroht oder er hat mich ins Gebüsch reingezogen, und hat sich das mit Gewalt geholt. Und vor so 'nem Typen musst du Angst ham“ (Nele, 23 Jahre).

In den Interviews werden verschiedene Strategien der Frauen deutlich, wie sie sich vor Übergriffen durch andere Szenemitglieder zu schützen suchen. Teilweise widersetzen sich die Frauen nicht, um schlimmere Formen der Gewalt zu vermeiden. So berichtet die oben zitierte Interviewpartnerin weiter:

„Weil, wer weiß, was der Typ sonst noch alles macht. Also tu' ich's lieber dann akzeptieren, dass er mir's weggenommen hat. Aber er weiß dann halt auch, er kann's immer wieder mit mir machen“ (Nele, 23 Jahre).

Setzen sich die Frauen nicht zur Wehr, erhöht sich jedoch die Gefahr, dass sie zu einem „leichten Opfer“ werden und damit auch zukünftig verstärkt Übergriffen ausgesetzt sind und gedemütigt werden. Andere Frauen versuchen, Streitigkeiten aus dem Weg zu gehen, indem sie sich nicht in Gruppen aufhalten und sich als Einzelgängerinnen in der Szene bewegen.

„Ich bin Einzelgänger, ich geh' den Sachen aus'm Weg“ (Carla, 32 Jahre).

„Also ich halt mich dann, also wenn ich merke, oh je, dann halt ich mich schon zurück und geh dann auch weg“ (Aphrodite, 31 Jahre).

Wird jedoch die räumliche Begrenzung der Drogenszene berücksichtigt, so ist zu vermuten, dass auch diese Strategie keinen wirklichen Schutz vor Übergriffen bietet. Als ein weiterer Schutzfaktor vor Gewalt wird der eigene Umgang mit anderen Szeneangehörigen angesehen. Indem sich die Frauen selbst nicht aggressiv verhalten, hoffen sie, dass ihnen auch andere ohne Aggressionen begegnen.

„Es kommt auch, denk' ich, immer d'rauf an, wie man den meisten so rüberkommt. Also, wenn ich jetzt da stehen würde und irgendjemanden anschreie, dann muss ich damit rechnen, dass ich dann Ärger kriege oder so. Aber ich hab' eigentlich so, ich bin eigentlich auch selber ziemlich ruhig und von daher, hat' ich noch nie Probleme“ (Trixi, 28 Jahre).

Für andere ist vor allem ein selbstsicheres Auftreten entscheidend.

„Es kommt ja auch immer darauf an, was für ein Mann steht dir da gegenüber und was will der von dir. Und auch, was strahlst du aus. Weil manche Menschen, die kommen schon so als Opfer rüber und wenn du schon als Opfer gesehen wirst, was du als Frau ja ganz schnell wirst, das geht ruckzuck, dass du als Opfer gesehen wirst“ (Zille, 26 Jahre).

Den meisten Interviewpartnerinnen ist es wichtig, sich nicht alles gefallen zu lassen und sich zur Wehr zu setzen. Damit stärken sie auch ihr Selbstwertgefühl. Wenn, wehren sich die Frauen vor allem verbal.

„Die Frauen müssen auf alle Fälle kuschen. Also ich bin ziemlich unbeliebt, weil ich mein Maul halt aufmache“ (Carla, 32 Jahre).

Nur eine Frau berichtet explizit darüber, sich mittels physischer Gewalt gegenüber anderen Szeneangehörigen zu behaupten. Körperliche Durchsetzungskraft ist für sie nicht nur ein Mittel, um sich Respekt zu verschaffen, sondern auch die Voraussetzung dafür, um in der Szene überhaupt überleben zu können.

„Ich hab' aber auch was dafür getan, dass ich jetzt so akzeptiert werde. Ich mein', viele reden auch schlecht über mich, weil ich mich halt eben wehr'. (...) Die ham' Respekt vor mir und ich hab' Respekt vor denen. Also, den wir uns auch gegenseitig hart erkämpft haben, sag' ich jetzt mal. (C. B.: Hast du dann auch Gewalt eingesetzt?) Ja wenn's sein muss, auf der Straße, ja klar. Das geht nicht anders. Wenn man auf der Straße ist, sollte man sein Bestes geben, um sich durchzusetzen. Ich mein', was so 'n Typ kann, das kann ich doch auch. Es gibt aber nur wenige Frauen, die das

machen. Und die anderen, brauchst nur aus'm Fenster zu gucken, die sind grad' mal seit zwei, drei Jahren dabei, seh'n aus wie 'ne laufende Leiche und werden nur hin und her geschickt: Mach' mal das, mach' mal das, kriegst auch 'n Zug dafür. Also, wenn die so weitermachen wie bisher, glaub' ich nicht, dass sie's schaffen. Weil sie irgendwann mal in irgend 'nem Graben liegen“ (Mara, 25 Jahre).

Indem die Interviewpartnerin die Gewaltausübung als männlichen Machtmechanismus übernimmt, kann sie sich der Geringschätzung, die Frauen in der Szene erfahren, teilweise entziehen. Umgekehrt weist sie jedoch darauf hin, dass ein gewaltbereites Verhalten von Frauen und damit auch der Widerstand gegen die passive, devote Frauenrolle in der Szene verurteilt wird. Ob sich durch eigene Gewalthandlungen die Übergriffe durch andere Szeneangehörige reduzieren lassen, ist zudem fraglich. Vielmehr kann vermutet werden, dass der eigenen Status immer wieder durch harte Auseinandersetzungen erkämpft und bestätigt werden muss.

Bei der Betrachtung des Spektrums an Schutzstrategien fällt auf, dass hierbei ausschließlich individuelle Handlungsweisen von den Frauen genannt werden. Über kollektive Strategien, im Sinne einer gegenseitigen Hilfe und Unterstützung, wird von keiner Interviewpartnerin berichtet.

Problemverschärfend ist darüber hinaus, dass – einhergehend mit der Verbreitung von Crack – in allen Interviews ein Anstieg von Aggressionen und Gewalt im Frankfurter Szenemilieu thematisiert wird. Der Zusammenhang zwischen Crack und Gewalt wird dabei von den Frauen unterschiedlich interpretiert. Einige bewerten Aggressionen als unmittelbare Folge der Substanzwirkung.

„Die Leute denken nicht mehr nach, wenn du rauchst, dann ist dir alles egal. Die bringen auch, die schlagen sich gegenseitig tot. Der Stein macht kaputt, dumm“ (Tess, 33 Jahre).

Die Mehrheit begründet die Gewaltbereitschaft der Crackkonsumierenden jedoch mit dem starken Konsumverlangen und einer dadurch bedingten Alltagsgestaltung, in der alles der Finanzierung, dem Erwerb und dem Konsum von Crack untergeordnet wird.

„Also die Aggression ist gestiegen. Ich hab' angefangen mit Crack, wie das gerade so hier auf den Markt kam. Und je länger dieses Zeug da war, desto aggressiver wurde diese ganze Drogenszene auch. Die Crackleute, die sind unheimlich, also Crack macht unheimlich gierig, du machst wirklich alles, um an das Zeug zu kommen und dementsprechend wirst du dann oder kannst du dann auch gefährlich werden“ (Zille, 26 Jahre).

„Die Szene ist aggressiver geworden, auf jeden Fall. Und ich bin der Meinung, das liegt an den Steinen. Die Leute sind tagelang und nachts unterwegs und schlafen nicht“ (Aphrodite, 31 Jahre).

Obwohl die Interviewpartnerinnen immer wieder eine direkte Assoziation zwischen Crack und Gewalt hervorheben, stellen sie diesen Zusammenhang für sich selbst kaum her. Ein durch Crack bedingtes Aggressionspotenzial wird erneut nur den anderen Szeneangehörigen zugeschrieben, während sich die Frauen selbst, trotz ihres teils intensiven Crackkonsums, als ruhig und relativ aggressionsfrei charakterisieren.

„Das ist unterschiedlich, also manchmal bin ich dann, ja, manchmal bin ich dann auch gereizt. Aber, es geht. Also ich sag' mal, es hält sich noch in Grenzen. Weil, wie gesagt, ich nehm' jetzt auch nicht nur Steine, oder so. Ich hab' da überhaupt keine Lust drauf, also wie gesagt, ich bin da auch ziemlich ruhig, und bin froh, wenn ich da überhaupt keinen Ärger hab“ (Trixi, 28 Jahre).

„(C. B.: Dass Crack aggressiv macht, merkst du das an dir selbst auch?) Nee, an mir selber

eigentlich weniger, weil ich von Natur aus ein ruhiger Mensch bin" (Jessy, 23 Jahre).

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass die spezifischen Szenestrukturen, die körperliche Unterlegenheit von Frauen, die Diskriminierung, die sie in der Szene erfahren und ihre soziale Isolation dazu führen, dass Drogenkonsumentinnen ein hohes Maß an psychischer und physischer Gewalt erfahren. Um sich vor Gewalterfahrungen zu schützen, haben die Frauen unterschiedliche Strategien entwickelt, die – auch abhängig von der jeweiligen Situation – von einem passiven Ertragen bis hin zur proaktiven und reaktiven Anwendung von Gewalt reichen. Für den im Kontext mit Crack berichteten Gewaltanstieg in der Szene lassen sich verschiedene Ursachen vermuten. Zum einen bewirken die pharmakologischen Eigenschaften der Substanz eine gesteigerte Aufnahmebereitschaft für äußere Reize, was zu Konflikten unter den Szenemitgliedern führen kann. Möglicherweise bedingt die agitierende Wirkung, dass Konflikte schneller eskalieren, als dies unter der beruhigenden und dämpfenden Wirkung von Heroin der Fall ist. Zum anderen gehen mit dem Konsum von Crack Lebensbedingungen einher, die sich durch einen hohen Beschaffungs- und Konsumstress, eine erhebliche Agilität und einen fehlenden Schlaf-Wach-Rhythmus auszeichnen. Auch hierdurch wird vermutlich eine aggressive Komponente im Verhalten gefördert. Darüber hinaus ist anzunehmen, dass auch das Image von Crack eine nicht unwichtige Rolle spielt. Da von den Szeneangehörigen davon ausgegangen wird, dass Crack aggressiv und gleichgültig macht, schreiben sie nicht nur anderen diese Verhaltensweisen zu, sondern verhalten sich womöglich auch selbst entsprechend dieser Vorstellung und agieren ihre Aggressionen direkt aus. Es ist denkbar, dass andere es ihnen gleichtun und es somit in einer Art „Verstärkungskreislauf“ zu einer generellen Zunahme von Aggressionen und Gewalt kommt. Es bleibt jedoch fraglich, ob Crackkonsumierende tatsächlich aggressiver sind als Nicht-Crackkonsumierende. Zumindest die Aussagen der Interviewpartnerinnen, nach denen sie bei sich selbst kaum Anzeichen für ein erhöhtes Aggressionspotenzial feststellen, deuten nicht darauf hin. Unter Umständen steht der Gewaltanstieg in der Drogenszene – der auch seitens der Drogenhilfe und damit auch von „Außenstehenden“ wahrgenommen wird – wesentlich mit Zuschreibungsprozessen und Mechanismen einer sich selbsterfüllenden Prophezeiung im Zusammenhang. In Bezug auf den Crackhandel ist zu vermuten, dass die hohe Beteiligung verschiedenster Personen, die fehlende Hierarchisierung und damit der Wegfall klarer Strukturierungen, informeller Regeln und vertrauenswürdiger Handelsbeziehungen ebenfalls zu einem Gewaltanstieg beitragen.

7.7.2 Erfahrungen mit den Kontrollbehörden

Die „offene Drogenszene“ unterliegt einem hohen strafrechtlichen Verfolgungsdruck. In ihrem Alltag sind die Frauen immer wieder mit der Polizei und dem Ordnungsamt konfrontiert. Die Kontroll- und Hafterfahrungen von Frauen wurden in der quantitativen Be-

fragung 2008 nicht erhoben. In der aktuellen Szenestudie des CDR aus dem Jahr 2010 (Müller et al. 2011), mit der erstmals Daten hierzu erfasst wurden, zeigt sich aber, dass 77% der Frauen schon einmal inhaftiert waren (Männer: 78%). Durchschnittlich verbüßten die Frauen 4,8 Haftstrafen, die Männer waren im Schnitt 4,5-mal inhaftiert. Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede offenbaren sich für die durchschnittliche Haftdauer. Die Frauen waren im Schnitt für insgesamt drei Jahre im Gefängnis, die Männer für fünf Jahre (*). Am häufigsten hatten die Frauen eine Geldstrafe abgesessen (27%), jeweils 14% waren aufgrund von Drogenbesitz, Diebstahl, Körperverletzung oder Raub inhaftiert und 5% hatten wegen Drogenhandelaktivitäten eine Haftstrafe verbüßt. Für die Inhaftierungsgründe lassen sich keine signifikanten geschlechtsspezifischen Differenzen erkennen.¹⁷⁰

In den Interviews berichten die Frauen sowohl bezogen auf den Drogenstrich als auch auf die Szene insgesamt von einer hohen Kontrollintensität. Das polizeiliche Vorgehen richtet sich vor allem gegen die Bildung von Szeneansammlungen und stellt sich für die Frauen im Wesentlichen als Vertreibungspolitik dar.

„Das mit der Polizei, das find' ich eigentlich immer ganz krass, weil die immer jeden wegschickt und so. Ich denke mal, wo sollen die Leute noch hin. Da gibt's eigentlich schon die Druckräume und alles, und da werden wir dann auch verjagt. Ich weiß' nicht, ich denke, dass irgendwann wahrscheinlich mal gar keiner mehr hier irgendwo sitzt, auf der Straße, gut, das ist wahrscheinlich auch Sinn und Zweck der Sache, aber auf der anderen Seite, ist es eigentlich Blödsinn, weil wenn 'se hier nicht sind, sind 'se woanders“ (Trixi, 28 Jahre).

„Das ist einfach von der Polizei, weil die einen halt von einem Fleck auf des and're jagen. Du darfst ja nie hier unten stehen, nicht mal 'ne Minute, kommen die und zack, musst du weg“ (Tess, 33 Jahre).

Die Frauen sind dadurch nicht nur konstant dem Verfolgungsstress ausgesetzt, vielmehr zwingt das Vorgehen der Polizei sie auch dazu, sich ständig in Bewegung zu halten. Gravierende Folge dieses ständigen Herumlaufens ist ein verstärkter körperlicher Erschöpfungszustand.

Insgesamt haben die Frauen sehr unterschiedliche Erfahrungen mit der Polizei gemacht.

„Bei den Grünen kommt es immer darauf an, wer Dienst hat. Also es gibt jetzt, 'tschuldigung, Arschloch-Grüne, die kommen, schmeißen dir die Dose um und so Sachen, hau'n dir die Pfeife aus dem Mund. Aber dann gibt es wieder welche, die sind okay: Hier, mach dein Ding fertig, rühr 'uff, zieh 'uff und mach', dass du gehst. Oder wenn du gerade an der Pfeife ziehst: Zieh' und mach', dass du abgehst! Das ist unterschiedlich“ (Paula, 25 Jahre).

„Es gibt Polizisten, das sind wirklich Nette, die versuchen so auf die Kumpeltour, so auf die Art mit den Junkies klar zu kommen, die haben so ihre Schiene gefunden, mit der sie auch gut fahren. Es gibt aber auch unheimlich viele Polizisten, die so, die kommen schon so rüber, wo du dir denkst: Oh je, oh je, dem wollte ich nicht im Dunkeln begegnen“ (Zille, 26 Jahre).

Zudem wird deutlich, dass mit zunehmender Dauer der Szenezugehörigkeit auch eine gewisse Gewöhnung an die Präsenz der Polizei einhergeht und Interaktionen mit den Kontrollbehörden schlicht als Bestandteil des Szenealltags akzeptiert werden.

¹⁷⁰ Inhaftierungsgründe bei den Männern: Absitzen einer Geldstrafe (17%); Drogenbesitz (11%); Drogenhandel (9%); Diebstahl (32%); Körperverletzung (8%); Raub (4%).

„Also ich muss ehrlich sagen, am Anfang war's schlimm, da hab' ich immer gedacht: Oh Gott, Polizei! Jetzt macht mir das nix mehr aus, wenn ich Polizei sehe, dann lauf' ich einfach weiter. Also ich bin jetzt ein-, zweimal kontrolliert worden, aber auch nur Personenkontrolle, also nicht durchsucht worden“ (Blume, 35 Jahre).

Alle sieben im Jahr 2008 interviewten Frauen berichten jedoch einvernehmlich über deutliche Veränderungen des polizeilichen Vorgehens im Frankfurter Bahnhofsviertel. In erster Linie betrifft dies eine intensiviertere Kontrollaktivität.

„Es ist extrem, es ist viel mehr. Gut, in Frankfurt war schon immer viel Polizei unterwegs, aber es ist extrem geworden, überall sieht man nur noch Polizei“ (Anna, 26 Jahre).

„Also das ist mehr geworden. Das ist mir aufgefallen, dass die mehr 'rum fahren, kontrollieren, dass die ständig präsent sind, in jeder Straße“ (Blume, 35 Jahre).

Die Berichte der Frauen stehen dabei im Einklang mit Informationen seitens der Polizei über verstärkte Interventionen im Frankfurter Bahnhofsviertel.¹⁷¹ In der Szenestudie 2010 des CDR (Müller et al. 2011) geben knapp die Hälfte der Frauen (48%) und 60% der Männer an, im zurückliegenden Monat von der Polizei kontrolliert worden zu sein. Im Schnitt wurden die Frauen 4,6-mal, die Männer 3,6-mal kontrolliert. Insgesamt hatte jede sechste weibliche und jeder fünfte männliche Befragte einen Platzverweis oder ein 24-stündiges Aufenthaltsverbot für das Bahnhofsviertel erhalten.

Das polizeiliche Vorgehen, das in erster Linie darauf abzielt, die öffentliche Präsenz der Drogenszene zu reduzieren, indem die Konsumenten stärker in die Hilfeinrichtungen gedrängt werden, scheint jedoch einen kontraproduktiven Effekt zu haben. Die hohe Polizeipräsenz trägt offenbar nicht zu einer höheren Frequentierung der Einrichtungen bei, sondern führt vielmehr dazu, dass die niedrighwelligen Angebote zunehmend gemieden werden.

„Es verlagert sich halt mehr, dass die Leute halt woanders hingehen, sich woanders aufhalten, versuchen andere Plätze zu finden, die Druckräume zu meiden und so Sachen halt. Weil in letzter Zeit auch um die Druckräume viel Polizei ist. Manchmal, dass die stundenlang vorm Druckraum stehen, gestern zum Beispiel, über 'ne Stunde mit dem Auto davor, und dann kam noch ein Auto vorgefahren, dass die Leute dann gar nicht rausgehen wollen oder gar nicht hingehen wollen, weil sie schon sehen, da steht die Polizei wieder“ (Anna, 26 Jahre).

Über eine erhöhte Kontrollaktivität wird auch für den Drogenstrich berichtet.

„Die fahren ja hier momentan ständig Streife und kontrollieren halt auch dementsprechend. Die Kripo ist ja auch zivil unterwegs, die kontrollieren auch“ (Aphrodite, 31 Jahre).

Da die Frauen im Sperrbezirk anschaffen, laufen sie ständig Gefahr, wegen einer Ordnungswidrigkeit oder sogar Straftat belangt zu werden. Werden sie von den Ordnungsbehörden aufgegriffen, wird meist ein Aufenthaltsverbot für das Bahnhofsviertel ausgesprochen. Es scheint aber auch gängige Praxis zu sein, insbesondere wenn das Verbot nicht eingehalten wird, dass die Frauen an den Frankfurter Stadtrand gefahren werden.

„Also meistens kriegen wir einen Platzverweis reingedrückt für zwölf Stunden und wenn du in den zwölf Stunden da wieder auftauchst und die sehen dich, dann wirst du einkassiert. Dann lassen sie dich im Ostpark oder fahren dich in die Nähe vom Flughafen und schmeißen dich da raus und

¹⁷¹ In diesem Zusammenhang ist vor allem auf das 2004 gestartete Projekt „OSSIP“ zu verweisen (vgl. Kap. 7.1).

dann musst'e zusehen. Und meistens ist das dann ja auch nachts, da fahren dann eh keine Bahnen und dann stehst du da irgendwo in der Pampa und kommst nicht mehr weg. Es kommt auch mal vor, dass du ne Anzeige kriegst wegen Prostitution und dann geht das halt vor Gericht und dann kann's halt auch passieren, dass du 'ne Geldstrafe kriegst, oder 'ne Ordnungsstrafe. Aber das ist schon eher selten.“ (Frau XY, 46 Jahre)

Die Kontrollaktivität hat dabei auch Auswirkungen auf das Freieraufkommen.

„Also die Freier werden halt auch sehr von der Polizei eingeschüchtert und kriegen Platzverweise und kriegen von der Polizei gedroht, wenn sie mit ihrem Auto noch mal, weil die ja immer im Kreis fahren, dann werden sie irgendwann angehalten und kontrolliert, und die kriegen dann auch gesagt: Ja, Platzverweis, wir wollen sie hier nicht mehr im Kreis fahren sehen. Und wenn das dann doch passiert, dann kriegen sie Post nach Hause, und dann kriegt das ja eventuell die Frau mit. Und dann kommen die nicht mehr (...). Es ist wirklich so, dass sich viele gar nicht mehr ins Bahnhofsviertel trauen“ (Frau XY, 46 Jahre).

Der Konkurrenzkampf unter den Frauen wird hierdurch weiter verstärkt. Darüber hinaus müssen die Frauen möglichst unauffällig der Prostitution nachgehen, was möglicherweise bedeutet, dass Preis- und Leistungsverhandlungen nur sehr verkürzt geführt werden oder an abgeschiedenen Orten erfolgen. Zu vermuten ist auch, dass der Vollzug der sexuellen Dienstleistung zunehmend dort erfolgt, wo ein geringes Entdeckungsrisiko besteht, sich gleichzeitig aber auch das Gefahrenpotenzial für die Frauen erhöht.

Neben der erhöhten Kontrollaktivität werden von den Interviewpartnerinnen auch Veränderungen des polizeilichen Umgangs mit den Angehörigen der Drogenszene thematisiert. In der Wahrnehmung der Frauen ist das Auftreten der Polizei rigoroser und gewaltsamer geworden, wobei sie sich diesem polizeilichen Vorgehen relativ schutz- und rechtlos gegenübersehen.

„Brutaler, also gerade auch, wie ich das jetzt beobachtet habe, auch bei Crackleuten, wo sie massiv dann auch noch mit Fäusten gegen die Leute gehen. Das hab' ich jetzt speziell auch vorm Druckraum beobachtet. Da hab' ich mir auch gedacht: Boah, was war denn das jetzt gerade? Und irgendwo ist das halt scheiße, dass die Leute nicht gemeinschaftlich dagegen angehen, einfach aus Angst vor dem System. Wobei das Blödsinn ist, man sollte sich vielmehr wehren“ (Marie, 43 Jahre).

„Man hört es immer wieder, dass Leute total zusammengedroschen werden von Polizisten. Nur was willst du denn machen, du hast ja keine Zeugen, du kriegst ja nirgendwo Recht, wenn so was passiert“ (Zille, 26 Jahre).

Es ist davon auszugehen, dass das polizeiliche Vorgehen zu einer Verschärfung der Situation in der Drogenszene beiträgt. Zum einen erhöht der Verfolgungsdruck psychische, aber auch gesundheitliche Belastungen für Drogenkonsumierende und trägt zu einer gesteigerten Kriminalisierung bei. Zum anderen kann vermutet werden, dass das verstärkte Misstrauen, das der Polizei entgegengebracht wird, sich möglicherweise aufgrund der intensivierten Zusammenarbeit zwischen Strafverfolgung und Drogenhilfe zum Teil auch auf die Hilfeinstitutionen überträgt.

7.7.3 Überdosierungserfahrungen

Eine Drogenüberdosierung stellt eine lebensbedrohliche Gesundheitsgefahr dar. Als Risikofaktoren für eine Überdosis gelten der polyvalente, intensive Drogengebrauch, die intravenöse Applikationsform, der schwankende Reinheitsgehalt der auf dem Schwarzmarkt gehandelten Substanzen und der mit hektischen Bedingungen assoziierte intravenöse Konsum auf der Straße. Auch eine schlechte körperliche Verfassung erhöht das Risiko für eine Überdosierung. Basierend auf den bisherigen Ausführungen kann angenommen werden, dass Frauen einem höheren Überdosierungsrisiko als Männer unterliegen, da sie einen intensiveren i.v. Konsum aufweisen und ein größerer Anteil von ihnen in der Öffentlichkeit Drogen injiziert. Ein besonders hohes Risiko lässt sich für Frauen mit intensiven Crackgebrauchsmustern und dem damit einhergehenden spezifischen Konsumverhalten (vgl. Kap. 7.4.2) vermuten.

Der geschlechtsspezifische Vergleich zeigt zunächst nur wenige signifikante Unterschiede. Zwei Drittel der im Jahr 2008 befragten Frauen und 59% der Männer haben schon einmal eine Überdosierung erlebt. Durchschnittlich berichten die Frauen über 2,5 und die Männer über 2,2 Überdosierungserfahrungen. Bei den weiblichen Befragten liegt die letzte Überdosierung im Mittel 3,5 Jahre zurück. Es scheint, dass die Mehrheit der Frauen mittlerweile Strategien entwickelt hat, um eine Überdosierung zu vermeiden.

„Ich nehm’ einfach nicht so viel, oder schau’ halt auch hauptsächlich, dass ich nix, hoff’ halt immer, dass es nix Falsches ist und kein Dreck ist. Also ich schmeiß’ es dann lieber weg“ (Trixi, 28 Jahre).

Die Männer erlebten ihre letzte Überdosis durchschnittlich „erst“ vor 1,7 Jahren – dieser Geschlechterunterschied erreicht statistische Signifikanz (*). Mehr Frauen (27%) als Männer (17%) hatten jedoch in den zurückliegenden sechs Monaten eine Drogenüberdosierung (n.s.).

Richtet sich der Blick auf die verschiedenen Konsumgruppen, so lässt sich das vermutete höhere Überdosierungsrisiko für Frauen, die häufig Crack konsumieren, teilweise bestätigen. Unter den reinen Heroinkonsumentinnen liegt der Anteil an Frauen, die schon einmal eine Überdosierung hatten, mit 42% am niedrigsten, unter den exzessiven Crackkonsumentinnen mit 55% am höchsten (intensive Crackkonsumentinnen: 48%; gelegentliche Crackkonsumentinnen: 53%). Im Durchschnitt berichten die reinen Heroinkonsumentinnen über 1,4 und die exzessiven Crackkonsumentinnen über 3,5 Überdosierungen (intensive Crackkonsumentinnen: 1,5 Überdosierungen; gelegentliche Crackkonsumentinnen: 2,0 Überdosierungen). Die letzte Überdosis liegt bei den reinen Heroinkonsumentinnen durchschnittlich 36,2 Monate, bei den exzessiven Crackgebraucherinnen dagegen 14,7 Monate zurück (intensive Crackkonsumentinnen: 27,7 Monate; gelegentliche Crackkonsumentinnen: 29,3 Monate). Wenngleich diese Unterschiede statistisch nicht signifikant sind, deuten die Ergebnisse dennoch darauf

hin, dass ein exzessiver Crackkonsum und der damit assoziierte häufige Konsum anderer Substanzen tendenziell mit einem erhöhten Überdosierungsrisiko einhergehen.

In der Fragebogenerhebung 2008 wurden diejenigen, bei denen die letzte Überdosierung maximal drei Jahre zurückliegt (jeweils 32% der Frauen und Männer), ebenfalls nach den Begleitumständen der letzten Drogennotfallsituation gefragt. Die Ergebnisse für die befragten Frauen und Männer sind in Tabelle 7.13 dargestellt.¹⁷²

Tabelle 7.13: Begleitumstände der letzten Überdosierung nach Geschlecht^a (2008)

	Frauen	Männer	Sig.
zuvor konsumierte Substanzen (Mehrfachnennungen)			
Alkohol	13%	9%	n.s.
Kokain	13%	31%	n.s.
Benzodiazepine	31%	34%	n.s.
Heroin	75%	88%	n.s.
Crack	44%	34%	n.s.
Methadon	19%	0%	*
Hauptgrund der Überdosierung			
unbekannte Drogenqualität	50%	38%	n.s.
Mischkonsum	19%	22%	
Konsum nach Abstinenz	25%	28%	
Ort der letzten Überdosierung			
Straße	25%	13%	n.s.
Konsumraum	50%	59%	
Privaträume	19%	22%	
Erhaltene Hilfe (Mehrfachnennungen)			
keine Hilfe	19%	16%	n.s.
Notarzt	25%	31%	n.s.
Andere Konsumenten	13%	16%	n.s.
Drogenhilfemitarbeiter	50%	66%	n.s.

^a Bezogen auf diejenigen mit einer Überdosierung in den letzten drei Jahren.

Drei Viertel der Frauen hatten am Tag der letzten Überdosierung Heroin, 44% Crack und knapp ein Drittel Benzodiazepine konsumiert. Jede Fünfte hatte Methadon und jeweils jede Achte Alkohol oder Kokain zu sich genommen. Bei der Frage nach der Substanz, die nach Meinung der Frauen hauptsächlich für die Überdosierung verantwortlich war, entfallen mit knapp einem Drittel (31%) dementsprechend die meisten Nennungen auf Heroin, gefolgt von Crack (25%) und Benzodiazepinen (13%). Kokain oder ein Substitutionsmittel werden bei dieser Frage nur in Einzelfällen (je 6%) genannt. Den Hauptgrund für die letzte Überdosis verortet jede Zweite in einer unbekanntem Drogenqualität, jede Vierte gibt an, nach einer längeren Drogenabstinenz die Wirkung der Substanz(en) unterschätzt zu haben und knapp jede Fünfte sieht im gleich-

¹⁷² Aufgrund der geringen Fallzahlen wird auf einen Vergleich der Konsumgruppen bezüglich der Begleitumstände der letzten Überdosierung verzichtet.

zeitigen Konsum mehrerer Drogen die Hauptursache ihrer letzten Drogenüberdosierung.

In der Fragebogenerhebung nennt keine der Frauen eine Suizidabsicht als Hintergrund der letzten Drogennotfallsituation. In den qualitativen Interviews wird jedoch von zwei Frauen erwähnt, dass sie schon mehrmals in suizidaler Absicht eine Überdosierung herbeigeführt haben oder herbeiführen wollten.

„(C. B.: Hattest du schon mal eine Überdosis?) Ich hab's zwar öfter mal versucht, weil ich auch kein Bock mehr hatte, irgendwie, aber das Zeug war immer zu schlecht“ (Dodo, 31 Jahre).

„Seit den letzten zwei Monaten hab' ich jetzt ungefähr neun Stück (Überdosierungen; Anm. C. B.) gehabt. Einmal, weil ich kein Bock mehr hab' zu leben und mein Körper das irgendwie nicht mehr vertragen kann“ (Nele, 23 Jahre).

Eine derartige Motivlage verweist auf die hohe Belastung, die für die Frauen mit dem Szeneleben einhergeht. Ein „Ausstieg“ aus dieser für sie aussichtslosen Lebenssituation scheint (zumindest phasenweise) nur durch die Beendigung ihres Lebens möglich.

Hinsichtlich der Orte, wo die letzte Überdosierung stattfand, ist zu beobachten, dass jede Zweite diesbezüglich einen der Frankfurter Konsumräume angibt. Die Konsumräume als meist genutzte Orte für den intravenösen Drogengebrauch sind somit auch die Orte, an denen am häufigsten Überdosierungen stattfinden. Aufgrund des Notfalltrainings der Mitarbeiter kann hier schnell Hilfe geleistet werden. Bei vier Frauen (25%) ereignete sich die letzte Überdosierung auf der Straße, nur eine von ihnen war dabei in Begleitung anderer. Anders als in den Konsumräumen steht bei einer Überdosierung auf der Straße nur selten schnell professionelle Hilfe zur Verfügung. Die Problematik verschärft sich zusätzlich, wenn keine anderen Personen anwesend sind, die Hilfe rufen können. Gleiches gilt für Privatwohnungen, die von drei Frauen (19%) als Ort der letzten Überdosis angegeben werden. In einem der Fälle ereignete sich die Überdosierung in einer Notschlafstelle der Drogenhilfe. Analog zu den Nennungen für einen Konsumraum als Ort der letzten Überdosierung gibt die Hälfte der Frauen an, Hilfe von Mitarbeitern der Drogenhilfe erhalten zu haben. In einem Viertel der Fälle wurde (zusätzlich) eine notärztliche Versorgung geleistet und zwei Frauen (13%) erhielten Hilfe durch andere Drogenkonsumenten. Drei Frauen (19%) geben jedoch an, keinerlei Hilfe erhalten zu haben.

Im genderspezifischen Vergleich zeigen sich kaum Unterschiede bezüglich der Begleitumstände der letzten Überdosierung (s. Tab. 7.13). Bei Frauen ereignete sich die letzte Überdosierung jedoch etwas häufiger als bei Männern auf der Straße (Frauen: 25% vs. Männer: 13%) und mehr Frauen als Männer hatten Crack (Frauen: 44% vs. Männer: 34%) oder Methadon (Frauen: 19% vs. Männer: 0%; *) am Tag der Überdosis konsumiert. Seltener als Männer geben Frauen demgegenüber den Konsum von Kokain (Frauen: 13% vs. Männer: 31%) und Heroin (Frauen: 75% vs. Männer: 88%) für den Tag der letzten Überdosierung an. Mehr weibliche als männliche Befragte führen ihre letzte Überdosierung hauptsächlich auf eine unbekanntere Drogenqualität zurück

(Frauen: 50% vs. Männer: 38%). Darüber hinaus hat ein geringerer Anteil der Frauen bei der letzten Überdosierung Hilfe durch einen Drogenhelfemitarbeiter (Frauen: 50% vs. Männer: 66%) oder einen Notarzt (Frauen: 25% vs. Männer: 31%) erhalten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Gefahr einer Überdosierung als Teil der Alltagswirklichkeit der Frauen zu verstehen ist. Die überwiegende Mehrheit von ihnen hat schon einmal eine Überdosierung erlebt. Die letzte Überdosis liegt jedoch durchschnittlich mehrere Jahre zurück. Offenbar haben die Frauen im Laufe ihrer „Drogenkarriere“ Strategien entwickelt, um das Überdosierungsrisiko zu senken. Überdosierungserfahrungen stehen vor allem im Zusammenhang mit dem Konsum von Heroin, teils auch von Crack oder dem kombinierten Konsum verschiedener psychoaktiver Substanzen. Häufig ist eine unbekannte Drogenqualität der Hintergrund von Überdosierungen, jedoch erhöhen auch der Konsum nach einer längeren Abstinenzphase und die damit einhergehende Fehleinschätzung des Toleranzniveaus das Risiko für eine Überdosis. Ein weiterer Risikofaktor ist der gleichzeitige Konsum mehrerer Drogen und die hieraus resultierenden Wechselwirkungen. Eine sofortige Hilfe bei Drogennotfallsituationen steht vor allem in den Konsumräumen zur Verfügung, die am häufigsten als Ort der letzten Überdosierung genannt werden. Ein Drogennotfall auf der Straße oder in Privaträumen geht hingegen häufiger mit einer fehlenden Hilfeleistung einher, wodurch sich das Risiko für einen tödlichen Verlauf einer Überdosis erhöht. Im Geschlechtervergleich zeigen sich kaum Unterschiede. Etwas mehr Frauen als Männer haben schon einmal eine Überdosierung erlebt, durchschnittlich liegt die letzte Überdosis der Frauen jedoch länger zurück, wenngleich ein größerer Anteil von ihnen im Laufe des letzten halben Jahres eine Überdosierung hatte. Eine vergleichsweise hohe Überdosierungsbelastung lässt sich zudem für exzessiv crackkonsumierende Frauen konstatieren.

Wird die Entwicklung der Überdosierungen betrachtet, so ist festzustellen, dass sich 2008 zwar der Anteil an „Überdosierungserfahrenen“ gegenüber den Erhebungen zuvor erhöht hat (1995: 59%; 2002: 48%; 2003: 54%; 2004: 46%; 2006: 46%; 2008: 66%; n.s.), die durchschnittliche Anzahl der Überdosierungen sich indes deutlich, wenn auch nicht signifikant, reduziert hat: Berichteten die Frauen 1995 noch im Schnitt über 6,4 Überdosierungserfahrungen, liegen die entsprechenden Werte in den Folgerhebungen zwischen zwei und drei derartiger Notfallsituationen (2002: 1,8; 2003: 1,9; 2004: 3,2; 2006: 2,1; 2008: 2,5). Signifikant angestiegen ist die Zeitspanne seit der letzten Überdosierung: Lag in den vorherigen Befragungen die letzte Überdosierung der Frauen zwischen 16 und 24 Monate zurück (1995: 24,1 Monate; 2002/2003: 19,8 Monate; 2004: 15,9 Monate; 2006: 24,0 Monate), hat sich dieser Wert im Jahr 2008 auf 42,3 Monate erhöht (*). Insgesamt kann somit davon ausgegangen werden, dass sich das Überdosierungsrisiko für die Frauen etwas reduziert hat.

7.7.4 Drogenbezogenes Risikoverhalten und Infektionsstatus

Intravenöse Drogenkonsumentinnen und Beschaffungsprostituierte gelten als Haupt-Risikogruppen für eine Infektion mit HIV und den verschiedenen Hepatitiden. In diesem Kapitel wird daher das auf den i.v. Drogenkonsum bezogene Risikoverhalten, mit dem potenziell eine Übertragung von Infektionskrankheiten möglich ist, anhand der Aspekte „mehrmalige Benutzung von Nadeln und Spritzen“, „gemeinsamer Gebrauch von Spritzbesteck (Nadeln, Spritzen, Löffel etc.)“ und „Teilen von Drogen aus einer Spritze“ (so genanntes „frontloading“ oder „backloading“)¹⁷³ sowie der Infektionsstatus betrachtet. Daten zum Risikokonsum wurden erstmals im Jahr 2008 erhoben, sodass hierzu weder ein Quer- noch ein Längsschnittvergleich durchgeführt werden kann.

Die Ergebnisse der Fragebogenerhebung 2008 deuten, vor allem unter den Frauen, auf eine hohe Verbreitung riskanter Konsumpraktiken hin. So haben 61% der weiblichen und 40% der männlichen Befragten, die aktuell intravenös Drogen konsumieren¹⁷⁴, im zurückliegenden Jahr mindestens eine riskante Konsumform praktiziert – dieser Geschlechterunterschied ist statistisch signifikant (*). In diesem Kontext geben 39% der Frauen und 29% der Männer an, zumindest gelegentlich Spritzutensilien gemeinsam mit anderen benutzt zu haben. Angesichts der Tatsache, dass der gemeinsame Gebrauch von Utensilien zum i.v. Konsum als wesentlicher Übertragungsweg für eine HIV- oder Hepatitisinfektion gilt, sind diese Anteile als hoch zu bewerten. Auch für das Teilen von Drogen aus einer Spritze lässt sich eine höhere Verbreitung unter Frauen beobachten: Jede Vierte hat dieses Risikoverhalten im zurückliegenden Jahr praktiziert, unter den Männern ist es jeder Sechste. Eine Infektionsgefahr besteht hierbei, wenn nicht ausschließlich sterile Utensilien zur Aufbereitung der Drogenlösung (wie Filter, Wasser, Löffel etc.) oder unsaubere Nadeln und Spritzen zum Teilen der Drogenlösung verwendet werden. Des Weiteren geben gut ein Fünftel der Frauen (22%) und ein Sechstel der Männer (17%) an, Spritzen und Nadeln gelegentlich auch mehrfach benutzt zu haben. Hierdurch erhöht sich das Risiko für bakterielle Infektionen, wenn Nadeln und Spritzen nicht ordnungsgemäß – durch Abkochen oder Durchspülen mit Alkohol – gereinigt werden.

Ein statistisch signifikanter Zusammenhang besteht bei den Frauen zwischen dem praktizierten Risikoverhalten und dem Auftreten von Abszessen. Während über die Hälfte der Frauen (54%), die mindestens eine Risikokonsumform aufweisen, in den zurückliegenden drei Monaten einen Abszess hatte, trifft dies bei den Frauen ohne Risikoverhalten lediglich auf 7% zu (**). Bei den befragten Männern ergibt sich indes ein

¹⁷³ Beim „frontloading“ wird die gesamte Drogenlösung in eine Spritze aufgezogen, die Nadel der Empfängerspritze entfernt und die Geberspritze in die Empfängerspritze von vorne eingesteckt und der Drogenanteil in die Empfängerspritze eingespritzt. Beim „backloading“ wird der Kolben aus der Empfängerspritze herausgezogen und aus der Geberspritze die Drogenlösung „von hinten“ in die Empfängerspritze eingespritzt.

¹⁷⁴ Aktuelle i.v. Konsumenten 2008: Frauen: 72%; Männer: 82%.

anderes Bild: Mit 12% gegenüber 16% haben die riskant Konsumierenden sogar etwas seltener einen Abszess gehabt als diejenigen ohne Risikoverhalten. Kein eindeutiger Zusammenhang lässt sich für beide Geschlechter zwischen dem drogengebrauchsbezogenen Risikoverhalten und einer HIV- oder Hepatitis-Erkrankung feststellen. So haben 57% der an einer Hepatitis erkrankten Frauen ein riskantes Konsumverhalten praktiziert, während dies auf 71% der Frauen ohne Hepatitis-Infektion zutrifft. Auch bei den Männern liegt der Anteil derer, die riskante Konsumformen praktizieren, mit 43% unter den nicht mit einer Hepatitis Infizierten über dem entsprechenden Anteil bei den Infizierten (39%).¹⁷⁵ Diejenigen, die an einer Hepatitis erkrankt sind, weisen somit tendenziell seltener riskante Konsumpraktiken auf.

Bezüglich der verschiedenen Hepatitiden und HIV liegen für die Frauen höhere Infektionsraten vor. Positiv auf eine Hepatitis A wurden 8% der im Jahr 2008 befragten Frauen und 5% der Männer getestet, eine Hepatitis B liegt bei 16% der weiblichen und 5% der männlichen Befragten vor (*). Deutlich höher sind die Infektionsraten – mit 74% bei den Frauen und 61% bei den Männern – für eine Hepatitis C. 12% der Frauen und 3% der Männer sind HIV-positiv – dieser Unterschied erreicht tendenzielle statistische Signifikanz.¹⁷⁶ Unter den Frauen weisen diejenigen, die der Prostitution nachgehen, mit 80% gegenüber 68% unter den Nicht-Prostituierten, eine etwas höhere Hepatitis-Prävalenz auf, während sich bezüglich einer HIV-Infektion keine wesentlichen Unterschiede zwischen beiden Subgruppen feststellen lassen (Prostituierte: 15% vs. Nicht-Prostituierte: 11%).

Wie in Tabelle 7.14 abzulesen ist, sind hingegen die Unterschiede für das Vorliegen einer HIV-Infektion in den unterschiedlichen Crack-Konsumgruppen signifikant.

Tabelle 7.14: Anteile der mit HIV oder Hepatitis Infizierten nach Vergleichsgruppen

	exzessive Crack-konsumentinnen (>8x Crack/Tag)	intensive Crack-konsumentinnen (≤8x Crack/Tag)	gelegentliche Crackkonsumentinnen (Crack nicht täglich)	reine Heroin-konsumentinnen (kein Crack)	Sig.
HIV	19%	34%	12%	8%	*
Hepatitis A	16%	13%	15%	8%	n.s.
Hepatitis B	21%	20%	29%	8%	n.s.
Hepatitis C	71%	67%	67%	33%	n.s.

Mit rund einem Drittel findet sich der größte Anteil an HIV-Infizierten in der Gruppe der intensiven Crackkonsumentinnen, unter den exzessiven Crackgebraucherinnen ist knapp jede Fünfte und unter den gelegentlichen Crackkonsumentinnen jede Achte HIV-positiv. Unter den Nicht-Crackkonsumentinnen ist eine Frau mit HIV infiziert.

¹⁷⁵ Von den sechs HIV-positiven Frauen betreiben zwei weiterhin ein riskantes Drogengebrauchsverhalten, von den drei HIV-positiven Männer trifft dies auf zwei zu.

¹⁷⁶ $p=0.059$.

Unterschiede, die jedoch (aufgrund der geringen Fallzahlen) keine statistische Signifikanz erreichen, bestehen darüber hinaus auch für eine Hepatitis-Erkrankung. Während nahezu drei Viertel der exzessiven und jeweils gut zwei Drittel der intensiven und gelegentlichen Crackkonsumentinnen an einer Hepatitis C erkrankt sind, ist es bei den reinen Heroinkonsumentinnen nur ein Drittel. Die Infektionsrate für eine Hepatitis A liegt unter den exzessiven, intensiven und gelegentlichen Crackkonsumentinnen zwischen 13% und 16% und ist damit etwa doppelt so hoch wie unter den Nicht-Crackkonsumentinnen (8%). Verglichen mit den reinen Heroinkonsumentinnen sind die Anteile für eine Hepatitis-B-Infektion unter den Crackkonsumentinnen sogar rund dreibis viermal höher.

In der längsschnittlichen Betrachtung zeichnet sich eine positive Entwicklung bezüglich des HIV-Infektionsstatus der Frauen ab (s. Tab. 7.15).

Tabelle 7.15: Anteile der mit HIV oder Hepatitis infizierten Frauen nach Erhebungsjahr

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	Sig.
HIV	46%	21%	22%	20%	24%	12%	**
Hepatitis A	— ^a	21%	22%	16%	6%	8%	n.s.
Hepatitis B	— ^a	29%	28%	28%	16%	16%	n.s.
Hepatitis C	— ^a	69%	58%	70%	64%	74%	n.s.
Hepatitis A, B oder C	49%	71%	62%	76%	64%	74%	(*) ^b

^a Keine Daten vorhanden.

^b $p=0,087$

Zwischen 1995 und 2008 hat sich der Anteil an weiblichen HIV-Infizierten signifikant von 46% auf 12% reduziert (**). Die Implementierung von „harm reduction“-Angeboten als Reaktion auf die steigende HIV- und AIDS-Problematik unter i.v. Drogenkonsumierenden zeigt hier offenbar deutliche Erfolge. Seit 2004 zurückgegangen sind auch die Infektionen mit einer Hepatitis A, ebenfalls reduziert hat sich seit 2006 die Hepatitis-B-Infektionsrate. Für Hepatitis-C-Erkrankungen lässt sich dagegen keine einheitliche Entwicklung beobachten. Der Anteil der Infizierten schwankt über die Jahre zwischen knapp unter 60% und über 70% und erreicht schließlich in der Erhebung 2008 mit 74% den höchsten Wert aller Befragungen. Im Vergleich zu 1995 sind in den Folgerhebungen insgesamt deutlich mehr Frauen an einer Hepatitis A, B oder C erkrankt – der Anteil an Infizierten ist zwischen 1995 und 2008, tendenziell signifikant, von 49% auf 74% angestiegen.

7.7.5 Allgemeine Befindlichkeit und gesundheitliche Beschwerden

Das Teilkapitel zu den Risiken des Szenelebens soll mit Blick auf die Auswirkungen dieser Risiken auf das gesundheitliche und psychische Befinden der Frauen abgeschlossen werden. Es ist zu vermuten, dass sich die im Szenealltag bestehenden Geschlechterdifferenzen in einer unterschiedlichen Belastung für Frauen und Männer nie-

derschlagen. Auch kann angenommen werden, dass sich die zwischen Crack- und Heroinkonsumentinnen bestehenden Unterschiede bezüglich ihrer sozialen Situation und Integration in die Drogenszene, ihres Drogengebrauchsverhaltens und Formen der Drogenfinanzierung auf die gesundheitliche Situation auswirken, sodass die körperliche Beeinträchtigung mit dem Ausmaß des Crackkonsums ansteigen dürfte. Ebenfalls von Interesse ist, ob die Ausweitung schadensmindernder Drogenhilfeangebote zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Lage von drogenkonsumierenden Frauen beigetragen hat.

Im Rahmen der Fragebogenerhebung wurden sowohl die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands als auch das Auftreten bestimmter Symptome für die zurückliegenden drei Monate erfasst (s. Tab. 7.16).

Tabelle 7.16: Gesundheitszustand und Beschwerden^a (Auswahl) in den letzten drei Monaten nach Geschlecht (2008)

	Frauen	Männer	Sig.
Selbsteinschätzung Gesundheitszustand			
sehr gut/ gut	36%	61%	**
weniger gut	32%	31%	
schlecht/ sehr schlecht	32%	8%	
Symptome/Beschwerden (letzte drei Monate)			
Herz/Kreislauf	46%	12%	***
Lungen/Bronchien	38%	12%	***
Magen/Darm	30%	11%	**
Erkältung/Grippe	26%	5%	***
Zahnschmerzen	32%	20%	n.s.
Abszesse	30%	12%	**
AIDS bedingt	4%	0%	*
epileptische Anfälle	16%	3%	**
Depressionen	56%	34%	*
Anzahl Symptome	2,3	1,0	***

^a Mehrfachnennungen

Für das Jahr 2008 zeigt sich, dass die Frauen ihren Gesundheitszustand signifikant schlechter einschätzen als die Männer. Während etwa drei von fünf Männern ihr derzeitiges Befinden als gut oder sehr gut bewerten, trifft dies lediglich auf gut jede dritte Frau zu – jeweils knapp ein Drittel der weiblichen Befragten bezeichnet ihren derzeitigen Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht bis sehr schlecht.

Auch die Daten zu den einzelnen gesundheitlichen Beschwerden bestätigen eine schlechtere gesundheitliche Verfassung der weiblichen Befragten. Sämtliche hier erfragten Symptome werden von deutlich mehr Frauen als Männern angegeben – nur für Zahnschmerzen sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede nicht signifikant. Depressionen sind dabei die von Frauen und Männern am häufigsten genannten Beschwerden. Während jedoch über die Hälfte der weiblichen Befragten angibt, unter depressiven Verstimmungen zu leiden, trifft dies nur auf rund ein Drittel der männlichen

Befragten zu. Zwischen gut einem Viertel und knapp die Hälfte der Frauen berichten für das zurückliegende Vierteljahr über Herz-/Kreislaufprobleme, Atemwegsbeschwerden, Zahnschmerzen, Magen-/Darmprobleme sowie bakterielle Infektionen (Abszesse) und Erkältungskrankheiten. Im Vergleich dazu gibt ein Fünftel der Männer an, unter Zahnschmerzen gelitten zu haben, während für alle anderen gesundheitlichen Symptome die Anteile bei den männlichen Befragten lediglich bei bis zu 12% liegen. Wenngleich die Werte hierfür niedrig sind, erfahren auch epileptische Anfälle¹⁷⁷ und AIDS-bedingte Krankheiten unter den Frauen eine signifikant größere Verbreitung. Insgesamt berichten die Frauen für den Zeitraum des letzten Vierteljahres durchschnittlich über das Auftreten von mehr als zwei Beschwerden, die Männer dagegen nur über durchschnittlich ein Krankheitssymptom.

Wie zu erwarten, weisen die obdachlosen Drogenkonsumentinnen, die entweder ganz auf der Straße leben oder in einer Notschlafstelle untergebracht sind, für die meisten der abgefragten Symptome eine höhere Prävalenz auf, als Frauen, die über eine feste Unterkunft verfügen. Am deutlichsten fallen die Unterschiede für Erkältungskrankheiten (Obdachlose: 39% vs. Nicht-Obdachlose: 15%; *) und Abszesse (Obdachlose: 44% vs. Nicht-Obdachlose: 19%; *) aus. Aber auch Atemwegsprobleme (Obdachlose: 48% vs. Nicht-Obdachlose: 30%; n.s.), Magen- oder Darmbeschwerden (Obdachlose: 35% vs. Nicht-Obdachlose: 26%; n.s.) und Zahnschmerzen (Obdachlose: 39% vs. Nicht-Obdachlose: 26%; n.s.) sind unter Frauen ohne feste Unterkunft weiter verbreitet. Insgesamt berichten die in prekären Wohnverhältnissen lebenden Frauen im Durchschnitt über 2,7 gesundheitliche Beschwerden, während diejenigen, die über eigene private Räumlichkeiten verfügen, durchschnittlich 2,0 Symptome für die zurückliegenden drei Monate angeben. Keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen lassen sich für das Auftreten von Depressionen beobachten (Obdachlose: 57%; Nicht-Obdachlose: 56%). Dieses Ergebnis überrascht, hätte doch angenommen werden können, dass das Leben auf der Straße und das Fehlen von privaten Rückzugsmöglichkeiten zu einer verstärkten psychischen Belastung führen. Ebenfalls keine Differenzen lassen sich für das Vorliegen von Depressionen zwischen den Beschaffungsprostituierten (55%) und den Nicht-Prostituierten feststellen (54%). Auch hier hätte eine höhere psychische Belastung für Frauen, die anschaffen gehen, vermutet werden können. Anhand der quantitativen Daten zeigt sich dies jedoch nicht. Und auch die Anzahl an durchschnittlich berichteten Symptomen unterscheidet sich kaum zwischen beiden Gruppen (Prostituierte: 2,6 Symptome; Nicht-Prostituierte: 2,2 Symptome). Ein signifikanter Zusammenhang (*) zeichnet sich allerdings für die Dauer der Szenezugehörigkeit und dem Vorliegen von psychischen Beschwerden ab: So berichtet lediglich gut

¹⁷⁷ Epileptische Anfälle können einerseits durch stimulierende Substanzen (z. B. Kokain, Crack) ausgelöst werden. Andererseits können auch durch den Entzug von sedierenden Substanzen (z. B. Benzodiazepine oder Alkohol) Krampfanfälle entstehen.

ein Fünftel der Frauen (22%), die seit maximal zwei Jahren die Frankfurter Szene aufsuchen, über depressive Verstimmungen, während dies auf nahezu zwei Drittel (63%) derjenigen zutrifft, die sich seit mehr als zwei Jahren regelmäßig in der Szene aufhalten.

Wird das Auftreten von Abszessen mit dem intravenösen Konsum auf der Straße in Bezug gesetzt, so lässt sich bei den Frauen ein signifikanter Zusammenhang erkennen: Die Hälfte derjenigen, die auf der Straße injizieren, hatte in den letzten drei Monaten einen Abszess, während nur 19% derjenigen, die nicht in der Öffentlichkeit injizieren, über eine derartige Infektion berichten (*). Bei den Männern lässt sich dieser Zusammenhang indes nicht beobachten: Unter den in der Öffentlichkeit Injizierenden hatten 19% einen Abszess, unter denjenigen, die nicht auf der Straße injizieren, waren es mit 11% nur etwas weniger. Für beide Geschlechter offenbart sich jedoch eine Wechselbeziehung zwischen dem Auftreten von Depressionen und der Anzahl an Delikterfahrungen. Frauen, die unter Depressionen leiden, haben im zurückliegenden Monat durchschnittlich 9,9 Delikte erlebt, hingegen berichten die weiblichen Befragten ohne Depressionen nur über 2,0 Deliktsituationen. Besonders deutlich sind die Unterschiede für das Erleben von psychischer Gewalt (Frauen mit Depressionen: 4,4 psychische Gewalterfahrungen vs. Frauen ohne Depressionen: 0,3 psychische Gewalterfahrungen; **). Bei den Männern präsentiert sich ein vergleichbares Bild. Die von Depressionen Betroffenen erlebten im Durchschnitt 5,6 Deliktsituationen, während die nicht an Depressionen Leidenden nur 1,9-mal Opfer von Gewalt oder Eigentumskriminalität wurden. Am deutlichsten fallen hier die Unterschiede für physische Gewalt aus (Männer mit Depressionen: 1,3 physische Gewalterfahrungen vs. Männer ohne Depressionen: 0,2 physische Gewalterfahrungen; *). In diesem Zusammenhang kann angenommen werden, dass einerseits die Häufigkeit von Gewalterfahrungen Depressionen verstärkt, andererseits möglicherweise aber die an Depressionen Leidenden über weniger ausgeprägte Schutzmechanismen verfügen, wodurch sich wiederum für sie das Risiko für Gewalterfahrungen erhöht.

Nähere Einblicke in den gesundheitlichen Zustand der Frauen lassen sich durch die qualitativen Interviews gewinnen. Ihr intensiver Drogenkonsum und der damit verbundene Beschaffungsstress bewirken bei vielen Interviewpartnerinnen, dass sie körperliche Grundbedürfnisse wie Schlafen, Essen und Hygiene vernachlässigen. Dass sie sich gesundheitlich schädigen, ist den Frauen dabei durchaus bewusst.

„Ich ernähr' mich halt auch total beschissen. Ich ess' halt fast gar nichts, und wenn, dann nur irgendwelche Süßigkeiten oder halt irgendwas, ne, und, ja überhaupt, wie ich mit mir umgehe, mit dem wenig schlafen, und, ich weiß nicht. Teilweise lass' mich halt auch total hängen, mach' mich nicht zurecht und nix mehr“ (Dodo, 31 Jahre).

Vor allem die Konsum- und Beschaffungsmuster von Crack sowie die spezifischen Wirkungsweisen der Substanz, die eine hohe Rastlosigkeit sowie eine Unterdrückung des Schlafbedürfnisses und des Hungergefühls bewirken, tragen zu einer Verschlech-

terung des Allgemeinbefindens der Frauen bei. Insgesamt beschreiben die Interviewpartnerinnen eine Kraftlosigkeit und körperliche Anfälligkeit, die sich durch den Crackkonsum intensiviert hat.

„Einfach weil mein Körper keine Kraft mehr hat, und weil, ich mein', das ganze Gift, was da drinnen ist, ich bin sowieso körperlich nicht so fit und die Steine verschlechtern noch mehr meinen Zustand“ (Nele, 23 Jahre).

„Mein Körper macht das nicht mehr mit. Man wird halt wirklich viel anfälliger durch Crack. Das macht schon ganz schön viel kaputt im Körper“ (Lela, 32 Jahre).

Verstärkt wird der schlechte körperliche Zustand auch durch die Kontrollpolitik. Durch das ständige Umherlaufen sind die Füße der Frauen oftmals in einem besonders kritischen Zustand, zumal die Obdachlosen unter ihnen, die von der Vertreibungspolitik aufgrund mangelnder Aufenthaltsalternativen am stärksten betroffen sind, häufig nur mit schlechtem Schuhwerk ausgestattet sind.

„Ich werd' immer dünner, meine Füße sind schon richtig dick, vereitert eigentlich schon. Ich kann nicht mehr, das geht so bei mir nicht mehr weiter. (...) Wir ham' hier Frauen, die ham' so offene Füße, Löcher in den Füßen“ (Tess, 33 Jahre).

Auffällig ist jedoch auch, dass nur wenige interviewte Frauen ihre körperliche Verfassung als schlecht einschätzen. Dies, obwohl sie über gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen durch das Szeneleben und den Crackkonsum berichten und mehrheitlich an einer Hepatitis erkrankt sind. Zudem ist den Frauen oftmals ein schlechter Gesundheitszustand anzusehen. Offenbar weicht die Wahrnehmung der Frauen von Krankheit und Gesundheit deutlich von konventionellen Vorstellungen ab. Körperliche Beeinträchtigungen scheinen den Charakter einer „Normalität“ im Szenealltag zu erhalten und nicht zwingend mit dem Krankheitsbegriff in Verbindung gebracht zu werden. Diese Betrachtungsweise verdeutlicht sich anhand der beiden nachfolgenden Zitate:

„Obwohl ich gesund bin. Meine Leberwerte sind soweit in Ordnung. Also, ich hab' die Hepatitis C, aber meine Werte sind wirklich okay, meine Leber ist verfettet, aber die ist ruhig“ (Lela, 32 Jahre).

„Ich hab' keine Krankheiten und bin gottfroh drüber. Also gut, meine Nieren sind im Arsch, ja, aber sonst. Ich war Alkoholikerin und so, aber, wie gesagt, ich hab' keine Krankheiten, bis heute nicht“ (Tess, 33 Jahre).

Es erscheint geradezu paradox, dass sich beide Frauen trotz schwerwiegender chronischer Erkrankungen als gesund bzw. „krankheitsfrei“ beschreiben. Hierbei mag auch eine Rolle spielen, dass die Interviewpartnerinnen Krankheit vor allen Dingen mit dem Vorliegen akuter Schmerzen verbinden. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass die schmerzstillende Wirkung von Heroin dazu beiträgt, dass körperliche Symptome überdeckt und über einen längeren Zeitraum ignoriert werden.

„Also so beim Konsumieren merk' ich das gar nicht, eben nur wenn's wieder nachlässt, dann merk' ich schon: Oh, ich hab wieder Unterleibsschmerzen. Die ich zwar schon seit Tagen habe, aber sobald ich was genommen hab', waren die weg. Die hab' ich dann immer erst wieder gemerkt, wenn der Turn nachgelassen hat“ (Paula, 25 Jahre).

In einigen Interviews wird ebenfalls deutlich, dass die Frauen ein sehr distanzierendes Verhältnis zu ihrem eigenen Körper und ihrem körperlichen Wohlbefinden haben. Geradezu erschreckend illustriert sich dies im folgenden Interviewzitat.

„(C. B.: Wie wichtig ist dir dein Körper oder dein körperliches Befinden?) Überhaupt nicht wichtig im Moment. Das ist nur Instrument zum Anschaffen“ (Carla, 32 Jahre).

Diese drastische Sicht auf den eigenen Körper scheint vor allem Folge der zahlreichen physischen und psychischen Belastungen durch die Prostitution zu sein. Indem der eigene Körper als „Instrument“ wahrgenommen wird, können negative Erlebnisse möglicherweise eher vom eigenen Ich abgetrennt werden. Inwiefern hierbei noch Wert auf einen körperlichen und letztendlich auch einen psychischen Schutz gelegt werden kann, ist fraglich.

Insgesamt schwerer als die körperlichen scheinen die psychischen Belastungen des Szenelebens zu wiegen. Im Einklang mit den quantitativen Daten, die aufzeigen, dass ein Großteil der Frauen unter Depressionen leidet, wird auch in den qualitativen Interviews ein hohes Maß an Pessimismus und Verbitterung über die eigene derzeitige Lebenssituation deutlich. Das Leben auf der Straße, die gegenseitige Degradierung in der Szene, der permanente Beschaffungsstress und die fortschreitende soziale und gesundheitliche Verelendung haben bei den Frauen deutliche psychische Spuren hinterlassen. Teilweise sind die Depressionen so stark, dass die Frauen Suizidgedanken entwickeln.¹⁷⁸

„Ich hab' hier inzwischen gar nichts mehr verloren. Mir hat das Leben bis vor ein paar Jahren richtig Spaß gemacht. (...) Ich hab' jetzt auch wirklich keine Lust mehr hier, weil ich bin jetzt zehn Jahre hier und ich hab' die ganzen Jahre verschenkt. Und es ist wirklich ganz schlimm geworden. Ich mach' mich kaputt damit. Die Relationen stimmen einfach nicht mehr“ (Lela, 32 Jahre).

„Ich denk' halt viel an Selbstmord, in dem Moment, wenn ich rauche. Ja, ich bin auch ehrlich, am liebsten wär' ich tot, weil, kuck' doch mal da unten, was da los ist, wie wir abgeh'n da unten. Ich hab' die Schnauze voll von der ganzen Szene hier“ (Tess, 33 Jahre).

In den Interviewaussagen der Frauen wurde deutlich, dass der Crackkonsum zu einer Verschlechterung ihres allgemeinen Befindens beigetragen hat. Im Konsumgruppenvergleich lässt sich ein schlechterer Gesundheitszustand der Crackgebraucherinnen jedoch überraschenderweise nicht eindeutig bestätigen (s. Tab. 7.17).

Jeweils rund 40% und damit die Mehrheit aller Konsumgruppen schätzen ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut ein – wenngleich hierfür der niedrigste Anteil bei den exzessiven Crackkonsumentinnen zu beobachten ist. Jeweils ein Drittel der exzessiven und gelegentlichen Crackkonsumentinnen sowie ein Viertel der intensiven Crackkonsumentinnen und ein Sechstel der reinen Heroinkonsumentinnen geben ein schlechtes oder sehr schlechtes gesundheitliches Allgemeinbefinden an.

¹⁷⁸ Wie in Kapitel 7.7.3 dargestellt, kann eine Suizidabsicht auch der Hintergrund für eine bewusst herbeigeführte Drogenüberdosierung sein.

Tabelle 7.17: Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands und Beschwerden^a (Auswahl) in den letzten drei Monaten nach Vergleichsgruppen

	exzessive Crack-konsumentinnen (>8x Crack/Tag)	intensive Crack-konsumentinnen (≤8x Crack/Tag)	gelegentliche Crackkonsumen-tinnen (Crack nicht täglich)	reine Heroin-konsumentinnen (kein Crack)	Sig.
Selbsteinschätzung Gesundheitszustand					
(sehr) gut	40%	45%	43%	42%	n.s.
weniger gut	27%	30%	24%	41%	
(sehr) schlecht	33%	25%	33%	17%	
Symptome (letzte drei Monate)					
Herz-/Kreislauf-beschwerden	35%	34%	41%	55%	n.s.
Probleme mit Lun-gen/Bronchien	45%	38%	49%	42%	n.s.
Magen-/Darm-beschwerden	29%	19%	28%	33%	n.s.
Erkältung/Grippe	35%	25%	33%	17%	n.s.
Zahnschmerzen	38%	30%	30%	33%	n.s.
Abszesse	39%	20%	12%	8%	***
Depressionen	46%	42%	58%	42%	n.s.
Anzahl Symptome	2,5	2,0	2,3	1,8	n.s.

^a Mehrfachnennungen

Im Hinblick auf Beschwerden im zurückliegenden Vierteljahr sind lediglich die Gruppenunterschiede für Abszesse signifikant, deren Auftreten sich mit dem Ausmaß des Crackkonsums über die Gruppen hinweg erhöht und mit 39% den höchsten Wert bei den exzessiven Crackkonsumentinnen erreicht. Vor dem Hintergrund, dass diese Konsumgruppe besonders häufig intravenös konsumiert und dies oftmals unter unhygienischen Bedingungen auf der Straße tut, erstaunt dieses Ergebnis nicht. Tendenziell häufiger als Crackkonsumentinnen berichten die reinen Heroinkonsumentinnen über Herz-/Kreislaufprobleme und Magen-/Darmbeschwerden, während unter den exzessiven Crackkonsumentinnen Erkältungskrankheiten (35%) am häufigsten, unter den Nicht-Crackkonsumentinnen (17%) am seltensten vorkommen. Ein jeweils relativ großer Anteil aller Gruppen berichtet für die letzten drei Monate über Probleme mit den Lungen oder Bronchien (38% bis 49%) sowie über Zahnschmerzen (30% bis 38%). Eine ebenfalls hohe Verbreitung erfahren in allen Untersuchungsgruppen Depressionen, die jedoch am häufigsten von den gelegentlichen Crackkonsumentinnen (58%) angegeben werden. Auch die durchschnittliche Anzahl der Symptome unterscheidet sich zwischen den Vergleichsgruppen nicht signifikant. Im Mittel wird über das Auftreten von etwa zwei Beschwerden berichtet.

Wird die Entwicklung der gesundheitlichen Situation der Frauen seit 1995 betrachtet, so lässt sich hierfür keine grundlegende, in manchen Bereichen jedoch eine tendenzielle Besserung beobachten (s. Tab. 7.18).

Korrespondierend mit dem deutlich rückläufigen Anteil an HIV-Positiven hat sich auch die Prävalenz von AIDS-bedingten Krankheiten im Zeitverlauf signifikant von 27%

auf 4% reduziert. Gehäuft hat sich hingegen das Auftreten von epileptischen Anfällen. Seltener als 1995 wird in den nachfolgenden Erhebungen über Magen-/Darmbeschwerden, Zahnschmerzen und Abszesse berichtet, während Probleme mit den Atemwegen (wohl vor allem im Zusammenhang mit den sehr hohen Crack-Konsumwerten; vgl. Kap. 7.4.2.1) zwischen 2002 und 2004 deutlich angestiegen waren, seit 2006 aber wieder sinken.

Tabelle 7.18: Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands und Beschwerden^a (Auswahl) in den letzten drei Monaten nach Erhebungsjahr

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	Sig.
Selbsteinschätzung Gesundheitszustand							
(sehr) gut	49%	50%	34%	48%	46%	36%	n.s.
weniger gut	32%	23%	34%	30%	18%	32%	
(sehr) schlecht	19%	27%	32%	22%	36%	32%	
Symptome/Beschwerden (letzte drei Monate)							
Herz/Kreislauf	38%	— ^b	36%	30%	40%	46%	n.s.
Lungen/Bronchien	38%	50%	42%	58%	34%	38%	n.s.
Magen/Darm	41%	25%	30%	20%	26%	30%	n.s.
Erkältung/Grippe	30%	38%	22%	30%	38%	26%	n.s.
Zahnschmerzen	46%	21%	38%	34%	38%	32%	n.s.
Abszesse	35%	17%	24%	22%	20%	30%	n.s.
AIDS bedingte Krankheiten	27%	4%	12%	8%	8%	4%	**
epileptische Anfälle	3%	19%	2%	8%	18%	16%	*
Depressionen	57%	44%	54%	50%	42%	56%	n.s.
Anzahl Symptome	2,8	2,2	2,2	2,3	2,3	2,3	n.s.

^a Mehrfachnennungen.

^b Keine Daten vorhanden.

Seit 2006 berichten jedoch mehr Frauen über Herz-/Kreislaufprobleme. Keine wesentlichen Veränderungen lassen sich für grippale Infekte beobachten, hierfür schwanken die Werte uneinheitlich zwischen 22% und 38%. Auch der Anteil an Frauen, die unter Depressionen leiden, hat sich kaum verändert und liegt in allen Erhebungen bei etwa der Hälfte der Befragten. Insgesamt berichten die 1995 befragten Frauen durchschnittlich über 2,8 Symptome für die vergangenen drei Monate, in den übrigen Erhebungen liegen die entsprechenden Werte mit 2,2 bzw. 2,3 Symptomen etwas darunter. Trotz dieses leichten Rückgangs hat sich die subjektive Einschätzung der Frauen bezüglich ihres Gesundheitszustands aber tendenziell verschlechtert. Bewertete 1995 nur knapp jede Fünfte ihr Allgemeinbefinden als schlecht oder sehr schlecht, ist es 2006 und 2008 rund jede Dritte.

Es kann festgehalten werden, dass Frauen aufgrund ihres drogengebrauchsbezogenen Lebensstils und den Bedingungen der Drogenszene weitreichenden Belastungen ausgesetzt sind, die sich in konkreten körperlichen Beschwerden, vor allem jedoch in einer schlechten psychischen Verfassung, manifestieren. Im Vergleich zu den Männern sind die Frauen stärker gesundheitlich und psychisch belastet. Zudem besteht bei

ihnen ein tendenzieller Zusammenhang zwischen dem intravenösen Konsum auf der Straße und dem Auftreten von Abszessen. In beiden Geschlechtergruppen korreliert darüber hinaus die Anzahl der Delikterfahrungen mit dem Auftreten von Depressionen. Bei den Frauen zeigt sich dieser Zusammenhang vor allem für psychische Gewalterfahrungen, bei den Männern dagegen für körperliche Gewalterlebnisse. Dass ein intensiver Crackkonsum mit einer deutlich schlechteren gesundheitlichen Verfassung einhergeht, lässt sich anhand der quantitativen Daten indes nicht bestätigen. Dieses Ergebnis überrascht insofern, als sowohl in der Forschungsliteratur als auch in der Drogenhilfe immer wieder ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Crackkonsum und gesundheitlicher Verelendung hergestellt wird und auch die Aussagen der interviewten Frauen darauf hinweisen, dass sich ihr Gesundheitszustand durch Crack verschlechtert hat. Über den Zeitvergleich hinweg schätzen die Frauen ihren Gesundheitszustand zwar tendenziell schlechter ein, jedoch hat sich gegenüber 1995 die Anzahl der berichteten Symptome etwas reduziert. Zurückgegangen sind Magen- und Darmbeschwerden, Zahnschmerzen, Abszesse und AIDS-bedingte Krankheiten, während sich die Prävalenz von Herz-/Kreislaufproblemen und epileptischen Anfällen erhöht hat. Insgesamt lässt sich, trotz des weitläufigen Ausbaus niedrigschwelliger Hilfeangebote, keine grundlegend Besserung der gesundheitlichen Situation der Frauen feststellen. Zu berücksichtigen ist in diesem Kontext jedoch auch, dass sich das Durchschnittsalter der weiblichen Szeneangehörigen, die durchschnittliche Dauer ihres Drogenkonsums sowie die Dauer ihrer Szenezugehörigkeit seit Mitte der 1990er Jahre relativ deutlich erhöht haben und möglicherweise auch deshalb die Effekte der niedrigschwelligen Hilfeangebote auf den Gesundheitszustand der Frauen nur vergleichsweise gering sind.

7.8 Nutzung und Bewertung der Drogenhilfe

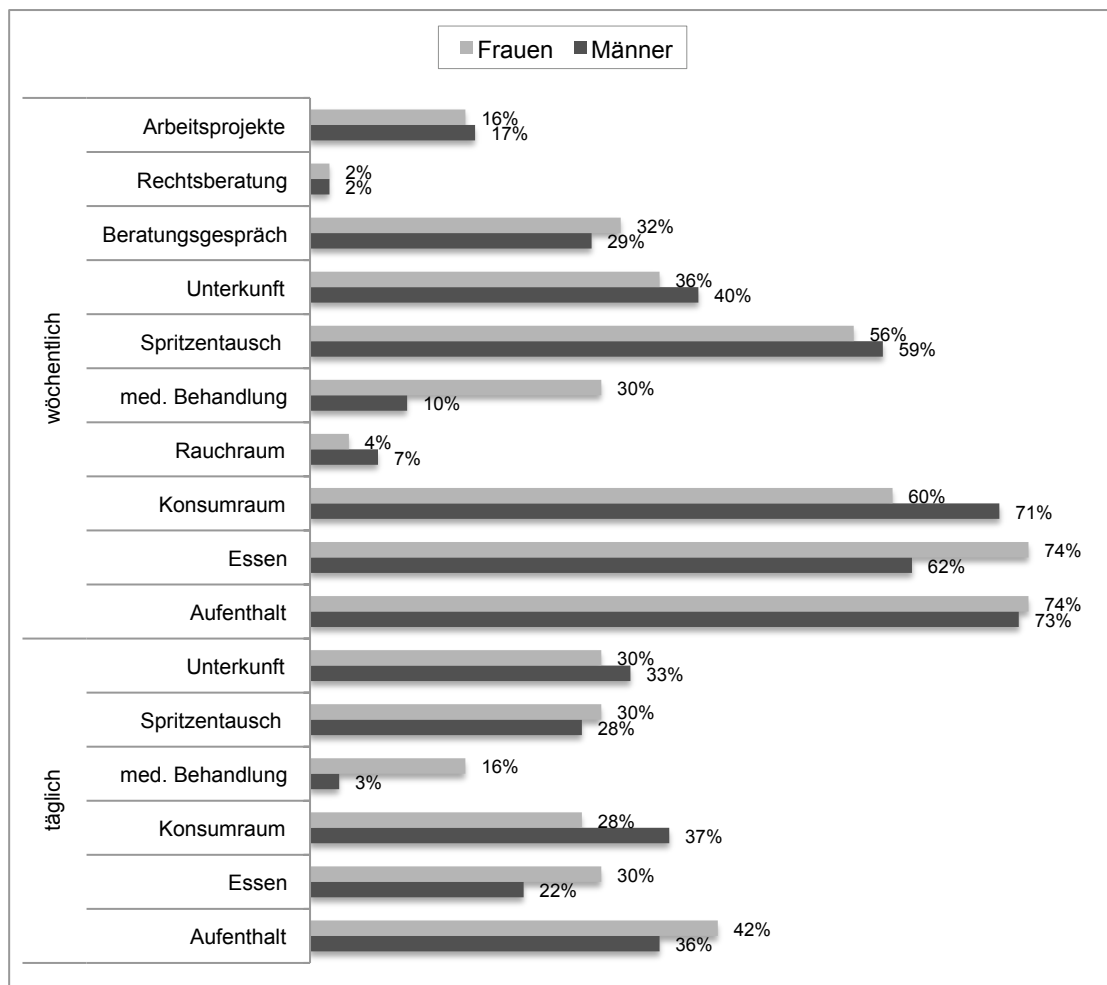
Anknüpfend an die bisherigen Ausführungen soll der Stellenwert erfasst werden, den die Frankfurter Drogenhilfe im Leben der Frauen einnimmt. Hierbei ist von Interesse, welche Angebote von ihnen genutzt werden und offenbar ihren Bedarfslagen entsprechen und welche Angebote weniger die Bedürfnisse der Frauen berühren.

Im Rahmen der standardisierten Fragebogenerhebung wurde die Inanspruchnahme des Hilfesystems anhand einer Liste von Angeboten erfasst. Im Ergebnis zeigt sich eine insgesamt hohe Nutzung der Drogenhilfe – dies gilt für die Frauen und Männer gleichermaßen. Alle im Jahr 2008 Befragten haben mindestens ein Drogenhilfeangebot in den zurückliegenden drei Monaten in Anspruch genommen und fast alle auch in der vergangenen Woche. Eine tägliche Nutzung der Drogenhilfe geben 74% der Frauen und 70% der Männer an.

Eine besonders hohe und regelmäßige Nutzung besteht für die niedrigschwelligen, auf Schadensreduzierung zielenden Angebote (s. Abb. 7.6). In erster Linie betrifft dies

die Aufenthaltsmöglichkeiten, Essensangebote und die Konsumräume. Jeweils rund drei Viertel der Frauen und Männer halten sich wöchentlich und etwa 40% täglich in den Kontaktcafés auf. Die Essensangebote werden dagegen von mehr Frauen als Männern sowohl wöchentlich als auch täglich genutzt. Für die Konsumräume weisen die Männer eine höhere Nutzungsquote auf: 71% von ihnen nehmen das Konsumraumangebot mindestens einmal pro Woche und über ein Drittel sogar täglich wahr, während drei von fünf Frauen einen Konsumraum mindestens wöchentlich und gut ein Viertel täglich nutzen.

Abbildung 7.6: Wöchentliche und tägliche Nutzung^a verschiedener Angebote der Drogenhilfe nach Geschlecht (2008)



^a Mehrfachnennungen

Die Inanspruchnahme des Spritzentauschs unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern kaum und auch die Nutzungsquote der Notunterkünfte ist bei den Männern nur um wenige Prozentpunkte höher als bei den Frauen. Die relativ geringe Diskrepanz zwischen wöchentlicher und täglicher Nutzung der Notschlafstellen lässt vermuten, dass ein Großteil beider Geschlechter, die dieses Angebot regelmäßig nutzen, auch

über einen „festen“ Übernachtungsplatz¹⁷⁹ in einer Drogenhilfeeinrichtung verfügen. Sehr deutliche, statistisch signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede (**) sind für die Nutzung der medizinischen Behandlung zu beobachten: Nicht nur lassen sich mit 30% gegenüber 10% deutlich mehr Frauen als Männer wöchentlich ärztlich behandeln, sondern jede sechste Befragte (Männer: 3%; **) gibt sogar an, sich täglich medizinisch versorgen zu lassen. Die deutlich höhere Inanspruchnahme medizinischer Behandlungen steht dabei im Einklang mit dem schlechteren Gesundheitszustand der Frauen. Es ist jedoch an dieser Stelle auch auf den Widerspruch zwischen dem Krankheitsverständnis der Frauen und der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung hinzuweisen. Obwohl sich die Frauen, wie in den Interviews deutlich wurde, oftmals nicht als krank bezeichnen, nehmen sie relativ häufig eine ärztliche Behandlung wahr. In einem regelmäßigen Betreuungskontext mit wöchentlichen Beratungsgesprächen sind immerhin 32% der Frauen und 29% der Männer eingebunden. Nur vergleichsweise selten werden von beiden Geschlechtern (in absteigender Reihenfolge) Arbeitsprojekte, der Rauchraum und die Rechtsberatung wöchentlich genutzt.

Crackkonsumierende gelten als besonders schwer erreichbare Zielgruppe der Drogenhilfe. Im Konsumgruppenvergleich lässt sich dies allerdings nicht bestätigen (s. Abb. 7.7).

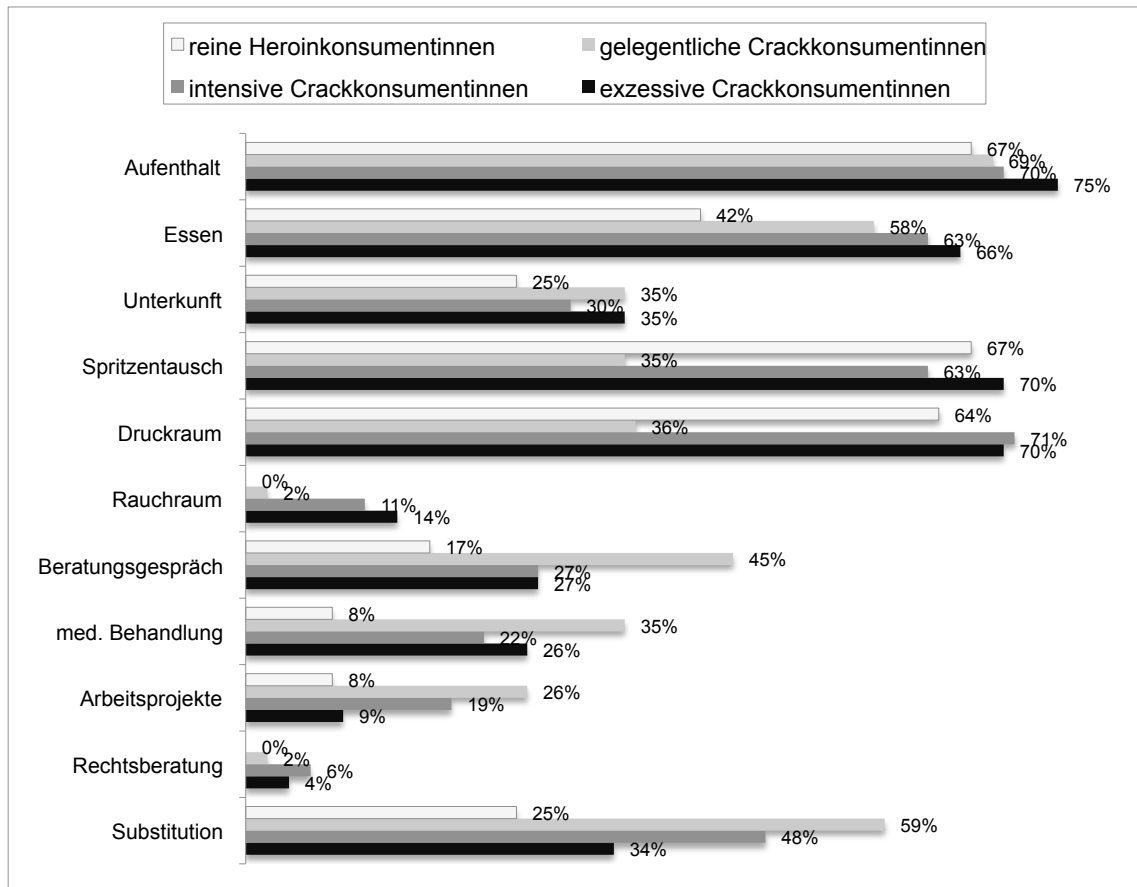
Jeweils über 90% aller Konsumgruppen haben in der zurückliegenden Woche ein Angebot der Drogenhilfe genutzt. Eine tägliche Nutzung des Hilfesystems geben 86% der exzessiven und intensiven Crackkonsumentinnen, 65% der gelegentlichen Crackgebraucherinnen und 67% der reinen Heroinkonsumentinnen an (**).

Die exzessiven Crackkonsumentinnen weisen von allen vier Gruppen die höchsten wöchentlichen Nutzungsraten für die Aufenthaltsmöglichkeiten, die Essensangebote und den Spritzentausch auf. Die geringste wöchentliche Inanspruchnahme für den Aufenthalt in Kontaktcafés und die Essensversorgung lässt sich hingegen für die Nicht-Crackkonsumentinnen beobachten. Nur vergleichsweise selten, mit 35%, wird der Spritzentausch von den gelegentlichen Crackkonsumentinnen genutzt, während die Nutzungsquote in den anderen Gruppen zwischen 63% und 70% liegt (**). Ebenfalls signifikant sind die Unterschiede für die Inanspruchnahme der Konsumräume (**). Nur gut ein Drittel der gelegentlichen Crackkonsumentinnen nimmt dieses Angebot wöchentlich wahr, unter den reinen Heroinkonsumentinnen sowie den intensiven und exzessiven Crackkonsumentinnen sind es hingegen zwischen knapp zwei Drittel und nahezu drei Viertel der Frauen. Die Unterschiede für den Spritzentausch und die Kon-

¹⁷⁹ Auch wenn es sich eigentlich um Notschlafunterkünfte handelt, räumen die Übernachtungseinrichtungen zumeist für regelmäßige Übernächter die Möglichkeit eines festen Schlafplatzes ein. Die Zuverlässigkeit, mit der Drogenkonsumierende in der jeweiligen Einrichtung übernachten, bringt für sie dabei auch einen entscheidenden Vorteil mit sich, da sie nach einer gewissen „Bewährungszeit“ auf eines der wenigen Einzelzimmer hoffen können. In meiner Zeit als Nachtdienstmitarbeiterin (2001 bis 2006) in einer Drogenhilfeeinrichtung im Frankfurter Bahnhofsviertel habe ich es jedoch nicht erlebt, dass eine Frau ein Einzelzimmer bewohnte.

sumräume korrespondieren dabei mit der geringeren Prävalenz und Häufigkeit des intravenösen Konsums unter den gelegentlichen Crackkonsumentinnen (vgl. Kap. 7.4.2.2).

Abbildung 7.7: Wöchentliche Nutzung^a niedrigschwelliger Drogenhilfeangebote (Auswahl) nach Vergleichsgruppen



^a Mehrfachnennungen

Keine wesentlichen Gruppendifferenzen offenbaren sich bezüglich der Inanspruchnahme von Notunterkünften. Mit einem Viertel bis zu rund einem Drittel nutzt jeweils ein relevanter Teil aller Konsumgruppen dieses Drogenhilfeangebot, was angesichts der doch sehr unterschiedlichen Wohnsituation der Frauen überrascht (vgl. Kap. 7.2.3 sowie Tab. A.11.2 im Anhang). Eine Erklärung hierfür mag sein, dass das Übernachten in einer Notschlafstelle eine gewisse Organisation voraussetzt, die der Dynamik des Crackkonsums und des damit häufig verbundenen Beschaffungsmusters „Prostitution“ entgegensteht. Es ist zu vermuten, dass die intensiven und exzessiven Crackkonsumentinnen, trotz höherer Anteile an Obdachlosen, dieses Angebot deshalb oftmals nicht wahrnehmen. Für die gelegentlichen Crackgebraucherinnen lässt sich eine vergleichsweise hohe Einbindung in „höher-schwellige“ Angebote beobachten: Fast die Hälfte von ihnen befindet sich in einer regelmäßigen Betreuung mit wöchentlichen Beratungsgesprächen, gut ein Drittel lässt sich regelmäßig medizinisch behandeln und rund ein Viertel arbeitet in Arbeitsprojekten. Im Vergleich dazu nimmt nur jeweils etwa

jede vierte exzessive Crackkonsumentin mindestens einmal pro Woche ein Beratungsgespräch oder ärztliche Behandlung in Anspruch und nur jede Elfte arbeitet in Arbeitsprojekten. Die niedrigste Inanspruchnahme der genannten Angebote zeigt sich für die reinen Heroinkonsumentinnen; die Gruppenunterschiede erreichen jeweils statistische Signifikanz.¹⁸⁰

Insgesamt lässt sich anhand der Daten eine hohe Nutzung des Drogenhilfesystems in allen Konsumgruppen ablesen. Auch diejenigen, die häufig Crack konsumieren, werden gut von der Frankfurter Drogenhilfe erreicht – dies insbesondere über die Aufenthalts- und Essensangebote, die Konsumräume und den Spritzentausch. Diese Angebote stellen wichtige Überlebenshilfen dar, können flexibel wahrgenommen werden und gehen nur mit wenigen Regeln oder Verpflichtungen (z. B. im Hinblick auf Terminabsprachen) einher. Angebote, die eine gewisse Verlässlichkeit erfordern (wie Beratungsgespräche und Arbeitsprojekte) werden dagegen von Frauen mit häufigem Crackkonsum seltener genutzt. Im Vergleich dazu sind die gelegentlichen Crackgebraucherinnen die Gruppe, die am stärksten in Betreuungsangebote eingebunden ist. Auch die für sie zu beobachtende höhere Inanspruchnahme der medizinischen Behandlung könnte darauf hindeuten, dass diese Gruppe mehr Sorge für ihr körperliches Wohlbefinden trägt. Reine Heroinkonsumentinnen sind dagegen nur selten in die Beratungs- und Arbeitsangebote der Drogenhilfe integriert. Möglicherweise ist dies darin begründet, dass diese Frauen eine insgesamt höhere Einbindung in soziale Bezüge aufweisen.

Eine schlechtere Erreichbarkeit von Crackkonsumentinnen durch die Angebote der Drogenhilfe lässt sich anhand der vorliegenden Ergebnisse nicht bestätigen. Es sind jedoch ganz eindeutig die schadensmindernden, überlebenspraktischen Angebote, die von diesen Frauen genutzt werden. Diese Hilfeangebote berühren offenbar wichtige Interessen und Bedürfnisse der Frauen. Dass die Angebote aus dem Bereich der „harm reduction“ eine wichtige Basis für das (Über-)Leben auf der Szene sind, wird auch in den Interviews deutlich.

„Also ich muss dazu sagen, da, wo ich herkomme, da hätte ich auf der Straße nicht überleben können, da hat man hier in Frankfurt echt Möglichkeiten. Das gäb's bei uns zu Hause absolut nicht, da wäre ich wahrscheinlich schon nach zwei Tagen untergegangen“ (Blume, 35 Jahre).

Insbesondere für obdachlose Drogenkonsumentinnen sind die Einrichtungen der Drogenhilfe nicht nur mögliche Anlaufstellen, sondern machen auch einen Großteil ihres Lebenskontextes aus. Im Jahr 2008 geben insgesamt 91% unter ihnen an, täglich mindestens ein Drogenhilfeangebot wahrzunehmen, während Gleiches auf 78% der Nicht-Obdachlosen zutrifft (n.s.).

Zusätzlich zu den bisher genannten Angeboten besteht mit der Substitution eine Behandlungsmöglichkeit, die in erster Linie auf eine Reduzierung des Drogen- bzw.

¹⁸⁰ Beratungsgespräche: *; medizinische Behandlung: ***; Arbeitsprojekte: *.

Opiatkonsums und eine damit einhergehende Verbesserung der Lebenssituation von Drogenkonsumierenden abzielt. Wie die Ergebnisse zur Substitutionsbehandlung zeigen, wurde der Großteil der im Jahr 2008 befragten Frauen (88%) und Männer (80%) schon einmal substituiert. Die weiblichen Befragten waren durchschnittlich das erste Mal mit 26,3 Jahren, die männlichen Befragten erstmals mit 29,5 Jahren in einer Substitutionsbehandlung (*). Bei den Frauen fand damit die erste Substitution im Mittel 7,3 Jahre nach dem Einstieg in den Heroinkonsum statt, bei den Männern erst nach 9,2 Jahren. Möglicherweise liefern diese Unterschiede einen weiteren Hinweis auf die differente gesellschaftliche Bewertung des Drogengebrauchs. Zu vermuten ist, dass der Heroinkonsum von Frauen schneller als bei Männern von den Konsumierenden selbst oder dem Umfeld problematisiert wird und Frauen daher auch früher eine Substitutionsbehandlung beginnen.¹⁸¹ Im Jahr 2008 werden etwas mehr Frauen (58%) als Männer (44%) substituiert (n.s.). Bei den weiblichen Befragten beträgt die Substitutionsdauer im Mittel 4,6 Jahre, bei den Männern dagegen nur 2,4 Jahre – dieser Unterschied ist tendenziell signifikant.¹⁸² Gut ein Drittel der Frauen (35%) und knapp die Hälfte der Männer (49%) werden erst seit maximal sechs Monaten substituiert. Demgegenüber befindet sich jede vierte Frau und jeder sechste Mann bereits seit über fünf Jahren in einem Substitutionsprogramm.

Im Vergleich der weiblichen Konsumgruppen zeigt sich die höchste Einbindung in eine Substitutionsbehandlung für die gelegentlichen Crackkonsumentinnen (59%), der geringste Substituiertenanteil ist überraschenderweise für die reinen Heroinkonsumentinnen (25%) zu beobachten (intensive Crackkonsumentinnen: 48%; exzessive Crackkonsumentinnen: 34%; **). Auch bezüglich der Substitution lässt sich somit keine schlechtere Erreichbarkeit für Crackkonsumentinnen feststellen.

Im Gegensatz zur hohen Inanspruchnahme des niedrigschwelligen Hilfesystems und auch der vergleichsweise hohen Einbindung in eine Substitutionsbehandlung steht die geringe Nutzung abstinenzorientierter Behandlungsangebote. Nur eine der im Jahr 2008 befragten Frauen (2%) und acht Männer (8%) waren im vergangenen Vierteljahr in einer stationären drogentherapeutischen Einrichtung. Ebenfalls eine Frau (2%) und fünf Männer (5%) waren im gleichen Zeitraum in einer Übergangseinrichtung, während keine bzw. keiner der Befragten an einer ambulanten Therapie teilgenommen hat. Eine stationäre Entgiftungsbehandlung haben gut ein Viertel der Frauen (26%) und ein Siebtel der Männer (14%) durchgeführt. Jeweils rund ein Fünftel beider Geschlechter (Frauen: 22%; Männer: 18%) gibt zudem an, sich derzeit um einen Therapie- oder Entgiftungsplatz zu bemühen. Wenngleich somit insgesamt für beide Geschlechter eine geringe Inanspruchnahme hochschwelliger, abstinenzorientierter Behandlungsangebote festgestellt werden kann, waren Männer dennoch häufiger etwas in einer sta-

¹⁸¹ Zu berücksichtigen ist hierbei auch, dass für eine Substitution niedrigere Hürden bestehen als für eine stationäre therapeutische Behandlung.

¹⁸² $p=0.059$.

tionären Übergangs- und Therapieeinrichtungen, während mehr Frauen eine Entgiftung begonnen oder durchgeführt haben.

In den qualitativen Interviews wird thematisiert, dass Frauen später als Männer Therapieangebote wahrnehmen, was zum einen darauf zurückgeführt wird, dass Frauen durch ihre eher zurückgezogene Verhaltensweise weniger auffallen und somit seltener zu „wirklichen Problemfällen“ werden, bei denen die Drogenhilfe einen dringenden Handlungsbedarf gegeben sieht. Zum anderen wird auch vermutet, dass die Verdienstmöglichkeit durch die Prostitution dazu beiträgt, dass Frauen über einen längeren Zeitraum der Szene verhaftet bleiben und keine Gründe für einen Ausstieg entwickeln.

„Die Frauen gehen hier ziemlich unter, dass die auch viel später Hilfe suchen, durch die Prostitution, durch dies und das. Manchmal sind die Frauen weit über 50, bevor die überhaupt mal auffallen oder auffällig werden. (...) Männer gehen wesentlich früher auf Therapie als Frauen, weil Frauen vom Anschaffen her, vom Geld machen, wesentlich mehr Möglichkeiten haben. Deshalb dauert es bei den Frauen wesentlich länger, bis die bereit sind, auf Therapie zu gehen, zu machen, was zu ändern oder sich helfen zu lassen“ (Marie, 43 Jahre).

Für die Konsumgruppen ergeben sich anhand der quantitativen Daten ebenfalls kaum Differenzen für die Inanspruchnahme abstinenzorientierter Angebote. Zwar haben sich noch zwischen 21% (exzessive Crackkonsumentinnen) und 33% (Nicht-Crackkonsumentinnen) in den vergangenen drei Monaten in eine Entgiftungsbehandlung begeben, in einer Übergangseinrichtung waren jedoch nur maximal 10% (intensive Crackkonsumentinnen; n=5) und in einer ambulanten Therapie maximal 9% (gelegentliche Crackkonsumentinnen; n=8). Auch der Aufenthalt in einer stationären Therapieeinrichtung stellt die Ausnahme dar: Lediglich zwei der reinen Heroinkonsumentinnen (17%), acht der intensiven Crackkonsumentinnen (13%) und zwei bzw. drei der exzessiven und gelegentlichen Crackkonsumentinnen (jeweils 3%) waren im zurückliegenden Vierteljahr in einer stationären drogentherapeutischen Einrichtung. Insgesamt weisen die exzessiven Crackkonsumentinnen für alle hier erfassten abstinenzorientierten Angebote die geringste Nutzungsquote auf.

Gefragt nach dem wichtigsten Grund, der sie davon abhält, die bestehenden Abstinenzangebote zu nutzen, gibt in der Fragebogenerhebung 2008 jede dritte Frau (34%) an, derzeit kein Interesse an einer Therapie oder Entgiftungsbehandlung zu haben oder keine Notwendigkeit dafür zu sehen. Knapp ein Drittel (30%) sieht keinen Sinn in einer (erneuten) Therapie („zu oft erfolglos versucht“, „schlechte Erfahrungen“, „zu alt“, „keine Perspektive“, „keine Energie sich zu kümmern“, „Therapie ist zwecklos“). Erneut spiegelt sich hierin eine gewisse Resignation bezüglich des Ausstiegs aus dem Drogenkonsum und dem Szeneleben wider. Zwei Frauen (4%) geben an, sich zunächst durch eine Substitutionsbehandlung stabilisieren zu wollen und ebenfalls zwei Befragte fühlen sich durch die langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz abgeschreckt. Immerhin gut ein Fünftel (22%) gibt jedoch an, sich derzeit um einen Entgiftungs- oder Therapieplatz zu kümmern. In den qualitativen Interviews wird darüber

hinaus deutlich, dass abstinenzorientierte Behandlungsangebote auch aufgrund ihres teils bevormundenden Charakters abgelehnt bzw. Angebote, die der Eigenverantwortlichkeit mehr Raum gewähren, geschätzt werden.

„Ich hatte ja auch mal 'ne heiße Zeit, da bin ich jedes Jahr einmal nach XY (Stadt in Hessen; Anm. C. B.), weil das echt 'ne geile Entgiftung ist, also da wirst du echt wie 'ne Erwachsene behandelt, kannst dein Handy behalten, hast 'ne eigene Dusche im Zimmer, maximal zwei Leute auf'm Zimmer, also richtig cool, nach dem dritten Tag hast du schon Ausgang auf dem Gelände, darfst telefonieren, Fernseh' gucken, was ja in manchen Entgiftungen verboten ist, also da greif' ich mir an die Birne“ (Pia, 48 Jahre).

Zusätzlich zu der Inanspruchnahme der Angebote wurde auch die Bewertung der Frankfurter Drogenhilfe erfasst. In der Fragebogenerhebung richtet sich diese Bewertung auf die Substitutionsangebote, in den qualitativen Interviews wurden die Frauen um eine allgemeine Einschätzung der Drogenhilfe gebeten.

Über die Hälfte der im Jahr 2008 befragten Frauen (58%) beurteilt die in Frankfurt bestehenden Möglichkeiten, in eine Substitutionsbehandlung aufgenommen zu werden, als ausreichend. Von denjenigen, die die Substitutionsmöglichkeiten als unzureichend erachten, werden vor allem die langen Wartezeiten, ein zu begrenztes Angebot („nicht genügend Plätze“, „unflexibel“, „zu wenig auf den Einzelfall ausgerichtet“) sowie die aufwendigen Aufnahmebedingungen und eine zu strenge Regelung bezüglich des Beikonsums bemängelt.

In den qualitativen Interviews beziehen die Frauen ihre Gesamtbewertung der Frankfurter Drogenhilfe vornehmlich auf das niedrigschwellige Hilfeangebot, das einen Großteil ihrer Alltagswelt ausmacht. Die Mehrheit beurteilt das Angebotsspektrum als ausreichend, wobei die positive Bewertung überwiegend auf der Gegenüberstellung zu einem deutlich schlechteren Hilfeangebot in anderen Städten beruht.

„Also ich denke, in Frankfurt passiert verdammt viel. Wenn man sich da andere Städte anguckt, halb so viele oder gar keine Streetworker oder Frauencafé, wo man sich abends mal duschen kann, Gummis holen kann, oder, oder, oder“ (Pia, 48 Jahre).

„Ich muss sagen, was ich mitgekriegt hab', was angeboten wird, finde ich das schon ausreichend“ (Blume, 35 Jahre).

„Also ich finde allgemein gibt's schon mal sehr viel. Also man kann froh sein, dass es überhaupt so was gibt“ (Aphrodite, 31 Jahre).

Eine Interviewpartnerin verweist jedoch auch darauf, dass das vergleichsweise gut ausgebaute Hilfesystem dazu führe, dass Drogenkonsumierende in der Szene und ihrem Lebensstil „gehalten werden“.

„Ich find's schon ganz gut, was se' machen tun, Druckräume oder so. Weil ich hab' früher, das kannte ich gar nicht, in A. (deutsche Großstadt; Anm. C. B.) gibt's so was gar nicht. Und hier die Schlafräume oder so, ja, das find ich ganz gut. Aber auf der anderen Seite ist es ja so, dass die Leute irgendwie damit auch hier behalten werden, weil die Leute wissen ja, die ham' hier alles. Guck mal, man kriegt zu essen, zu trinken, Klamotten, kann schlafen. Wenn wir das nicht alles hätten, dann würd's uns noch dreckiger geh'n. Ich denk' mal, wir würden uns noch intensiver dran hängen, dass wir was machen müssten. Das hab' ich bei mir jetzt auch schon gemerkt. Guck mal, wenn ich kein Schlafraum hätte oder nix zum Essen und zum Trinken, nichts zum Duschen hätte und so was, dann würd' ich 'nen Grund finden, hier wegzukommen. Aber so, man hat ja alles, nur eben, dass man auf der Straße lebt“ (Nele, 23 Jahre).

In dem Interviewzitat verdeutlicht sich die klassische „Leidensdruckthese“, nach der ein hohes Maß an sozialem Leid und gesundheitlicher Verelendung als Grundlage für die Entwicklung einer Ausstiegsmotivation bewertet und deshalb auch das Vorenthalten von schadensmindernden Hilfen als legitim angesehen werden. Äußerst problematisch ist an dieser Sichtweise, dass eine Verstärkung des Leids sicherlich in der Regel nicht dazu geeignet ist, eine Ausstiegsmotivation zu fördern, sich hiermit jedoch gleichzeitig die Gefahr für irreversible gesundheitliche und psychosoziale Schäden für Drogenkonsumierende erhöht. In dem Interviewzitat illustriert sich aber auch erneut das Opferbild, welches die Interviewpartnerin von sich selbst zeichnet. Bereits bezüglich des Einstiegs in den Heroinkonsum beschreibt sich Nele als Opfer ihres damaligen Lebensgefährten und auch einen Ausstieg aus dem Drogenkonsum scheint sie nicht ihrer Eigenmotivation und Eigenverantwortung zuzuordnen, sondern hierfür äußere Umstände verantwortlich zu machen. Ein Indiz ist das Interviewzitat auch für die „Hilflosigkeit“, die durch das breite Drogenhilfeangebot verstärkt werden kann.

Auf die Frage, wie das Hilfeangebot verbessert werden könnte und welche Angebote sie sich wünschen, nennen die Interviewpartnerinnen vor allem eine Ausweitung frauenspezifischer Hilfeangebote und eine bessere Kommunikation der Angebote.

„Es sollte mehr für Frauen gemacht werden, so was, wie das Frauencafé, dass da mehr angeboten wird, so wenigstens einmal die Woche. Es ist zu wenig Angebot oder es wird zu wenig laut gemacht. Es muss auch einfach mal mehr Aufmerksamkeit darauf gelenkt werden, das ist immer alles so versteckt. Ich hab jetzt lange Zeit überhaupt nicht daran gedacht, dass es das Frauencafé gibt“ (Marie, 43 Jahre).

„Man sollte mehr, ja, es gibt ja schon so Frauennotruf und so Kleinigkeiten, aber ich denke, das ist einfach nicht genug. Zum Beispiel, ich kenn nur eine Drogenberatung, die nur für Frauen ist, da bin ich auch, so was zum Beispiel, Einrichtungen, die nur für Frauen sind. Gut, es gibt noch das Frauencafé, aber solche Sachen müsste es vielleicht mehr geben. Wo Frauen unter sich, unabhängig von Männern sein können. Vielleicht auch Notschlafstellen, wo nur Frauen schlafen. Also ich denke schon, dass es für Frauen einfach mehr Möglichkeiten geben sollte, für sich zu sein“ (Zille, 26 Jahre).

Vor dem Hintergrund, dass Frauen im Szenealltag immer wieder der Diskriminierung und auch der Gewalt durch Männer ausgesetzt sind, scheint es ihnen ein wesentliches Bedürfnis zu sein, hiervon zumindest zeitweise Abstand nehmen zu können und einen „Schutzraum“ zu haben, in dem sie sich abseits männerdominierter Strukturen und Verhaltensweisen sowohl physisch als auch psychisch regenerieren können. In gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen sind Männer meist deutlich überrepräsentiert, sodass sich die Frauen hier nicht gut aufgehoben fühlen.

„Und das ist auch immer in Einrichtungen so ein Problem, dass so wenig Frauen da sind. Also ich frag dann auch immer in den Übernachtungseinrichtungen: Wie viele Frauen habt ihr momentan? Weil ich mich einfach unwohl fühle, wenn da nur Männer sind“ (Aphrodite, 31 Jahre).

Die Implementierung von (weiteren) frauenspezifischen Einrichtungen und Angeboten könnte möglicherweise auch dazu beitragen, das Selbstbild der Frauen zu stärken, ihre gegenseitige Diskreditierung abzubauen und Solidarität füreinander zu erwecken.

Wird die Entwicklung der Inanspruchnahme des Hilfesystems betrachtet, so zeigt sich, dass bereits 1995 97% der Frauen wöchentlichen und 73% täglichen Kontakt zur Drogenhilfe hatten. Veränderungen sind vor allem bezüglich der Substitution zu beobachten. Zwar hat sich der Anteil an Substituierten seit 1995 nicht signifikant erhöht (1995: 43%; 2002: 38%; 2003: 40%; 2004/2006: 48%; 2008: 58%), jedoch sind die Frauen mittlerweile kontinuierlicher in eine Substitutionsbehandlung eingebunden. Diese Entwicklung spiegelt sich in der deutlich gestiegenen Substitutionsdauer wider. Wurden die im Jahr 1995 befragten Frauen erst seit durchschnittlich 20,8 Monaten substituiert, ist dieser Wert bis 2008 auf 54,9 Monate angewachsen (2002: 50,0 Monate; 2003: 35,8 Monate; 2004: 32,2 Monate; 2006: 49,9 Monate). Für die Nutzung der Notschlafunterkünfte lässt sich keine signifikante Entwicklung feststellen, im Vergleich zu 1995 nehmen aber seit 2002 tendenziell mehr Frauen dieses Angebot wöchentlich wahr (1995: 25%; 2002: 40%; 2003: 32%; 2004: 26%; 2006: 32%; 2008: 36%). Tendenzial erhöht hat sich auch die Nutzung der Aufenthaltsmöglichkeiten: Hielten sich 2002 nur rund drei von fünf Frauen mindestens einmal pro Woche in den Kontaktläden auf, sind es im Jahr 2008 knapp drei Viertel (1995: k.A.; 2003: 68%; 2004: 72%; 2006: 82%). Der Anteil der Frauen, die sich mindestens einmal pro Woche medizinisch behandeln lassen, schwankt – ohne klare Tendenz – im Zeitverlauf zwischen 22% (2004) und 36% (2006) (1995: 31%; 2002: 25%; 2003: 24%; 2008: 30%). Signifikant angestiegen – von 33% im Jahr 1995 auf 74% im Jahr 2008 – ist indes die wöchentliche Inanspruchnahme der Essensangebote (2002: 56%; 2003: 74%; 2004: 48%; 2006: 52%; *). Ebenfalls erhöht hat sich der Anteil an Frauen, die in einen regelmäßigen Beratungskontext eingebunden sind (1995: 25%; 2002: 15%; 2003: 32%; 2004: 34%; 2006: 50%; 2008: 32%; **). Die wöchentliche Nutzungsquote für den Spritzentausch ist demgegenüber seit 1995 deutlich gesunken (1995: 72%; 2002: 38%; 2003: 68%; 2004: 58%; 2006: 54%; 2008: 56%; *).¹⁸³

Hinsichtlich der Inanspruchnahme der Drogenhilfe lässt sich resümieren, dass insbesondere niedrigschwellige Angebote wie Aufenthalt, Essen, Spritzentausch und Konsumraum eine sehr hohe Nutzung erfahren und der Drogenhilfe eine hohe Präsenz im Alltag der Frauen verschaffen. Diese Angebote berühren offensichtlich vitale Interessen der Frauen und erleichtern ihnen das Leben „auf der Straße“. Signifikant häufiger als Männer nutzen die Frauen die im Rahmen der Drogenhilfe bestehende medizinische Versorgung. Ein relativ großer Anteil beider Geschlechter befindet sich in einer Substitutionsbehandlung, unter den Frauen ist der Anteil an Substituierten jedoch etwas größer. Zudem befinden sich die weiblichen Befragten seit längerer Zeit in einem Substitutionsprogramm. Eine schlechtere Erreichbarkeit von Crackkonsumentinnen durch die Angebote der Drogenhilfe lässt sich in der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigen. Vielmehr ist zu beobachten, dass exzessive und intensive Crackgebrau-

¹⁸³ Für die Nutzung der Konsumräume liegen erst seit 2004 Daten vor: 2004: 54%; 2006: 56%; 2008: 60%.

cherinnen besonders häufig die schadensreduzierenden, überlebenspraktischen Drogenhilfeangebote wahrnehmen. Abstinenzorientierte Angebote scheinen demgegenüber, zumindest gegenwärtig, weniger den Bedürfnissen der Frauen zu entsprechen. Eine Drogenabstinenz ist für viele entweder nicht erstrebenswert oder steht schlicht ihrer derzeitigen Lebensrealität entgegen. Die kontinuierliche Einbindung in ein Substitutionsprogramm hat sich im Beobachtungszeitraum verstärkt, ebenso die regelmäßige Nutzung der Essens- und Beratungsangebote. Mehrheitlich wird die Frankfurter Drogenhilfe von den Frauen positiv bewertet, jedoch wünschen sie sich mehr frauenspezifische Angebote, in denen weibliche Belange (vor allem das Bedürfnis nach „Schutz- und Erholungsräumen“) eine stärkere Berücksichtigung finden und die Eigenverantwortlichkeit stärker betont wird.

7.9 Möglichkeiten und Barrieren für einen Ausstieg aus der Drogenszene

Die integrierte Analyse abschließend, werden anhand der Fragen nach den Zukunftswünsche und Zukunftspläne der Frauen ihre Ressourcen und Barrieren für einen Ausstieg aus der Drogenszene in den Betrachtungsfokus gerückt.

Viele der Interviewpartnerinnen, und hier insbesondere diejenigen, die ein hohes Maß an sozialer Desintegration aufweisen und mehr oder weniger auf der Straße leben, äußern eine hohe Unzufriedenheit mit ihrer derzeitigen Lebenssituation. Sie haben ihre persönliche Belastungsgrenze erreicht und sehnen sich nach einem Leben außerhalb der Drogenszene.

„Ich hab' keinen Bock mehr auf den Scheiß hier, also wie gesagt, ich hab' mir mein Leben anders vorgestellt. Und ich kann noch was machen und ich werd' mir auch Mühe geben“ (Jessy, 23 Jahre).

Zentral für die Zukunftsorientierungen ist der Wunsch nach einem selbstständigen Leben ohne Drogen, nach sozialer Integration und „Normalität“. Die Voraussetzung hierfür ist für viele, eine Entgiftung und Therapie zu machen.

„Also mein Wunsch ist, 'ne Entgiftung zu machen, 'ne Therapie zu machen und von Therapie aus in 'ne betreute Wohngemeinschaft. Erst mal lernen, selbstständig zu leben, ohne Drogen mit Problemen klarzukommen, ohne was zu nehmen, mich auf das normale Leben einzustellen, das ist so das, was ich mir wünsche“ (Paula, 25 Jahre).

Die Vorstellungen von einem konventionellen Leben sind damit verknüpft, eine Berufsausbildung zu machen, einer geregelten Arbeit nachzugehen und/oder eine Familie zu gründen. Teilweise wird dabei eine Zukunftsperspektive entworfen, die sich stark an dem bürgerlichen Ideal der Familie und einer eher traditionellen Frauenrolle orientiert.

„Therapie machen und dann 'ne Arbeit kriegen“ (Nele, 23 Jahre).

„Ich wünsch' mir auch mal 'ne Familie in meinem Leben. Ja und ich bin jetzt zweiunddreißig Jahre alt und, wenn ich's jetzt net angeht'...“ (Lela, 32 Jahre).

„'Ne Ausbildung machen, Familie, Kind“ (Mara, 25 Jahre).

Für einige der Mütter unter den Interviewpartnerinnen sind ihre Zukunftswünsche wesentlich dadurch geprägt, wieder mit ihren Kindern zusammenzuleben.

„Ich möchte jetzt schauen, dass ich, wenn's geht, auf Entgiftung gehen kann, auf Therapie noch mal, wenn's klappt und dann möchte ich auf jeden Fall schauen, dass ich eben auch meine Tochter wiederkriege. Das ist eigentlich so mein Wunsch, mein Ziel was ich hab', dass ich die irgendwann wieder zurückkriege“ (Trixi, 28 Jahre).

In vielen Interviews wird jedoch auch die Ziel- und Perspektivlosigkeit der Frauen deutlich. Sie zweifeln daran, ein Leben abseits der Drogenszene meistern zu können, da es ihnen hierfür an den nötigen Kompetenzen und Ressourcen mangelt. Über keine sozialen Kontakte außerhalb der Drogenszene zu verfügen und keine Ausbildung oder Aussichten auf eine Arbeitsstelle zu haben, diese Aspekte werden von den Frauen als kaum zu überwindende Hindernisse wahrgenommen.

„Das ist ja auch mein Problem, ich hab' leider keine Ziele. Ich würd' gerne 'ne Therapie machen, aber ich hab' überhaupt keine Ahnung, was ich danach machen soll. Weil, erst mal weiß ich nicht, wo ich hingehen soll, weil hier in Frankfurt kenn' ich auch nur Leute, die drauf sind, und dann weiß ich nicht, was ich arbeiten soll. Ich würde halt gerne was mit Computern machen, aber das kann ich halt nicht, da hab' ich keine Ahnung von“ (Dodo, 31 Jahre).

Vereinzelt werden von den Interviewpartnerinnen keinerlei Zukunftswünsche formuliert; deutlich kommt hierin die Resignation der Frauen zum Ausdruck. Sie nehmen ihre Situation als nicht mehr veränderbar hin und assoziieren mit ihrer Zukunft wohl in erster Linie eine weitere Verschlechterung ihrer Lebensumstände.

„(C. B.: Was sind deine Zukunftspläne oder Zukunftswünsche?) Gar keine. Denk' ich nicht drüber nach“ (Carla, 32 Jahre).

Der Entwurf eines alternativen Lebenskonzepts ist für die Frauen teilweise kaum noch möglich und/oder mit Unsicherheit und Angst des Scheiterns besetzt. Die Herauslösung aus dem drogenzentrierten Lebensstil und der Drogenszene bedeutet für sie, die eigene Identität und Alltagsroutinen aufgeben zu müssen und damit die Sinnhaftigkeit des eigenen Handelns zu verlieren. Darüber hinaus verfügen die Frauen nur über geringe berufliche Qualifikationen, sind sozial nicht eingebunden, großteils vorbestraft und psychisch und physisch belastet. Demgegenüber bietet der Alltag in der Drogenszene, der Konsum von Drogen und die sich hierum rankenden Aktivitäten eine bekannte Alltagsstruktur, die die Frauen in ständige Geschäftigkeit versetzt und ihren Lebensinhalt bildet. Die subkulturellen Normen und Strukturen und die entwickelten Routinen bieten ihnen dabei Handlungsorientierung und Handlungssicherheit und die Frauen haben sich wichtige Kompetenzen angeeignet, um innerhalb der Szenestrukturen erfolgreich zu agieren. Für sie ist es daher nur schwer vorstellbar, einen sinnstiftenden, alternativen Handlungsrahmen zum Szeneleben entwickeln zu können.

„Ich bin mal substituiert worden 'ne Zeit lang, aber, das ist dann halt so, dadurch dass ich dann den ganzen Tag alleine bin, langweile ich mich dann auch, und dann krieg' ich dann nix mehr geregelt“ (Dodo, 31 Jahre).

Auch wenn viele Interviewpartnerinnen ihre derzeitige Lebenssituation als äußerst negativ beurteilen und sich ein anderes Leben wünschen, scheint die Angst davor, dass

sie ein Leben außerhalb der Szene nicht bewältigen und scheitern könnten, ihren Ausstieg aus diesen Verhältnissen zu verhindern. Es ist insofern nicht nur der Konsum von Drogen, der die Frauen in der Szene hält. Als wesentliches Motivmuster für den Verbleib in der Szene sind vor allem die subkulturellen Strukturen und die entwickelten Routinen, die den Frauen Identität und Handlungssicherheit bieten, und das gleichzeitige Fehlen von Zielen und alternativen Sinn- und Identitätsentwürfen maßgeblich. Hinzu kommt der Mangel an eigenen Ressourcen, der der Realisierung eines alternativen Lebenskonzepts entgegensteht.

7.10 Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse

Die Lebensbedingungen in der Drogenszene sind durch Illegalität und soziale Marginalisierung geformt. Der Szenealltag orientiert sich – unterschiedlich stark – an der Finanzierung, dem Erwerb und dem Konsum illegaler Drogen. Der Alltag in diesem Milieu ist entscheidend durch die Geschlechtszugehörigkeit geprägt. Die Drogenszene stellt sich als ein durch männliche Normen definierter Handlungsraum dar – sie ist eine „Männerwelt“, in der traditionelle Geschlechterstereotype und patriarchale Strukturen existieren, die das „Recht des Stärkeren“ betonen. Physische Durchsetzungskraft und Gewalt erhalten damit einen hohen Stellenwert und bringen Bedingungen hervor, die Männer bevorteilen und Frauen diskriminieren. Männliche Konsumenten sind in der Drogenszene nicht nur in der Überzahl, sondern sie nehmen auch die höheren Statuspositionen ein. Frauen werden auf die unteren Ränge der Szenehierarchie verwiesen. Die Geschlechterhierarchie, die durch das Alltagshandeln beständig reproduziert und gefestigt wird, hat dabei weitreichende Konsequenzen für die Alltagsbewältigung und die Selbstwahrnehmung von Frauen.

Tendenziell stellt sich die soziale Situation der Frauen schlechter als die der Männer dar. Die Frauen weisen ein geringeres Schul- und Ausbildungsniveau auf und sind bereits seit längerer Zeit arbeitslos. Ein größerer Anteil von ihnen hat eigene Kinder, die sie häufiger als dies bei den Männern der Fall ist, in die Obhut von Familienangehörigen übergeben oder institutionell unterbringen (müssen). Für Frauen lässt sich zudem eine kürzere Zeitspanne zwischen der Aufnahme des Heroingebrauchs und der Integration in die Drogenszene feststellen. Dies steht möglicherweise im Zusammenhang mit einer unterschiedlichen gesellschaftlichen Bewertung des weiblichen und männlichen Heroinkonsums, wodurch soziale Desintegrationsprozesse für Frauen unter Umständen beschleunigt werden und sie schneller Anschluss im Drogenmilieu suchen. Bezogen auf die Stunden, die täglich auf der Drogenszene verbracht werden, lässt sich eine stärkere Einbindung der Frauen in den Szenekontext feststellen. Die soziale Lage der weiblichen Szeneangehörigen hat sich seit 1995 nicht wesentlich verändert. Nach wie vor hat der Großteil von ihnen keine abgeschlossene Berufsausbil-

derung und ist arbeitslos. Die Dauer der Arbeitslosigkeit ist jedoch angestiegen. In allen Erhebungen ist ein wesentlicher Teil der Frauen entweder obdachlos oder in einer Notunterkunft untergebracht. Die Einbindung in das Szenemilieu hat sich allerdings verstärkt. Nicht nur weisen die Frauen eine längere Szenezugehörigkeit auf, sondern auch der Anteil an täglichen Szenebesucherinnen ist seit 1995 angestiegen.

Besonders prägnant spiegeln sich die in der Drogenszene herrschenden Geschlechterstereotype in den Strategien zur Drogenfinanzierung wider. Nach staatlichen Unterstützungsleistungen nimmt die Prostitution den wichtigsten Stellenwert im Finanzierungsmuster der Frauen ein. Nur etwas seltener als Männer, unter denen der Drogenhandel die wichtigste Einkommensquelle ist, finanzieren sich Frauen über Drogengeschäfte. Sie generieren hierüber jedoch ein geringeres Einkommen als die Männer, was darauf schließen lässt, dass sie entweder nur unregelmäßig oder aber lediglich auf den unteren Stufen in das Handelsgeschehen involviert sind. Typisch männliche Attribute gelten als Voraussetzung für die Rolle als Drogenhändler, mit der Prostitution werden hingegen typisch weibliche Wesenszüge assoziiert. Frauen werden die Fähigkeiten, sich als Dealerin zu etablieren, grundlegend abgesprochen bzw. gelten weibliche Eigenschaften als nicht mit der Dealertätigkeit vereinbar. Diese klaren geschlechtsspezifischen Rollenzuweisungen resultieren wiederum in der Geringschätzung von Beschaffungsprostituierten und der Anerkennung von Drogendealern im Szenemilieu. Die Situation von Drogenprostituierten ist zusätzlich zu der Degradierung, die sie in der Drogenszene erfahren, durch den Konkurrenzkampf auf dem Drogenstrich und die mit der Sexarbeit einhergehenden gesundheitlichen Risiken und psychischen Belastungen verschärft. Immer wieder erfahren die Frauen Gewalt und Demütigungen durch Freier. Ihre Kompetenzen und Schutzstrategien, die sie entwickelt haben, können die Gefahren und Belastungen der Prostitution allenfalls reduzieren. Eine Strategie der Frauen, um mit der Verletzung ihrer körperlichen und psychischen Integrität umzugehen, die sie durch die Beschaffungsprostitution erfahren, ist die Entwicklung einer distanzierten Haltung zum eigenen Körper, wozu auch ein intensiver Drogenkonsum dienen kann. Ein derart distanziertes Verhältnis zu sich selbst kann jedoch wiederum zu einer schlechteren Fürsorge für das eigene Wohlbefinden und zur Vernachlässigung von Schutzmechanismen führen, die das Risiko für Gesundheitsgefahren und Gewalterfahrungen erhöht.

Charakteristisch für die Frauen scheint ihre Vereinzelung und Vereinsamung zu sein. Den Szenealltag bewältigen sie meist als Einzelgängerinnen und verlassen sich dabei ausschließlich auf sich selbst und ihre eigenen Kompetenzen. In diesem Zusammenhang ist auch davon auszugehen, dass die Beschaffungsprostitution entscheidend zur Vereinzelung und Entsolidarisierung der Frauen beiträgt. Während typische männliche Beschaffungsmuster, wie Dealertätigkeit und Diebstahl, eher auf Teamar-

beit ausgerichtet sind und soziale Kontakte stützen, sind die Frauen im Rahmen der Prostitution auf sich selbst gestellt und stehen in Konkurrenz zueinander.

In der Regel verfügen die Frauen weder außerhalb noch in der Frankfurter Drogenszene über vertrauensvolle und unterstützende Sozialkontakte. Die Beziehungen unter den Szeneangehörigen sind durch gegenseitiges Misstrauen, Geringschätzung und fehlende Solidarität bestimmt. Insbesondere gilt dies für das Verhältnis unter den Frauen, welches durch ein hohes Maß an gegenseitiger Diskreditierung charakterisiert ist. Die internalisierte gesellschaftliche Stigmatisierung und die Diskriminierung, die die Frauen in der Drogenszene erfahren, prägen ihre Einstellung gegenüber anderen Drogenkonsumentinnen. Die Abwertung anderer „Szenefrauen“ nimmt dabei einen hohen Stellenwert für die Identitätsarbeit ein, da sich hiermit gleichzeitig die Aufwertung der eigenen Person verbindet und es den Frauen hierdurch gelingt, sich ein gewisses Selbstwertgefühl zu bewahren. Eine wichtige Rolle hierfür spielt auch, dass sie sich selbst gewisse Prinzipien (z. B. Verantwortungsbewusstsein, Selbstdisziplin, Aufrichtigkeit, Hilfsbereitschaft) zuordnen, anderen jedoch eine derartige Handlungsorientierung absprechen.¹⁸⁴ Die gegenseitige Herabsetzung unter den Frauen verhindert, dass sie sich solidarisch füreinander einsetzen und ein gemeinsames Schutz- und Unterstützungssystem aufbauen – ein Aspekt, der insbesondere angesichts der Gewaltstrukturen in der Szene und der körperlichen Unterlegenheit von Frauen als besonders problematisch zu bewerten ist. Darüber hinaus ist anzunehmen, dass das Einzelgängertum der Frauen auch dazu führt, dass sie kaum fremde Hilfe ersuchen oder diese nur schwer annehmen können. Dieser Faktor besitzt auch für die Drogenhilfe eine hohe Relevanz.

Seit Mitte der 1990er Jahre haben sich die Drogenkonsummuster zum Teil stark gewandelt. Am auffälligsten ist der Wechsel der Kokaingebrauchsformen – der Konsum von Kokainpulver hat sich deutlich reduziert, während der Gebrauch von Crack stark angestiegen ist. Im Konsumgeschehen hat das Kokainderivat damit den einst hohen Stellenwert des Pulvers übernommen. Auch Benzodiazepine, die ebenfalls zunehmend intravenös konsumiert werden, haben für die Konsummuster der Frauen deutlich an Bedeutung gewonnen.

Mit der Verbreitung von Crack haben sich wesentliche Veränderungen der Drogenszene und der Alltagsbewältigung von Frauen ergeben. Im Geschlechtervergleich lassen sich intensivere Crackkonsummuster für die Frauen feststellen. Der Konsum verbindet sich mit einem erhöhten Beschaffungsstress und trägt zu einem Voranschreiten sozialer Desintegrationsprozesse bei – ein häufiger Gebrauch des Kokainderivats geht mit Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit und einer starken Einbindung in das Szene-

¹⁸⁴ Diese Prinzipien dienen den Frauen auch dazu, die Diskrepanz zwischen verinnerlichten gesellschaftlichen Werten und ihrem alltäglichen Handeln entgegen diesen Werten auszugleichen. Aufgrund der Bedingungen in der Drogenszene ist ein Festhalten an den eigenen Regeln für die Frauen nicht immer möglich und es entstehen Widersprüche zu ihrem tatsächlichen Handeln. Diese Widersprüche gleichen die Frauen wiederum dadurch aus, dass sie das Handeln entgegen ihren Prinzipien als Ausnahme werten.

milieu einher. Meist erstreckt sich der Konsum über mehrere Tage, bis finanzielle und körperliche Grenzen erreicht sind. Körperliche Grundbedürfnisse nach Essen, Schlaf und Hygiene werden dabei ignoriert und ein regelmäßiger Tag-Nacht-Rhythmus ist kaum noch vorhanden. Der intensive Crackgebrauch bedingt dabei auch einen gesteigerten Konsum sedierender Substanzen, insbesondere von Heroin. Zudem nehmen mit der Intensität des Crackgebrauchs auch die Häufigkeit des i.v. Konsums und die Nutzung der Straße als Konsumort zu, womit der Drogengebrauch verstärkt unter gesundheitsschädigenden Bedingungen stattfindet. Durch den intensiven Konsum erhöht sich außerdem der finanzielle Bedarf, was meist bedeutet, dass die Frauen verstärkt der Prostitution nachgehen. Gleichzeitig haben sich im Zusammenhang mit Crack Veränderungen auf dem Frankfurter Drogenstrich ergeben, die vor allem in einer stärkeren Konkurrenz unter den Frauen, einem Rückgang der Preise und einem vermehrten Inkaufnehmen riskanter Sexpraktiken liegen. Zudem wird Crack innerhalb der Drogenszene auch gegen sexuelle Dienstleistungen, vergleichbar mit dem in den USA beobachteten „sex-for-crack exchange“ getauscht, wodurch die Grenze zwischen dem Arbeits- und Konsumsetting der Frauen verwischt. Auch der Drogen-Kleinhandel hat sich im Zuge von Crack verändert. Anders als bei Heroin ist der Straßenhandel mit Crack stärker dezentralisiert und weniger hierarchisch strukturiert. Frauen können daher vermehrt am Distributionsgeschehen partizipieren. Ihre Handelsaktivitäten beschränken sich in der Regel jedoch auf periphere Rollen und den unregelmäßigen Verkauf von Kleinstmengen, sodass sich hierdurch für sie kein ökonomischer Aufstieg ergibt und die Frauen andere Beschaffungsmuster, wie die Prostitution, nicht durch ihre Handelsaktivität ersetzen können. Des Weiteren verbindet sich mit dem Crackhandel kaum Prestige, insofern bringt die Handelsbeteiligung auch keinen Aufstieg in der Szenehierarchie für die Frauen mit sich. Durch Crack hat sich auch das Aggressions- und Gewaltniveau in der Drogenszene erhöht. Zum einen ist dies durch die Wirkungsweisen der Substanz bedingt, zum anderen spielen hierfür die durch den Konsum veränderten Lebensbedingungen und die hieraus resultierenden dissozialen Verhaltensweisen eine entscheidende Rolle. Die Frankfurter Drogenszene wird von den Frauen zunehmend als unsolidarischer Sozialraum erlebt, in dem jeder gegen jeden kämpft. Dadurch erhöhen sich nicht nur ihre Gewalterfahrungen, sondern auch die gegenseitige Diskreditierung und die soziale Isolation der Frauen nehmen zu. Es ist zu vermuten, dass auch das durch die Massenmedien transportierte Image von Crack die Wahrnehmung der Substanz in der Drogenszene und die Konsummuster – im Sinne einer sich selbsterfüllenden Prophezeiung – prägen. Bereits bei der Einstiegssituation wird diese internalisierte öffentliche Meinung deutlich. Obwohl der erstmalige Crackkonsum von den Frauen als eher unangenehmes Erlebnis beschrieben wird und diesbezüglich nicht von einer sofortigen Suchtentstehung die Rede sein kann, setzen sie den Konsum fort. Dies einerseits, um das von anderen beschriebene High zu erleben, anderer-

seits scheint aber auch die Vorstellung der sofort süchtigmachenden, unkontrollierbaren Droge in diesem Zusammenhang bedeutsam zu sein. Diese Auffassung führt dazu, dass die Frauen erst gar nicht versuchen, ihren Crackgebrauch zu kontrollieren und auch ihren fortgesetzten Konsum auf das hohe Suchtpotenzial der Substanz zurückzuführen. Auch der Gewaltanstieg in der Drogenszene ist möglicherweise zu einem wesentlichen Teil durch das Image von Crack bedingt. Da die Szeneangehörigen davon ausgehen, dass Crack aggressiv macht, schreiben sie nicht nur anderen ein gewaltbehaftetes Verhalten zu, sondern agieren womöglich auch selbst entsprechend dieser Vorstellung ihre Aggressionen direkt aus.

Für die Frauen geht das Szeneleben mit hohen Belastungen für ihr körperliches und psychisches Wohlbefinden einher. Im Vergleich zu Männern werden sie häufiger Opfer von Eigentums- und Gewaltdelikten, weisen eine höhere HIV- und Hepatitis-Infektionsrate auf, schätzen ihren Allgemeinzustand schlechter ein und leiden häufiger unter verschiedenen gesundheitlichen und psychischen Beschwerden. Darüber hinaus praktizieren mehr Frauen als Männer risikoreiche intravenöse Drogenkonsumformen. Dies betrifft den i.v. Konsum auf der Straße sowie weitere Risikokonsumformen, wie z. B. das Teilen von Spritzenutensilien. Eine Wechselbeziehung zwischen der gesundheitlichen Situation und der Häufigkeit, mit der Crack konsumiert wird, lässt sich anhand der quantitativen Daten indes nicht ablesen. Zwar berichten die Frauen in den Interviews über eine Verschlechterung ihrer Gesundheit durch Crack, im quantitativen Konsumgruppenvergleich zeichnet sich jedoch weder eine signifikant schlechtere Einschätzung des Gesundheitszustands unter häufig Crackkonsumierenden ab noch berichten diese Konsumentinnen über eine deutlich höhere Anzahl an gesundheitlichen Beschwerden. Jedoch steigt mit der Crackkonsumintensität und den damit verbundenen Konsumgewohnheiten (hohe Anzahl an Injektionen, Straße als Konsumort etc.) das Auftreten von Abszessen signifikant an. Positive Veränderungen der gesundheitlichen Situation sind vor allem in Bezug auf HIV zu konstatieren. Gegenüber Mitte der 1990er Jahre hat sich die Infektionsrate unter den Frauen sehr deutlich reduziert. Erhöht hat sich jedoch der Anteil an Hepatitis-Erkrankten. Insgesamt hat sich die durchschnittliche Anzahl an Beschwerden kaum verändert, jedoch ist der Anteil an Frauen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht einschätzen, über die Jahre hinweg angestiegen.

Eine hohe und häufige Inanspruchnahme zeigt sich für die schadensmindernden Angebote des Drogenhilfesystems – dies gilt für Frauen und Männer gleichermaßen. Mehr Frauen nehmen jedoch die im Rahmen der Drogenhilfe angebotene medizinische Grundversorgung wahr. Ferner sind Frauen häufiger als Männer, und dies bereits seit längerer Zeit, in eine Substitutionsbehandlung eingebunden. Eine geringe Inanspruchnahme der Angebote des Drogenhilfesystems durch Frauen mit intensiven Crackkonsummustern lässt sich in der vorliegenden Untersuchung nicht feststellen. Eine hohe

Erreichbarkeit dieser Konsumentinnen besteht vor allem über die überlebenspraktischen Hilfen. Mit der Intensität des Crackkonsums sinken jedoch die Mitarbeit in Arbeitsprojekten und die Einbindung in eine Substitutionsbehandlung sowie die Inanspruchnahme von Beratungsgesprächen und der medizinischen Versorgung. Trotz eines höheren Anteils an Obdachlosen nehmen exzessive und intensive Crackkonsumentinnen nicht häufiger als gelegentliche und Nicht-Crackkonsumentinnen die Übernachtungsangebote wahr, was zum Großteil mit der Dynamik des Crackkonsums und der Beschaffungsprostitution (und den nächtlichen Arbeitszeiten) erklärt werden kann. Insgesamt verfügt die Frankfurter Drogenhilfe jedoch auch in der problematischen Gruppe der häufig Crackkonsumierenden über eine hohe Reichweite und Nutzungsfrequenz. Seit 1995 hat sich die Teilnahme der Frauen an einer Substitution tendenziell ebenso erhöht wie ihre Behandlungsdauer. Angestiegen ist zudem ihre Einbindung in eine regelmäßige Betreuung. Die Nutzungsquote für den Spritzentausch hat sich im Vergleich zu 1995 reduziert, dies mag unter anderem durch die hohe Inanspruchnahme der Konsumräume bedingt sein, die den Tausch von Spritzen teilweise unnötig macht. Das Drogenhilfeangebot in Frankfurt wird von den Frauen als insgesamt gut bewertet. Dennoch scheinen Frauen für die Drogenhilfe unauffälliger als Männer zu sein und weniger in den Blick zu geraten. Die Angebote sind zudem kaum auf frauenspezifische Belange ausgerichtet. In den szenenahen Drogenhilfeeinrichtungen sind männliche Konsumenten in der Überzahl, was dazu führt, dass szenespezifische Verhaltensweisen und die Geschlechterhierarchie auch dort zum Tragen kommen und sich die Frauen daher nicht sicher und gut aufgehoben fühlen. Für sie besteht somit kaum die Möglichkeit, Schutz und Erholung von ihrem Alltagsstress zu finden. Hier ist ein dringender Bedarf angezeigt, verstärkt Drogenhilfeangebote zu schaffen, die den Bedürfnissen von Frauen besser gerecht werden.

Die Analyse zur Alltagswelt der Frauen hat gezeigt, dass die in der Drogenszene herrschenden Bedingungen geschlechtsspezifisch differenziert sind. Hierdurch entstehen besondere frauenspezifische Problematiken, die sich durch Crack verstärkt haben. Der Konsum des Kokainderivats ist meist in ein polyvalentes Gebrauchsmuster eingebunden, besitzt jedoch eine ganz eigene Dynamik. Bei Crack handelt es sich somit nicht einfach nur um eine weitere Substanz, die die Frauen in ihr Gebrauchsmuster eingebunden haben, sondern damit sind vielfältige Konsequenzen verbunden, die auch in der Drogenhilfe eine vermehrte Berücksichtigung erfahren müssen. Eine stärkere Verankerung der Frage nach geschlechtsspezifischen Aspekten und Konsequenzen des Drogen- bzw. Crackkonsums in der Drogenforschung ist dabei die notwendige Voraussetzung, um das Bewusstsein der Drogenhilfe für frauenspezifische Problemlagen und Belange zu schärfen und daran orientiert frauengerechte Hilfeangebote zu implementieren. Berücksichtigung finden muss dabei auch, dass viele der interviewten Frauen zwar den Wunsch nach einem konventionellen Leben äußern, der Entwurf ei-

nes alternativen Lebenskonzepts für sie jedoch mit Unsicherheit und Angst besetzt ist. Die Frauen nehmen vor allem ihren Mangel an den hierfür notwendigen Kompetenzen und Ressourcen wahr, gleichzeitig verfügen sie kaum über alternative Sinn- und Identitätsentwürfe, wodurch die Entwicklung von Zukunftsperspektiven behindert wird. Aufgabe der Drogenhilfe muss es daher sein, nicht an den Schwächen, sondern an den Stärken der Frauen anzusetzen, gemeinsam mit ihnen Perspektiven zu entwickeln und sie dabei in ihren Kompetenzen und ihrem Selbstwertgefühl zu bestärken, um so ihr Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit zu erhöhen. In diesem Zusammenhang wäre es auch wichtig, Angebote zu implementieren, die gezielt den Aufbau unterstützender sozialer Netzwerke und die berufliche Qualifikation von Frauen fördern.

8. Frauen in der New Yorker Drogenszene: Ergebnisse der Metaanalyse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Metaanalyse präsentiert. Die hierfür ausgewerteten ethnographischen Forschungsarbeiten¹⁸⁵ wurden ausschließlich in einkommensschwachen, innerstädtischen Gegenden von New York City durchgeführt, in denen sich Straßen-Drogenszenen mit einer hohen Konsum- und Handelsaktivität etabliert haben. Die Bewohner der Stadtteile sind weit überwiegend Angehörige ethnischer Minoritäten (primär: Afroamerikaner und Hispanics). Die in den Studien untersuchten Drogenkonsumentinnen sind mehrheitlich in diesen Nachbarschaften und unter den dort herrschenden Strukturen (informelle Ökonomie, niedriges Bildungsniveau, hohe Arbeitslosigkeit, Gewaltstrukturen, Drogengebrauch etc.) aufgewachsen. Entsprechend der Bevölkerungssegregation gehört die überwiegende Mehrheit von ihnen einer ethnischen Minderheit an.

Der Ergebnisdarstellung sind zunächst einleitende Bemerkungen zur New Yorker Drogenszene und zur lokalen Drogenpolitik vorangestellt, die zu einer besseren Einordnung der durch die Metaanalyse gewonnenen Erkenntnisse beitragen sollen.

New York City ist Vorreiter des „zero tolerance“-Modells, einer Strategie der Kriminalitätsbekämpfung, die Mitte der 1990er Jahre implementiert wurde und ein strenges Vorgehen gegen jede Form von Rechtsverstößen beinhaltet. Basierend auf der Idee, dass die Bekämpfung harmloser Delikte schwerwiegende Verbrechen verhindert, ist der Ansatz vor allem auf die Bestrafung von Kleinkriminalität und Bagatelldelikten ausgerichtet. Im Fokus stehen Personen – Drogenkonsumierende, Obdachlose, Bettler usw. – die sich im öffentlichen Raum aufhalten und deren Anwesenheit als Zeichen von Unordnung, Verwahrlosung und Unsicherheit angesehen wird (vgl. Hess 2004; Leiterer 2007).

Die Zahl der compulsiven Heroin- und/oder Crackkonsumierenden wird für die Stadt New York auf 200.000 bis 250.000 geschätzt. Der Frauenanteil liegt bei rund einem Viertel (vgl. Johnson et al. 2003; Harm Reduction Coalition 2006). Seit Ende der 1990er Jahre ist der intravenöse Drogenkonsum relativ deutlich zurückgegangen. Wurde zuvor geschätzt, dass etwa zwei Drittel der Heroinkonsumenten das Opiat injizierten, reduzierte sich dieser Anteil – zugunsten eines nasalen oder inhalativen Konsums – auf etwa ein Drittel (vgl. Johnson et al. 2003). Den Hintergrund für diese Entwicklung bildet offenbar vor allem eine gestiegene Heroinqualität (vgl. Andrade et al. 1999: 271f.; Frank 2000: 341ff.). So wurde zwischen 1992 und 2002 ein durchschnittlicher Heroin-Reinheitsgehalt von über 60% festgestellt. Wenngleich seit 2004 dieser

¹⁸⁵ Eine Darstellung der herangezogenen Studien, inklusive der verwendeten Methodik und Datenbasis sowie des Erhebungszeitpunkts und Erkenntnisinteresses findet sich im Anhang.

Reinheitsgehalt (bei einem tendenziell steigenden Grammpreis) wieder auf rund 40% gefallen ist und sich in diesem Kontext erneut ein leichter Zuwachs an i.v. Konsumierenden ergeben hat, wird vermutet, dass weiterhin weniger als 40% der Heroinkonsumenten das Opiat injizieren (vgl. Marel et al. 2006: 181f.).

Der Konsum von Crack hat sich seit Ende der 1990er Jahre reduziert – zumindest zum Teil lässt sich darauf wohl auch der Rückgang der Kriminalität in New York zurückführen (vgl. Hess 2004: 93). Nach wie vor besteht zwar eine hohe Verfügbarkeit für das Kokainderivat, die Nachfrage nach der Substanz scheint jedoch unter jüngeren bzw. neuen Drogenkonsumenten vergleichsweise gering zu sein. Verschiedene New Yorker Drogenforscher sprechen in diesem Zusammenhang von unterschiedlichen Generationen an Drogenkonsumierenden: die Generation der intravenös Heroinkonsumierenden (geboren zwischen 1945 und 1954), die Crack-Generation (geboren zwischen 1955 und 1969) sowie die nach 1970 geborene Marihuana-/Blunt-Generation (vgl. u. a. Johnson et al. 2003: 9). Neue Konsumtrends zeigen sich für die New Yorker Drogenszene darüber hinaus in einem zunehmend kombinierten Substanzgebrauch. So werden beispielsweise Marihuana, Crack und Heroin gemeinsam in einem Joint oder einer Pfeife geraucht oder Crack in PCP¹⁸⁶-Pulver „gedippt“ oder mit flüssigem PCP getränkt, wodurch sich offenbar das Crack-High verlängert (vgl. Marel et al. 2006: 179ff.).

Die Drogenpolitik in New York war fast vier Jahrzehnte durch die 1973 implementierten „Rockefeller Drug Laws“ geprägt, die drakonische Strafen für Drogendelikte festlegten. So lag etwa die Mindesthaftstrafe für den Besitz einer geringen Drogenmenge (0,5 bis 3,5 g) bei einem Jahr, die Höchststrafe bei drei bis sieben Jahren.¹⁸⁷ Die Haftstrafen für den Besitz von über 113 g einer illegalen Substanz oder den Verkauf von mehr als 57 g lagen bei mindestens 15 bis 25 Jahren bis zu einem lebenslänglichen Freiheitsentzug und entsprachen damit dem Strafmaß für „second degree murder“ (§125.25 New York Penal Law; vgl. hierzu auch Windsor/Dunlap 2010: 66f.). Mit der Ratifizierung der „Rockefeller Laws“ stieg die Zahl der registrierten Drogenstraf-taten („felonies“) um ein Vielfaches an. Zwischen 1973 und 2008 erhöhten sich die Festnahmen wegen Drogendelikten nahezu um das Dreifache (auf über 40.000), die Strafverfahren verdoppelten sich (auf mehr als 14.000) und die Verurteilungen zu einer Gefängnisstrafe stiegen um mehr als das Sechsfache (auf knapp 5.200) an. Die Zahl der Drogenstraftäter in New Yorker Gefängnissen nahm um das 4,5-Fache (auf rund 60.000 Personen) zu, ihr Anteil unter den Inhaftierten stieg parallel dazu um fast das

¹⁸⁶ PCP (Phenyl-Cyclidin-Piperidin) wurde 1956 als Anästhetikum entwickelt und gehört zur Gruppe der psychedelischen Narkosemittel. PCP liegt in Reinform als weißes, kristallines Pulver vor, ist in gelöster Form aber auch als Flüssigkeit oder als gasförmiges Spray erhältlich. PCP wird auch als „Angel Dust“, „Engelsstaub“, „Loveleys“ (in PCP getunkte Zigaretten), „Space Base“ (PCP und Crack), „Black Dust“ oder „Sunshine“ (PCP und Heroin) bezeichnet (<http://www.drugscouts.de/de/lexikon/pcp>; abgerufen am 21.06.2011).

¹⁸⁷ Cannabis wurde 1979 hiervon ausgenommen und niedrigere Strafmaße beschlossen (vgl. Windsor/Dunlap 2010: 67).

Doppelte (von 11% auf 20%) an. Einen Höhepunkt stellte diesbezüglich das Jahr 1999 dar, in dem knapp ein Drittel (31%) der Inhaftierten aufgrund von Drogendelikten eine Haftstrafe verbüßte (vgl. Division of Criminal Justice Services 2010a). Die Rate der wegen Drogenstraftaten inhaftierten Frauen stieg zwischen 1973 und 2005 sogar um das 6,3-Fache an (vgl. Women in Prison Project 2006). Nach jahrzehntelangen politischen Auseinandersetzungen wurden die New Yorker Drogengesetze schließlich im April 2009 reformiert: Die hohen Mindesthaftstrafen für verschiedene Drogendelikte wurden abgeschafft, die Strafmaße insgesamt reduziert, Behandlungsmöglichkeiten und Hilfeangebote erweitert und verstärkt Alternativen zu einer Inhaftierung geschaffen (vgl. Sayegh 2010: 1). Im Jahr nach der Reform hatten sich die Verurteilungen von Drogenstraftätern zu einer Haftstrafe bereits um 27% reduziert (vgl. Division of Criminal Justice Services 2010b).

Der seit Ende der 1990er Jahre sinkende Anteil an Drogenstraftätern in Gefängnissen ist zum Teil auch auf den Ausbau der „drug court“-Programme zurückzuführen, die 1990 in New York implementiert wurden (vgl. Office of National Drug Control Policy (ONDCP) 2007). Dem Konzept der „Therapie statt Strafe“ folgend, können Personen, die für gewaltfreie Drogendelikte verurteilt werden, anstelle eine Haftstrafe anzutreten, sich in eine stationäre oder ambulante Drogen-Langzeittherapie (von 15 bis 24 Monaten) begeben. Die Vollstreckung der Freiheitsstrafe kann damit zugunsten einer justiziell streng kontrollierten Programmteilnahme zurückgestellt werden. Bei Nicht-Erfüllung der richterlichen Auflagen (z. B. Abbruch der Behandlung oder Nicht-Einhaltung regelmäßiger Kontrolltermine) oder bei einer erneuten Straffälligkeit wird die Zurückstellung der Strafe aufgehoben. Die Zahl der Aufnahmen in „drug courts“ hat sich im Jahr nach der Reform der „Rockefeller Drug Laws“ von rund 1.050 auf 2.800 mehr als verdoppelt (vgl. Division of Criminal Justice Services 2010b).

Eine weitere bedeutsame Entwicklung der New Yorker Drogenpolitik zeigt sich anhand der Einführung von Sprizentauschprogrammen („syringe exchange programs“; SEP). 1988 startete das New Yorker „Health Department“ ein Pilotprojekt, mit dem rund 300 Drogenkonsumenten mit sterilen Spritzen versorgt wurden. Die Programmteilnahme war dabei mit strengen Auflagen verbunden: Teilnehmen konnten nur Personen, die ihr Einverständnis für eine Drogentherapie erklärt hatten. Die Teilnahme war dabei nur solange möglich, bis ein Therapieplatz zur Verfügung stand. Die Drogenkonsumierenden erhielten jeweils nur eine mit dem Logo des „Health Department“ versehene sterile Spritze, die sie bei jedem Besuch gegen eine neue umtauschen konnten. Aufgrund eines zunehmenden politischen Drucks wurde das Programm bereits 1990 wieder eingestellt (vgl. Lane et al. 1993). Infolge rapide steigender HIV-Infektionsraten unter i.v. Konsumenten und befördert durch die Erfahrungen in anderen Ländern sowie die zahlreichen Forschungsergebnisse, die die Effizienz von Sprizentauschprogrammen für die HIV-Prävention belegten, wurde der Sprizentausch 1992

schließlich wieder eingeführt (vgl. Des Jarlais et al. 2010). Mittlerweile existieren in New York City 14 „syringe exchange programs“ (vgl. New York State Department of Health and Mental Hygiene 2011a). Um die rechtlichen Voraussetzungen für das 2001 gestartete „Expanded Syringe Access Program“ (ESAP) zu schaffen, wurde darüber hinaus im Januar 2000 das „New Yorker Public Health Law“ geändert. Zusätzlich zu den bestehenden „syringe exchange“-Programmen können seither über 18-Jährige im Rahmen von ESAP bis zu zehn sterile Spritzen rezeptfrei über hierfür autorisierte Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen beziehen. Mittlerweile bestehen mehr als 3.200 ESAP-Vergabestellen, 97% davon sind Apotheken (vgl. New York State Department of Health and Mental Hygiene 2011b).

Der illegale Besitz von Spritzen (z. B. Überschreiten der zulässigen Höchstmenge von zehn Spritzen, Erwerb über andere als die autorisierten Stellen, minderjährige Drogenkonsumenten) stellt nach wie vor, ebenso wie der illegale Verkauf von Nadeln oder Spritzen, ein „class A misdemeanor“ (Vergehen) dar. Nach §220.45 des New York Penal Law kann dies mit einer Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr und einer Geldstrafe von bis zu 1.000 US-Dollar geahndet werden. Insbesondere die Tatsache, dass der Besitz von Spritzen nur legal ist, wenn diese über autorisierte Vergabestellen bezogen werden, bedingt nach wie vor ein hohes Maß an Rechtsunsicherheit (wenn z. B. bei einer Polizeikontrolle nicht der legale Erwerb nachgewiesen werden kann). Darüber hinaus wurde noch bis Oktober 2010 durch §220.03 des New York Penal Law die Effizienz des Spritzentauschs deutlich beeinträchtigt, da der Besitz von gebrauchten Spritzen und die darin befindlichen Drogenrückstände als „criminal possession of a controlled substance in the seventh degree“ galt und ebenfalls ein „class A misdemeanor“ darstellte.¹⁸⁸ Mit der Gesetzesänderung wurden Drogenrückstände in gebrauchten Spritzen vom Tatbestand des Drogenbesitzes ausgenommen, jedoch nur dann, wenn die Spritzen auch legal erworben wurden. Trotz jahrzehntelanger politischer Kämpfe und zu verzeichnender Erfolge bei der Durchsetzung derartiger Programme unterliegt der Spritzentausch in New York damit nach wie vor einer Reihe von Reglementierungen und einer inkonsistenten Gesetzeslage, die zu einer hohen Unsicherheit sowohl bei den Nutzern als auch bei den Kontrollbehörden beitragen.

Ein deutlicher Erfolg der Spritzentauschprogramme zeigt sich in einer rückläufigen HIV-Infektionsrate unter i.v. Konsumenten. War Anfang der 1990er Jahre noch schätzungsweise die Hälfte mit dem HI-Virus infiziert, ist dieser Anteil bis Ende der 1990er Jahre auf ein Fünftel zurückgegangen. Dabei hat sich der Anteil der durch den i.v. Konsum bedingten HIV-Infektionen insbesondere unter Männern deutlich reduziert (vgl. The New York State AIDS Advisory Council 2005). Ende 2008 lebten in der Stadt New York knapp 98.000 Personen mit HIV oder AIDS, darunter knapp ein Drittel Frau-

¹⁸⁸ Insofern handelte es sich meist weniger um einen Tausch von alten gegen neue Spritzen, sondern vielmehr um eine Spritzenabgabe.

en (31%). Unter den mit HIV oder AIDS lebenden Frauen hatte sich etwa jede fünfte (19%) über eine Drogeninjektion infiziert, bei den Männern war es jeder sechste (17%). Rund ein Viertel (26%) der im Jahr 2008 neu mit HIV Diagnostizierten waren Frauen, auch hier ging knapp jede fünfte (19%) Neuinfektion auf den i.v. Konsum zurück. Hingegen hatten sich lediglich 4% der neu mit HIV diagnostizierten Männer über den i.v. Konsum infiziert (vgl. New York State Department of Health and Mental Hygiene 2010). Im Vergleich zu den USA insgesamt (vgl. Kap. 6.3.1) liegt der Anteil unter den mit HIV lebenden Frauen, deren Infektion auf den i.v. Konsum zurückgeht, in New York etwas niedriger (New York: 19% vs. USA: 26%), während sich für die HIV-Neudiagnosen von Frauen ein etwas größerer Anteil des Infektionswegs „i.v. Konsum“ in New York beobachten lässt (New York: 19% vs. USA: 15%). Für Männer unterscheiden sich die Anteile der mit HIV Lebenden, die sich über eine Drogeninjektion mit dem Virus infiziert haben, zwischen New York und den USA kaum (New York: 17% vs. USA: 16%). In New York gehen jedoch mit 4% gegenüber 9% in den USA weniger HIV-Neuinfektionen von Männern auf den i.v. Konsum zurück (vgl. Kap. 6.3.3).

Die Substitution ist die am weitesten verbreitete Drogenbehandlungsmethode in New York. Methadonprogramme wurden hier bereits in den 1960er Jahren eingeführt, seit 2002 ist auch die Substitution mit Buprenorphin (Subutex®) möglich. Etwa 35.000 bis 40.000 Heroinkonsumenten werden substituiert (vgl. Johnson et al. 2003; Taylor 2005). Im Unterschied zu Frankfurt ist die Substitution in New York wesentlich stärker reguliert und angesichts der Aufnahmekriterien sowie der Abstinenzorientierung und der disziplinarischen Entlassungskriterien als hochschwierig einzustufen (vgl. Ompad et al. 2008). Neben den Substitutionsprogrammen wird das Behandlungssystem durch Therapeutische Gemeinschaften, Selbsthilfegruppen und ambulante Einrichtungen („outpatient treatment“) ergänzt. Im Bereich der „harm reduction“ existieren so genannte „drop-in center“. Das Angebotsspektrum dieser Einrichtungen umfasst, neben dem Spritzentausch, überlebenspraktische Hilfen (wie Aufenthalt, Essen, Duschen, Kleidung), HIV- und Hepatitis-Tests, Beratungsangebote sowie die Vermittlung in medizinische und drogenbezogene Behandlungen oder in Wohnprojekte. Teilweise werden auch Straßensozialarbeit und Präventionskampagnen (inklusive der Abgabe von Kondomen und weiteren Materialien für einen risikoarmen Drogengebrauch wie „bleach kits“¹⁸⁹) durchgeführt oder eine medizinische Grundversorgung angeboten. Im Vergleich zu Frankfurt ist das niedrighschwellige Drogenhilfeangebot in New York aber weitaus geringer ausgebaut und bestimmte Angebote (z. B. spezielle Übernachtungseinrichtungen für Drogenkonsumenten, Konsumräume, niedrighschwellige Substitutionsprogramme oder eine staatliche Heroinvergabe) fehlen gänzlich.

¹⁸⁹ Enthalten darin sind u. a. Bleichmittel zur Desinfektion gebrauchter Spritzen und Nadeln, eine Anleitung zur Desinfektion, Alkoholtupfer und Filter.

In New York City sind Drogenüberdosierungen die vierthäufigste Todesursache unter Erwachsenen, in der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen ist es sogar die dritthäufigste Todesursache. Zwischen 1999 und 2006 stieg die Zahl der Drogentoten um 32% (von 663 auf 874) an. Im Jahr 2008 hat sich die Zahl der Personen, die an einer Drogenüberdosierung verstarben, zwar wieder um 24% auf 666 Personen reduziert, im deutlichen Unterschied zu Frankfurt (vgl. Kap. 7.1) zeichnet sich in New York jedoch keine klare Trendentwicklung in Richtung einer rückläufigen Zahl an Drogentodesfällen ab. Rund ein Viertel der im Jahr 2008 an einer Drogenüberdosierung Verstorbenen waren Frauen (vgl. New York City Department of Health and Mental Hygiene 2010).

Für New York lassen sich damit einige wesentliche Veränderungen, aber auch zahlreiche Kontinuitäten im Hinblick auf die drogenpolitische Situation bzw. die strukturellen Bedingungen des Drogengebrauchs konstatieren. Diese Entwicklungen bilden sich teilweise auch in den für die Metaanalyse herangezogenen ethnographischen Studien ab, deren Datenerhebungszeitpunkte einen Zeitraum von 15 Jahren umfassen.

8.1 Zur sozialen Situation von Drogenkonsumentinnen

Das Durchschnittsalter der befragten Drogenkonsumentinnen in New York liegt in den für die Metaanalyse herangezogenen ethnographischen Studien zwischen 28 und 39 Jahren. 39% bis 70% der Frauen sind ledig und gut ein Viertel (28%) bis rund zwei Fünftel (43%) leben in einer Partnerschaft¹⁹⁰ – oftmals mit einem ebenfalls drogenkonsumierenden Mann. Die Mehrheit der Frauen (57% bis 81%) hat eigene Kinder, nur selten leben die Frauen jedoch mit ihren Kindern zusammen. In der Studie von Maher (1997) hatten nur 9% der Interviewpartnerinnen die Erziehungsverantwortung inne und meist hatten die Frauen auch das Sorgerecht für ihre Kinder verloren. 60% der Kinder waren in der Obhut von anderen Familienangehörigen, 15% waren institutionell untergebracht und 7% der Kinder lebten bei dem Kindsvater. Bezüglich der Kinderversorgung zeigen sich damit deutliche Parallelen zu den untersuchten Frauen in Frankfurt (vgl. Kap. 7.2.1).

Die Kindheit und Jugend eines erheblichen Teils der befragten New Yorker Drogenkonsumentinnen waren durch problematische Sozialisationsbedingungen und Viktimisierungserfahrungen geprägt. Zwischen einem und zwei Drittel der Frauen sind in Haushalten aufgewachsen, in denen die Eltern, Geschwister oder nahe Verwandte illegale Substanzen konsumierten. Körperliche Misshandlungen in der Kindheit oder Jugend haben zwischen gut einem Fünftel (22%) und mehr als die Hälfte (54%) der Frauen erfahren und jede Neunte (11%) bis etwa jede Dritte (38%) wurde sexuell missbraucht.

¹⁹⁰ Einen Ausreißer stellt die Studie von Absalon et al. (2006) dar, in der 88% der Frauen in einer festen Beziehung lebten.

Das Schulbildungs- und Beschäftigungsniveau der Frauen ist in allen herangezogenen Untersuchungen niedrig. Mehr als ein Drittel (38%) bis zu drei Viertel haben keinen Schulabschluss, zwischen einem Sechstel (17%) und knapp zwei Drittel (64%) der Frauen hatten noch nie eine legale Arbeitsstelle und fast alle (89% bis 97%) sind arbeitslos. Der Anteil an Obdachlosen unter den befragten Drogenkonsumentinnen liegt in den Forschungsarbeiten bei durchschnittlich zwei Fünfteln, wobei die Werte hier sehr stark zwischen 6% (Kang/Deren 2009) und 91% (Maher 1997) schwanken.

Maher et al. (1996) untersuchen in ihrer Studie die alternativen Wohnformen von obdachlosen Drogenkonsumentinnen in New York. Die am weitesten verbreitete Strategie der Frauen war dabei, im Tausch gegen sexuelle Dienstleistungen bei älteren, alleinstehenden Männern – so genannten Sozialfreiern (in New York als „sugar daddies“ bezeichnet) – unterzukommen. Andere Frauen wohnten in „Freakhäusern“¹⁹¹, Crackhäusern oder „shooting galleries“¹⁹². Wieder andere lebten temporär, meist im Tausch für Crack oder andere Drogen, bei Verwandten oder Bekannten. Die offiziellen Obdachlosenunterkünfte stellten für die Frauen hingegen nur selten eine Alternative zum Leben auf der Straße dar. Da die städtischen Notunterkünfte als besonders unsicher und gefährlich von den Frauen eingeschätzt wurden, zogen die Interviewpartnerinnen es meist vor, auf der Straße oder in verlassenen Gebäuden zu schlafen, wenn sich ihnen keine andere Übernachtungsmöglichkeit bot. Maher et al. kommen zu dem Schluss, dass obdachlose Drogenkonsumentinnen in New York eine Reihe von innovativen Strategien anwenden, um sich alternative Wohnformen zu schaffen. Diese Wohnverhältnisse sind jedoch zeitlich begrenzt, äußerst instabil und mit zahlreichen Risiken behaftet. Auf der Straße, in Crack- oder Freakhäusern oder in „shooting galleries“ zu übernachten, geht vor allem mit der Gefahr einher, Opfer von Gewalt und Eigentumskriminalität zu werden. Die Unterkunft bei einem Sozialfreier wird im Vergleich dazu zwar als risikoärmere Wohnsituation von den Frauen bewertet, sie sind hierbei aber von der Gunst der Männer abhängig und unterliegen insofern einer ausgeprägten genderspezifischen Machthierarchie.

Vergleichbar mit Frankfurt stellt sich die soziale Situation von Drogenkonsumentinnen in New York ebenfalls als prekär dar. Die Frauen verfügen kaum über Ressourcen für ein konventionelles Leben. Ihre vielfältigen Strategien, um sich zumindest temporär ein „Dach über dem Kopf“ zu sichern, lassen jedoch darauf schließen, dass

¹⁹¹ Vergleichbar mit den Crackhäusern handelt es sich hierbei um Wohnungen oder Häuser, in denen mehrere Frauen zusammenwohnen, Freier bedienen und gemeinsam (teilweise auch mit ihren Kunden) Drogen konsumieren. Der Unterschied zu Crackhäusern liegt darin, dass Freakhäuser in erster Linie auf sexuelle Dienstleistungen ausgerichtet sind und insofern eine Art informelles Bordell darstellen. Hierher kommen auch Männer, die keine Drogen bzw. kein Crack konsumieren. In Crackhäusern steht dagegen der Drogenkonsum im Vordergrund, wenngleich auch hier die Prostitution eine große Rolle einnimmt (vgl. Maher et al. 1996).

¹⁹² Hierbei handelt es sich meist um Wohnungen oder leerstehende Gebäude, die als illegale Stätte für den Drogenhandel und den intravenösen Konsum dienen und wo meist auch die Utensilien für eine Drogeninjektion zur Verfügung gestellt werden.

die Frauen über ein breites Wissen und zahlreiche Fähigkeiten verfügen, die für die Bewältigung des Szenealltags bedeutungsvoll sind.

Genderspezifische Unterschiede zeichnen sich in den herangezogenen Forschungsarbeiten dahingehend ab, dass Frauen häufiger in einer Beziehung mit einem i.v. Drogenkonsumenten leben. So war in der Studie von Absalon et al. (2006) der Lebenspartner von knapp jeder vierten Befragten (23%) ein i.v. Konsument, während nur jeder elfte Mann (9%) in einer Partnerschaft mit einer i.v. Konsumentin lebte. In der Untersuchung von Kang/Deren (2009) konsumierte der Partner von über einem Drittel der Frauen (35%) und die Partnerin von knapp einem Fünftel (19%) der Männer intravenös Drogen. Ein weiterer geschlechterbezogener Unterschied zeigt sich darin, dass weibliche deutlich häufiger als männliche Drogenkonsumierende über Gewalterfahrungen in der Kindheit berichten. In der Studie von Kang/Deren (2009) gaben 27% der Frauen, jedoch nur 6% der Männer an, sexuelle Gewalt in der Kindheit und Jugend erfahren zu haben. Mehr als jede zweite Frau (54%), aber nur rund jeder siebte Mann (14%) war in der Kindheit oder Jugend körperlichen Misshandlungen ausgesetzt. Keine eindeutigen Unterschiede zwischen Männern und Frauen lassen sich bezüglich des Schulbildungsniveaus ausmachen. In den ethnographischen Studien, die beide Geschlechter einbeziehen, haben gut zwei Fünftel (43%) bis knapp drei Viertel (73%) der Frauen und über die Hälfte (54%) bis zwei Drittel der Männer keinen Highschool-Abschluss. Für Frauen lassen sich somit deutlich stärker schwankende Werte in den einzelnen Untersuchungen ablesen, jedoch stellt sich ihre Schulbildung nicht generell schlechter oder besser als die der Männer dar. Relativ gleichförmig ist hingegen die Arbeitslosenquote, die sich für Frauen zwischen 89% und 97% und für Männer zwischen 87% und 92% bewegt. Auch bezüglich der Wohnsituation lassen sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern ausmachen: Der Anteil an Obdachlosen liegt in den ethnographischen Studien, die sowohl Frauen als auch Männer untersuchen, zwischen 6% und 60% für Drogenkonsumentinnen und zwischen 12% und 61% für Drogenkonsumenten – auch hier ist im Geschlechtervergleich keine klare Tendenz hinsichtlich einer besseren oder schlechteren Wohnsituation von Frauen zu beobachten.

8.2 Drogenerfahrungen und aktuelle Konsummuster

Erfahrungen mit dem Konsum von Cannabis, Kokain, Crack und Heroin sind unter den in den ausgewerteten ethnographischen Studien befragten Frauen weit verbreitet. Die Lebenszeit-Prävalenz für Cannabis liegt bei über 90%, die für Kokain zwischen 85% und 88% und die für Crack bei 83% bis 100%. Heroin haben 55% bis 84% schon einmal konsumiert und Erfahrungen mit dem Konsum von Benzodiazepinen haben 40% der Frauen. Das Einstiegsalter in den Konsum von Cannabis liegt bei durchschnittlich 15 Jahren, der erste Konsum von Kokain und Heroin erfolgte im Schnitt mit 21 Jahren,

der Erstkonsum von Crack mit 25 Jahren. In der Studie von Maher/Daly (1996) gaben mehr als zwei Drittel der Frauen (69%) an, vor dem erstmaligen Crackkonsum bereits Kokain und Heroin konsumiert zu haben – im Schnitt konsumierten die Frauen seit zwölf Jahren Heroin und Kokain und seit sechs Jahren Crack.

Die Lebenszeit-Prävalenz der Frauen für den intravenösen Konsum schwankt in den New Yorker Forschungsarbeiten zwischen einem Fünftel und knapp zwei Dritteln (65%) und liegt damit insgesamt deutlich niedriger als in Frankfurt (94%).¹⁹³ Das durchschnittliche Einstiegsalter in den intravenösen Drogengebrauch beträgt – vergleichbar mit 21 Jahren in Frankfurt – 19 bis 23 Jahre. In der Studie von Neaigus et al. (2007), in der ausschließlich i.v. Konsumentinnen befragt wurden, hatten 93% jemals Heroin, 69% jemals Kokain und 58% schon einmal Heroin und Kokain gemeinsam als „Cocktail“ injiziert. Nur knapp ein Viertel der Frauen (23%) verfügte über Erfahrungen mit dem intravenösen Crackkonsum. Diese niedrige Prävalenz des i.v. Crackgebrauchs steht in deutlichem Kontrast zu den Ergebnissen für die Frankfurter Drogenszene, für die eine hohe Verbreitung der intravenösen Crack-Applikation unter Frauen konstatiert werden kann. Dass der intravenöse Gebrauch des Kokainderivats offenbar keine Rolle in der New Yorker Drogenszene spielt, wird auch daran deutlich, dass in keiner weiteren der hier herangezogenen Studien das Injizieren von Crack überhaupt erwähnt wird.

Der Einstieg in den Drogenkonsum erfolgte bei den in New York befragten Frauen häufig über die Beziehung zu einem Mann. In der Studie von Maher (1997) hatten nahezu drei Fünftel der Frauen (56%) erstmals mit einem (männlichen) Freund oder Bekannten und fast zwei Fünftel (38%) erstmals mit ihrem Beziehungspartner Drogen konsumiert. Bei Frajzyngier et al. (2007) fand bei mehr als drei Viertel der Frauen (77%) der Einstieg in den i.v. Konsum über einen Mann statt, bei jeder Vierten handelte es sich um den Beziehungspartner. Mehrheitlich (84%) injizierten die Frauen in der Einstiegssituation Heroin. Auch bezüglich des Einstiegs in den Drogengebrauch zeigen sich somit deutliche Parallelen zu Frankfurt (vgl. Kap. 7.3.2).

Werden die aktuellen Konsummuster¹⁹⁴ der Frauen betrachtet, so liegen hier in den verschiedenen Studien die Anteile für einen gegenwärtigen Konsum von Heroin zwischen 29% und 84%, für Kokain zwischen 21% und 49% und für Crack zwischen 39% und 85%. In der Studie von Nuttbrock et al. (2004) konsumierten 13% der Befragten aktuell Benzodiazepine. Für die aktuellen Gebrauchsmuster der Frauen lässt sich beobachten, dass Crack und Heroin nur selten in einem vergleichbaren Ausmaß konsumiert werden. Wenngleich auch Heroin genutzt wird, um die agitierenden Effekte von Crack abzuschwächen, ist in den meisten Studien das Konsummuster der Frauen ein-

¹⁹³ In den Studien von Tortu et al. (2003), Cooper et al. (2005), Frajzyngier et al. (2007) und Neaigus et al. (2007) wurden ausschließlich intravenös Drogenkonsumierende befragt. Diese Studien sind deshalb bei der Darstellung der Anteile für den i.v. Konsum nicht miteinbezogen.

¹⁹⁴ In den Studien wird ein aktueller Konsum unterschiedlich definiert: von mindestens einmal im zurückliegenden Monat bis mehrmals pro Woche.

deutig durch Crack dominiert. Nur in den Forschungsarbeiten von Miller/Neaigus (2002) und Roche et al. (2005) konsumierten mehr Frauen Heroin als Crack. Dass offenbar vergleichsweise selten ein polyvalenter Konsum praktiziert wird, in dem Heroin, Crack (und Kokain) einen vergleichbaren Stellenwert einnehmen, illustrieren auch die Ergebnisse von Tortu et al. (2004). Bezogen auf die letzten 30 Tage hatten 40% der Frauen ausschließlich Crack und jeweils 15% ausschließlich Heroin oder Kokain konsumiert. Lediglich 13% hatten sowohl Heroin als auch Crack, 7% Crack und Kokain, 6% Heroin und Kokain und 5% Kokain, Crack und Heroin zu sich genommen. In der Studie von Maher/Daly (1996) gab etwa jede Dritte (31%) an, ausschließlich Crack zu konsumieren. Insgesamt zeigen sich somit vergleichsweise deutliche Unterschiede zu den in Frankfurt befragten Frauen, deren Konsummuster mehrheitlich durch einen polyvalenten Substanzgebrauch geprägt sind.

Maher (1997) hebt hervor, dass es sich bei Crackkonsumentinnen zwar meist um langjährige Gebraucherinnen von Kokain und Heroin handelt, deren Konsum sich auf Crack verlagert hat, das Kokainderivat jedoch zu deutlichen Veränderungen der weiblichen Lebenssituation führt. In ihrer Untersuchung hatten nahezu alle Frauen nach dem Einstieg in den Crackkonsum ihre legalen Einkommensquellen verloren, waren obdachlos geworden und verwendeten mittlerweile fast ihre gesamten Einnahmen für Crack. Mit dem Crackgebrauch ging meist auch der Verlust von unterstützenden Sozialkontakten außerhalb der Drogenszene einher. Bedingt durch die Obdachlosigkeit intensivierte sich die Integration der Frauen in die Drogensubkultur und ihre soziale Desintegration verfestigte sich. Diese Entwicklungen decken sich mit den Beobachtungen für Crackkonsumentinnen in der Frankfurter Drogenszene, für die ebenfalls derartige Desintegrationsprozesse festgestellt werden konnten.

Der Anteil an Frauen, die aktuell Drogen injizieren, liegt in den New Yorker Untersuchungen zwischen einem Sechstel und knapp zwei Dritteln (64%). Im Einklang mit der eingangs beschriebenen Entwicklung zeichnet sich dabei ein tendenzieller Rückgang des i.v. Konsums im Zeitverlauf ab. Der intravenöse Gebrauch ist in erster Linie mit Heroin assoziiert. In der Studie von Tortu et al. (2003) hatten knapp drei Viertel der Frauen (74%) im zurückliegenden Monat Heroin und gut ein Drittel (37%) Kokain injiziert. Bezogen auf die letzte Konsumsituation gaben rund zwei Drittel (65%) an, ausschließlich Heroin injiziert zu haben, ein Achtel hatte ausschließlich Kokain und gut ein Fünftel (22%) Kokain und Heroin gemeinsam als „Cocktail“ injiziert. Im deutlichen Unterschied zur Frankfurter Drogenszene wird in keiner der New Yorker Studien ein aktueller i.v. Konsum von Crack berichtet.

Geschlechtsspezifische Differenzen lassen sich dahingehend erkennen, dass Frauen nicht nur häufiger als Männer über ihren Beziehungspartner in den intravenösen Drogengebrauch einsteigen, sondern auch ihren sozialen Netzwerken diesbezüglich eine größere Bedeutung zukommt. So stellen Frajzyngier et al. (2007) fest, dass

11% der von ihnen befragten Frauen, jedoch nur 1% der Männer erstmals mit ihrem Beziehungspartner bzw. ihrer Beziehungspartnerin Drogen injiziert hatten. Bei rund drei Viertel der Frauen (77%) und gut der Hälfte der Männer (54%) erfolgte der Einstieg in den i.v. Konsum über einen Mann, bei 15% der Frauen und 21% der Männer über eine Frau. Darüber hinaus führten rund zwei Fünftel der weiblichen Befragten (39%), jedoch nur gut ein Viertel der männlichen Befragten (26%) den Einfluss ihres sozialen Netzwerks als einen wichtigen Grund für die erste Drogeninjektion an. Im Hinblick auf die aktuellen Konsummuster lässt sich feststellen, dass der Konsum von Crack unter Frauen eine stärkere Verbreitung erfährt, die Prävalenzwerte für den Heroin- und den intravenösen Konsum dagegen unter Männern höher sind. In der Studie von Davis et al. (2005) konsumierten knapp drei Viertel der Frauen (73%) und etwa zwei Drittel der Männer (64%) aktuell Crack. Bei Kang/Deren (2009) waren ebenfalls drei Viertel der Frauen, hingegen nur knapp drei Fünftel der Männer (57%) aktuelle Crackkonsumierende. Auch in der Forschungsarbeit von Absalon et al. (2006) lässt sich mit 66% gegenüber 56% eine etwas höhere Crack-Konsumrate (bezogen auf die zurückliegenden sechs Monate) für die befragten Frauen feststellen. Demgegenüber hatten 58% der Männer und 47% der Frauen im letzten halben Jahr Heroin zu sich genommen. In der Untersuchung von Kang/Deren (2009) waren knapp drei Viertel der Männer (73%) und gut die Hälfte der Frauen (52%) aktuelle i.v. Konsumierende.

8.3 Drogenbezogenes Risikoverhalten

Die verschiedenen Forschungsarbeiten offenbaren eine hohe Verbreitung riskanter Konsumformen unter den New Yorker Drogenkonsumentinnen. Wie sich jedoch anhand jüngerer Studien ablesen lässt, hat die Implementierung und Ausweitung von Sprizentauschprogrammen zumindest das „needle sharing“ deutlich reduziert. Hatten in der Untersuchung von Brook et al. (2000) noch 43% der Frauen im zurückliegenden Jahr Spritzen¹⁹⁵ mit Bekannten und 19% mit Fremden gemeinsam benutzt, waren es in der Studie von Neaigus et al. (2007) nur noch 36%, die überhaupt schon einmal Spritzen mit anderen geteilt hatten. Bei Frajzyngier et al. (2007) gaben lediglich 9% der Frauen (i.v. Konsum seit maximal sechs Jahren) an, in der Erstkonsumsituation eine Spritze mit anderen gemeinsam benutzt zu haben, in der Studie von Tortu et al. (2003) liegt der entsprechende Anteil, bezogen auf die letzte Konsumsituation, bei 10%. Insgesamt weisen die Studien Anteile von rund einem Viertel (26%) bis zu drei Viertel der Frauen auf, die ihre sterilen Spritzen über ein Sprizentauschprogramm beziehen.

Häufiger als das „needle sharing“ findet die gemeinsame Benutzung von Spritzenutensilien (z. B. Wasser, Filter, Löffel¹⁹⁶) statt. In der Untersuchung von Neaigus et al.

¹⁹⁵ In der Regel werden von i.v. Konsumierenden in New York einteilige Insulinspritzen verwendet.

¹⁹⁶ In New York werden seltener als in Frankfurt Löffel oder Dosen zum Erhitzen von Heroin genutzt, sondern vor allem Aluminiumverschlüsse von Flaschen.

(2007) hatten drei von fünf Frauen jemals ein derartiges Risikoverhalten praktiziert und bei Frajzyngier et al. (2007) hatten zwei von fünf Frauen in der Erstkonsumsituation Injektionsutensilien mit anderen geteilt. Bezogen auf den Letztkonsum zeigt sich aber in der Untersuchung von Tortu et al. (2003), dass insgesamt acht von neun (89%) der letzten Konsumsituationen ohne einen riskanten Konsum abliefen. Jedoch hatte gut ein Viertel der Frauen (27%), die zuletzt nicht alleine injizierten, Spritzenutensilien mit anderen gemeinsam benutzt. Als Begründung hierfür gab jeweils die Hälfte dieser Frauen an, dass sie keinen Grund sahen, sich vor HIV zu schützen (z. B. weil sie den oder die anderen Konsumenten kannten) oder keine sterilen Spritzen verfügbar waren. Ein weiteres Drittel (38%) berichtete darüber, dass keine Bleichmittel zum Säubern des Spritzbestecks zur Verfügung standen und für mehr als ein Viertel (29%) war es zu zeitaufwendig, „safer use“ zu praktizieren. Weitere Risikokonsumformen untersuchen Frajzyngier et al. (2007). In ihrer Untersuchung gab mehr als jede fünfte Frau (22%) an, jemals „backloading“ oder „frontloading“ (vgl. Fußnote 173) praktiziert zu haben und weitere 8% hatten schon einmal eine „shooting gallery“ genutzt.

Übereinstimmend kommen die Forschungsarbeiten zu dem Ergebnis, dass das drogenbezogene Risikoverhalten von Frauen eng mit der Beziehung zu einem i.v. Konsumenten verknüpft ist. So hatten beispielsweise bei Tortu et al. (2003) von den 14% der Frauen, die im zurückliegenden Monat einen riskanten Konsum praktizierten, 82% ausschließlich mit ihrem Partner Injektionsutensilien geteilt. Nach Frajzyngier et al. (2007) resultiert das Risikoverhalten von Frauen im Rahmen der Partnerschaft vor allem aus Gefühlen der Intimität und Zusammengehörigkeit und diene als Zeichen des gegenseitigen Vertrauens und der emotionalen Bindung, während umgekehrt die Ablehnung der gemeinsamen Benutzung von Spritzenutensilien als Misstrauen und Abgrenzung interpretiert werde.

Tortu et al. (2003) resümieren, dass langjährige Drogenkonsumentinnen bevorzugt alleine injizieren, während bei „neuen“ Konsumentinnen der i.v. Konsum eher in Gruppen oder gemeinsam mit dem Partner stattfindet. Für Drogenkonsumentinnen, die bereits seit längerem Drogen injizieren, reduziere sich dadurch zwar die Gefahr einer HIV- oder Hepatitistransmission, weil sie sich schlicht seltener in Situationen begeben, in denen sie Injektionsutensilien mit anderen teilen. Gleichzeitig erhöht sich jedoch für sie das Risiko, im Falle einer Überdosierung keine Hilfe zu erhalten. In der Studie von Brook et al. (2000) ging darüber hinaus eine HIV-Infektion mit einem reduzierten Risikoverhalten einher, während Tortu et al. (2003) keinen Zusammenhang zwischen dem HIV-Infektionsstatus und riskanten Konsumweisen feststellen.

In den Forschungsarbeiten, die das drogenbezogene Risikoverhalten genderspezifisch untersuchen, zeigt sich übereinstimmend, dass Frauen häufiger als Männer riskante Konsumweisen praktizieren – auch hier ist somit eine Analogie zu den Frankfurter Ergebnissen (vgl. Kap. 7.7.4) festzustellen. In der Untersuchung von Frajzyngier et

al. (2007) hatten zwar nur 9% der Frauen und 7% der Männer beim erstmaligen i.v. Konsum gemeinsam mit anderen eine Spritze benutzt, zwei Fünftel der Frauen und gut ein Viertel der Männer (26%) hatten jedoch weitere Spritzutensilien mit anderen geteilt. In der Studie von Neaigus et al. (2007) gaben 36% der Frauen und 33% der Männer an, schon einmal eine Spritze mit anderen gemeinsam benutzt zu haben. Etwas deutlicher fallen auch in dieser Studie die Geschlechterunterschiede für das Teilen von anderem Zubehör für den i.v. Konsum aus, das von 61% der Frauen und 52% der Männer berichtet wurde. Nach Frajzyngier et al. (2007) und Neaigus et al. (2007) lässt sich das höhere Risikoverhalten von drogenkonsumierenden Frauen vor allem darauf zurückführen, dass sie häufiger als Männer in einer Beziehung mit einem i.v. Konsumenten leben und ein Risikokonsum insbesondere im Setting der Partnerschaft stattfindet.

Nähere Einblicke in den Zusammenhang zwischen strafrechtlicher Kontrollaktivität und einem drogenbezogenen Risikoverhalten eröffnen Cooper et al. (2005).¹⁹⁷ Ein zentrales Ergebnis ihrer Untersuchung ist, dass eine verstärkte Polizeiaktivität riskante Konsumpraktiken fördert. Im Zuge der „zero tolerance“-Strategie hatten in New York City zwischen 1996 und 2000 zwei Wellen so genannter „drug crackdowns“ stattgefunden. Ziel dieses intensivierten, auf Drogenkonsumenten ausgerichteten polizeilichen Vorgehens war die Zerschlagung der Straßen-Drogenszene. Gelingen sollte dies durch die strenge Überwachung öffentlicher Plätze, ständige Kontrollen, eine hohe Zahl an Inhaftierungen und den Einsatz von verdeckten Ermittlern.¹⁹⁸ Eine wesentliche Auswirkung dieser hohen polizeilichen Kontrollintensität zeigte sich nach Cooper et al. darin, dass die befragten Frauen es zunehmend vermieden, Spritzen oder andere Utensilien bei sich zu führen, die sie als i.v. Konsumentin identifiziert und ein Verhaftungsgrund dargestellt hätten. Die Frauen waren deshalb dazu übergegangen, sich vermehrt das Injektionsbesteck von anderen auszuleihen. Vor allem für obdachlose Drogengebraucherinnen, die weiterhin darauf angewiesen waren, in der Öffentlichkeit zu injizieren, wurde es durch die Polizeiaktivität nahezu unmöglich, einen risikoarmen Konsum zu praktizieren. Problematisch war schließlich auch, dass ein Großteil von ihnen ihre Spritzen meist an öffentlichen Orten (unter Treppenaufgängen, in der Nähe von Feuerhydranten etc.) versteckten und hierbei immer auch die Gefahr bestand, dass andere Konsumierende die Spritzen benutzten oder entwendeten. Hierdurch erhöhte sich nicht nur (unwissend) das Risiko für die Übertragung von Krankheiten, sondern Spritzen waren teilweise auch nicht mehr verfügbar, wenn sie benötigt wurden, wodurch wiederum die Wahrscheinlichkeit stieg, dass die Frauen das gebrauchte Spritzbesteck von anderen Konsumierenden verwendeten. Darüber hinaus fand der i.v. Konsum auf der Stra-

¹⁹⁷ Die Datenerhebung der Untersuchung fand 2000 statt und damit ein Jahr bevor der Zugang zu sterilen Spritzen im Rahmen des „Expanded Syringe Access Program“ (ESAP) erleichtert wurde.

¹⁹⁸ Zwischen 1996 und 1999 wurde diese Taktik zunächst in 27 der 76 New Yorker Stadtbezirke implementiert, im Jahr 2000 dann auf ganz New York City ausgeweitet. Hunderte zusätzliche Polizeikräfte wurden hierfür abgestellt und in „Tactical Narcotic Teams“ (TNT) aufgeteilt.

ße unter zunehmend hektischen und unhygienischen Bedingungen statt. Um die Zeit für eine Drogeninjektion zu begrenzen, verzichteten die Frauen darauf, die Drogenqualität zu überprüfen, die Heroinlösung längere Zeit zu erhitzen und die Einstichstelle zu desinfizieren, sodass die Gefahr für Überdosierungen und Infektionen zunahm. Geschlechtsspezifische Unterschiede stellen Cooper et al. dahingehend fest, dass die intensive polizeiliche Kontrollaktivität insbesondere bei Frauen zu übereilten und gesundheitsschädigenden Injektionspraktiken führte. Um den mit dem öffentlichen Konsum einhergehenden Stress zu reduzieren, injizierten die Männer häufig in Gruppen. Während einige Personen Ausschau nach der Polizei hielten, konnten andere ihre Drogen (in relativer Ruhe) applizieren. Hingegen praktizierte keine der befragten Frauen eine derartige Strategie, alle injizierten ausschließlich alleine. Hierdurch erhöhte sich für sie auch die Gefahr, im Falle einer Überdosierung keine Hilfeleistung zu erhalten. Ein weiterer geschlechtsspezifischer Unterschied offenbarte sich in der Studie darin, dass ein Großteil der Frauen über Schwierigkeiten beim intravenösen Konsum berichtete, während alle Männer angaben, ihre Venen einfach und schnell zu treffen. Die stressreichen Bedingungen auf der Straße verstärkten somit vor allem für Frauen die Gefahr, Venen zu verfehlen und dadurch weitere gesundheitliche Komplikationen zu provozieren.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass ein drogenbezogenes Risikoverhalten wesentlich durch die drogenpolitischen Strategien und die polizeiliche Kontrollaktivität bestimmt ist. Denn hierdurch werden die Zugangswege zu sterilen Spritzutensilien versperrt bzw. ermöglicht und das Konsumsetting und die hiermit für die Konsumierenden verbundenen Risiken beeinflusst. Weiterhin ist ein riskanter Konsum bei Frauen wesentlich durch ihre Beziehungspartner geprägt.

8.4 Finanzierung des Drogenbedarfs

Nachfolgend richtet sich der Blick auf die unterschiedlichen Einkommensquellen, die Drogenkonsumentinnen in New York nutzen, um ihren Drogenbedarf zu decken.

8.4.1 Legale und informelle Einkommensquellen

Mit Anteilen von 3% bis 11% finanziert sich nur eine ausgesprochene Minderheit der in den New Yorker Studien untersuchten Frauen über eine legale Arbeit. In der Forschungsarbeit von Cross et al. (2001) generierte aber jede Fünfte einen Teil ihres Einkommen über die Schwarzarbeit. Der Anteil an Empfängerinnen staatlicher Unterstützungsleistungen liegt zwischen 51% und 57%. In den Untersuchungen mit einem hohen Anteil an obdachlosen Crackkonsumentinnen (wie bspw. die Arbeit von Maher 1997) bezog hingegen fast keine Frau Sozialhilfe. In diesem Zusammenhang ist auf die Reform der staatlichen Finanzierungshilfe durch den „Personal Responsibility and

Work Opportunity Reconciliation Act" im Jahr 1996 zu verweisen, mit dem der Sozialhilfeanspruch für Familien auf insgesamt 60 Monate beschränkt und eine Arbeitsverpflichtung für Hilfeempfänger eingeführt wurde.¹⁹⁹ Nach Dunlap et al. (2003) hat sich die Reform auf drogenkonsumierende Frauen in New York vor allem dahingehend ausgewirkt, dass sie oftmals ihren Anspruch auf Sozialleistungen verlieren, vermehrt auf die finanzielle Unterstützung von Freunden und Verwandten angewiesen sind und verstärkt auf die informelle Ökonomie (insbesondere den Drogenhandel und die Prostitution) zurückgreifen (müssen). Im Zuge der Reform wurde fast allen der in ihrer Studie befragten Frauen aufgrund ihres Drogenkonsums und der Nichterfüllung bestimmter Auflagen (z. B. Beginn einer Drogenbehandlung, Einhaltung regelmäßiger Kontrolltermine bei den Behörden) die Sozialhilfe gestrichen, was typischerweise auch den Verlust der Krankenversicherung bedeutete.

In der Untersuchung von Davis et al. (2005) wurde jeweils etwa die Hälfte der Frauen durch ihre Familie (53%) oder den Partner (47%) finanziell unterstützt. Bei Cross et al. (2001) gaben drei von fünf Frauen eine finanzielle Hilfe durch Freunde, Verwandte oder den Beziehungspartner an. In der Forschungsarbeit von Miller/Neaigus (2002) wurden knapp vier von fünf Frauen (79%) durch ihren Partner mitfinanziert.

In den hier herangezogenen ethnographischen Studien zeichnet sich ab, dass Drogenkonsumentinnen häufig bewusst Beziehungen zu finanziell besser gestellten Männern (häufig Drogendealer oder Sozialfreier) eingehen, um ihre eigene soziale und ökonomische Situation zu verbessern und ihre Versorgung mit Geld, Drogen, einer Unterkunft, Essen oder anderen Konsumgütern zu sichern. Bei den Beziehungen handelt es sich meist um temporäre Interessengemeinschaften. Die Männer bieten den Frauen vor allem finanzielle Ressourcen, kümmern sich aber teilweise auch um die Drogenversorgung. Als Gegenleistung erwarten sie meist die sexuelle Verfügbarkeit der Frauen, teilweise auch die emotionale Fürsorge oder die Erledigung anderer Arbeiten, wie die Übernahme der Haushaltsführung. Neben der finanziellen Sicherung liegt ein Vorteil dieser Partnerschaften für Frauen auch darin, dass sie hierdurch ihre öffentliche Prostitutionstätigkeit reduzieren können und seltener auf der Straße Drogen erwerben müssen, wodurch sich für sie ein verringertes Entdeckungs- und Strafverfolgungsrisiko ergibt. Mit der Beziehung zu einem männlichen Versorger verbinden Drogenkonsumentinnen auch die Vorstellung, einem geringeren Risiko für Gewalterfahrungen als auf der Straße ausgesetzt zu sein. Ein Großteil von ihnen erfährt jedoch gerade im Rahmen von Partnerschaften Gewalt. So hatten in der Studie von El-Bassel et al. (2001) knapp drei Viertel der Frauen (73%), die in einer Beziehung lebten, schon ein-

¹⁹⁹ Mit der Reform wurde auch das „Gramm Amendment“ erlassen, das einen lebenslangen Ausschluss von staatlicher Hilfe für Drogenstraftäter festlegt. In New York wurde dieses Gesetz allerdings nicht umgesetzt (vgl. Dunlap et al. 2003: 41).

mal sexuelle oder körperliche Übergriffe durch ihren Partner erfahren, für das zurückliegende Jahr traf dies auf mehr als jede Fünfte (22%) zu.

Insgesamt sind die im Graubereich zwischen Partnerschaft und Prostitution angesiedelten Beziehungen eine wichtige Finanzierungsstrategie der New Yorker Drogenkonsumentinnen, mit der sie für sich auch das Strafverfolgungsrisiko und die Gefahr von Gewalterfahrungen (zumindest bezogen auf das Straßensetting) reduzieren können. Dem gegenüber stehen jedoch das Abhängigkeitsverhältnis, in das sich die Frauen begeben, sowie das Risiko, Gewalt durch den Partner zu erfahren. Ferner ist die vollständige Finanzierung über einen Beziehungspartner meist nicht möglich, sodass die Frauen weiterhin auf andere Einkommensmöglichkeiten angewiesen sind. Für viele bedeutet das, weiterhin auf dem Straßenstrich anschaffen zu gehen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede offenbarten sich in der Forschungsarbeit von Cross et al. (2001) insofern, als Frauen häufiger als Männer staatliche Unterstützungsleistungen erhielten (Frauen: 54% vs. Männer: 21%), sich hingegen seltener über einen informellen Job (Schwarzarbeit) finanzierten (Frauen: 20% vs. Männer: 54%). Keine Geschlechterunterschiede weist die Studie bezüglich der finanziellen Unterstützung durch Freunde, Bekannte oder Verwandte auf, die von jeweils 60% beider Geschlechter angegeben wurde. Demgegenüber erhielten bei Davis et al. (2005) mit 53% gegenüber 37% mehr Frauen als Männer Geld von ihrer Familie oder Freunden, während die Geschlechterunterschiede bezüglich der Finanzierung durch den Partner bzw. die Partnerin ebenfalls nur gering ausfallen (Frauen: 47%; Männer: 41%). Auch der in den verschiedenen Studien festgestellte Anteil an Personen, die sich über eine legale Arbeitsstelle finanzieren, unterscheidet sich zwischen Frauen (3% bis 11%) und Männern (8% bis 13%) kaum.

8.4.2 Prostitution

Die Prostitution ist in fast allen hier ausgewerteten ethnographischen Forschungsarbeiten die wesentliche Einkommensquelle von Drogenkonsumentinnen. In der Untersuchung von Maher (1997) gingen nahezu alle Frauen der Sexarbeit nach und auch in den anderen Studien liegt der Anteil an Beschaffungsprostituierten bei über 60%.²⁰⁰ Eine Ausnahme bildet die Untersuchung von Cross et al. (2001), in der sich lediglich 40% der Frauen über die Prostitution finanzierten.

Die Drogenprostituierten in New York City befinden sich meist in einer schlechteren sozialen Lage und sind stärker psychisch belastet, als Drogenkonsumentinnen, die andere Einkommensquellen haben. So waren in der Forschungsarbeit von El-Bassel et al. (1997) Prostituierte im Vergleich zu Nicht-Prostituierten häufiger obdachlos (Prostituierte: 30% vs. Nicht-Prostituierte: 15%), erhielten deutlich seltener staatliche Unter-

²⁰⁰ Studien, in denen ausschließlich Drogenprostituierte befragt wurden (s. Anhang), sind hierbei nicht miteinbezogen.

stützungsleistungen (Prostituierte: 15% vs. Nicht-Prostituierte: 51%) und waren wesentlich stärker von sexueller Gewalt betroffen (Prostituierte: 32% vs. Nicht-Prostituierte: 7%). Einen signifikanten Zusammenhang stellen El-Bassel et al. zwischen der schlechten psychischen Verfassung von Prostituierten und ihren Gefühlen der sozialen Marginalisierung, ihren sexuellen Gewalterlebnissen und ihrem hohen HIV-Infektionsrisiko fest.

Die Gefahr von Freiergewalt gehört in New York, wie auch in Frankfurt, zum Alltag von Beschaffungsprostituierten. In der Untersuchung von El-Bassel et al. (2001) hatte die Hälfte der Frauen schon einmal massive sexuelle oder körperliche Gewalt durch ihre Kunden erlebt und ein Drittel war im zurückliegenden Jahr Opfer von Freiergewalt geworden. Frauen, die obdachlos waren oder als Kind oder Jugendliche körperliche oder sexuelle Gewalt erfahren hatten, waren signifikant häufiger von Gewalt durch Freier betroffen. Ein ebenfalls deutlich höheres Ausmaß an Gewalterfahrungen wurde für Drogenprostituierte beobachtet, die intravenös Drogen konsumierten, Crack rauchten oder gelegentlich in Crackhäusern arbeiteten. Und auch Frauen, die HIV-positiv waren, erlebten signifikant häufiger als HIV-negative Drogenprostituierte Übergriffe durch Freier.

Maher (1996, 1997) verweist darauf, dass Beschaffungsprostituierte sowohl individuelle als auch kollektive Strategien ausbilden, um das Gewaltrisiko im Rahmen der Sexarbeit zu reduzieren. In ihrer Untersuchung richteten die Frauen die Auswahl ihrer Kunden zwar vornehmlich an ihrer Intuition und Erfahrung aus, eine wichtige Rolle für die Sicherheit der Frauen spielten jedoch auch ihre sozialen Netzwerke, in denen Informationen über „linke“ oder gewalttätige Freier ausgetauscht und verbreitet wurden. Zum Teil arbeiteten die Frauen auch in Paaren als „double dates“ zusammen. Nach Maher basieren die Netzwerke der Sexarbeiterinnen auf Solidarität und Identifikation, die einerseits aus dem gemeinsam geteilten Lebensstil und den kollektiven Erfahrungen der Marginalisierung und Stigmatisierung resultieren, andererseits aber auch Ausdruck der Männerdominanz in der Drogensubkultur und des untergeordneten Status von Frauen in diesem Milieu sind.

Zu deutlich anderen Ergebnissen kommen dagegen Roche et al. (2005), die keinerlei kollektive Schutzstrategien unter Drogenprostituierten beobachten. Die von ihnen befragten Frauen arbeiteten in der Regel alleine und hatten kaum Kontakt zu anderen Prostituierten – ein Austausch untereinander fand nicht statt. Den Hintergrund für das Fehlen sozialer Netzwerke und kollektiver Strategien verorten Roche et al. in dem starken Abgrenzungsbedürfnis der Frauen gegenüber der Sexarbeit und der Rolle als Prostituierte. Der Aufbau von Netzwerken werde dabei im Wesentlichen dadurch verhindert, dass derartige Zusammenschlüsse ein Zeichen für den Status und das Selbstverständnis der Frauen als Prostituierte seien, die Frauen aber gerade dies zu vermeiden suchten. Als eine hauptsächliche individuelle Schutzstrategie beschreiben

Roche et al. die Bereitschaft der Frauen, sich mittels Gewalt gegen Freier zur Wehr zu setzen. Nicht selten erhöhte sich für die Frauen dadurch jedoch die Gefahr für Übergriffe und Gewalteskalationen.

Die Beobachtungen von Maher (1996, 1997) bezüglich der sozialen Netzwerke von Beschaffungsprostituierten und ihrer kollektiven Schutzstrategien stehen auch in deutlichem Kontrast zu den Ergebnissen zur Frankfurter Drogenszene. Ein Unterschied zwischen den Frankfurter Ergebnissen und den Erkenntnissen von Roche et al. (2005) zeigt sich darüber hinaus darin, dass für die Frauen in Frankfurt beobachtet werden konnte, dass ein gewisser „Professionalisierungsgrad“ als Beschaffungsprostituierte (wie z. B. das Festhalten an einer bestimmten Preisgrenze, das Praktizieren von „safer sex“, das Vermeiden von riskanten Orten für den Vollzug der sexuellen Dienstleistung oder das Anbieten von Extraleistungen, um einen höheren Preis zu erzielen) nicht nur eine Schutzstrategie gegen Freiergewalt darstellt, sondern den Frauen auch Selbstachtung vermittelt. Demgegenüber scheint die bewusste Vermeidung von Professionalisierungstendenzen für die von Roche et al. befragten Frauen einen wichtigen Stellenwert für die Aufrechterhaltung ihres Selbstbildes als Nicht-Prostituierte zu erhalten.

Vergleichbar mit Frankfurt nehmen Stammfreier auch für Drogenprostituierte in New York eine wichtige Rolle ein. Bezogen auf die letzte sexuelle Transaktion gab in der Studie von McMahon et al. (2006) über die Hälfte der Frauen (54%) an, dass es sich bei dem Kunden um einen Stammfreier handelte, in nur einem Fünftel der Fälle kannten die Frauen den Freier nicht. In der Regel, so das Ergebnis der New Yorker Forschungsarbeiten, zahlen Stammfreier zwar weniger für die sexuelle Dienstleistung (auch hier besteht offenbar ein Unterschied zur Frankfurter Szene), sie stellen aber eine sichere und regelmäßige Einkommensquelle dar, auf die auch in Notsituationen zurückgegriffen werden kann. Ferner ist mit Stammfreiern auch ein geringeres Gewaltisiko assoziiert. Sich einen Stamm an Kunden aufzubauen, mit denen (meist telefonisch) Termine vereinbart werden können, oder einen Sozialfreier zu haben, ist auch eine wichtige Strategie der Frauen, um das Risiko für Inhaftierungen zu senken. Gleichzeitig sind Beziehungen zu Stamm- und Sozialfreiern jedoch mit einem höheren Infektionsrisiko assoziiert, da die sexuellen Dienstleistungen durch eine inkonsequente Kondomnutzung gekennzeichnet sind. In den verschiedenen Studien berichten insgesamt zwischen gut einem (21%) und nahezu drei Fünftel (56%) der Frauen, im Rahmen der Prostitution immer Kondome zu benutzen. In der Untersuchung von McMahon et al. (2006) nannte rund jede Fünfte (21%), die beim letzten Sexualkontakt mit einem Freier kein Kondom verwendet hatte, als Hintergrund hierfür, dass es sich bei dem Freier um einen Stammkunden handelte. Bei jeder Zweiten hatte der Freier eine Kondomnutzung abgelehnt, mehr als jede Dritte (38%) gab an, dass der Mann nicht mit HIV oder anderen Geschlechtskrankheiten infiziert sei, und mehr als jede Vierte (29%)

hatte kein Kondom verfügbar. McMahon et al. resümieren, dass die Wahrscheinlichkeit für ungeschützte Sexualkontakte steigt, wenn der Freier eine Kondomnutzung ablehnt, die Frauen vor oder während der sexuellen Dienstleistung Kokain (nicht Crack!) konsumieren, der Sex in den Privaträumen des Kunden stattfindet und eine gewisse Intimität zwischen Frau und Freier existiert. Die verschiedenen sozialen und kontextbezogenen Faktoren haben folglich einen entscheidenden Einfluss darauf, ob die Frauen eine Kondomnutzung durchsetzen können oder wollen.

Roche et al. (2005) gehen mit ihrer Untersuchung unter anderem der Frage nach, ob Freier tatsächlich höhere Preise für ungeschützten Sex zahlen. Die Forscherinnen schlussfolgern, dass es sich hierbei wohl vor allem um eine Form der Rationalisierung bzw. um einen Mythos handelt, der möglicherweise dazu beiträgt, dass Frauen – auch weil sie befürchten, dadurch ihre Kunden zu verlieren – erst gar nicht versuchen, eine Kondomnutzung auszuhandeln. Zudem scheint auch der HIV-Status der Frauen eine Rolle für eine inkonsistente Kondomnutzung zu spielen. Das Insistieren auf die Verwendung von Kondomen werde, so Roche et al., von Freiern unter Umständen als Zeichen für eine HIV-Infektion der Frauen gewertet. Vor diesem Hintergrund seien womöglich vor allem HIV-positive Beschaffungsprostituierte weniger dazu bereit, eine Kondomnutzung durchzusetzen, weil das Bekanntwerden ihrer Infektion negative Auswirkungen auf ihre Verdienstmöglichkeiten hätte.

Vergleichbar mit den Frankfurter Ergebnissen zeichnet sich auch in den New Yorker Untersuchungen ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Konsum von Crack und der Beschaffungsprostitution ab. Zum einen werden auch für New York deutliche Veränderungen der Situation auf dem Drogenstrich seit dem Aufkommen von Crack beschrieben (u. a. sinkende Preise, erhöhte Nachfrage nach riskanten Sexpraktiken, gestiegene Zahl an Prostituierten, verstärkter Konkurrenzkampf). Zum anderen scheinen ebenso hauptsächlich Crackkonsumentinnen die Prostitution als Einnahmequelle zu nutzen. Nuttbrock et al. (2004) weisen in diesem Kontext darauf hin, dass – trotz der Hinweise auf einen insgesamt rückläufigen Crackkonsum seit Ende der 1990er Jahre – das Kokainderivat nach wie vor einen hohen Stellenwert für Straßenprostituierte in New York einnimmt. In der Untersuchung von El-Bassel et al. (1997) waren 93% der Prostituierten, aber nur 62% der Nicht-Prostituierten aktuelle Crackkonsumentinnen und bei Nuttbrock et al. (2004) konsumierten 85% der Drogenprostituierten Crack. Cross et al. (2001) begründen den im Vergleich zu Heroin- oder Kokainkonsumentinnen höheren Anteil an Beschaffungsprostituierten unter intensiven Crackkonsumentinnen damit, dass Crackgebraucherinnen nicht nur von der legalen Arbeitswelt ausgeschlossen sind, sondern auch in der Drogenszene stigmatisiert werden. Da sie als unzuverlässig und nicht vertrauenswürdig gelten, seien ihnen auch die meisten Einkommensmöglichkeiten, die im Rahmen der Szeneökonomie existieren (vor allem Aktivitäten im Drogenhandel), verwehrt, sodass den Frauen letztlich nur die Prostitution bleibe.

Eine interessante Beobachtung von Maher (1996, 1997) ist, dass die Preise auf dem Drogenstrich mit den Preisen für die einzelnen Drogen korrespondieren. So entsprach in ihrer Untersuchung die kleinste Crackeinheit (5 US-Dollar) dem niedrigsten Preis, den Crackprostituierte gewöhnlich für Oralsex verlangten. Demgegenüber stimmte der Preis für die kleinste Heroineinheit (10 US-Dollar) mit dem niedrigsten Preis für Oralsex bei Heroinprostituierten überein. Möglicherweise ist dieser Zusammenhang auch eine Erklärung für den Preisverfall auf dem Frankfurter Drogenstrich (vgl. Kap. 7.4.4.1).

Im Hinblick auf das oft thematisierte „sex-for-crack“-Phänomen weisen die Studien Anteile zwischen gut einem Viertel (29%) und rund der Hälfte (52%) der Frauen auf, die sich im direkten Austausch für Crack prostituieren oder schon einmal prostituiert haben. In der Studie von McMahon et al. (2006) waren jedoch nur 3% der Frauen für die letzte sexuelle Dienstleistung ausschließlich mit Drogen bezahlt worden, sodass die These einer starken Verbreitung des Phänomens sicherlich relativiert werden muss. Dass ein relevanter Teil der Beschaffungsprostituierten den „sex-for-crack exchange“ ablehnt oder nur in Ausnahmefällen praktiziert, erklärt Maher (1997) damit, dass die Vergütung der Sexarbeit durch Crack, womit in der Regel auch der gemeinsame Konsum mit dem Freier beinhaltet ist, unter den Frauen als unprofessionell, wenig lukrativ und im Hinblick auf Gewalterfahrungen als besonders risikoreich gelte. In ihrer Untersuchung waren es vor allem Frauen, die erst vor kurzem und zur Finanzierung ihres Crackkonsums mit der Prostitution begonnen hatten, die Sex im Tausch für das Kokainderivat anboten. Frauen, die sich bereits vor der Verbreitung von Crack über die Prostitution finanziert hatten, lehnten diese Praxis weitgehend ab. Der „sex-for-crack exchange“, so Maher, bedeute für diese Frauen einen Verstoß gegen ihre eigenen Prinzipien und widerspreche ihrem Bedürfnis, eine Grenze zwischen Arbeits- und Konsumsetting zu wahren und den Wert ihrer Arbeit aufrechtzuerhalten. Für das Selbstwertgefühl der Frauen sei dabei entscheidend, „ehrliches Geld“ durch die Sexarbeit zu verdienen und nicht nur einen „Obolus“ in Form von Crack zu erhalten. Maher hebt hervor, dass im Gegensatz zum oftmals proklamierten Bild der „Crackhure“, Crackprostituierte eine Reihe von Normen und Regeln haben, an denen sie die Sexarbeit orientieren. Zu diesen Prinzipien gehörten, neben der Ablehnung des „Sex-für-Crack-Tauschs“, auch die Grenzziehung bezüglich bestimmter Sexpraktiken und dem Berühren bestimmter Körperteile sowie Vorabverhandlungen des Preises und der Art und Dauer der sexuellen Dienstleistung. Besonders problematisch scheint jedoch zu sein, dass diesen Prinzipien der Frauen die Erwartungen der Freier entgegenstehen, die, vor allem beeinflusst durch die Darstellung von Crackprostituierten in den Medien, riskante Sexpraktiken und die sexuelle Gefügigkeit der Frauen sowie niedrige Preise forderten. Es ist offenbar gerade diese Diskrepanz zwischen den Prinzipien der Frauen

und dem medialen Bild der Crackprostituierten, die das Gewaltrisiko für Frauen entscheidend erhöht.

Auch in der Untersuchung von Maher (1997) findet sich die gegenseitige Abgrenzung unter Beschaffungsprostituierten wieder. Diese Distinktion scheint sich jedoch, anders als in Frankfurt, weniger individuell gegen „alle anderen“ Frauen auf dem Drogenstrich zu richten, sondern eher kollektiv stattzufinden. So wird in der Studie vor allem die Abgrenzung der erfahrenen, „professionellen“ Drogenprostituierten gegenüber den unprofessionellen „Crackfrauen“ deutlich.

8.4.3 Drogenhandel

Um die Drogenhandelsaktivitäten der Frauen bzw. die unterschiedlichen Rollen, die sie im Distributionsgeschehen einnehmen, nachvollziehbar zu machen, werden zunächst die verschiedenen Organisationsformen des New Yorker Straßenhandels skizziert. In der Forschung werden diesbezüglich drei idealtypische Drogen-Handelssysteme für New York beschrieben: das „freelance“-, das „business“-/„corporate“- und das „socially-bonded“-Modell (vgl. u. a. Curtis et al. 2002; Davis et al. 2005).

Das „freelance“-Modell gilt vornehmlich als ein einleitendes Handelssystem, das die Crackökonomie im New York der 1980er Jahre kennzeichnete. Es bezeichnet einen unregulierten Markt, in dem eine Vielzahl von individuellen Dealern existiert und nur lose Beziehungen und Vereinbarungen zwischen den unterschiedlichen Akteuren (z. B. zwischen Händlern im höheren Grammbereich und Straßen-Kleidealern) bestehen. Auch die Organisation des Crack-Straßenhandels in Frankfurt lässt sich diesem Modell zuordnen.

Das „business“-/„corporate“-Modell ist demgegenüber ein profitorientiert organisiertes und hierarchisch gegliedertes Handelssystem, das durch eine komplexe Arbeitsteilung und ein vielschichtiges Rollensystem charakterisiert ist. Die Zusammenarbeit der Akteure zeichnet sich durch klare „Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Beziehungen“ aus. Die formelle Organisation des „business“- bzw. „corporate“-Modells besteht aus drei Ebenen: dem Inhaber eines Handelsnetzwerks („ownership“), den Managern („management“) und den Arbeitern („labor“). Manager stellen das Bindeglied zwischen dem Inhaber und seinen Angestellten dar. Ihre Aufgabe ist es, den Drogenverkauf effizient zu organisieren und die „Arbeiter“ zu kontrollieren. Die Arbeiterschaft unterteilt sich wiederum in zwei Bereiche: Einkauf/Weiterverarbeitung und Verkauf der Handelsware. Der erste Bereich umfasst Personen, die Geld oder Drogen transportieren („runners“), die Qualität der Drogen testen, Drogen mit anderen Substanzen verschneiden („cutters“) oder Crack „kochen“, die Verkaufsportionen abwägen oder die verpackte Ware mit dem Logo des Dealers versehen („stampers“). Im Verkaufsbereich arbeiten Straßendealer sowie Personen, die unterstützende Rollen übernehmen. Unter anderem sind dies diejenigen, die die Dealer auf der Straße mit Verkaufsware versor-

gen („runners“), Vermittler, die Kunden akquirieren und zu den Straßenhändlern bringen („steerers“ oder „touts“) oder Personen, die nach der Polizei Ausschau halten („lookouts“). Zusätzlich zu diesen formellen Positionen existiert eine Reihe von informellen Distributionsrollen. Inhaber dieser informellen Rollen sind zwar nicht in einer Handelsorganisation „angestellt“, erfüllen aber dennoch wichtige Funktionen für das Geschehen. Zum Beispiel sind dies Drogenkonsumierende, deren Meinung über die Qualität von Drogen in der Szene zählt und die deshalb kostenlose Proben von Dealern erhalten oder Personen, die mit Drogenparaphernalia (Spritzen, Pfeifen etc.) handeln, „Serviceleute“ („street docs“), Betreiber von „shooting galleries“ und Crackhäusern sowie Personen, die für andere Drogen erwerben („proxy buyers“ oder „coping agents“²⁰¹). Das „business“-/„corporate“-Modell bestimmte in den 1990er Jahren den Crackhandel in New York und wird auch als typisch für den Heroinhandel angesehen.

Einhergehend mit dem verstärkten polizeilichen Verfolgungsdruck im Rahmen der „zero tolerance“-Strategie und dem Versuch, die Straßen-Drogenszene zu zerschlagen, hat sich Ende der 1990er Jahre/Anfang 2000 eine erneute Modifikation des Handelssystems in New York ergeben. Der öffentlich sichtbare Drogenhandel ging zurück und das „business“-/„corporate“-Modell wurde verstärkt durch den Handel innerhalb sozialer Netzwerke – durch das „socially-bonded“-Modell – ersetzt. Dieses Modell ist weniger hierarchisch organisiert und weist eine geringere Rollenkomplexität auf. Die Handelsnetzwerke basieren auf sozialen Bindungen zwischen den Beteiligten, der Verkauf findet in der Regel nur an dem Händler bekannte Kunden statt. Anders als das „business“-/„corporate“-Modell, das kaum auf loyalen und vertrauensvollen Beziehungen aufbaut und Drogen häufig an Fremde verkauft werden, womit auch eine hohe Wahrscheinlichkeit dafür besteht, an verdeckte Ermittler zu geraten, ist das „Netzwerk-Modell“ deutlich weniger anfällig für die Strafverfolgung.

Insbesondere anhand der New Yorker Crackökonomie lassen sich die unterschiedlichen Organisationsformen des Distributionsgeschehens im Zeitverlauf beobachten. Die Mehrheit der für die Metaanalyse ausgewerteten Studien wurde zu einer Zeit durchgeführt, als das „business“-/„corporate“-Modell den Straßen-Drogenhandel dominierte. Gleichzeitig ist aber auch darauf zu verweisen, dass sich die Modelle nicht immer klar voneinander abgrenzen lassen und zum Teil auch nebeneinander bestehen.

Der Anteil an New Yorker Drogenkonsumentinnen, die sich zumindest teilweise über Drogenhandelsaktivitäten finanzieren, liegt in den Studien durchschnittlich bei 46%, wobei die Werte – unabhängig vom Erhebungszeitpunkt – sehr stark zwischen 17% und 75% schwanken.²⁰² Ersichtlich wird, dass Frauen in der Regel mehrere un-

²⁰¹ Langer (2004: 171) hat dieses Phänomen auch für die Frankfurter Drogenszene beschrieben, wonach der Erwerb von Crack durch Drogenprostituierte und der anschließende Verkauf an den Freier bzw. der gemeinsame Konsum häufiger Teil des Vertrags zwischen den Frauen und ihren Kunden zu sein scheint.

²⁰² In einigen Studien (s. Anhang) wurden ausschließlich Frauen untersucht, die in den Drogenhandel involviert waren. Diese Studien sind bei der Darstellung der Anteile nicht miteinbezogen.

terschiedliche Positionen im Drogenhandel innehaben und somit von einer gewissen Flexibilität und Mobilität zwischen den einzelnen Rollen auszugehen ist. Gleichzeitig scheint diese Mobilität für Frauen jedoch sehr beschränkt zu sein. So kommen die Untersuchungen mehrheitlich zu dem Ergebnis, dass Frauen auf den unteren Handelsebenen konzentriert sind und sich kaum in lukrativen Positionen etablieren können. So war in der Studie von Davis et al. (2005) die Mehrheit der Frauen (58%) als „coping agent“ in das Distributionsgeschehen involviert, etwas mehr als ein Drittel (36%) verkaufte oder verlieh Utensilien zum Drogengebrauch und jeweils ein Drittel arbeitete als Vermittlerin oder bewahrte Drogen oder Geld für einen Dealer auf. Lediglich jede Vierte verkaufte Drogen und jeweils ein Fünftel war als „lookout“ oder „runner“ tätig. Darüber hinaus war rund jede Siebte (15%) an der Weiterverarbeitung von Drogen beteiligt und jede Zehnte bot „Service“ an. Auch in der Untersuchung von Maher/Daly (1996) waren Frauen, sofern sie überhaupt am Handelsgeschehen partizipierten, überwiegend als „coping agent“ (31%) im Rahmen der Prostitution tätig. Rund jede Fünfte verkaufte oder verlieh Drogenparaphernalia oder arbeitete als Vermittlerin. Unter den 45 interviewten Frauen fand sich demgegenüber weder eine Inhaberin eines „Drogenbusiness“ noch eine Managerin und lediglich sieben Frauen (16%) arbeiteten unregelmäßig als Dealerin. Ihre Verkaufsaktivität war dabei stark durch die männlichen Inhaber der Handelsnetzwerke begrenzt, die die Frauen nur temporär engagierten (z. B. wenn eine Vielzahl an Inhaftierungen zu einem Mangel an „männlicher Arbeitskraft“ geführt hatte oder eine hohe Polizeipräsenz herrschte) und ihnen meist nur geringe Verkaufsmengen überließen. Damit war es für die Frauen kaum möglich, sich eine regelmäßige und gewinnbringende Handelsposition aufzubauen. Als Betreiberin einer „shooting gallery“ konnten sich die Frauen ebenfalls nur selten etablieren – lediglich drei Frauen (7%) der Studie gaben eine derartige Funktion an. Maher/Daly führen dies in erster Linie auf ein unterschiedliches polizeiliches Vorgehen gegenüber männlichen und weiblichen Inhabern einer „shooting gallery“ zurück: Während die Polizei von Männern geführte „shooting galleries“ eher tolerierte, wohl vor allem auch, weil ihnen eine gewisse Kontrolle über die dortigen Geschehnisse zugetraut wurde, waren Frauen insbesondere damit konfrontiert, dass ihnen jegliche Kontrollfähigkeit (sowohl seitens der Konsumenten als auch seitens der Polizei) abgesprochen wurde und die Kontrollbehörden daher immer sehr schnell gegen die von Frauen geführten illegalen Konsumstätten voringen.

In der Studie von Dunlap et al. (1997) bestätigt sich ebenfalls die geringe Präsenz von Frauen auf der oberen Handelsebene. Die wenigen Frauen, die überhaupt als Dealerinnen arbeiteten, hatten sich typischerweise schon vor dem Aufkommen von Crack eine Händlerpositionen erarbeitet. Ein zentrales Ergebnis von Dunlap et al. ist jedoch, dass sich Frauen in der Crackökonomie neue Rollen geschaffen haben, die keine Äquivalente im Handel mit Heroin oder anderen Drogen haben und auf die spezifische Struktur des Crackhandels verweisen. Im Wesentlichen werden vier neue frau-

enspezifische Crack-Distributionsrollen identifiziert: „house distributors“, „freakhouse girls“, „smoking partners“ und „female co-ops“. Hausdealerinnen („house distributors“) sind in den Freak- oder Crackhäusern tätig, wo sie Crack sowohl an die dort arbeitenden Frauen als auch an die männliche Kundschaft verkaufen. „Freakhouse girls“ bieten zwar in erster Linie ihre sexuelle Dienstleistung in den Häusern an, sind aber teilweise auch direkt in die Crackdistribution involviert, indem sie von Straßendealern Crack für das Haus erwerben oder als „runner“ fungieren. Als „smoking partners“ nutzen Frauen ihre interpersonellen Fähigkeiten und ihr Insiderwissen, um Beziehungen zu sozial integrierten, zahlungskräftigen Crackkonsumenten aufzubauen. Diese Konsumenten, die daran interessiert sind, ihren Konsum geheim zu halten, gehören keinen crackkonsumierenden Netzwerken an und haben (bzw. wollen) somit auch keine Kontakte zu Dealern. Sie sind insofern darauf angewiesen, dass andere Personen für sie Crack erwerben. Frauen wird dabei augenscheinlich nicht nur ein größeres Vertrauen entgegengebracht, sondern die Männer suchen auch ihre Gesellschaft als Konsumpartnerinnen. Crackgebraucherinnen können durch diese Beziehungen zu weniger erfahrenen, sozial integrierten Konsumenten einen Teil ihres Eigenbedarfs decken. Sie erhalten sowohl vom Dealer als auch vom Kunden eine Vermittlungsgebühr und der Mann bezahlt für das Crack, das dann gemeinsam konsumiert wird. Bei „female co-ops“ handelt es sich schließlich um zielgerichtete Zusammenschlüsse, mit denen Frauen ihre unterschiedlichen individuellen Ressourcen (Wohnung, Geld, das notwendige Wissen über Kokain und Crack, Bezugsquellen etc.) bündeln, um temporär in den Crackhandel einzusteigen. Diese Kooperationen entstehen aus eher zufälligen Gelegenheiten, die einen hohen Gewinn in relativ kurzer Zeit versprechen. Die Frauen generieren hierüber in der Regel für einen bestimmten Zweck ein zusätzliches Einkommen, bevorzugen es aber ansonsten, ihren finanziellen Bedarf über weniger risikoreiche Wege zu decken. Mit Ausnahme der „female co-ops“ sind die für die Crackökonomie beschriebenen frauenspezifischen Rollen auf den unteren Handelsebenen angesiedelt. Nach Dunlap et al. sind es vor allem diese neu geschaffenen Positionen, die eine verstärkte Partizipation von Frauen am Drogenhandel bewirkt haben. Dabei scheinen diese neuen Rollen vor allem von Frauen besetzt zu werden, die in das Distributionsgeschehen eingestiegen sind, nachdem sie begonnen haben, Crack zu konsumieren.

Im Hinblick auf die Rolle von Frauen im Drogenhandel schlussfolgern die hier angeführten Untersuchungen, dass die Hierarchie im Drogenhandel wesentlich durch die Geschlechterstereotype geprägt ist, die den Zugang zu höheren Handelspositionen für Frauen verhindern. Mit dem Aufkommen von Crack sind zwar neue Einkommensmöglichkeiten für Frauen entstanden, die zu ihrer verstärkten Beteiligung am Handelsgeschehen beigetragen haben, nach wie vor werden die lukrativen Schlüsselpositionen jedoch von Männern besetzt, während Frauen nur in weniger profitablen, untergeord-

neten Rollen Fuß fassen können. Auch hier zeigen sich somit gewisse Gemeinsamkeiten mit den Ergebnissen für die Frankfurter Drogenszene (vgl. Kap. 7.4.4.2).

Die Geschlechterhierarchie des Drogenhandels illustriert sich auch anhand der Ergebnisse von Davis et al. (2005). In der Studie berichteten mit 47% gegenüber 36% zwar mehr Frauen als Männer, sich über Drogenhandelsaktivitäten zu finanzieren, rund doppelt so viele männliche wie weibliche Befragte arbeiteten jedoch als Dealer (Männer: 48% vs. Frauen: 25%) oder waren in den Transport von Drogen involviert (Männer: 41% vs. Frauen: 21%). Ferner waren Männer häufiger als Vermittler (Männer: 48% vs. Frauen: 34%) oder „lookout“ (Männer: 34% vs. Frauen: 19%) tätig, stärker in die Aufbewahrung von Geld (Männer: 48% vs. Frauen: 32%) und Drogen (Männer: 46% vs. Frauen: 33%) involviert oder an der Weiterverarbeitung von Drogen (Männer: 25% vs. Frauen: 15%) beteiligt. Insgesamt hatten die Männer auch mehrere unterschiedliche Distributionsrollen inne: Nur etwas mehr als die Hälfte der Frauen (55%) verfügte über drei oder mehr Distributionsrollen, bei den Männern waren es hingegen gut zwei Drittel (67%). Des Weiteren weisen Davis et al. darauf hin, dass die Handelsaktivitäten der Frauen oftmals mit der Prostitution verknüpft sind (wie im Falle der „coping agents“, „smoking partners“ oder „freakhouse girls“) und daher stigmatisiert und diskreditiert werden. Ein weiterer Zusammenhang zwischen Prostitution und Drogenhandel zeigte sich in der Studie darin, dass die wenigen Frauen, die sich als Dealerin etabliert hatten, die Sexarbeit teilweise durch ihre Handelsaktivität ersetzen konnten, während für Frauen in niedrigen Handelspositionen die Prostitution nach wie vor einen überragenden Stellenwert für ihr „ökonomisches Überleben“ einnahm. So finanzierten sich in der Studie 62% der Frauen, die untergeordnete Distributionsrollen inne hatten, weiterhin über die Beschaffungsprostitution, während lediglich 12% der Drogendealerinnen weiterhin anschaffen gingen.

Unter den für die Metaanalyse ausgewählten Forschungsarbeiten kommen einzig Sommers/Baskin (1996) zu dem Ergebnis, dass Frauen auch höhere Positionen im Drogenhandel besetzen – dies vor allem in der Crackökonomie. Fast alle in der Studie befragten Frauen (98%) arbeiteten als Straßenhändlerinnen. Die Mehrheit (81%) hatte schon einmal Crack verkauft, gut die Hälfte (52%) auch Heroin. Einzig mit Crack handelte jede Dritte, während nur jede Elfte ausschließlich Heroin verkaufte. Überwiegend waren die Frauen in ein Handelsnetzwerk eingebunden (84%), nur jede Sechste arbeitete als unabhängige „freelance“-Dealerin. Jeweils rund zwei von fünf Frauen waren Inhaberinnen eines Handelsnetzwerks (42%) oder als Managerin (43%) angestellt, knapp drei Viertel (72%) arbeiteten als Vermittlerinnen und knapp zwei Drittel (65%) als „lookouts“. Die Hälfte der Frauen war an der Weiterverarbeitung von Drogen beteiligt und rund zwei Fünftel (42%) verkauften oder verliehen Spritzutensilien.

In einer weiteren Studie untersuchen Sommers/Baskin (1997) den Zusammenhang zwischen Drogenhandelsaktivitäten und anderen Formen der (indirekten) Be-

schaffungskriminalität (wie z. B. Ladendiebstahl, Raub). Hierbei zeigt sich, dass Frauen in Phasen einer hohen Dealeraktivität andere Formen der Beschaffungskriminalität reduzieren konnten, während in Zeiten einer begrenzten Verkaufsaktivität andere kriminelle Einkommenswege zur Finanzierung des Drogenkonsums notwendig wurden.

Sommers/Baskin (1996, 1997) kommen mit ihren beiden Studien zu dem Gesamtergebnis, dass die Crackökonomie nicht nur neue Einkommensmöglichkeiten für Frauen geschaffen hat, sondern sich auch die herrschenden Geschlechterrollen im Crackhandel und die weibliche Exklusion aus höheren Stufen der Handelshierarchie hierin aufgelöst haben.²⁰³ Frauen könnten dementsprechend individuelle Karrieren als Drogenhändlerinnen verfolgen und andere Einkommensstrategien – insbesondere die Prostitution, aber auch Formen der indirekten Beschaffungskriminalität – vermeiden. Mit der Dealertätigkeit gehe jedoch ein gänzlicher Bruch mit legalen Einkommensmöglichkeiten einher. Dies zum einen, weil Frauen noch bestehende legale Finanzierungsquellen aufgeben würden und zum anderen eine zukünftige Wiederaufnahme legaler Einkommenswege verbaut werde. Das niedrige Bildungsniveau der Frauen und ihre fehlende Berufsqualifikation verhindere ihre Teilhabe in profitablen Bereichen der formellen Ökonomie, demgegenüber stelle die Crackökonomie die Möglichkeit bereit, relativ hohe Einnahmen zu erzielen. Die zunehmende Einbindung der Frauen in das Szenemilieu und in Handelsnetzwerke, das Aneignen von Wissen und Fertigkeiten als Drogendealerin sowie die Übernahme der Identität als Drogenkonsumentin und -händlerin seien dabei wichtige Voraussetzungen für ein erfolgreiches Handeln im Rahmen der Szeneökonomie, schränkten jedoch gleichzeitig die Zugangschancen der Frauen zur formellen Ökonomie immer weiter ein. Vergleichbar argumentieren auch Maher et al. (2002), die die Beteiligung von Frauen am Drogenhandel vorwiegend auf strukturelle Bedingungen zurückführen und in diesem Kontext auf die hohe Bedeutung der informellen Ökonomie für die urbane Unterschicht verweisen. Basierend auf einer rationalen Entscheidung nutzten Frauen die durch den Crackhandel entstandenen neuen Arbeitsmöglichkeiten als Mittel der ökonomischen Existenzsicherung. Dies verdeutlicht sich auch daran, dass ein Teil der in der Studie befragten Frauen bereits am Distributionsgeschehen beteiligt war, bevor sie selbst anfangen, Crack zu konsumieren.

Wie an früherer Stelle erwähnt, stellt Gewalt einen wesentlichen Regulationsmechanismus im Drogenhandel dar. Frauen, die am Handelsgeschehen partizipieren, müssen nicht nur selbst Gewalt ausüben, sondern sie erfahren auch häufig körperliche Übergriffe. In der Forschungsarbeit von Sommers/Baskin (1997) hatte nahezu die Hälfte

²⁰³ Dass die Ergebnisse von Sommers/Baskin (1996, 1997) bezüglich der Beteiligung von Frauen am Handelsgeschehen insgesamt anderen Studien deutlich widersprechen, ist vermutlich zu einem wesentlichen Teil dem gewählten Forschungszugang geschuldet. Im Gegensatz zu den anderen hier analysierten Untersuchungen, die ausschließlich auf Stichproben basieren, die auf der Straße rekrutiert wurden, erfolgte bei ihnen der Zugang zu einem Teil der interviewten Frauen über Haftanstalten. Immerhin 60% der Frauen waren zum Untersuchungszeitpunkt aufgrund von Drogenhandelsdelikten inhaftiert, sodass von einer gewissen Verzerrung der Forschungsergebnisse auszugehen ist.

te der Frauen (46%) schon einmal Gewalt im Rahmen ihrer Dealertätigkeit erlebt und jede Fünfte wendete in diesem Kontext regelmäßig selbst Gewalt an. Etwas höher liegen diese Anteile in der Untersuchung von Davis et al. (2005), in der über die Hälfte der in den Drogenhandel involvierten Frauen (53%) in den zurückliegenden zwei Jahren Gewalt erlebt und knapp ein Drittel (30%) selbst Gewalt ausgeübt hatte. Im Vergleich dazu waren männliche Dealer etwas seltener Opfer von psychischen Übergriffen geworden (44%), hatten allerdings etwas häufiger selbst Gewalt angewendet (38%). Dunlap et al. (1997) heben hervor, dass Frauen oftmals ihre sozialen Fähigkeiten und ihr „Insiderwissen“ nutzen, um Gewaltsituationen und Gewalteskalationen zu vermeiden. In der Regel bedeute dies, dass die Frauen Kompromisse eingehen. Die geschlechtsspezifisch unterschiedliche Demonstration von Gewalt trägt nach Maher/Daly (1996) dazu bei, die Solidarität unter Männern zu festigen, gewalttätiges Verhalten als maskulin festzuschreiben und dadurch den Ausschluss von Frauen aus lukrativen Positionen im Distributionsgeschehen zu legitimieren.

Sommers/Baskin (1997) führen die Gewalt im Drogenhandel im Wesentlichen auf zwei Mechanismen zurück. Einerseits verstehen sie Gewalt als ökonomisches Verhalten, das die Beziehungen innerhalb der Drogenmärkte reguliert.

„As a social control mechanism, violence in drug selling attempts to control competition among rival dealers, assure the quality of goods and services, discipline the work force, and protect the participants from hostile elements [z. B. Informanten, verdeckte Ermittler; Anm. C. B.] within that environment“ (Sommers/Baskin 1997: 845).

Andererseits wird Gewalt im Rahmen des Drogenhandels von ihnen als umfassender und strukturbedingt gedacht – als Ausdruck genereller Gewaltstrukturen in einkommensschwachen Nachbarschaften, in denen körperliche Durchsetzungskraft als Mittel zur Konfliktlösung erlernt und reproduziert wird. Sommers/Baskin gehen davon aus, dass nicht der Drogenhandel an sich zur Gewaltbereitschaft führt und die daran Beteiligten nicht nur im Kontext des Handelsgeschehens Gewalt ausüben, sondern die Drogenökonomie einen Subbereich eines größeren Kontextes darstellt, der sich generell durch eine hohe Bedeutung von Gewalt auszeichnet.

Zusammenfassend lassen sich relativ uneinheitliche Forschungsergebnisse zur Beteiligung von Frauen am Handelsgeschehen in New York erkennen. Während Sommers/Baskin (1996) eine Veränderung der Rolle von Frauen in der Drogendistribution und eine Auflösung der geschlechtsspezifischen Handelshierarchie im Zuge der Verbreitung von Crack konstatieren, gehen beispielsweise Maher/Daly (1996) davon aus, dass sich die Situation von Frauen nicht wesentlich verändert hat. Ihnen zufolge findet die geschlechtsspezifische Diskriminierung im Crackhandel eine Fortschreibung, indem die Geschlechtszugehörigkeit weiterhin die Teilhabe an der Szeneökonomie und die Möglichkeiten der Drogenfinanzierung festlegt. Wieder andere Studien (z. B. Dunlap et al. 1997) kommen zu dem Ergebnis, dass sowohl Veränderungen als auch Kontinuität die Situation von Frauen im Crackhandel kennzeichnen: Veränderungen wer-

den in der erhöhten Partizipation von Frauen durch neu geschaffene frauenspezifische Rollen verortet, während sich die Kontinuität in der Männerdominanz des Handelsgeschehens und den dadurch weiterhin bestehenden Restriktionen für Frauen und ihrer Exklusion aus lukrativen Positionen widerspiegelt.

8.5 Kriminalisierung von Drogenkonsumentinnen

Insgesamt offenbaren die für die Metaanalyse herangezogenen Studien ein hohes Maß an Kriminalisierungserfahrungen – mehr als drei Viertel (77%) bis zu 95% der Frauen wurden schon einmal festgenommen und ein Großteil von ihnen war schon einmal inhaftiert.

In der Studie von El-Bassel et al. (2001) war ein Sechstel der Frauen im zurückliegenden Jahr festgenommen worden, bei Nuttbrock et al. (2004) liegt dieser Anteil, bezogen auf den zurückliegenden Monat, sogar bei einem Viertel. Unter den von Miller/Neaigus (2002) befragten Frauen waren 56% schon einmal wegen Drogenhandelsaktivitäten, 48% für den Besitz von Drogen, 28% wegen Diebstahl und weitere 8% wegen ihrer Prostitutionstätigkeit festgenommen worden.

Roche et al. (2005) beleuchten die verschiedenen Strategien von Frauen, um das Risiko für eine Festnahme und Inhaftierung im Rahmen der Beschaffungsprostitution und des Drogenhandels zu senken. Sie kommen dabei zu dem Ergebnis, dass für viele Drogenprostituierte diesbezüglich vor allem der Aufbau eines festen Kundenstamms entscheidend ist. Da sich Termine mit Stammfreiern telefonisch verabreden lassen, können die Frauen ihre Präsenz auf dem Straßenstrich reduzieren und geraten damit weniger in den Blick der Strafverfolgungsbehörden. Andere der von Roche et al. interviewten Frauen versuchten, möglichst unauffällig der Straßenprostitution nachzugehen, indem sie ihr Aussehen und Verhalten an die Umgebung anpassten. Um das Inhaftierungsrisiko bezüglich des Drogenhandels zu reduzieren, verkaufte ein Teil der Frauen nur an ihnen bekannte Personen, andere vertrauten vor allem auf ihre Erfahrung und Fähigkeit, Undercover-Polizisten identifizieren zu können. Darüber hinaus versuchten die Frauen, verschiedene Vereinbarungen mit Käufern oder anderen Dealern zu treffen, mit denen sie den Drogenhandel auf der Straße weitgehend vermeiden konnten. Dies beinhaltete unter anderem den Einsatz von Pager-Geräten zur Terminabsprache, das Ausweichen auf Nachbarschaften mit einer geringeren Polizeipräsenz oder die Entwicklung eines komplexen Codesystems.

Trotz der verschiedenen Strategien der Frauen, das Risiko für eine Festnahme und Inhaftierung zu senken, liegt in der Mehrheit der Studien der Anteil derjenigen, die schon einmal im Gefängnis waren, bei über 70% bis 85%. Geringere Werte lassen sich lediglich in den Untersuchungen von Davis et al. (2003) und Neaigus et al. (2007) beobachten, in denen nur rund die Hälfte der Frauen schon einmal eine Haftstrafe verbüß-

te. Auch in der Studie von Miller/Neaigus (2002) waren „nur“ knapp zwei Drittel (64%) der Frauen schon einmal im Gefängnis. Bei Sommers/Baskin (1997) ergibt sich eine durchschnittliche Inhaftierungsdauer der Frauen von insgesamt 20 Monaten, in der Untersuchung von Maher (1997) war jede sechste Frau für insgesamt mehr als fünf Jahre in Haft. Ein Fünftel der von Nuttbrock et al. (2004) befragten Frauen war anstelle einer Gefängnisstrafe zum Zeitpunkt der Datenerhebung in ein „drug court“-Programm eingebunden.

Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich in den Studien einheitlich darin, dass mehr Männer als Frauen schon einmal eine Haftstrafe verbüßt haben. Die entsprechenden Anteile unter den männlichen Befragten liegen hierbei um 11 bis 20 Prozentpunkte über denen der weiblichen Befragten. Keine Differenzen lassen sich hingegen für den Anteil derjenigen beobachten, die schon einmal festgenommen wurden. Offenbar führen damit die Festnahmen von Männern, aufgrund der Schwere der Delikte, häufiger zu einer Gefängnisstrafe als dies bei Frauen der Fall ist.

8.6 Gesundheitliche Situation

Bezüglich der gesundheitlichen Situation von Drogenkonsumentinnen in New York fokussieren die ausgewerteten Studien fast ausschließlich auf den HIV- und Hepatitis-Infektionsstatus. Die HIV-Infektionsrate unter New Yorker Drogenkonsumentinnen liegt in den Untersuchungen zwischen 13% und 43%, wobei sich, vergleichbar mit der Situation in Frankfurt, ein tendenzieller Rückgang des Anteils an HIV-positiven Frauen im Zeitverlauf abzeichnet. In den neueren Untersuchungen von Neaigus et al. (2007) sowie Frajzyngier et al. (2007), in die ausschließlich Konsumentinnen einbezogen wurden, die seit maximal sechs Jahren Drogen injizierten, waren lediglich 4% bzw. 1% mit HIV infiziert.

Das HIV-Risiko ist wesentlich durch die Lebenssituation von Drogenkonsumentinnen, ihre Konsumgewohnheiten und Formen der Drogenfinanzierung sowie durch die Strafverfolgung beeinflusst. In der Untersuchung von Davis et al. (2003) waren Frauen, die intravenös Drogen konsumierten, dreimal häufiger mit HIV infiziert als nicht i.v. Konsumentinnen. Unter denjenigen, die sich über die Beschaffungsprostitution oder den Drogenhandel finanzierten oder die mehrere Sexpartner hatten, lag der Anteil an HIV-Positiven jeweils doppelt so hoch, wie unter Frauen, die andere Einkommensquellen nutzten bzw. Sexualkontakte mit nur einem Mann hatten. Eine signifikant höhere HIV-Prävalenz wiesen zudem Frauen auf, die schon einmal festgenommen worden waren oder eine Gefängnisstrafe verbüßt hatten. Gleiches traf auf Frauen zu, die in den zurückliegenden zwei Jahren körperliche Gewalt erlebt hatten. Davis et al. schlussfolgern, dass mit der Anzahl der Risikofaktoren (i.v. Konsum, Drogenprostitution, verschiedene Sexpartner, Beteiligung am Drogenhandel, Gewalt- und Inhaftie-

rungserfahrungen etc.) die HIV-Infektionsrate deutlich ansteigt. Während unter Frauen mit nur einem Risikofaktor lediglich ein Zehntel mit HIV infiziert war, stieg dieser Anteil mit der Anzahl von Risikofaktoren auf die Hälfte an. Keinen Zusammenhang ermittelt die Studie hingegen zwischen dem Konsum von Crack und einer HIV-Infektion. Dieses Ergebnis weicht deutlich von den Beobachtungen anderer Studien ab, die für Frauen eine enge Verknüpfung zwischen sexuellem Risikoverhalten bzw. einer hohen HIV-Infektionsrate und dem Crackgebrauch herstellen (vgl. Kap. 4.4.2).

Auch in der Studie von Absalon et al. (2006) war der Konsum des Kokainderivats nicht mit einer höheren HIV-Rate assoziiert und auch für den intravenösen Drogengebrauch und eine HIV-Infektion wurde kein Zusammenhang festgestellt. Die Forschergruppe geht diesbezüglich davon aus, dass sich drogenbezogene Risikoverhaltensweisen unter i.v. Konsumentinnen deutlich reduziert haben. Eine nach wie vor hohe Verbreitung scheint hingegen das sexuelle Risikoverhalten zu erfahren. Ein positiver HIV-Status der Frauen war in der Studie vor allem mit einem HIV-infizierten Beziehungspartner und wechselnden Sexualpartnern, die häufig ebenfalls Drogenkonsumenten waren, assoziiert. Neaigus et al. (2007) kommen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass eine HIV-Infektion bei Frauen mit der Anzahl der Sexpartner korreliert. In ihrer Untersuchung waren 15% der Frauen, die mehr als 40 verschiedene Sexpartner in ihrem Leben hatten, HIV-positiv, während Gleiches nur auf 1% der Frauen mit weniger als 40 Sexpartnern zutraf. Darüber hinaus war ein Fünftel der Frauen, die sich schon einmal prostituiert hatten, mit HIV infiziert. Unter denjenigen, die keine Prostitutionserfahrungen hatten, war hingegen keine Frau HIV-positiv.

Der Anteil für eine Hepatitis-B-Infektion liegt in der Mehrheit der Studien bei etwa einem Zehntel. In der Studie von McMahon et al. (2006) waren jedoch 40% der Frauen und in der Untersuchung von Tortu et al. (2003), in die ausschließlich i.v. Konsumentinnen einbezogen wurden, sogar 80% mit einer Hepatitis B infiziert. Neaigus et al. (2007) stellen auch hier einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl an Sexualpartnern und dem Vorliegen einer Hepatitis B fest. Während nur jede elfte Frau, die weniger als 40 Sexpartner im Leben hatte, an einer Hepatitis B erkrankt war, war es unter den Frauen mit mehr als 40 Sexpartnern knapp jede vierte (23%). Eine höhere Hepatitis-B-Infektionsrate offenbarte sich darüber hinaus – mit 24% gegenüber 7% – für Frauen, die schon einmal einen mit HIV oder Hepatitis infizierten Sexpartner hatten. Ferner waren Frauen, die jemals in Form des „frontloading“ oder „backloading“ Drogen aus einer Spritze mit anderen geteilt hatten, mit 24% gegenüber 8% derjenigen ohne ein solches Risikoverhalten, häufiger an einer Hepatitis B erkrankt. Und auch Frauen, die schon einmal als Prostituierte gearbeitet hatten, wiesen eine höhere Infektionsrate auf (Prostituierte: 29% vs. Nicht-Prostituierte: 8%).

Die Hepatitis-C-Infektionsrate unter Frauen liegt in den Untersuchungen zwischen 20% und 42%. Eine Ausnahme bildet erneut die Studie von Tortu et al. (2003), in der

70% der Frauen an einer Hepatitis C erkrankt waren. Nach den Ergebnissen von Neaigus et al. (2007) besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer Hepatitis C und einem häufigen i.v. Konsum. Von den Frauen, die häufiger als 300 Mal in ihrem Leben injiziert hatten, waren nahezu drei Fünftel (57%) an einer Hepatitis C erkrankt, während dies für Frauen mit weniger als 300 Injektionseinheiten lediglich auf ein Sechstel zutraf. Auch bei denjenigen, die seit mehr als zwei Jahren intravenös konsumierten, lag mit 50% signifikant häufiger eine Hepatitis C vor, als bei den Frauen mit einer kürzeren Dauer des i.v. Konsums (36%). Eine signifikant höhere Infektionsrate wiesen zudem Frauen auf, die schon einmal einen mit Hepatitis oder HIV infizierten Sexualpartner hatten (70% vs. 32% der Frauen ohne infizierten Sexpartner) und schon einmal der Prostitution nachgegangen waren (67% vs. 37% der Frauen ohne Prostitutionserfahrungen). Ein deutlicher, wenn auch nicht signifikanter Unterschied offenbart sich darüber hinaus für das Teilen von Drogen aus einer Spritze („frontloading“ oder „backloading“): Unter den Frauen, die jemals ein derartiges Risikoverhalten praktiziert hatten, war rund die Hälfte (53%) mit einer Hepatitis C infiziert, unter denjenigen ohne ein derartiges Risikoverhalten waren es hingegen nur knapp zwei Fünftel (39%).

Tortu et al. (2004) ermitteln ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer HIV- und einer Hepatitis-C-Infektion. In ihrer Studie waren HIV-positive Frauen 4,5-mal häufiger mit einer Hepatitis C infiziert als HIV-negative Frauen. Auch das Teilen von Drogenparaphernalia für den nasalen oder inhalativen Konsum (Röhrchen, Pfeife etc.) unter nicht i.v. Konsumentinnen geht nach Tortu et al. mit einer höheren Hepatitis-C-Infektionsrate einher. In ihrer Studie waren 29% der Frauen, die schon einmal Zubehör für den nicht-intravenösen Drogenkonsum mit anderen geteilt hatten, an einer Hepatitis C erkrankt. Noch höher lag die Infektionsrate mit 40% für jene, die mit einem i.v. Konsumenten Utensilien für den nasalen oder inhalativen Drogenkonsum gemeinsam benutzt hatten. Umgekehrt waren nur 11% der Frauen, die noch nie nicht-i.v. Konsumzubehör mit anderen geteilt hatten, an einer Hepatitis C erkrankt. Unter den Frauen, die noch nie mit einem i.v. Konsumenten Utensilien für den nasalen oder inhalativen Gebrauch geteilt hatten, waren es 17%.

Einzig die Untersuchung von Kang/Deren (2009) gibt über den Infektionsstatus hinausgehende Einblicke in die gesundheitliche Situation von Drogenkonsumentinnen in New York. Insgesamt wies die Hälfte der von ihnen befragten Frauen einen schlechten Gesundheitszustand auf. Vier Fünftel der Frauen gaben an, unter Depressionen zu leiden, und drei Fünftel berichteten über chronische gesundheitliche Beschwerden. Mehr als drei Viertel der Frauen (77%) hatten sich im zurückliegenden Jahr medizinisch behandeln lassen, jedoch war lediglich gut ein Viertel aufgrund von Depressionen in Behandlung. Den Hintergrund für die geringe Behandlungsanspruchnahme bei psychischen Beschwerden vermuten Kang/Deren einerseits in der gesellschaftlichen Stigmatisierung derartiger Probleme, andererseits aber auch darin, dass die Kosten für thera-

peutische Behandlungen oftmals nicht von der Krankenversicherung getragen werden. Einen signifikanten Zusammenhang stellt die Studie zwischen dem Vorliegen chronischer Erkrankungen und dem Auftreten von Depressionen fest.

Genderspezifische Unterschiede präsentieren sich in den Studien relativ übereinstimmend darin, dass drogenkonsumierende Männer seltener als drogenkonsumierende Frauen mit HIV infiziert sind – die HIV-Infektionsrate liegt für Männer zwischen 2% und 26%, für Frauen zwischen 1% und 43%. Männer sind hingegen häufiger als Frauen an einer Hepatitis B erkrankt, während ein höherer Anteil der Frauen eine Hepatitis-C-Infektion aufweist. So waren in den Studien von Frajzyngier et al. (2007) und Neai-gus et al. (2007) die Hepatitis-B-Infektionswerte der Männer doppelt so hoch wie die der Frauen (Männer: 22% bzw. 24% vs. Frauen: 10% bzw. 12%), während sich das Geschlechterverhältnis für eine Hepatitis C in etwa umgekehrt darstellte (Frauen: jeweils 42% vs. Männer: 24% bzw. 27%). Bei Kang/Deren (2009) waren 41% der Frauen und 47% der Männer mit einer Hepatitis B oder C infiziert.

Im Hinblick auf die allgemeine gesundheitliche Situation offenbaren sich in der Untersuchung von Kang/Deren (2009) größere Anteile unter den Frauen, die einen schlechten Gesundheitszustand aufweisen (Frauen: 50% vs. Männer: 36%), unter chronischen Krankheiten leiden (Frauen: 74% vs. Männer: 60%) und stärker von Depressionen betroffen sind (Frauen: 81% vs. Männer: 69%). Mehr Frauen als Männer nahmen aber auch medizinische (Frauen: 77% vs. Männer: 69%) und therapeutische Behandlungen (Frauen: 27% vs. Männer: 19%) in Anspruch, wenngleich die Nutzung psychologischer Behandlungen bei Depressionen für beide Geschlechter vergleichsweise gering war. Unter HIV-Infizierten ließ sich hingegen eine höhere Inanspruchnahme medizinischer Behandlungen für Männer beobachten. Während 83% von ihnen im zurückliegenden Jahr einen Arzt aufgesucht hatten, traf dies nur auf 72% der Frauen zu.

Im Vergleich zu Frankfurt zeichnet sich für Drogenkonsumentinnen in New York, insbesondere wohl auch aufgrund einer schlechteren medizinischen Versorgungslage, eine deutliche niedrigere Inanspruchnahme ärztlicher Behandlungen ab.

8.7 Inanspruchnahme drogenspezifischer Behandlungsangebote

In den hier ausgewerteten Studien lässt sich eine relativ hohe Nutzung abstinenzorientierter Behandlungsangebote unter den Frauen beobachten. In der Untersuchung von Nuttbrock et al. (2004) hatten jeweils knapp zwei Drittel der Frauen (65%) schon einmal eine stationäre Entgiftung oder eine Drogenbehandlung (ambulante oder stationäre Therapie, „12-Schritte“-Programm; vgl. Kap. 3.3.2) durchgeführt, jedoch war nur knapp ein Drittel (31%) der Heroinkonsumentinnen schon einmal substituiert worden.

Bei Davis et al. (2005) gaben 81% der Frauen Behandlungserfahrungen an und 5% der von Neaigus et al. (2007) befragten Frauen befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung in einer Drogenbehandlung. Nuttbrock et al. (2004) heben hervor, dass die mobile Straßensozialarbeit²⁰⁴ eine wichtige und effektive Methode darstellt, um Beschaffungsprostituierte in Hilfeangebote zu vermitteln. Im Verlauf der Studie hatte gut ein Drittel der Frauen (35%) eine Entgiftungsbehandlung durchgeführt und 43% der Heroinkonsumentinnen konnten in eine Methadonbehandlung vermittelt werden. Von den Frauen, die eine Entgiftung gemacht hatten, nahm die Hälfte weiterführende therapeutische Behandlungsangebote in Anspruch. Diejenigen, die keine weiteren Hilfeangebote nutzten, nannten am häufigsten als Grund hierfür ein mangelndes Bedürfnis oder Interesse. Insgesamt konnten im Verlauf der Studie rund drei von fünf Frauen (62%) in eine drogenbezogene Behandlung (Entgiftung, Substitution, Therapie oder Selbsthilfegruppe) vermittelt werden. Frauen, die schon einmal eine stationäre Entgiftung durchgeführt hatten, begaben sich doppelt so häufig in eine Entgiftungsbehandlung wie Frauen ohne derartige Behandlungserfahrungen. Nahezu dreimal häufiger konnten Frauen, die eine starke Abhängigkeit von Heroin empfanden, in eine Entgiftung vermittelt werden. Der Beginn einer Substitutionsbehandlung erfolgte besonders häufig wegen einer justiziellen Auflage, während die Aufnahme weiterer therapeutischer Behandlungsangebote vor allem bei Frauen geschah, die älter waren und schon einmal eine Drogentherapie in Anspruch genommen hatten. Nur vergleichsweise selten konnten Frauen, die stark in die Beschaffungsprostitution involviert waren, in Drogenbehandlungsangebote vermittelt werden. Eine hohe Frequenz der Sexarbeit, so die Schlussfolgerung von Nuttbrock et al., stellt somit eine wesentliche Barriere für die Inanspruchnahme von Hilfeangeboten dar. Umgekehrt erhöhen vorherige Behandlungserfahrungen die Wahrscheinlichkeit dafür, dass Hilfeangebote erneut bzw. weiterhin genutzt werden. Dass ein relevanter Anteil der Frauen schon einmal in einer Entgiftung war, substituiert wurde und im Verlauf der Studie in eine Drogenbehandlung vermittelt werden konnte, führt die Forschergruppe darauf zurück, dass in New York eine vergleichsweise hohe Zahl an Behandlungsplätzen (primär: Entgiftung und Substitution) existiert, die über „Medicaid“ finanziert werden und daher mit keinen oder nur geringen Kosten für Drogenkonsumierende verbunden sind.

Nur vergleichsweise gering fallen die genderspezifischen Differenzen bezüglich der Einbindung in Drogenbehandlungen aus. In der Studie von Davis et al. (2005) hatten rund 80% der Frauen und 70% der Männer schon einmal eine drogenbezogene Behandlung durchgeführt. Alle anderen Studien beinhalten keine Informationen zu geschlechterbezogenen Aspekten der Behandlungsinanspruchnahme.

²⁰⁴ Zum Beispiel werden die Standorte der Frauen mit einem Bus angefahren, in dem sich die Prostituierten aufwärmen oder Gespräche mit Sozialarbeiterinnen in Anspruch nehmen können.

8.8 Vergleich der Ergebnissen für New York und Frankfurt

Werden die Ergebnisse der New Yorker Studien und die Ergebnisse zur Frankfurter Drogenszene vergleichend betrachtet, so lässt sich ein prägnantes übereinstimmendes Merkmal in der geschlechtsspezifischen Prägung des Szenealltags erkennen. In New York wie in Frankfurt bestimmt die Geschlechterhierarchie die Geschehnisse in der Drogenszene und weist Frauen eine niedrige Position in der Szeneökonomie und der Szenehierarchie zu. Noch stärker als die formelle Ökonomie scheint die informelle Ökonomie genderspezifisch geprägt und hohe Statuspositionen Männern vorbehalten zu sein. Die patriarchalen Gesellschaftsstrukturen und die traditionellen Geschlechterstereotype spiegeln sich somit im Drogenmilieu beider Städte in überspitzter Form wider. Dass Frauen durch diese Umstände stärker psychisch und physisch belastet sind als Männer, ist keineswegs überraschend – zumal das Szeneleben durch ein hohes Maß an Gewalt und das „Recht des Stärkeren“ als „typisch männliche“ Machtmechanismen geprägt ist. In ihrer gegenwärtigen Lebenssituation erfahren die Frauen Gewalt vor allem durch andere Szeneangehörige und Freier. Aber auch im Rahmen des Drogenhandels sind sie gewalttätigen Übergriffen ausgesetzt, müssen aber auch immer wieder selbst Gewalt ausüben. Für Drogenkonsumentinnen in New York zeigt sich weiterhin, dass sie häufig durch ihren Beziehungspartner Gewalt erleben. Ansatzweise ist dies auch für Frankfurt zu beobachten, wenngleich hier die Frauen vor allem über psychische Gewalt durch ihren Partner berichten. Ein relevanter Teil der Frauen in New York und Frankfurt hat darüber hinaus bereits in der Kindheit oder Jugend körperliche und/oder sexuelle Übergriffe erlebt. Eine weitere Gemeinsamkeit zwischen beiden Städten scheint die gegenseitige Diskreditierung unter den Frauen – und hier vor allem unter der Beschaffungsprostituierten – zu sein. Die gegenseitige Herabwürdigung kann dabei als wesentlicher Effekt der Diskriminierung gewertet werden, die drogenkonsumierende Frauen in der Gesellschaft und in der Drogenszene erfahren. Für New York wird jedoch, im Unterschied zu Frankfurt, durchaus auch eine gewisse Solidarität und Kollektivität in Subgruppen von Drogenprostituierten beobachtet. Ein weiterer Unterschied, der hieran anknüpft, scheint bezüglich der sozialen Netzwerke von Drogenkonsumentinnen zu bestehen. Während die Situation von Frauen in der Frankfurter Drogenszene häufig durch Vereinsamung charakterisiert ist und viele als Einzelgängerinnen ihren Alltag bewältigen, verfügen Drogenkonsumentinnen in New York offenbar eher über (unterstützende) soziale Kontakte. Dies wird beispielsweise daran deutlich, dass sie häufiger als die Frauen in Frankfurt finanziell von Freunden oder ihrer Familie unterstützt werden und hier auch temporär Obdach finden, ein wesentlicher Teil von ihnen die Beziehung zu einem Mann nutzt, um sich gewisse Ressourcen zu sichern oder auch, dass sich Frauen zusammenschließen, um kurzfristig in den Drogenhandel einzusteigen. Ein wesentlicher Erklärungshintergrund für diese Unterschiede lässt sich darin vermuten, dass sich die New Yorker Drogenkonsumentinnen meist nach wie vor

in ihrer gewohnten Umgebung bewegen, d. h. in den Nachbarschaften, in denen sie auch aufgewachsen sind. Für die Frauen in Frankfurt ist die Integration in die Drogenszene hingegen mit der Herauslösung aus ihrem bisherigen sozialen Umfeld verbunden.

Vergleichbar mit Frankfurt ist die soziale Situation von Drogenkonsumentinnen in New York prekär. Ihr Bildungsniveau ist niedrig und nur selten verfügen die Frauen über eine Berufsqualifikation. Die meisten sind arbeitslos und ein relevanter Teil von ihnen hat noch nie im formellen Sektor gearbeitet. In den Stadtvierteln, in denen die Frauen leben und aufgewachsen sind, nimmt die informelle Ökonomie einen zentralen Stellenwert ein. Die Frauen sind in diese Strukturen hineingewachsen und haben sich die entsprechenden Kompetenzen angeeignet, um die informellen Einkommensmöglichkeiten zu nutzen. Aufgrund ihrer geringen Chancen auf einen lukrativen Erwerb im legalen Arbeitsmarkt findet bei ihnen eine Finanzierung über informelle Quellen teilweise schon vor dem Einstieg in den Drogenkonsum statt. Hierin zeigt sich ein deutliches Differenzierungsmerkmal zu den Frauen in Frankfurt, die in der Regel erst mit dem Einstieg in den Drogenkonsum illegale Einkommensmöglichkeiten nutzen. Dieser Unterschied ist als Indiz für die differenten gesellschaftlichen Bedingungen in Deutschland und den USA, insbesondere für die generell hohe Bedeutung, die die informelle Ökonomie in den Ghettos US-amerikanischer Großstädte einnimmt, zu werten. Im Vergleich zu Frankfurt zeigt sich weiterhin, dass tendenziell mehr Drogenkonsumentinnen in New York keinen Schulabschluss haben und arbeitslos sind. Zudem lässt sich unter ihnen ein etwas höherer Anteil an Müttern beobachten, wenngleich sich deutliche Parallelen zwischen beiden Städten hinsichtlich der Kinderversorgung abzeichnen. Diese wird nur selten von den Kindsvätern, sondern hauptsächlich von anderen Familienangehörigen übernommen, ein Teil der Kinder ist aber auch institutionell untergebracht. Der Anteil an Obdachlosen stellt sich in Frankfurt und New York – gemessen an dem Durchschnittswert der verschiedenen New Yorker Forschungsarbeiten und dem zusammengenommenen Anteil an obdachlosen und in einer Notunterkunft untergebrachten Frauen in Frankfurt – etwa gleich dar. Für Drogenkonsumentinnen in New York werden jedoch alternative Wohnformen beobachtet, die so in Frankfurt nicht existieren. Dies betrifft die temporäre Unterkunft in einem Crack- oder Freakhaus oder einer „shooting gallery“ – derartige illegale Konsum- und Prostitutionsstätten gibt es in Frankfurt nicht. Außerdem scheint für New Yorker Drogenkonsumentinnen dem Wohnen bei einem Sozialfreier eine wichtigere Bedeutung zuzukommen, während Notunterkünfte seltener von ihnen genutzt werden. Anders als in Frankfurt existieren in New York im Rahmen einer niedrigschwelligen Drogenhilfe aber auch keine Notschlafunterkünfte für Drogenkonsumierende, sodass die New Yorkerinnen stärker darauf angewiesen sind, andere Wege zu finden, um sich ein Dach über dem Kopf zu sichern.

Richtet sich der Blick auf die Konsummuster, so zeigen sich relativ deutliche Differenzen zwischen beiden Städten. Auffällig ist vor allem die geringere Prävalenz bzw. der Rückgang des i.v. Konsums in New York. Dieser Unterschied lässt sich wohl vor allem auf Entwicklungen des New Yorker Schwarzmarktgeschehens und hier insbesondere auf die gestiegene und im Vergleich zu Frankfurt deutlich höhere Qualität von Heroin – als die Substanz, die in New York primär mit der intravenösen Applikationsform assoziiert ist – zurückführen. Während in Deutschland der Reinheitsgehalt des Straßen-Heroins seit Ende der 1990er Jahre zwischen 15% und 21% schwankt und auch für Frankfurt von einem Wirkstoffgehalt von etwa 20% ausgegangen wird (vgl. Pfeiffer-Gerschel et al. 2010: 209f.), enthält das in New York gehandelte Heroin einen Wirkstoffgehalt von 40% bis 60%. Durch diesen relativ hohen Reinheitsgehalt werden risikoärmere, nicht-intravenöse Konsumformen begünstigt. Auch der Konsum von Benzodiazepinen scheint in New York weniger verbreitet zu sein. Möglicherweise ist auch dies im Zusammenhang mit einer besseren Qualität von Heroin zu sehen, wodurch ein substitutiver oder ergänzender Konsum sedierender Medikamente weniger notwendig ist. Auch lässt sich insgesamt ein geringeres Ausmaß des polyvalenten Substanzgebrauchs in New York beobachten. Anders als in Frankfurt nehmen Heroin und Crack offenbar nur selten einen gleichwertigen Stellenwert im Konsummuster der Frauen ein, vielmehr ist der Drogenkonsum eindeutig durch die eine oder andere Substanz dominiert. Dieser Unterschied könnte zum einen auf eine stärkere Segmentierung der Drogenmärkte in New York hindeuten, zum anderen könnten hierfür differente subkulturelle Routinen eine Rolle spielen. Ein wesentliches Differenzierungsmerkmal zwischen beiden Städten lässt sich für den intravenösen Crackkonsum feststellen, der in New York fast gar nicht praktiziert wird, in Frankfurt hingegen eine hohe Verbreitung erfährt. Diese Diskrepanz kann unter anderem mit der generell hohen Bedeutung des i.v. Konsums in der Frankfurter Drogenszene erklärt werden, in der auch die gemeinsame Injektion von Heroin und Kokain(-produkten) weiter verbreitet zu sein scheint als in New York. Eventuell hat sich aber auch die i.v. Applikation von Crack schlicht (noch) nicht als subkulturelle Praxis in New York durchgesetzt. Übereinstimmend für beide Städte lässt sich hingegen eine im Vergleich zu Männern höhere Prävalenz bzw. Intensität des Crackgebrauchs unter Frauen feststellen. Ferner findet sowohl in New York als auch in Frankfurt der Einstieg in den Drogenkonsum bei einem Großteil der Frauen über ihren Beziehungspartner statt. Und auch die Daten zu den Einstiegsverläufen in den Drogengebrauch und die Dauer des Drogenkonsums unterscheiden sich nicht wesentlich: Das durchschnittliche Einstiegsalter in den Cannabiskonsum liegt für Frauen in New York und Frankfurt bei 15 Jahren, der erstmalige Konsum von Kokain fand unter den Frankfurter Befragten durchschnittlich mit 19 Jahren, der von Heroin mit 20 Jahren statt. In New York liegt das Einstiegsalter der Frauen in den Heroin- und Kokaingebrauch im Schnitt bei jeweils 21 Jahren. Crack wurde von den Frauen in Frank-

furt im Mittel das erste Mal mit 26 Jahren, von den New Yorkerinnen mit 25 Jahren konsumiert. Die durchschnittliche Konsumdauer ist mit jeweils 12 Jahren für Heroin und Kokain sowie 8,5 Jahren für Crack in New York etwas niedriger als in Frankfurt. Hier konsumieren die im Jahr 2008 befragten Frauen durchschnittlich seit 15 Jahren Heroin, seit 14 Jahren Kokain und seit 8,5 Jahren Crack. Zu berücksichtigen sind hierbei jedoch die unterschiedlichen Erhebungszeiten sowie die in Frankfurt gestiegene Dauer des Konsums „harter“ Drogen seit Mitte der 1990er Jahre (vgl. Kap. 7.3.1).

Eine weitere Parallele zwischen beiden Städten zeigt sich darin, dass Frauen häufiger als Männer ein drogenbezogenes Risikoverhalten praktizieren. Die New Yorker Forschungsarbeiten kommen dabei zu dem Ergebnis, dass ein riskanter Drogenkonsum von Frauen eng mit einer Partnerschaft zu einem Drogenkonsumenten verknüpft ist. Riskante Konsumpraktiken, wie die gemeinsame Benutzung von Spritzenutensilien, resultieren zwar teilweise aus Notsituationen, sie dienen jedoch auch zur Bekräftigung und Festigung sozialer Beziehungen und hier vor allem von Partnerschaften. Auch eine intensive polizeiliche Kontrollaktivität fördert riskante Konsumpraktiken und wirkt sich offenbar wiederum negativer auf Frauen als auf Männer aus.²⁰⁵

Hinsichtlich der Finanzierungsmuster lässt sich feststellen, dass Drogenkonsumentinnen in New York seltener als die Frankfurter Befragten staatliche Hilfeleistungen erhalten, demgegenüber häufiger durch ihre Familie, Freunde oder ihren Partner finanziell unterstützt werden. Des Weiteren scheinen instrumentelle Beziehungen zu einem männlichen Versorger für die New Yorkerinnen eine bedeutsamere Finanzierungsstrategie zu sein. Auch die Anteile der Frauen, die in den Drogenhandel involviert sind und/oder der Beschaffungsprostitution nachgehen, sind in New York höher als in Frankfurt. Angesichts der geringen sozialstaatlichen Absicherung in den USA scheinen Drogenkonsumentinnen in New York somit verstärkt auf illegale Einkommensmöglichkeiten zurückzugreifen. Übereinstimmend zeigt sich für beide Städte ein hoher Crackkonsum unter jenen Frauen, die der Beschaffungsprostitution nachgehen. Darüber hinaus werden mit dem Aufkommen von Crack deutliche Veränderungen der Situation auf dem Drogenstrich (primär: verstärkte Konkurrenz, Preisrückgang, riskante Sexpraktiken) in Frankfurt und New York beobachtet. Nur im Ansatz vergleichbar ist die Herausbildung des „sex-for-crack“-Phänomens, das sich zwar auch in der Frankfurter Drogenszene zeigt, in New York jedoch ein größeres Ausmaß erreicht und insbesondere durch die Crackhäuser eine gänzlich andere Prägung und Organisation erfährt.

Übereinstimmungen zwischen New York und Frankfurt offenbaren sich auch im Hinblick auf die Beteiligung von Frauen am Drogenhandelsgeschehen und die Veränderungen, die sich durch Crack ergeben haben. Augenscheinlich gestalten sich die

²⁰⁵ Ein Unterschied zwischen beiden Städten betrifft das Desinfizieren gebrauchter Spritzen mit Bleichmitteln. In New York ist dies, aufgrund der geringeren Verfügbarkeit steriler Spritzen, gängige Praxis und auch die Spritzentauschprogramme verteilen so genannte „bleach kits“. In Frankfurt spielt diese Methode dagegen mittlerweile keine Rolle mehr.

Zugangswege zum Handel mit Crack einfacher als bei Heroin, woraus eine erhöhte weibliche Partizipation am Distributionsgeschehen resultiert. Gleichzeitig bleibt diese Beteiligung von Frauen jedoch weit überwiegend auf die untere Handelsebene beschränkt. Für New York werden außerdem neue, frauenspezifische Rollen im Crackhandel identifiziert, die in erster Linie auf eine zunehmende Überschneidung von Drogenhandel und Prostitution verweisen. Sehr unterschiedlich stellt sich wiederum die Organisation des Crackhandels in Frankfurt am Main und New York City dar. Während das Handelssystem in New York profitorientiert organisiert und durch eine komplexe Arbeitsteilung und ein vielschichtiges Rollensystem charakterisiert ist bzw. aufgrund des strafrechtlichen Verfolgungsdrucks mittlerweile „verborgener“ stattfindet, ist der Crackhandel in Frankfurt durch eine relativ hohe Sichtbarkeit und eine Vielzahl an Kleinstdealern gekennzeichnet, die im Sinne des „freelance“-Modells immer wieder temporär in das Handelsgeschehen involviert sind.

Eine nicht unwichtige Bedeutung für das Finanzierungsmuster von Drogenkonsumentinnen in New York erhält die Bereitstellung von Utensilien zum Drogengebrauch, in erster Linie von Injektionsbesteck. Für Frankfurt ist diese Finanzierungsstrategie nicht zu beobachten. Dieses Ergebnis ist insofern nicht überraschend, als die schlechtere Verfügbarkeit von Spritzutensilien sowie das Fehlen von legalen bzw. tolerierten Konsumorten in New York zur Ausbildung von informellen Rollen im Rahmen der Szeneökonomie führt, die diese Nachfrage und Bedürfnisse von Drogenkonsumierenden decken. Dies gilt nicht nur für das Verleihen oder den Verkauf von Spritzutensilien, sondern beispielsweise auch für das Betreiben von „shooting galleries“ oder Crackhäusern – wenngleich sich Frauen als Betreiberinnen derartiger illegaler Konsumstätten nur selten etablieren können. Die Bereitstellung von Spritzbesteck bietet anderen Drogenkonsumierenden auch einen gewissen Schutz vor Strafverfolgung, da sie es hierdurch vermeiden können, Spritzen bei sich zu tragen. Dieser Faktor hat vermutlich, trotz der Änderung des „Public Health Law“ und des „New York Penal Law“, nicht an Relevanz verloren, da nach wie vor bezüglich des Besitzes von Injektionsbesteck eine hohe Rechtsunsicherheit besteht.

Die Ergebnisse zur Kriminalisierung von drogenkonsumierenden Frauen in New York und Frankfurt lassen, gemessen an der Hafterschaft, keine bedeutenden Unterschiede erkennen. Dass ein vergleichbarer Anteil der Frauen in beiden Städten schon einmal inhaftiert war, überrascht, hätte doch aufgrund der restriktiveren Drogengesetzgebung eine deutlich höhere Kriminalitätsbelastung für Frauen in New York angenommen werden können.

Im Hinblick auf den Gesundheitszustand der Frauen zeigt sich in beiden Städten ein relativ deutlicher Rückgang der HIV-Infektionsrate seit den 1990er Jahren. Vergleichbar sind auch die Anteile an HIV-positiven Drogenkonsumentinnen im Zeitverlauf. Während für New York die HIV-Rate unter drogenkonsumierenden Frauen zwi-

schen 43% (in älteren Studien) und 13% (in jüngeren Studien) liegt, ist die HIV-Prävalenz in Frankfurt zwischen 1995 und 2008 von 46% auf 12% gesunken. In beiden Städten hat hierfür wohl vor allem die Implementierung von Sprizentauschprogrammen (in Frankfurt auch die Einrichtung von Konsumräumen) eine Rolle gespielt. Für New York dürfte sich auch im Zusammenhang mit dem rückläufigen i.v. Konsum eine Reduzierung der HIV-Infektionsrate ergeben haben. Für eine Hepatitis B weisen die New Yorker Forschungsarbeiten mit Frankfurt vergleichbare Infektionsraten auf, unter i.v. Konsumentinnen ist der Anteil in New York jedoch deutlich höher. Etwas niedriger als in Frankfurt ist die Infektionsrate für eine Hepatitis C, wenngleich die Anteile an Hepatitis-C-Infizierten unter i.v. Konsumentinnen in New York und den Drogenkonsumentinnen in Frankfurt nahezu gleichauf liegen. Im Hinblick auf geschlechtsspezifische Unterschiede lässt sich für beide Städte beobachten, dass Frauen häufiger als Männer mit HIV oder einer Hepatitis C infiziert sind. In New York übertrifft dagegen die Hepatitis-B-Infektionsrate der Männer die der Frauen, während in Frankfurt auch hier die Anteile an Infizierten unter den Frauen etwas höher als unter den Männern sind. Grundsätzlich weisen die Drogenkonsumentinnen in New York eine schlechtere psychische und gesundheitliche Situation als die Frauen in Frankfurt auf. Dies ist wohl vor allem auf die im Vergleich zu Frankfurt schlechtere medizinische Versorgung (auch oder besonders im Rahmen der Drogenhilfe) und den deutlich geringeren Ausbau schadensreduzierender Drogenhilfeangebote in New York zurückzuführen. In diesem Kontext ist insbesondere auch auf die unterschiedliche Ausrichtung der Substitution zu verweisen. In Frankfurt gilt die Substitutionsbehandlung – ebenso wie die staatliche Heroinvergabe – als wichtige Maßnahme zur Stabilisierung des Gesundheitszustands von Drogenkonsumierenden. In New York ist die Substitution demgegenüber vergleichsweise hochschwellig angelegt und zielt kurz- und mittelfristig auf Abstinenz ab. Generell stellen sich die Angebote und die Nutzung der Drogenhilfe in New York und Frankfurt sehr unterschiedlich dar. Während für Drogenkonsumentinnen in Frankfurt die überlebenspraktischen und schadensmindernden Drogenhilfeangebote einen wesentlichen Teil ihrer Alltagswelt ausmachen, existiert ein vergleichbares Angebotsspektrum in New York nicht. Zwar bestehen auch hier einige „harm reduction“-Angebote, diese sind jedoch im Vergleich zu Frankfurt weit weniger ausgebaut und verfügbar. Zudem sind Frauen in New York deutlich seltener als in Frankfurt in eine Substitutionsbehandlung eingebunden. Die Drogenhilfe nimmt damit für New Yorker Drogenkonsumentinnen, die weiterhin illegale Substanzen konsumieren (wollen), einen weitaus geringeren Stellenwert als in Frankfurt ein, da schlicht weniger niedrigschwellige Angebote existieren.

9. Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Mit der hier vorgelegten Studie wurde der Versuch unternommen, die Situation von Konsumentinnen illegaler Drogen in Deutschland und den USA vergleichend zu analysieren und hierüber Einblicke in die Wirkung differenter drogenpolitischer Ansätze auf den Umgang mit illegalisierten Substanzen und die Problemlagen von drogenkonsumierenden Frauen zu gewinnen. Der empirische und analytische Zugang zum Forschungsgegenstand folgte dabei dem Prinzip der Methodentriangulation. Die Kombination quantitativer und qualitativer Verfahren und Perspektiven sollte dazu dienen, sowohl die Makro- als auch die Mikroebene des Phänomens zu erfassen. Einerseits richtete sich der Blick auf die strukturellen, drogenpolitischen Bedingungen und deren Auswirkungen auf der gesellschaftlichen Ebene (Verbreitung des Drogenkonsums, Inanspruchnahme von Behandlungen, Gesundheitsrisiken und Kriminalisierung), andererseits sollten Einblicke in die Spezifika der in diese Strukturen eingebetteten Alltagswelten von Drogenkonsumentinnen der Straßenszene erlangt werden. Die Grenzen der vorliegenden Untersuchung bezüglich der methodischen Zugänge und der Vergleichbarkeit der Ergebnisse wurden in Kapitel 5.5. reflektiert.

Die hier folgende integrierte Ergebnisdarstellung geschieht in der Intention, maßgebliche Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen der Drogengebrauchssituation in Deutschland und den USA und der Alltagswelt von compulsiven Drogenkonsumentinnen in Frankfurt am Main und New York City aufzuzeigen, um hieraus Schlussfolgerungen und Empfehlungen an die Drogenhilfe und die Drogenpolitik ableiten zu können. Auf die erneute Darstellung des konkreten Zahlenmaterials wird an dieser Stelle weitgehend verzichtet, hierfür sei auf die entsprechenden Teilkapitel verwiesen.

Anhand der nationalen, epidemiologischen Daten lässt sich im Vergleich zu Deutschland ein größeres Ausmaß des illegalen Drogenkonsums in den USA ablesen. Dies betrifft sowohl Konsumerfahrungen als auch einen „aktuellen“ Gebrauch, wie er sich anhand der 12-Monats- und 30-Tages-Prävalenz abbildet. Die Unterschiede zwischen beiden Ländern fallen dabei bezüglich eines aktuellen Konsums noch deutlicher als für die Konsumerfahrungen aus (vgl. Kap. 6.1). Hieraus lässt sich schlussfolgern, dass nicht nur ein größerer Anteil der weiblichen US-Bevölkerung mit illegalen Drogen experimentiert, sondern insbesondere ein „regelmäßiger“ Substanzkonsum in den USA weiter verbreitet als in Deutschland ist.

Differenzen lassen sich auch hinsichtlich der konsumierten Substanzen ausmachen. Insbesondere der Konsum anderer illegaler Drogen als Cannabis, und hier vor allem von Kokain und Amphetaminen (aber auch von Ecstasy), erreicht in den USA ein höheres Ausmaß (vgl. Kap. 6.1). Dass der Konsum von Kokain (zum Teil auch von

Crack) und Stimulanzien (wie Amphetaminen) unter US-Amerikanerinnen einen höheren Stellenwert einnimmt, bestätigt sich auch anhand der Behandlungsdaten (vgl. Kap. 6.2).

Im Geschlechtervergleich lässt sich für beide Länder beobachten, dass sowohl Konsumerfahrungen als auch ein fortgesetzter, „aktueller“ Konsum illegaler Substanzen unter Männern weiter verbreitet ist, die Geschlechterunterschiede in den USA diesbezüglich jedoch geringer ausfallen (vgl. 6.1.3). Therapeutische Drogenbehandlungen von Frauen stehen in Deutschland und den USA häufiger als bei Männern im Zusammenhang mit Stimulanzien und Sedativa, seltener hingegen im Zusammenhang mit Cannabis. In den USA erfolgen stationäre oder ambulante Drogentherapien von Frauen zudem etwas häufiger als bei Männern wegen Kokain (vgl. Kap. 6.2.3).

Eine konsumreduzierende Wirkung kann der punitiven US-amerikanischen Drogenpolitik angesichts dieser Ergebnisse nicht zugesprochen werden, wenngleich manch einer behaupten mag, dass unter einer liberaleren Drogenpolitik die Konsumzahlen in den USA noch höher liegen würden. Die Erkenntnisse der vorliegenden Studie weisen jedoch stark darauf hin, dass der Drogengebrauch schlicht wenig „anfällig“ für strafrechtliche Sanktionsdrohungen zu sein scheint. Da es sich beim Konsum von Drogen (genauer: beim strafbaren Erwerb und Besitz) um ein opferloses Delikt handelt, mit dem keine Dritten geschädigt werden, sind auch das Entdeckungsrisiko und die Sanktionswahrscheinlichkeit vergleichsweise niedrig. Insofern ist anzunehmen, dass Sanktionsdrohungen im Hinblick auf ihr Ziel der „Abschreckung“ bezüglich des Drogenkonsums eine schwache Wirksamkeit entfalten und die Drogengesetzgebung somit nur einen geringen Einfluss auf die Konsumprävalenz hat (vgl. Reuband 1992: 21; Peters 2009: 143).

Warum der Konsum illegaler Drogen in den USA ein nennenswert höheres Ausmaß als in Deutschland erreicht, lässt sich mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie nicht klären. Es ist aber zu vermuten, dass die Unterschiede zwischen beiden Ländern weniger die Folge der Drogenpolitik an sich sind, sondern vielmehr in den soziokulturellen und sozialstrukturellen Bedingungen (in die die drogenpolitischen Leitbilder eingebettet sind) verortet werden können. Zwar mag der „Reiz des Verbotenen“ als drogenpolitischer Effekt für einen Teil der Gebraucher eine Konsummotivation darstellen, da jedoch die deutsche und US-amerikanische Drogenpolitik Prohibitionspolitik ist, lassen sich die Differenzen zwischen beiden Ländern hiermit kaum hinreichend erklären. Möglicherweise ist die höhere Prävalenz des Drogengebrauchs in den USA jedoch zum Teil auf eine stärkere Individualisierung in der US-Gesellschaft sowie eine positivere Bewertung der Selbstdarstellung und eine stärkere Betonung des Rechts des Einzelnen auf Freiheit, Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung (vgl. Brümmer 2006: 17) – was eben auch den Konsum von Drogen bzw. die Ablehnung des Drogenverbots als Eingriff des Staates in die individuelle Entscheidungsfreiheit beinhalten

kann – zurückzuführen. Eine Rolle mag aber auch die generell hohe Konsumorientiertheit der stärker kapitalistisch geprägten US-amerikanischen Gesellschaft spielen. In diesem Zusammenhang lässt sich die Argumentation von O'Malley/Mugford (1991: 49ff.) heranziehen, der zufolge sich moderne kapitalistische Gesellschaften durch die Ambivalenz zwischen einer produktionsorientierten Ethik (mit der das Selbst über die Dimensionen Disziplin, Arbeit, Leistung, Kontrolle, Rationalität etc. hervorgebracht wird) und einer konsumorientierten hedonistischen Ethik (die ein Streben nach Individualität durch Selbst-Expressivität, Freizeit, Vergnügen und Konsumgüter motiviert) auszeichnen. Nach O'Malley/Mugford lässt sich der Drogenkonsum vor allem der hedonistischen Ethik zuordnen und kann im Kontext eines stetigen Zuwachses an Konsumgütern in modernen kapitalistischen Gesellschaften gesehen werden, da legale und illegale Drogen als Güter verstanden werden können, deren Konsum Vergnügen verschafft. Darüber hinaus kann der Drogenkonsum aber sicherlich auch dem Bereich der produktionsorientierten Ethik zugeordnet werden. Diesbezüglich lässt sich vor allem die starke Verankerung des Leistungsgedankens, wie er sich als zentraler Wert der US-Gesellschaft im „American Dream“ widerspiegelt, als eine mögliche Ursache für einen höheren Drogenkonsum (und hier insbesondere von leistungsteigernden Substanzen wie Kokain und Amphetaminen) in den USA annehmen. Ferner scheint auch die Verfügbarkeit illegaler Drogen hier vergleichsweise hoch zu sein: Nach Angaben des „International Narcotics Control Board“ (2011: 62) sind die USA weltweit das Land, in das die größte Menge an illegalen Drogen geschmuggelt wird. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass in den USA eine längere Tradition des Substanzgebrauchs als in Deutschland existiert (vgl. Kap. 3): Dies nicht nur im Sinne eines hedonistischen Gebrauchs, sondern auch in Form der Selbstmedikation, die auch heute noch aufgrund des „maroden“ US-amerikanischen Gesundheitssystems und einem relevanten Anteil an Nicht-Versicherten eine hohe Bedeutung haben dürfte. Zudem setzte in den USA deutlich früher als in Deutschland die Stilisierung des Drogenkonsums über jugendliche Subkulturen ein. Auch diese Faktoren können mögliche Erklärungshintergründe für die höhere Prävalenz des illegalen Drogenkonsums in den USA liefern. Des Weiteren ist davon auszugehen, dass die Bereitschaft zum Drogenkonsum durch die interpersonale Umwelt und die hierin vermittelten Einstellungen und Normen gegenüber Drogen beeinflusst ist (vgl. hierzu die Bedeutung von Ritualen und sozialen Sanktionen für den Drogengebrauch bei Zinberg/Harding 1980; Kap. 5.2). In Gesellschaften mit einer vergleichsweise hohen Verbreitung des illegalen Drogenkonsums, wie in den USA, dürfte auch die Wahrscheinlichkeit dafür steigen, dass sich Personen in sozialen Umfeldern bewegen, die eine befürwortende Einstellung gegenüber Drogen vermitteln. Als eine weitere Ursache des hohen Drogengebrauchs kann auch die stärkere sozialräumliche Segregation in den USA gelten. In diesem Kontext ist zu vermuten, dass die soziale Marginalisierung bestimmter Bevölkerungsgruppen und ihre problematischen psycho-

sozialen Bedingungen (Arbeitslosigkeit, Armut, Bildungsbenachteiligung etc.) bei gleichzeitig geringer sozialstaatlicher Hilfeleistungen eine Problembelastung erzeugen, der unter anderem durch den Konsum psychoaktiver Substanzen begegnet werden kann. Die soziale Marginalisierung und Etikettierung kann wiederum die soziale Schließung unter den gesellschaftlich Ausgegrenzten verstärken, sie vermehrt dem Einfluss von anderen Drogenkonsumenten aussetzen und dadurch die Motivation zum Drogenkonsum fördern (vgl. Reuband 1992: 22). Nicht zu vergessen ist darüber hinaus, dass dem Drogenhandel als Teil der informellen Ökonomie – auch oder vor allem aufgrund der geringeren wirtschaftlichen und sozialen Absicherung in den USA – in den Ghettos der Großstädte ein wesentlicher Stellenwert zukommt. Hierdurch erhöht sich einerseits die Verfügbarkeit und Präsenz von Drogen in diesen Stadtvierteln, andererseits kann wiederum davon ausgegangen werden, dass hier auch verstärkt den Drogenkonsum befürwortende Motivlagen und Einstellungen herrschen.

Anhand der hier nur knapp skizzierten Erklärungsversuche lässt sich für zukünftige Forschungsarbeiten die Forderung nach einer stärkeren Einbeziehung der gesellschaftlichen Strukturen, Wert- und Normvorstellungen in die Erforschung von Drogenkonsum und Drogenpolitik ableiten, um so die Auswirkungen drogenpolitischer Zugänge umfassender und im Kontext der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen analysieren zu können.

Wenngleich der Einfluss der Drogenpolitik auf den Konsum von Drogen somit insgesamt als eher gering beurteilt werden kann, lassen sich demgegenüber anhand der empirischen Daten relativ deutliche drogenpolitische Effekte auf die Problemlagen von Drogenkonsumentinnen ablesen.

In Bezug auf gesundheitliche Risiken zeigt sich im Ländervergleich, dass in den USA prozentual etwa dreimal mehr HIV- und zweimal mehr AIDS-Neudiagnosen von Frauen auf den intravenösen Drogenkonsum zurückgehen. Seit Anfang der 1990er Jahre haben sich in Deutschland die Anteile des Infektionswegs „i.v. Konsum“ unter den HIV-Neudiagnosen von Frauen um gut zwei Drittel, in den USA dagegen nur um gut zwei Fünftel reduziert (vgl. Kap. 6.3.1). Für Frankfurt und New York lässt sich ebenfalls ein deutlicher Rückgang der HIV-Infektionsraten feststellen: War Mitte der 1990er Jahre noch nahezu die Hälfte der Drogenkonsumentinnen mit HIV infiziert, ist dieser Anteil in beiden Städten auf etwa ein Achtel zurückgegangen (vgl. Kap. 7.7.4 und 8.6). Diese Entwicklungen können vor allem auf die Einführung von Spritzenaustauschprogrammen, die Intensivierung weiterer Präventionsangebote (z. B. Kondomvergabe) und die verschiedenen Aufklärungskampagnen zurückgeführt werden – hierin bildet sich somit ein positiver Effekt der (veränderten) Drogenpolitik ab. Dass sich in Deutschland ein deutlicherer Rückgang des Infektionswegs „i.v. Konsum“ unter HIV-Infizierten abzeichnet, lässt sich mit hoher Wahrscheinlichkeit mit dem stärkeren Ausbau des Spritzenaustauschs und der Implementierung von Konsumräumen erklären. Für

New York ist anzunehmen, dass hier auch der zu verzeichnende Rückgang der intravenösen Applikationsform eine Reduzierung der HIV-Prävalenz unter Drogenkonsumentinnen bewirkt hat. Dass trotz einer deutlich geringeren Verbreitung des i.v. Konsums die HIV-Infektionsrate in New York nicht niedriger als in Frankfurt ist, lässt sich womöglich damit begründen, dass das sexuelle Risikoverhalten eine nach wie vor relevante Bedeutung als Infektionsrisiko für Frauen erhält. Dies betrifft zum einen die Beschaffungsprostitution, zum anderen auch private Sexualkontakte und hiermit verknüpft die Zusammensetzung sozialer Netzwerke mit potenziell HIV-infizierten Personen. Die Ergebnisse zur Alltagswelt von drogenkonsumierenden Frauen deuten dabei darauf hin, dass Drogenkonsumentinnen in New York – aufgrund des Aufwachsens in Stadtvierteln mit einer hohen „Drogenbelastung“ – stärker als die Drogengebraucherinnen in Frankfurt in derartige soziale Netzwerke eingebunden sind und dadurch auch ihr Infektionsrisiko durch private Sexualkontakte, für die gleichzeitig ein geringeres Schutzverhalten angenommen werden kann, erhöht sein dürfte.

Insgesamt vermitteln die gesundheitsbezogenen Daten, dass sich die psychische und gesundheitliche Situation von drogenkonsumierenden Frauen in New York schlechter als in Frankfurt darstellt. Nicht nur weist ein größerer Anteil der New Yorker Drogenkonsumentinnen einen prekären Gesundheitszustand auf, sondern hier berichten auch mehr Frauen über psychische Beschwerden (vgl. Kap. 7.7.5 und 8.6). Es ist anzunehmen, dass diese Unterschiede wesentlich durch die schlechtere Versorgungslage im Rahmen des New Yorker Gesundheitssystems bedingt sind: Zum Teil haben die Frauen keine Krankenversicherung oder sie erhalten „Medicaid“, worüber nur ein Minimum an Leistungen abgedeckt ist.²⁰⁶ Darüber hinaus spiegelt sich in diesen Unterschieden gewiss auch der stärkere Ausbau der schadensmindernden Drogenhilfe in Frankfurt wider, mit der eine regelmäßige medizinische Versorgung, Beratungsangebote und weitere Hilfemaßnahmen (wie Substitutions-, Essens-, Aufenthalts- und Übernachtungsangebote) zur Verfügung stehen. Für Frankfurt zeigt sich dabei eine starke Anbindung der Drogenkonsumentinnen an das Hilfesystem, mit einer sehr hohen wöchentlichen und täglichen Nutzung der Angebote. Auch die Einbindung der Frauen in eine Substitutionsbehandlung, die insbesondere in einer niedrigschwelligen Ausrichtung als wichtiges Instrument zur Gesundheitsstabilisierung gilt, ist in Frankfurt höher als in New York (vgl. Kap. 7.8 und 8.7). Im Einklang mit diesen Ergebnissen lassen ebenso die nationalen Daten darauf schließen, dass in den USA eine geringere Inanspruchnahme bzw. Verfügbarkeit der Substitutionsbehandlung besteht (vgl. Kap. 3.1.1

²⁰⁶ In diesem Zusammenhang sei noch einmal darauf verwiesen, dass auch die Rate der drogenbezogenen Behandlungen im Vergleich zur Konsumrate in den USA niedriger als in Deutschland ausfällt. Wenngleich nicht von einer höheren Prävalenz des illegalen Drogenkonsums auf eine höhere Verbreitung drogenbezogener Problematiken geschlossen werden kann, so liegt dennoch die Vermutung nahe, dass sich der Zugang zu drogenbezogenen Behandlungen in den USA schwieriger als in Deutschland gestaltet, weil schlicht die Behandlungskosten häufig nicht gedeckt sind.

und 6.2.2). Hervorzuheben ist, dass eine wirklich niedrighschwellige Substitution in New York bzw. den USA nicht existiert.

Geschlechtsspezifische Unterschiede im Hinblick auf den Gesundheitszustand zeigen sich für Deutschland und die USA übereinstimmend darin, dass ein höherer Anteil der HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen von Frauen auf den i.v. Konsum zurückgeht (vgl. Kap. 6.3.3). Auch in der Frankfurter und der New Yorker Drogenszene weisen Frauen eine höhere HIV- und Hepatitis-C-Infektionsrate als Männer auf (vgl. Kap. 7.7.4 und 8.6). Diese Genderdifferenzen lassen sich unter anderem mit einer stärkeren Verbreitung drogenbezogener Risikoverhaltensweisen unter Frauen erklären. Die Ursachen für ein riskanteres Konsumverhalten von Frauen sind dabei vielfältig: Teilweise lassen sich die Gründe hierfür in der Hierarchie der Drogenszene (wenn z. B. diese Hierarchie bei einem Mangel an sterilen Spritzen die Injektionsreihenfolge festlegt; vgl. Kap. 4.2) oder dem strafrechtlichen Verfolgungsdruck, der sich offenbar stärker auf Frauen und ihr Konsumverhalten auswirkt (vgl. Kap. 8.3), verorten. Hinzu kommt, dass Frauen häufiger als Männer für eine Drogeninjektion auf die Hilfe anderer angewiesen sind und „Service“ in Anspruch nehmen (vgl. Kap. 4.2 und 7.4.2.2). Auch hierdurch steigt die Wahrscheinlichkeit für einen riskanten Konsum. Ein wichtiger Faktor für das drogenbezogene Risikoverhalten von Frauen ist zudem die Beziehung zu einem Drogenkonsumenten. Das Teilen von Drogengebrauchsutensilien im Rahmen der Partnerschaft resultiert dabei nicht immer aus einer Notsituation und der Nichtverfügbarkeit von sterilen Spritzen, sondern auch das Bestreben, die Beziehung durch die gemeinsame Benutzung von Spritzutensilien zu bekräftigen und zu festigen, scheint eine wichtige Rolle zu spielen. Dieser Hintergrund für das drogenbezogene Risikoverhalten von Frauen hat wichtige Implikationen für die Drogenhilfe, zumal Frauen deutlich häufiger als Männer in einer Beziehung mit einem Drogengebraucher leben – auch hierin zeigt sich eine Übereinstimmung zwischen drogenkonsumierenden Frauen in New York und Frankfurt (vgl. Kap. 7.2.3 und 8.1). Darüber hinaus unterliegen die Frauen durch ihre Partnerschaften auch einem höheren sexuellen Infektionsrisiko. Außerdem erhöht die Beschaffungsprostitution als typisch weibliche Form der Drogenfinanzierung die Gefahr für eine HIV- oder Hepatitis-Infektion. Insgesamt stellt sich auch der psychische und physische Allgemeinzustand der Frauen in Frankfurt und New York schlechter als bei den Männern dar (vgl. Kap. 7.7.5 und 8.6). In beiden Städten ist somit zu beobachten, dass ein drogenbezogener Lebensstil und die durch die Prohibition geschaffenen Bedingungen in einer höheren gesundheitlichen und psychischen Belastung für Frauen zu resultieren scheinen.

Deutliche Auswirkungen der Drogenpolitik lassen sich bezüglich der Mortalitätsrate von Drogenkonsumentinnen erkennen. Gemessen an der Inzidenzrate versterben in den USA rund achtzehn- bis zweiundzwanzigmal mehr Frauen an illegalen Drogen als in Deutschland. Die Zahl der weiblichen Drogentoten ist in den USA seit Mitte der

1980er Jahre um mehr als das Vierfache angestiegen, während sie sich in Deutschland seit Anfang der 1990er Jahre um 40% reduziert hat (vgl. Kap. 6.3.2). Diese unterschiedliche Entwicklung bildet sich auch in Frankfurt und New York ab. Seit Anfang der 1990er Jahre ist in Frankfurt die Zahl der Drogentoten sogar um 80% zurückgegangen, während sie sich in New York zwischen 1999 und 2006 um 32% erhöht hatte, 2008 jedoch wieder einen nahezu identischen Wert wie Ende der 1990er Jahre erreicht (vgl. Kap. 7.1 und 8). Eine Ursache hierfür mag der gestiegene Heroin-Reinheitsgehalt in New York (bzw. auch sonstige Veränderungen des Drogenmarkts, wie z. B. eine stärker schwankende Qualität) sein. Es ist jedoch naheliegend, einen wesentlichen Grund für diese differente Entwicklung in der Implementierung von Konsumräumen in Deutschland bzw. Frankfurt zu sehen. Wenngleich keine Daten zu Überdosierungserfahrungen für New York vorliegen und somit keine Aussagen darüber getroffen werden können, ob hier mehr Überdosierungen tödlich enden, ist davon auszugehen, dass durch die Konsumräume ein wesentlicher Teil an potenziell letalen Überdosierungen verhindert wird.²⁰⁷ Im Falle eines Drogennotfalls steht hier nicht nur sofortige Hilfe zur Verfügung, sondern der Konsum kann auch unter hygienischen und relativ stressfreien Bedingungen stattfinden, wodurch das Überdosierungsrisiko ebenfalls gesenkt wird. Für New York weisen die Forschungsarbeiten dagegen darauf hin, dass, bedingt durch die strafrechtliche Verfolgungspraxis, Frauen vor allem alleine und meist unter hektischen Bedingungen injizieren und ihnen im Falle einer Überdosierung oftmals keine Hilfe zur Verfügung steht (vgl. Kap. 8.3). Weiterhin ist anzunehmen, dass die Sanktionspraxis in New York dazu beiträgt, dass – auch wenn Drogen gemeinsam mit anderen konsumiert werden – im Falle einer Überdosierung eine relativ hohe Hemmschwelle dafür besteht, Hilfe zu rufen, weil sich hiermit immer auch die Gefahr strafrechtlicher Konsequenzen für die Mitkonsumenten verbindet. Grundsätzlich lässt sich somit ein deutlicher Erfolg des Konsumraumangebots anhand der Ergebnisse ablesen. Des Weiteren kann davon ausgegangen werden, dass auch der weitläufige Ausbau anderer schadensmindernder Drogenhilfeangebote in Frankfurt zu einer Reduzierung der Drogenmortalität beigetragen hat. So kann beispielsweise durch niedrigschwellige Substitutionsprogramme und die medizinische Versorgung eine Stabilisierung des Gesundheitszustands von Drogenkonsumierenden erreicht werden, wodurch das Risiko für eine (tödliche) Überdosierung ebenso verringert wird.

Entscheidenden Einfluss hat die Drogenpolitik nicht nur auf die gesundheitlichen Risiken des Drogenkonsums, sondern vor allem auch auf die Kriminalisierung von Drogengebraucherinnen. Anhand der empirischen Daten lässt sich dabei eine stärkere Kriminalitätsbelastung durch die US-amerikanische Drogenpolitik konstatieren. So ist in

²⁰⁷ Insgesamt kommt es in den vier Frankfurter Konsumräumen jährlich etwa zu 150.000-200.000 Konsumvorgängen und zu 400 bis 500 Drogennotfällen. Seit der Implementierung hat es jedoch noch keinen Drogentoten in den Frankfurter Konsumräumen gegeben (vgl. Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main 2004-2006: 30; Simmedinger/Vogt 2010: 112).

den USA der Anteil an inhaftierten Drogenstraftäterinnen in „state“ und „federal prisons“ etwa zwei- bzw. viermal höher als der Anteil an Drogenstraftäterinnen in deutschen Justizvollzugsanstalten. Gemessen an der Inzidenzrate wird in den USA gegen rund dreimal mehr Frauen wegen Drogendelikten polizeilich ermittelt. Darüber hinaus macht die Drogenkriminalität in den USA einen mehr als doppelt so hohen Anteil der weiblichen Gesamtkriminalität als in Deutschland aus. Trotz rückläufiger Konsumzahlen hat sich das Ausmaß der Kriminalisierung von drogenkonsumierenden Frauen in beiden Ländern seit Mitte der 1980er Jahre erhöht: In Deutschland sind die BtMG-Verurteilungen von Frauen um das Vierfache, die Zahl der weiblichen wegen Drogendelikten Tatverdächtigen um das Doppelte angestiegen. In den USA haben sich die Festnahmen von Frauen wegen Drogendelikten fast um das Dreifache erhöht, die Zahl der inhaftierten Drogenstraftäterinnen in „state prisons“ ist sogar um gut das Eifache angewachsen. In diesem Zusammenhang ist darauf zu verweisen, dass die USA auch insgesamt eine vielfach höhere Inhaftierungsrate als Deutschland (und auch als andere Länder) aufweisen und sich hieran das generell strenge Strafklima in den USA illustriert: Bezogen auf die Gesamtbevölkerung sind zehnmal mehr Personen als in Deutschland inhaftiert, für Frauen liegt die Inhaftierungsrate sogar gut sechzehnmal höher (vgl. Kap. 6.4). Keine wesentlichen Differenzen zeigen sich überraschenderweise jedoch für die Inhaftierungserfahrungen von Drogenkonsumentinnen in Frankfurt und New York. Die prohibitive Drogenpolitik führt offenbar dazu, dass Hafterfahrungen für einen vergleichbar großen Anteil von Frauen der Straßen-Drogenszene zum Bestandteil ihrer Drogenkarriere werden (vgl. Kap. 7.7.2 und 8.5).

Richtet sich der Blick auf die soziale Situation von Drogenkonsumentinnen der Frankfurter und New Yorker Drogenszene so lässt sich übereinstimmend ein geringes Bildungs-, berufliches Qualifikations- und Beschäftigungsniveau der Frauen feststellen. Und auch die instabilen Wohnverhältnisse, in denen ein Großteil der Frauen lebt, scheinen ein gemeinsames Merkmal in beiden Städten zu sein (vgl. Kap. 7.2 und 8.1). Die Lebenssituation der Frauen ist durch ein hohes Maß an sozialer Marginalisierung gekennzeichnet. Während dies jedoch in Frankfurt vor allem als Effekt der Drogenprohibitions politik gewertet werden kann, ist die gesellschaftliche Ausgrenzung von drogenkonsumierenden Frauen in New York meist bereits in ihren durch soziale Benachteiligung und soziale Exklusion geprägten Sozialisationsbedingungen verankert und ihr Drogenkonsum trägt diesbezüglich zu einer weiteren Verschärfung bei. Diese Unterschiede spiegeln sich auch in der Zusammensetzung der Straßen-Drogenszene wider – in New York sind die „Szenemitglieder“ vor allem Angehörige ethnischer Minoritäten.

Vergleichsweise deutliche Differenzen, die ebenfalls nur teilweise als Effekt der Drogenpolitik, sondern vielmehr als Folge der sozialpolitischen Unterschiede zwischen Deutschland und den USA gelten können, bestehen bezüglich der Finanzierungsmuster der Frauen. So weisen die Ergebnisse darauf hin, dass sich drogenkonsumierende

Frauen in New York häufiger über illegale Aktivitäten – vor allem im Rahmen des Drogenhandels – und über die Prostitution finanzieren. Für sie nimmt jedoch auch die finanzielle Unterstützung durch soziale Beziehungen und soziale Netzwerke einen höheren Stellenwert ein (vgl. Kap. 7.4.4 und 8.4). Vor dem Hintergrund, dass in den USA das Maß an wohlfahrtsstaatlicher Hilfe und sozialer Absicherung gering ist, überrascht dieses Ergebnis nicht. Nicht nur der Drogenkonsum, sondern auch der Lebensunterhalt wird von den Frauen oftmals über die informelle Ökonomie finanziert, während in Frankfurt die deutliche Mehrheit der Drogenkonsumentinnen einen Teil ihres finanziellen Bedarfs über sozialstaatliche Leistungen deckt. Dass illegale Finanzierungsquellen einen höheren Stellenwert in New York einnehmen, wird auch daran deutlich, dass die Frauen teilweise nicht erst mit dem Einstieg in den Drogenkonsum und für dessen Finanzierung illegale Einkommenswege wählen, sondern auch aufgrund ihrer begrenzten Zugangschancen zum formellen Sektor die Möglichkeiten nutzen, die ihnen die informelle Ökonomie bietet. Ein prägnanter Unterschied in den Finanzierungsmustern der Frauen in beiden Städten, der im direkten Zusammenhang mit der Drogenpolitik steht, lässt sich dahingehend erkennen, dass in New York Einkommensquellen in der Szeneökonomie existieren, die aus der vergleichsweise schlechten Verfügbarkeit von Spritzutensilien und dem Fehlen legaler Konsumstätten resultieren.

Weitere Differenzen bestehen auch bezüglich der Konsummuster. Auffällig ist vor allem die geringere Prävalenz des intravenösen Konsums und des polyvalenten Substanzgebrauchs in New York. Zudem wird hier, im deutlichen Gegensatz zu Frankfurt, der intravenöse Crackkonsum kaum beobachtet (vgl. Kap. 7.4.2.1 und 8.2). Diese Unterschiede sind wohl weniger in der Drogenpolitik begründet, sondern vorwiegend auf unterschiedliche Schwarzmarktbedingungen (vor allem die Verfügbarkeit und Qualität von Drogen) und die Ausbildung unterschiedlicher subkultureller Konsumroutinen zurückzuführen. Dass die Konsumpraktiken dabei immer auch Wandlungsprozessen unterliegen, gleichzeitig aber auch eine hohe Stabilität aufweisen können, lässt sich für Frankfurt deutlich anhand der Verknappung von Kokain ablesen. Unter anderem hat die schwere Erhältlichkeit von Kokain bei einer gleichzeitig hohen Verfügbarkeit von Crack bewirkt, dass ein Großteil der Szeneangehörigen auf das Kokainderivat umgestiegen ist. Der i.v. Konsum als typische Applikationsform der Frankfurter Szene wurde dabei auf Crack – eigentlich eine für den inhalativen Konsum aufbereitete Substanz – übertragen und auch das typische Konsummuster in Form der gemeinsamen Injektion von Heroin und Kokain wurde mit Crack beibehalten. Parallel dazu findet in Frankfurt aber auch der Crack-Rauchkonsum eine hohe Verbreitung. In New York zeichnen sich Entwicklungsprozesse insbesondere bezüglich eines Rückgangs des i.v. Konsums im Zusammenhang mit einem Qualitätszuwachs bei Heroin und der Herausbildung verschiedener Generationen an Drogengebern ab (vgl. Kap. 8). In diesen Kontext lässt sich auch der rückläufige Crackkonsum seit Ende der 1990er Jahre in New York

einordnen. Relativ unabhängig von drogenpolitischen Bestrebungen scheinen „Drogenepidemien“ einem natürlichen Verlauf zu folgen, mit dem der Konsum einer Droge zunächst eine wachsende Verbreitung erfährt, einen Höhepunkt erreicht und schließlich wieder abebbt (vgl. Golub/Johnson 1997: 1).

Interessante Parallelen zwischen New York und Frankfurt zeigen sich für den generellen Konsum von Crack und dessen Auswirkungen auf weibliche Lebenszusammenhänge. So ist in beiden Städten der Gebrauch des Kokainderivats unter Frauen stärker verbreitet als unter Männern und auch die Beobachtungen hinsichtlich einer durch den intensiven Crackkonsum hervorgerufenen Beschleunigung und Verschärfung sozialer Desintegrationsprozesse für Frauen ähneln sich sehr. Ansatzweise vergleichbar sind auch die Ergebnisse zu Veränderungen der Straßenprostitution durch Crack (u. a. Preisrückgang, erhöhte Konkurrenz unter den Frauen und sexuelles Risikoverhalten), wenngleich sich in New York mit dem „sex-for-crack exchange“ und insbesondere den Crackhäusern spezifische Phänomene herausgebildet haben, die in dieser Form nicht oder nur teilweise für Frankfurt zu beobachten sind (vgl. Kap. 7.4.4.1 und 8.4.2). Eine Gemeinsamkeit zwischen beiden Städten liegt wiederum darin, dass die Verbreitung von Crack zu einer wachsenden Beteiligung von Frauen am Handelsgeschehen geführt hat, wobei diese Handelspartizipation in beiden Städten weit überwiegend auf die untere Hierarchieebene beschränkt ist. Für Frankfurt kann dabei eine Organisation des Crackdistributionsgeschehens beobachtet werden, die dem „freelance“-Modell, wie es für die Anfänge des Crackhandels in New York beschrieben wird, stark ähnelt. In New York ist der Crack-Straßenhandel dagegen weit komplexer und hierarchisch organisiert, was als Indiz für einen höheren strafrechtlichen Verfolgungsdruck auf der Konsumentenebene gelten kann. Darüber hinaus sind in New York Modifikationen des Handelssystems zu erkennen, die vor allem als Reaktion auf eine Verschärfung der Drogengesetzgebung und/oder einen veränderten bzw. intensivierten strafrechtlichen Verfolgungsdruck anzusehen sind (vgl. Kap. 7.4.4.2 und 8.4.3).

Eine bemerkenswerte Gemeinsamkeit zwischen Frankfurt und New York zeigt sich in der geschlechtsspezifischen Prägung des Szenealltags. In beiden Städten sind Frauen in der Drogenszene in der deutlichen Minderheit: Für New York wird der Frauenanteil in der Straßenszene auf ein Viertel, in Frankfurt (mittlerweile) auf ein Fünftel bis ein Sechstel geschätzt. Die Strukturen der Drogenszene sind dabei durch überzeichnete Geschlechterstereotype und die Geschlechterhierarchie geformt und legen die begrenzten Möglichkeiten und die niedrige Position von Frauen in der Szeneökonomie und der Szenehierarchie fest. Offenbar führt die Drogenprohibitions politik damit zu einer vergleichbaren Ausbildung von patriarchalen Strukturen in den Drogenszenen beider Städte. Die Illegalität schafft dabei Bedingungen, in denen körperliche Stärke und Gewalt einen entscheidenden Stellenwert erhalten und zur Diskriminierung von Frauen in diesem Milieu beitragen. Eine weitere Übereinstimmung zeigt sich dement-

sprechend auch darin, dass Drogengebraucherinnen in Frankfurt und New York einem hohen Maß an (männlicher) Gewalt ausgesetzt sind. Dies zum einen durch andere Szeneangehörige, zum anderen auch durch Freier oder ihre Partner. Gewalterfahrungen kennzeichnen dabei in vielen Fällen nicht erst die derzeitige Lebenssituation der Frauen, sondern sie haben oftmals bereits in ihrer Kindheit und Jugend körperliche Übergriffe erlebt. Insbesondere für Frankfurt lässt sich feststellen, dass die Abwertung, die Frauen in der Drogenszene erfahren, wesentlich zur gegenseitigen Diskreditierung unter den weiblichen Szeneangehörigen beiträgt und damit nicht nur ihre Isoliertheit verstärkt, sondern auch Solidarisierungstendenzen unter den Frauen und den Aufbau kollektiver weiblicher Schutzstrategien weitgehend verhindert. Für New York wird hingegen durchaus auch eine gewisse Solidarität unter verschiedenen Drogenkonsumentinnen beobachtet. Eine Erklärung hierfür mag sein, dass die Frauen oftmals im Umfeld der Drogenszene aufgewachsen sind und hier ihre sozialen Netzwerke haben. Zudem weisen sie eine gewisse soziale Nähe zueinander auf, da sie unter ähnlichen Verhältnissen in den Nachbarschaften groß geworden sind und sich vermutlich zum Teil auch schon vor dem Einstieg in den Drogenkonsum kannten. Ferner kann angenommen werden, dass die gemeinsame Erfahrung der sozialen Benachteiligung und Ausgrenzung, die das Leben der Frauen in New York nicht erst mit dem Beginn des Drogenkonsums prägt, eine Solidarisierung unter den Frauen bewirkt. Wiederum relativ übereinstimmend lässt sich für New York und Frankfurt feststellen, dass sich die Voraussetzungen für einen Ausstieg aus einem drogenbezogenen Lebensstil für die Frauen als denkbar ungünstig erweisen. Ihnen fehlt es an alternativen Lebens- und Identitätswegen zum Szeneleben und sie haben meist keine schulische und berufliche Qualifikation, sodass eine Integration in legale Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse für sie kaum möglich ist.

Insgesamt bestätigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie die These, dass eine repressiv-punitiv Drogenpolitik den illegalen Drogenkonsum in einer Gesellschaft bzw. das Bedürfnis nach psychoaktiven Substanzen nicht reduzieren kann, demgegenüber jedoch zahlreiche negative Begleitfolgen erzeugt, die nicht in der Pharmakodynamik der Substanzen, sondern in den Kontrollstrategien des Drogenkonsums begründet sind. Vieles deutet darauf hin, dass diese drogenpolitischen Rahmenbedingungen zum Teil stärkere negative Auswirkungen auf weibliche als auf männliche Lebenszusammenhänge haben. Dies betrifft insbesondere die höheren gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen sowie die stärkere gesellschaftliche Marginalisierung und subkulturelle Degradierung von Frauen. Auch eine stärker auf Medizinalisierung und Schadensminderung ausgerichtete Drogenpolitik, die weiterhin unter der Prämisse des Drogenverbots operiert, kann den durch die Verbotspolitik entstehenden Schaden allenfalls reduzieren. So hat die deutsche Drogenpolitik zwar durch die Erweiterung des Drogenhilfeangebots (primär: Implementierung von Spritzentausch und Konsum-

räumen, niedrighschwellige Substitution, staatliche Heroinvergabe, Ausbau weiterer überlebenspraktischer Hilfen) durchaus gewisse Teilerfolge erzielt. Diese Teilerfolge können jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich hierbei lediglich um eine Kaschierung bzw. „Kosmetik“ der durch die Illegalisierung hervorgerufenen Negativfolgen handelt und diese Angebote immer auch ordnungspolitisch motiviert sind. Denn auch die Drogenpolitik Deutschlands ist, ebenso wie die der USA, nicht einem Abbau der sozialen Ausgrenzungs- und Etikettierungsprozesse von Drogenkonsumierenden und deren Destigmatisierung und Reintegration verpflichtet, mit denen das Drogenproblem einer Lösung zugänglich gemacht werden könnte. Vielmehr werden Scheinlösungen angeboten, die lediglich einer Schadensbegrenzung, einer Problemverwaltung und einer verringerten Sichtbarkeit des Drogenproblems dienen und zum Erhalt des Status Quo beitragen. Eine Drogenpolitik, die an einer Lösung und nicht an der Aufrechterhaltung des Drogenproblems interessiert ist, muss auf die Beseitigung der durch das Drogenverbot induzierten Risiken, auf die Entdramatisierung und Entmystifizierung illegaler Drogen und die gesellschaftliche Integration von Drogengebrauchenden abzielen. Erreicht werden kann dies letztendlich nur durch die Aufhebung der internationalen Drogenprohibition und durch die Umsetzung eines Legalisierungsmodells, das dem Umgang mit legalen Drogen folgt und eine Gleichstellung von legalen und illegalen Drogen zum Ergebnis hat (vgl. Kap. 3.4). Voraussetzung hierfür ist eine gesellschaftliche Aufklärung über illegale Drogen und deren Gebraucher, die nicht auf einer moralischen und durch Mythen geprägten Betrachtung beruht, sondern auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und sachlichen Informationen. Dabei gilt es, die öffentliche Auffassung über eine durch die Pharmakodynamik von Substanzen bedingte automatische Abhängigkeitsentwicklung zu revidieren und wissenschaftliche Erkenntnisse herauszustellen, die dokumentieren, dass ein kontrollierter, sozial integrierter Drogenkonsum, der abseits von Problemotiven steht und hedonistischen Zwecken dient, möglich ist. Offengelegt werden muss damit die Differenziertheit zwischen den durch die Pharmakodynamik von Drogen bedingten Risiken und dem individuellen und gesellschaftlichen Schaden, der durch die Verbotspolitik entsteht. Beinhaltet darin ist die Entlarvung der Irrationalität, der fehlenden Legitimation und des Scheiterns der derzeitigen Drogenprohibitions politik sowie die Aufklärung über die gesellschaftlichen Definitionsprozesse, die zur Herstellung des Drogenproblems geführt haben und zu dessen Perpetuierung beitragen. Nur so können die drogenpolitischen Leitbilder und die den illegalen Drogen einverleibte Symbolik aufgebrochen und ein veränderter gesellschaftlicher Umgang mit psychoaktiven Substanzen eingeleitet werden.

Obwohl somit eine Lösung des Drogenproblems weder über strafende noch über helfende Strategien der sozialen Kontrolle erreichbar scheint, sollen nachfolgend dennoch Möglichkeiten formuliert werden, wie drogenhilfepraktische Maßnahmen unter den Bedingungen der Drogenprohibitions politik verbessert werden können, um eine

bedarfsgerechtere Hilfe zur Verfügung zu stellen, in der frauenspezifische Problemkonstellationen und Bedürfnisse eine stärkere Berücksichtigung finden. Aufgrund der deutlich ausgeprägteren Schwerpunktsetzung im Hilfebereich und eines weitaus differenzierteren Hilfesystems als in den USA richtet sich der Fokus dabei auf die Situation in Deutschland. Die Ausführungen haben jedoch ebenfalls wichtige Implikationen für die Drogenhilfe der USA, für die eine Umsetzung von „harm reduction“-Angeboten, wie sie bereits erfolgreich in Deutschland bestehen, zu fordern ist.

Anknüpfend an die drogenpolitischen Überlegungen ist es eine Forderung an die Drogenhilfe, einen wesentlichen Beitrag zur gesellschaftlichen Aufklärung, zur Entdramatisierung und Entmystifizierung des illegalen Drogengebrauchs und damit zu einem Abbau von Diskriminierung und Marginalisierung der Konsumierenden zu leisten. Dies verlangt innerhalb der Drogenhilfe nach einer kritischen Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle, einer sachlich-nüchtern aufklärenden Öffentlichkeitsarbeit sowie der Dekonstruktion von Drogenmythen innerhalb der Drogenkultur.²⁰⁸ Die Voraussetzung hierfür ist die Verankerung einer kritischen, konstruktivistischen Perspektive in der Drogenarbeit, mit der objektivistische, ätiologische Problemdefinitionen und die normative Bestimmung des Drogenproblems hinterfragt werden. In den Blick geraten können so auch die Stigmatisierungs- und Etikettierungseffekte der Hilfe (wesentlich: Pathologisierung, Entmündigung, erlernte Hilflosigkeit, Selbstetikettierung). Gleichzeitig bedeutet dies, dass eine wirkliche Akzeptanzorientierung in der Drogenhilfe umgesetzt werden muss, mit der Drogenkonsumierende als gleichwertige Partner im Hilfeprozess (wenn dieser gewollt ist) wertgeschätzt werden, ihr Lebensstil respektiert und ihre Handlungsweisen, Kompetenzen und Sinnstrukturen anerkannt werden. Drogengebrauchende sind damit als Personen zu akzeptieren, die ihr Handeln mit Sinn ausstatten und die Fähigkeit haben bzw. mit der entsprechenden Unterstützung hierzu wieder in die Lage versetzt werden können, auch mit Drogen ein eigenständiges und selbstverantwortliches Leben zu führen.

Bislang ist die Drogenhilfe jedoch durch eine defizitäre Sichtweise auf Drogenkonsumierende geprägt – und dies gilt im Besonderen für den Blick auf drogengebrauchende Frauen. Eine derartige Defizitorientierung, mit der nicht die Stärken, sondern die Schwächen der Frauen in den Fokus gerückt und die Fremdwahrnehmung der Sozialarbeit den Frauen übergestülpt und ihre Selbstwahrnehmung ignoriert werden, macht es für Drogenkonsumentinnen nahezu unmöglich, ihre eigenen Handlungskompetenzen und Selbsthilfepotenziale wahrzunehmen und einen selbstbestimmten, kontrollierten Konsum zu etablieren oder eine Ausstiegsmotivation zu entwickeln. Durch

²⁰⁸ Nicht nur in der Öffentlichkeit, sondern auch unter Drogenkonsumierenden lassen sich zahlreiche Drogenmythen identifizieren, in denen sich deutlich die internalisierte öffentliche Meinung niederschlägt und die im Sinne einer sich selbsterfüllenden Prophezeiung wirken. Beispielsweise betrifft dies die Auffassung über eine sofort süchtigmachende Wirkung von Crack, die dazu beiträgt, dass die Konsumentinnen erst gar nicht versuchen, den Gebrauch zu kontrollieren und sich (retrospektiv) bereits nach dem ersten Konsum abhängig fühlen (vgl. Kap. 7.3.2).

die aktuelle Drogenhilfepolitik werden drogenkonsumierende Frauen nicht in der eigenständigen Bearbeitung ihrer Problemlagen und in ihrer Selbstbemächtigung („Empowerment“) gestärkt, was essenziell für den Aufbau alternativer Lebensentwürfe wäre, sondern sie werden durch einen zugeschriebenen Mangel an Eigenverantwortlichkeit auf die Rolle der Hilfeempfängerinnen festgelegt. Hier ist dringend ein Umdenken in der Drogenhilfe gefordert, falls sie nicht in der Position eines reinen „Problemmanagers“ verharren will und ihre Maßnahmen einen anderen Zweck als den der Selbsterhaltung erfüllen sollen (vgl. Kap. 2.3.3).²⁰⁹

Um eine Orientierung an den tatsächlichen und nicht den vermuteten Bedürfnissen der Betroffenen zu realisieren, müssen Drogenkonsumierende als eigentliche Experten der im Fokus der drogenhilfepraktischen Strategien stehenden Alltagswelt in die Entwicklung, Umsetzung und Beurteilung von Drogenhilfeangeboten einbezogen werden. Hierbei erscheint insbesondere die Implementierung des „peer-to-peer“-Ansatzes, wie er bereits zum Teil in den USA im „harm reduction“-Bereich praktiziert wird, für die niedrigschwellige Drogenhilfe in Deutschland sinnvoll. „Peer“-Ansätze basieren auf der Idee von Gegenseitigkeit und der Kommunikation von „Gleich zu Gleich“. Da sich die „peer-worker“ in einer ähnlichen bzw. gleichen Lebenslage wie die Adressaten befinden, zeichnet sich der Ansatz durch eine starke alltagsweltliche und alltagspraktische Orientierung aus (vgl. Wihofszky 2005: 14ff.). Übertragen auf die Drogenhilfe würde dies bedeuten, dass Angehörige der Drogenszene beispielsweise dazu qualifiziert werden, risikoarme bzw. gesundheitsfördernde Handlungsmuster in der Drogensubkultur zu propagieren und zu etablieren.²¹⁰ Vor allem im Rahmen der frauenspezifischen Drogenarbeit könnte sich der „peer“-Ansatz als ein erfolgreiches Konzept erweisen.

²⁰⁹ Derzeit ist jedoch eine Entwicklung der deutschen Drogenhilfe zu beobachten, die dadurch gekennzeichnet ist, dass der Akzeptanzgedanke und der Destigmatisierungsansatz immer weiter in den Hintergrund treten. So findet beispielsweise im primären und sekundären Präventionsbereich eine zunehmende Ausweitung von Früherkennungs- und Früherfassungssystemen statt, die wiederum die Legitimation für das pädagogische Einschreiten liefern und damit auch für einen konstanten „Problemnachschub“ an zu Behandelnden sorgen. Beispiele hierfür sind das Projekt „FreD“ („Frühintervention bei erstaufrälligen Drogenkonsumenten“), mit dem jugendliche Drogenkonsumenten bei einer polizeilichen Erstaufrälligkeit erreicht werden sollen sowie das Projekt „HaLT“ („Hart am Limit“), das auf eine pädagogische Intervention bei Jugendlichen mit stationär behandelten Alkoholvergiftungen abzielt. Ebenso werden im „harm reduction“-Bereich zunehmend strengere Kontrollen und höhere Zugangskriterien festgelegt. So zum Beispiel die Ausweispflicht in Konsumräumen und die Einführung eines weitläufigen Dokumentationssystems, mit dem Stammdaten der Nutzer beim erstmaligen Besuch eines Konsumraums erfasst und bei jedem weiteren Besuch Folgeerhebungen zu den Konsumvorgängen durchgeführt werden (vgl. Simmedinger/Vogt 2010: 2). Zu nennen ist hier auch die Verflechtung von psychosozialer Begleitung (PSB) und Substitutionsbehandlung. Nur in Ausnahmefällen kann eine Substitution ohne diese Maßnahme erfolgen, im Rahmen der diarmorphingestützten Behandlung ist die psychosoziale Begleitung hingegen verpflichtend. Zu dieser Entwicklung der deutschen Drogenhilfe, in der der Akzeptanzgedanke immer weniger Berücksichtigung findet, hat auch ihre Ökonomisierung beigetragen: Erfolge drogenhilfepraktischer Maßnahmen werden immer mehr anhand von Effektivität, Effizienz und Qualität evaluiert, um hieraus eine Optimierung von Prozessen ableiten zu können. Das Ziel der Maßnahmen wird in einer gewünschten Verhaltensänderung der Klienten (bzw. der Kunden), d. h. vor allem in der Abstinenz, gesehen. Mit dem Streben nach messbaren Erfolgen (hinsichtlich der Zahl der Besucher, der Vermittlungen in die jeweiligen Angebote etc.) geht eine Standardisierung der Hilfemaßnahmen und der Hilfskriterien einher, die angesichts der Komplexität droger Entwicklungsverläufe nur scheitern kann (vgl. Schneider o. Jhg.).

²¹⁰ In diesem Zusammenhang ist das Peer-Modellprojekt „Drogennot- und -todesfallprophylaxe/Naloxonvergabe“ in Berlin zu erwähnen, mit dem Drogengebraucher in Erster Hilfe bei Drogennotfällen geschult wurden und Ampullen mit Naloxon (Opioid-Antagonist) erhielten (vgl. Fixpunkt e.V. 2002).

Zum einen ließen sich hierdurch der Zugang und die Erreichbarkeit von Drogenkonsumentinnen verbessern, zum anderen wäre hiermit die Möglichkeit verbunden, Solidarisierungsprozesse unter den Frauen zu initiieren. Angesichts ihres Einzelgängertums und ihrer Diskriminierung im Szenemilieu sowie der gegenseitigen Diskreditierung der Frauen und dem weitgehenden Fehlen kollektiver Schutzstrategien wäre hiermit eine wichtige Voraussetzung zur Verbesserung der weiblichen Lebenssituation in der Drogenszene geschaffen. Ergänzend hierzu müssten verstärkt „Frauenräume“ eingerichtet werden, in denen sich Drogenkonsumentinnen abseits vom „Szenestress“ begegnen können, wodurch möglicherweise ein Aufbrechen der gegenseitigen Vorurteile und ein besseres wechselseitiges Verständnis erreicht werden können.²¹¹ Der „peer“-Ansatz könnte ebenfalls genutzt werden, um Professionalisierungskompetenzen für die Beschaffungsprostitution – wie z. B. das Aushandeln von Preisen und „safer sex“-Praktiken, Vortäuschen von Vaginalsex („Falle stellen“), Strategien zur Reduzierung des Gewalttrisikos etc. – zu vermitteln. Gleichzeitig könnte sich mit dem Ansatz für die „peer-worker“ ein Gewinn an Ressourcen verbinden. Zum einen würde sich hiermit ein Wechsel von der passiven Rolle der Hilfeempfängerin in die aktive Rolle der Helferin vollziehen. Die Frauen könnten ihre persönlichen Fähigkeiten und Kenntnisse einsetzen und weiterentwickeln sowie in ihrem Expertinnenstatus Anerkennung erfahren, wodurch ihr Selbstbewusstsein gestärkt würde. Zum anderen ist zu vermuten, dass die Mitarbeit in einem „peer“-Projekt eine Sinnorientierung und einen alternativen Inhalt zu einem rein drogenbezogenen Lebensstil bereithält und den Aufbau sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung fördern kann. Angesichts der meist schlechten Schul- und Berufsbildung der Frauen könnte die Ausbildung zum „peer-worker“ eine wichtige Form der beruflichen Qualifizierung bedeuten und möglicherweise auch die Motivation für einen Ausstieg aus dem Szeneleben schaffen.

Insgesamt ist die Drogenhilfe gefordert, ein stärkeres Bewusstsein für die herrschenden Geschlechterstereotype in der Drogenszene und die genderspezifischen Problemlagen und Aspekte des Szenelebens zu entwickeln und ihre Angebotsstruktur stärker an diesen Problemen und Bedürfnissen auszurichten. Konkret bedeutet dies, vor allem der Degradierung von Frauen im Szenemilieu entgegenzuwirken und frauengerechte Angebote zu schaffen und auszuweiten. Neben den bereits genannten Verbesserungsvorschlägen ist die Einrichtung von frauenspezifischen Übernachtungseinrichtungen mit ausgedehnten Öffnungszeiten anzuregen. Hierdurch würde einerseits der Wunsch der Frauen nach Schutz- und Erholungsräumen abseits männerdominierter Strukturen und Verhaltensweisen Berücksichtigung finden, andererseits entspräche ein derartiges Angebot besser dem Zeitmanagement der Frauen und ihren meist nächtlichen Arbeitszeiten. Vor dem Hintergrund, dass Obdachlosigkeit und ein intensi-

²¹¹ In Frankfurt besteht mit dem „Kaffeeklatsch“ der Hotline ein solches Angebot für Drogenprostituierte, bislang scheint dies aber das einzige derartige frauenspezifische Angebot in Frankfurt zu sein.

ver Drogenkonsum in einem engen Zusammenhang stehen bzw. dass umgekehrt stabile Wohnverhältnisse eine Reduzierung des Drogenkonsums begünstigen können (vgl. Kap. 7.2.3), ist ebenso die Schaffung frauenspezifischer Wohnangebote anzustreben. Unerlässlich ist darüber hinaus eine stärkere konzeptionelle Verankerung von weiteren integrationsfördernden Angeboten. Dies betrifft erweiterte Möglichkeiten der schulischen und beruflichen Qualifikation²¹² sowie Angebote, die den Aufbau sozialer Kontakte außerhalb des Drogenmilieus fördern²¹³. Da vor allem das Fehlen von unterstützenden sozialen Beziehungen und der Mangel an Beschäftigungsperspektiven für Frauen wesentliche Barrieren für einen Ausstieg aus einem drogenbezogenen Lebensstil sind, haben Angebote, die auf eine Verbesserung in diesen Bereichen abzielen, eine hohe Relevanz. Integrationsförderung bedeutet dabei auch, Ausbildungs-, Arbeits- oder auch Wohnangebote nicht nur im „drogenhilfepraktischen Mikrokosmos“ anzusiedeln, sondern auf die Vermittlung in allgemeine gesellschaftliche Einrichtungen abzielen. Die Aufgabe der Drogenhilfe würde hierbei vor allem darin bestehen, als „Brückenbauerin“ zwischen Drogenkonsumentinnen und den entsprechenden Institutionen im Bereich des Wohnungs-, Ausbildungs- und Arbeitswesens zu fungieren und Kooperationsmodelle zu initiieren (vgl. Kemmesies 1995a: 297).

Angesichts des starken wechselseitigen Zusammenhangs zwischen Crack und Prostitution wäre ebenfalls wichtig, spezifische Angebote für Crackprostituierte zu schaffen, mit denen den Frauen flexibel und zeitnah Hilfe zur Verfügung gestellt und der Kreislauf aus Beschaffung und Crackkonsum zumindest zeitweise unterbrochen werden kann. Eine wichtige Rolle spielt in diesem Zusammenhang auch die Vermittlung von Kontrollstrategien des Crackkonsums.²¹⁴ Im Hinblick darauf, dass ein Teil der

²¹² Hierzu existieren bereits Ansätze: So gibt es in Frankfurt die bundesweit einzige Schule, in der Substituierte oder ehemalige Drogenkonsumenten ihren Schulabschluss nachholen können. Darüber hinaus bestehen im Rahmen der Frankfurter Drogenhilfe auch vereinzelt Ausbildungsangebote (z. B. in den Bereichen Bürokommunikation, Garten- und Landschaftsbau, Schneiderei) sowie Arbeits- und Beschäftigungsangebote (u. a. Renovierungsarbeiten, Hausmeisterstätigkeiten, Wäscherei, Metallwerkstatt, Druckerei). Es ist jedoch fraglich, inwiefern diese Angebote den Bedürfnissen von Frauen entsprechen. Zum einen bleiben ihre Kompetenzen (z. B. ihre sozialen Fähigkeiten) hiermit unberücksichtigt, zum anderen ist anzunehmen, dass derartige Beschäftigungsmaßnahmen wenig zur (Selbst-)Anerkennung von Frauen beitragen und ihnen kaum funktionelle Äquivalente zum Szeneleben und eine alternative Sinn- und Lebensorientierung bieten.

²¹³ Mit dem „BuddyCare“-Projekt der „Integrativen Drogenhilfe e.V.“ (IDH) besteht in Frankfurt deutschlandweit das einzige Projekt, mit dem der Kontakt zwischen compulsiven Drogenkonsumierenden bzw. Substituierten und Menschen außerhalb der Drogenszene gefördert wird. Über ein Jahr hinweg treffen sich die „BuddyCare“-Paare, d.h. Drogenkonsumierende und Ehrenamtliche, einmal pro Woche, um gemeinsam Freizeitaktivitäten zu unternehmen (vgl. <http://www.idh-frankfurt.de>; abgerufen am 08.10.2011).

²¹⁴ Mit „KISS“ („Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum“) existiert in Deutschland, der Schweiz und Österreich ein „verhaltenstherapeutisches Selbstmanagementprogramm“, das auf einen kontrollierten Drogenkonsum bzw. auf eine Konsumreduktion abzielt. Allerdings handelt es sich auch hierbei um ein relativ hochschwelliges und stark durchstrukturiertes Konzept: In jeweils zwölf Sitzungen à 2,5 Stunden wird eine schrittweise Veränderung (Reduktion oder Abstinenz) des Konsumverhaltens angestrebt, wobei die Teilnehmer unter anderem ein Konsumtagebuch führen und wöchentliche Konsumziele festlegen (vgl. <http://www.kiss-heidelberg.de/kiss-heidelberg/de/2/0/programm/kiss.aspx>; abgerufen am 07.09.2011). Es ist anzunehmen, dass für einen Großteil der Drogenszene – insbesondere für Frauen, die Crack konsumieren und der Beschaffungsprostitution nachgehen – ein solches Programm kaum mit ihrer derzeitigen Alltagsstrukturierung vereinbar ist und die Zugangskriterien schlicht zu hoch angesetzt sind. Für die Frauen müsste eine Vermittlung von Kontrollstrategien niedriger angelegt und besser in ihren Alltag integrierbar sein.

Frauen auch vergleichsweise intensive i.v. Konsummuster aufweist und gleichzeitig häufig über Probleme beim Injizieren berichtet, wären auch Angebote sinnvoll, mit denen sichere Injektionstechniken vermittelt werden. Ferner ist eine Förderung nicht-intravenöser Applikationsformen angezeigt. Hier ist zu überlegen, Konsumräume zunehmend technisch (d. h. mit Lüftungslagen) so auszustatten, dass hier ebenfalls der inhalative Konsum möglich ist.

Die hier formulierten Verbesserungsvorschläge der drogenhilfepraktischen Maßnahmen sind auch unter den Bedingungen einer internationalen Drogenprohibition umsetzbar. Vorausgesetzt ist hiermit jedoch ein Umdenken in der Drogenhilfe – weg von einer stigmatisierenden, defizitären Sicht auf Drogenkonsumentinnen hin zu einer akzeptierenden, integrierenden und das Selbsthilfepotenzial stärkenden Haltung, womit auch die Selbstbestimmung und die Selbstorganisation von Drogengebraucherinnen gefördert werden kann. Auch die frauenspezifische Drogenforschung muss dazu beitragen, das defizitäre Bild von Drogenkonsumentinnen aufzubrechen, indem sie verstärkt die Kompetenzen und nicht die Schwächen der Frauen in den Fokus rückt. Hierzu können vor allem auch international-vergleichende Forschungsarbeiten beitragen, mit denen die differente Lebenssituation von Drogenkonsumentinnen unter den Bedingungen unterschiedlicher drogenpolitischer Ansätze beleuchtet und die Potenziale der Frauen aufgedeckt werden können.

Für den Vergleich der deutschen und US-amerikanischen Drogenpolitik bleibt abschließend festzuhalten, dass ein verstärkt dem helfenden Ansatz folgendes drogenpolitisches Modell zwar eine Verbesserung der Situation von Drogenkonsumentinnen in Teilbereichen bewirken kann, das Grundproblem ihrer Kriminalisierung, Marginalisierung und Etikettierung jedoch bestehen bleibt. Es ist daher darauf abzuzielen, Konzepte einer Drogenlegalisierung und deren Begründungszusammenhänge zukünftig verstärkt im gesellschaftlichen Diskurs zu platzieren und damit eine Politik der Integration zu initiieren, die das Drogenproblem einer Lösung zugänglich macht.

10. Literaturverzeichnis

- Absalon, J./Fuller, C. M./Ompad, D. C. et al. (2006): Gender differences in sexual behaviors, sexual partnerships, and HIV among drug users in New York City. In: *AIDS Behavior*, 10; 707-715.
- Adler, P. (1985): *Wheeling and dealing: An ethnography of an upper-level dealing and smuggling community*. Columbia University Press: New York.
- Agar, M. (1973): *Ripping and Running. A Formal Ethnography of Urban Heroin Addicts*. Seminar Press: New York/London.
- Akers, R. (1969): *Deviant behavior: A Social-Learning Approach*. Wadsworth: Belmont.
- Albrecht, G. (1990): Theorie sozialer Probleme im Widerstreit zwischen ‚objektivistischen‘ und ‚rekonstruktionistischen‘ Ansätzen. In: *Soziale Probleme*, 1; 5-20.
- Albrecht, G. (2001): Gesellschaftliche Konstruktion von Realität und Realität von Konstruktionen. In: Groenemeyer, A. (Hg.): *Soziale Probleme – Konstruktivistische Kontroversen und gesellschaftliche Herausforderungen*. Centaurus: Herbolzheim; 116-145.
- Allen, F. A. (1981): *Decline of the Rehabilitative Ideal – Penal Policy and Social Purpose*. Yale University Press: New Haven.
- Almog, Y. J./Anglin, M. D./Fischer, D. G. (1993): Alcohol and heroin use patterns of narcotics addicts: Gender and ethnic differences. In: *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19 (2); 219-238.
- Amendt, G. (2008): *Drogenpolitik global. Realitäten und Paradoxien der globalen Drogenpolitik*. Vortrag auf der Frankfurter Konferenz zu einer integrierten Drogenpolitik und Drogenarbeit. Online unter: http://www.drogenkonferenz.de/fileadmin/reden/002_Guenter_Amendt-Drogenpolitik-Global.pdf; abgerufen am 15.04.2011.
- Anderson, E. (1990): *Street wise*. University of Chicago Press: Chicago.
- Andrade, X./Sifaneck, S. J./Neaigus, A. (1999): Dope Sniffers in New York City: An Ethnography of Heroin Markets and Patterns of Use. In: *Journal of Drug Issues*, 29 (2); 271-298.
- Anglin, M. D./Hser, Y./Booth, M. W. (1987a): Sex differences in addict careers: IV treatment. In: *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 13 (3); 253-280.
- Anglin, M. D./Hser, Y./McGlothlin, W. H. (1987b): Sex differences in addict careers: II becoming addicted. In: *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 13 (1/2); 59-71.
- Bader, T. (2002): Therapie Drogenabhängiger. In: Arnold, H./Schille, H.-J. (Hg.): *Praxishandbuch Drogen und Drogenprävention. Handlungsfelder – Handlungskonzepte – Praxisschritte*. Juventa: Weinheim/München; 395-426.
- Ball, J./Chambers, C. D. (1970): *The Epidemiology of Opiate Addiction in the United States*. Thomas: Springfield.
- Bammann, K. (2002): Zur sozialen Konstruktion von Kriminalität und Strafrecht. In: *Forum Recht*, 2; 40-43.

- Baratta, A. (1990): Rationale Drogenpolitik? Die soziologischen Dimensionen eines strafrechtlichen Verbots. In: *Kriminologisches Journal*, 1; 2-25.
- Barnard, M. A. (1993): Needle sharing in context: Patterns of sharing among men and women injectors and HIV risks. In: *Addiction*, 88 (6); 805-812.
- Barnard, M./McKeganey, N. (2004): The Impact of parental problem drug use on children: What is the problem and what can be done to help? In: *Addiction*, 99; 552-559.
- Barnett, R. E. (1998): *Curing the Drug-Law Addiction*. In: Schaler, J. A. (Hg.): *Drugs: Should We Legalize, Decriminalize or Deregulate?* Prometheus Books: Amherst/New York; 155-180.
- Baseman, J./Ross, M./Williams, M. (1999): Sale of sex for drugs and drugs for sex: An economic context of sexual risk behaviors for STDs. In: *Sexually Transmitted Diseases*, 26; 444-449.
- Bauer, C./Bossong, H. (1992): Zwischen Markt und Mafia. Modelle einer effektiven Drogenkontrolle. In: Neumeyer, J./Schaich-Walch, G. (Hg.): *Zwischen Legalisierung und Normalisierung. Ausstiegsszenarien aus der repressiven Drogenpolitik*. Schüren: Marburg; 79-96.
- Beck, A. J./Gilliard, D. K. (1995): *Prisoners in 1995*. Bureau of Justice Statistics, US Department of Justice, Office of Justice Programs: Washington D.C.
- Beck, A. J./Mumola, C. J. (1999): *Prisoners in 1998*. Bureau of Justice Statistics, US Department of Justice, Office of Justice Programs: Washington D.C.
- Becker, G. S. (1976): *The Economic Approach to Human Behavior*. University of Chicago Press: Chicago.
- Becker, H. S. (1966): *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. The Free Press: New York.
- Beckstein, G. (1999): Positionen der bayerischen Drogenpolitik. In: Höfling, S. (Hg.): *Kampf gegen Sucht und Drogen*. Akademie für Politik und Zeitgeschehen, Hans Seidel Stiftung e.V.: München; 121-139.
- Beke-Bramkamp, R. (1992): *Die Drogenpolitik der USA, 1969-1990*. Unter besonderer Berücksichtigung ihrer Auswirkungen auf die Bundesrepublik Deutschland und den Europäischen Einigungsprozeß. Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden.
- Bellebaum, A./Braun, H. (1974): *Reader soziale Probleme. Empirische Befunde*. Herder & Herder: Frankfurt am Main/New York.
- Bennett G. A./Velleman, R. D./Barter, G./Bradbury, C. (2000): Gender differences in sharing injecting equipment by drug users in England. In: *AIDS Care*, 12 (1); 77-87.
- Berger, P. L./Luckmann, T. (1966): *The Social Construction of Reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Anchor Books: New York.
- Berk, R. A./Adams, J. M. (1970): Establishing Rapport with Deviant Groups. In: *Social Problems*, 18; 102-117.
- Bernard, C./Langer, A. (2008): Zug um Zug: Drogenhandel und Prostitution als Finanzierungspraktiken von Crackkonsumentinnen. In: Werse, B. (Hg.): *Drogenmärkte: Strukturen und Szenen des Kleinhandels*. Campus: Frankfurt am Main/New York; 299-327.
- Best, J. (1987): Rhetoric in Claims-Making. In: *Social Problems*, 34; 101-121.

- Best, J. (2003): Staying Alive. Prospects for Constructionist Theory. In: Holstein, J. A./Miller, G. (Hg.): Challenges and Choices. Constructionist Perspectives on Social Problems. Aldine de Gruyter: New York; 133-152.
- Best, J. (2007): But Seriously Folks: The Limitations of the Strict Constructionist Interpretation of Social Problems. In: Holstein, J. A./Miller, G. (Hg.): Reconsidering Social Constructionism. Debates in Social Problems Theory. Transaction Publishers: New Brunswick; 129-148.
- Blätter, A. (1990): Kulturelle Ausprägungen und die Funktionen des Drogengebrauchs: Ein ethnologischer Beitrag zur Drogenforschung. Wayasbah: Hamburg.
- Blumer, H. (1971): Social Problems as Collective Behavior. In: Social Problems, 18; 298-306.
- Blumer, H. (1975): Soziale Probleme als kollektives Verhalten. In: Hondrich, K.-O. (Hg.): Menschliche Bedürfnisse und soziale Steuerung. Rowohlt: Reinbek bei Hamburg; 102-113.
- Bölliger, L. (1992): Verfassungsrechtliche und kriminalpolitische Aspekte eines Ausstiegs aus repressiver Drogenpolitik. In: Neumeyer, J./Schaich-Walch, G. (Hg.): Zwischen Legalisierung und Normalisierung: Ausstiegsszenarien aus der repressiven Drogenpolitik. Schüren: Marburg; 147-167.
- Böllinger, L. (2003): Drogenprohibition als eigentliche Gefahr für die öffentliche Gesundheit und den Rechtsstaat – und wie das Problem durch Akzeptanz und Risikominderung gelöst werden kann. Vortrag für die öffentliche Anhörung des Europaparlamentes am 4. März 2003 zur europäischen Drogenpolitik im Hinblick auf die CND-Versammlung in Wien. Online unter: <http://www.cannabislegal.de/international/un-030304.htm#lb>; abgerufen am 05.04.2010.
- Böllinger, L./Stöver, H./Fietzek, L. (1995): Drogenpraxis. Drogenrecht. Drogenpolitik. 4. Auflage, Fachhochschulverlag: Frankfurt am Main.
- Borchers-Tempel, S./Kolte, B. (2002): Cannabis Consumption in Amsterdam, Bremen and San Francisco: A Three-City Comparison of Long-Term Cannabis Consumption. In: Journal of Drug Issues, 32 (2); 395-412.
- Bourgois, P. (1997): In Search of Horatio Alger: Culture and Ideology in the Crack Economy. In: Reinerman, C./Levine, H. G. (Hg.): Crack in America: Demon Drugs and Social Justice. University of California Press: Berkeley/Los Angeles; 57-76.
- Bourgois, P. (2003): In Search of Respect: Selling Crack in El Barrio. 2nd Edition, Cambridge University Press: New York.
- Bourgois, P./Dunlap, E. (1993): Exorcising sex-for-crack: An ethnographic perspective from Harlem. In: Ratner, M. S. (Hg.): Crack pipe as pimp: An ethnographic investigation of sex-for-crack exchanges. Lexington Books: New York; 97-132.
- Bourgois, P./Prince, B./Moss, A. (2004): The Everyday Violence of Hepatitis C among Young Women Who Inject Drugs in San Francisco. In: Human Organization, 63 (3); 253-264.
- Boyd, S. (1994): Women and Illicit Drug Use. In: International Journal of Drug Policy, 5 (3); 185-189.
- Brake, M. (1981): Soziologie der jugendlichen Subkulturen. Eine Einführung. Campus: Frankfurt am Main/New York.
- Brakhoff, J. (1989): Sucht und Prostitution. Lambertus: Freiburg im Breisgau.

- Brecher, E. M./Editors of Consumer Reports (1972): Licit and Illicit Drugs. The Consumers Union Report on Narcotics, Stimulants, Depressants, Inhalants, Hallucinogens, and Marijuana – including Caffeine, Nicotine, and Alcohol. Little, Brown and Company: Boston/Toronto.
- Breen, C./Roxburgh, A./Degenhardt, L. (2005): Gender differences among regular injecting drug users in Sydney, Australia, 1996-2003. In: *Drug and Alcohol Review*, 24 (4); 353-358.
- Brennan Center for Justice (2005): Caught in the Net: The Impact of Drug Policies on Women and Families. Brennan Center for Justice at NYU Law School: New York.
- Briesen, D. (2005): Drogenkonsum und Drogenpolitik in Deutschland und den USA – ein historischer Vergleich. Campus: Frankfurt am Main/New York.
- Brook, D. W./Brook, J. S./Richter, L./Masci, J. R./Roberto, J. (2000): Needle Sharing: A Longitudinal Study of Female Injection Drug Users. In: *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26 (2); 263-281.
- Broom, D. H./Stevens, A. (1991): Doubly Deviant: Women Using Alcohol and Other Drugs. In: *International Journal of Drug Policy*, 2 (4); 25-27.
- Brown, B. S. (1990): The Growth of Drug Abuse Treatment Centers. In: Inciardi, J. A. (Hg.): *Handbook of Drug Control in the United States*. Greenwood Press: Westport; 51-70.
- Brümmer, S. (2006): Leistungsmotivation und Anstrengungsvermeidung in der deutschen und in der US-amerikanischen Individualisierungsgesellschaft. Eine vergleichende empirische Studie im Rahmen der Sozialpersönlichkeitspsychologie. Dissertation, Universität Flensburg: Flensburg.
- Buchanan, D./Tooze, J. A./Shaw, S./Kinzly, M./Heimer, R./Singer, M. (2006): Demographic, HIV risk behavior, and health status characteristics of „crack“ cocaine injectors compared to other injection drug users in three New England cities. In: *Drug and Alcohol Dependence*, 81; 221-229.
- Bühringer, G. (1981): Planung, Steuerung und Bewertung von Therapieeinrichtungen für junge Drogen- und Alkoholabhängige. Ergebnisse einer Modellförderung des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit. Gerhard Röttger Verlag: München.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2009): Bericht zum Substitutionsregister. BfArM: Bonn.
- Bundeskriminalamt (BKA) (2001): Rauschgiftjahresbericht Bundesrepublik Deutschland 2000. BKA: Wiesbaden.
- Bundeskriminalamt (BKA) (2002): Rauschgiftjahresbericht Bundesrepublik Deutschland 2001. BKA: Wiesbaden.
- Bundeskriminalamt (BKA) (2009): Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) 2008. BKA: Wiesbaden.
- Bundeskriminalamt (BKA) (2010a): Rauschgiftkriminalität: Bundeslagebild 2009 – Tabellenanhang. BKA: Wiesbaden.
- Bundeskriminalamt (BKA) (2010b): Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS): Aufgliederung der Tatverdächtigen – weiblich – nach Alter ab 1987. BKA: Wiesbaden.
- Bundesministerium der Justiz (2009): Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung vom 15. Juli 2009. Bundesgesetzblatt (BGBl.) Teil I, Nr. 41; 1801-1803.

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2009): Drogen- und Suchtbericht 2008. BMG: Berlin.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2001): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. BZgA: Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2010): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Verbreitung des Konsums illegaler Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. BZgA: Köln
- Bureau of Justice Statistics (BJS) (2010): Prisoners in federal prisons at year-end 2009. Federal Criminal Case Processing Statistics. Office of Justice Programs: Washington D.C. Online unter: <http://bjs.ojp.usdoj.gov/fjsrc/>; abgerufen am 25.08.2010.
- Burris, S./Welsh, J./Ng, M./Li, M./Ditzler, A. (2002): State syringe and drug possession laws potentially influencing safe syringe disposal by injection drug users. In: Journal of the American Pharmaceutical Association, 42 (6); 94-98.
- Carlan, P. E./Nored, L. S./Downey, R. A. (2010): An Introduction to Criminal Law. Jones & Bartlett: Sudbury.
- Carlson, R./Falck, R./Siegal, H. (2000): Crack cocaine injection in the heartland: An ethnographic perspective. In: Medical Anthropology, 18 (4); 305-323.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC): HIV Surveillance Report: Diagnoses of HIV infection and AIDS in the United States and Dependent Areas. CDC, US Department of Health and Human Services: Atlanta (Zeitreihenvergleich der jährlichen Berichte 1993 bis 2010).
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2010): HIV Surveillance Report: Diagnoses of HIV infection and AIDS in the United States and Dependent Areas, 2008. CDC, US Department of Health and Human Services: Atlanta.
- Chasnoff, I. (1991): Drugs, Alcohol, Pregnancy, and the Neonate. In: Journal of the American Medical Association, 266 (11); 1567-1568.
- Chasnoff, I./Griffith, D. R./Freier, C./Murray, J. (1992): Cocaine/Polydrug Use in Pregnancy: Two-Year Follow Up. In: Pediatrics, 89 (2); 284-285.
- Chen, X./Tyler, K./Whitbeck, L. B./Hoyt, D. R. (2004): Early sexual abuse, street adversity and drug use among female homeless and runaway adolescents in the Midwest. In: Journal of Drug Issues, 34 (1); 1-21.
- Christie, N./Bruun, K. (1991): Der nützliche Feind: Die Drogenpolitik und ihre Nutzniesser. AJZ: Bielefeld.
- Church, S./Henderson, M./Barnard, M./Hart, G. (2001): Violence by clients towards female prostitutes in different work settings. In: British Medical Journal, 322; 524-525.
- Cohen, A. K. (1955): Delinquent Boys: The Culture of the Gang. The Free Press: Glencoe.
- Cohen, A. K. (1961): Kriminelle Jugend. Zur Soziologie jugendlichen Bandenwesens. Rowohlt: Reinbek bei Hamburg.
- Cohen, P. (1990): Drugs as a Social Construct. Elinkwijk: Utrecht.
- Cohen, P./Kaal, H. L. (2001): The Irrelevance of Drug Policy. Patterns and careers of experienced cannabis use in the populations of Amsterdam, San Francisco and

- Bremen. Online unter: <http://www.cedro-uva.org/lib/cohen.3cities.pdf>; abgerufen am 15.02.2011.
- Cohen, S. (1985): *Visions of Social Control*. Blackwell Publishers: Malden.
- Connors, M. (1994): Stories of Pain and the Problem of AIDS Prevention: Injection Drug Withdrawal and Its Effect on Risk Behavior. In: *Medical Anthropology Quarterly*, 8 (1); 47-68.
- Cooper, H./Moore, L./Gruskin, S./Krieger, N. (2005): The impact of a police drug crackdown on drug injectors' ability to practice harm reduction: A qualitative study. In: *Social Science and Medicine*, 61; 673-684.
- Copeland, J./Hall, W. (1992): A comparison of predictors of treatment drop-out of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services. In: *British Journal of Addiction*, 87 (6); 883-890.
- Courtwright, D. T. (1982): *Dark paradise. Opiate addiction in America before 1940*. Harvard University Press: Cambridge.
- Crack-Street-Projekt (2001): *Arbeitsbericht des Crack-Street-Projektes Frühjahr 2001*. Crack-Street-Projekt: Frankfurt am Main.
- Cremer-Schäfer, H./Steinert, H. (1998): *Straflust und Repression. Zur Kritik der populistischen Kriminologie*. Westfälisches Dampfboot: Münster.
- Cross, J. C./Johnson, B. D./Davis, W. R./Liberty, H. J. (2001): Supporting the habit: Income generation activities of frequent crack users compared with frequent users of other hard drugs. In: *Drug and Alcohol Dependence*, 64 (2); 191-201.
- Curtis, R./Wendel, T./Spunt, B. (2002): *We Deliver: The Gentrification of Drug Markets on Manhattan's Lower East Side. Final Report*. National Institute of Justice: New York.
- Davis, W. R./Johnson, B. D./Randolph, D./Liberty, H. J. (2003): *HIV Infection among Women who Use or Sell Crack, Powder Cocaine or Heroin in Central Harlem. Research Report, National Development and Research Institutes (NDRI)*: New York.
- Davis, W. R./Johnson, B. D./Randolph, D./Liberty, H. J. (2005): Gender differences in the distribution of cocaine and heroin in Central Harlem. In: *Drug and Alcohol Dependence*, 77 (2); 115-127.
- Decorte, T. (2000): *The Taming of Cocaine*. VUB University Press: Brüssel.
- Degenhardt, L./Chiu, W./Sampson, N. et al. (2008): Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. In: *PLOS Medicine*, 5 (7); 1053-1067.
- Degkwitz, P. (1999): „Abhängig“ oder „selbstbestimmtes Individuum“? Anmerkungen zur Auseinandersetzung um das Verständnis von Drogenkonsum und -abhängigkeit. In: Stöver, H. (Hg.): *Akzeptierende Drogenarbeit – Eine Zwischenbilanz*. Lambertus: Freiburg im Breisgau; 38-56.
- Degkwitz, P./Verthein, U. (2001): Crackwelle? Bedeutung und Konsequenzen veränderter Konsummuster. In: Akzept e.V. (Hg.): *Gesellschaft mit Drogen – Akzeptanz im Wandel*. VWB: Berlin; 163-176.
- Delaney-Black, V./Covington, C./Ostrea E. et al. (1996): Prenatal cocaine and neonatal outcome: Evaluation of dose-response relationship. In: *Pediatric*, 98 (4); 735-740.

- Densen-Gerber, J./Rohrs, C. C. (1973): Drug-Addicted Parents and Child Abuse. In: Contemporary Drug Problems, 2 (4); 683-696.
- Denzin, N. K. (1970): The research act in sociology: A theoretical introduction to sociological methods. Prentice Hall: Englewood Cliffs.
- Der Spiegel (2000): Grausam wie die roten Khmer. 52; 54-67.
- Des Jarlais, D. C./Arasteh, K./McKnight, C./Ringer, M./Friedman, S. R. (2010): Syringe Exchange, Injecting and Intranasal Drug Use. In: Addiction, 105 (1); 155-158.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2009): Rehabilitation 2008. Statistik der Deutschen Rentenversicherung, Band 174. DRV: Berlin.
- Division of Criminal Justice Services (2010a): New York State: Felony Drug Arrest, Indictment and Commitment, Trends 1973-2008. Criminal Justice Research Report. Drug Law Reform Series (1). Office of Justice Research and Performance: New York.
- Division of Criminal Justice Services (2010b): Preliminary Impact of 2009 Drug Law Reform. October 2009-September 2010. Criminal Justice Interim Update. Drug Law Reform Series (3). Office of Justice Research and Performance: New York.
- Dobler-Mikola, A./Zimmer-Höfler, D. (1989): Zur spezifischen Situation drogenabhängiger Frauen. In: Jäger, H. (Hg.): Frauen und AIDS. Somatische und psychosoziale Aspekte. Springer: Berlin/Heidelberg/New York; 103-115.
- Dörrlamm, M. M. (2004): Steinbruch Drogenhilfe – Wie Crack-Raucher an einem falschen Kompromiss kratzen. In: Stöver, H./Prinzleve, M. (Hg.): Kokain und Crack. Pharmakodynamiken, Verbreitung und Hilfeangebote. Lambertus: Freiburg im Breisgau; 216-228.
- Dole, V. P./Nyswander, M. E. (1965): A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction. In: Journal of the American Medical Association, 193; 646-650.
- Dollinger, B. (2002): Drogen im sozialen Kontext. Zur gegenwärtigen Konstruktion abweichenden Verhaltens. Maro-Verlag: Augsburg.
- Dollinger, B. (2005): Sucht als Prozess. Eine Einführung. In: Dollinger, B./Schneider, W. (Hg.): Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis. VWB: Berlin; 7-21.
- Dollinger, B./Raithel, J. (2006): Einführung in die Theorien abweichenden Verhaltens: Perspektiven, Erklärungen und Interventionen. Beltz: Weinheim/Basel.
- Dollinger, B./Schmidt-Semisch, H. (2007): Reflexive Suchtforschung. In: Dollinger, B./Schmidt-Semisch, H. (Hg.): Sozialwissenschaftliche Suchtforschung. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden; 7-33.
- Doyle, L. H. (2003): Synthesis through meta-ethnography: Paradoxes, enhancements, and possibilities. In: Qualitative Research, 3 (3); 321-344.
- Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main (2004-2006): Jahresbericht 2004-2006. Drogenreferat: Frankfurt am Main.
- Dünkel, F. (1982): Strafrechtliche Drogengesetzgebung im internationalen Vergleich. In: Völger, G./von Welck, K. (Hg.): Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich. Band 3. Rowohlt: Reinbek bei Hamburg; 1179-1199.
- Dunlap, E./Johnson, B. D./Maher, L. (1997): Female Crack Sellers in New York City: Who They Are and What They Do. In: Women and Criminal Justice, 8 (4); 25-55.

- Dunlap, E./Golub, A./Johnson, B. D. (2003): The Lived Experience of Welfare Reform in Drug-Using Welfare-Needy Households in Inner-City New York. In: *Journal of Sociology and Social Welfare*, 3; 39-58.
- Durkheim, E. (1938): *The Rules of Sociological Method*. The Free Press: New York.
- Durkheim, E. (1973): *Der Selbstmord*. Luchterhand: Neuwied/Berlin.
- Durkheim, E. (1975): Soziale Arbeitsteilung und ihre Folgen. In: Hondrich, K.-O. (Hg.): *Menschliche Bedürfnisse und soziale Steuerung*. Rowohlt: Reinbek bei Hamburg; 171-184.
- Durkheim E. (1999a): The Normal and the Pathological. In: Traub, S. H./Little, C. B. (Hg.): *Theories of Deviance*. 5th Edition, Thomson/Wadsworth: Belmont; 4-8.
- Durkheim E. (1999b): Anomic Suicide. In: Traub, S. H./Little, C. B. (Hg.): *Theories of Deviance*. 5th Edition, Thomson/Wadsworth: Belmont; 131-141.
- Eberwein, H. (1987): *Fremdverstehen sozialer Randgruppen. Ethnographische Feldforschung in der Sonder- und Sozialpädagogik – Grundfragen, Methoden, Anwendungsbeispiele*. Marhold: Berlin.
- Edlin, B. R./Irwin, K. L./Faruque, S. et al. (1994): Intersecting epidemics: Crack cocaine use and HIV infection among inner-city young adults. In: *New England Journal of Medicine*, 331; 1422-1427.
- Eisend, M. (2004): *Metaanalyse: Einführung und kritische Diskussion. Diskussionsbeiträge des Fachbereichs Wirtschaftswissenschaft, Freie Universität Berlin: Berlin*. Online unter: http://www.wiwiss.fu-berlin.de/verwaltung-service/bibliothek/diskussionsbeitraege/diskussionsbeitraege-wiwiss/files-diskussionsbeitraege-wiwiss/discpaper08_04.pdf; abgerufen am 22.03.2011.
- El-Bassel, N./Schilling, R. F./Gilbert, L. et al. (1997): Sex Trading and Psychological Distress among Women Recruited from the Streets of Harlem. In: *American Journal of Public Health*, 87 (1); 66-70.
- El-Bassel, N./Witte, S. S./Wada, T./Gilbert, L./Wallace, J. (2001): Correlates of Partner Violence among Female Street-Based Sex Workers: Substance Abuse, History of Childhood Abuse, and HIV Risks. In: *AIDS Patient Care and STDs*, 15 (1); 41-51.
- Ellinger, H. (1974): *Betäubungsmittel und Strafbarkeit. Ein Beitrag zur Änderung der Strafbestimmungen des Opiumgesetzes durch das Gesetz vom 22. Dezember 1971*. Schriftenreihe des Bundeskriminalamtes: Wiesbaden.
- Ellrich, L. (1999): *Verschriebene Fremdheit. Die Ethnographie kultureller Brüche bei Clifford Geertz und Stephen Greenblatt*. Campus: Frankfurt am Main/New York.
- Epele, M./Scars, E. (2002): Harm and Pain: About Being Injected among Drug Using Latina Women. In: *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 1 (1); 47-69.
- Erickson, P./Adlaf, E./Smart, R./Murray, G. (1994): *The steel drug: Cocaine and crack in perspective*. 2nd Edition, Lexington Books: New York.
- Erickson, P./Butters, J. /McGillicuddy, P./Hallgreen, A. (2000): Crack and Prostitution: Gender, Myths and Experiences. In: *Journal of Drug Issues*, 30 (4); 767-788.
- Ernst, M. L./Rottenmanner, I./Spreyermann, C. (1995): *Frauen – Sucht – Perspektiven. Grundlagen zur Entwicklung und Förderung frauenspezifischer Drogenarbeit. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen BAG*: Bern.
- Esser, H. (1999a): *Soziologie: Allgemeine Grundlagen*. 3. Auflage, Campus: Frankfurt am Main/New York.

- Esser, H. (1999b): Soziologie. Spezielle Grundlagen. Band 1: Situationslogik und Handeln. Campus: Frankfurt am Main/New York.
- Estebanez, P. E./Russell, N. K./Aguilar, M. D./Beland, F./Zunzunegui, M. V./Study Group on Risk Behaviour in Female Injecting Drug Users (2000): Women, drugs and HIV/AIDS: Results of a multicentre European study. In: *International Journal of Epidemiology*, 29 (7); 734-743.
- Ettore, E. (1992): *Women and Substance Abuse*. Rutgers University Press: New Brunswick.
- Europäische Union (2005): EU-Drogenaktionsplan 2005-2008. Amtsblatt der Europäischen Union: Brüssel.
- European Cities on Drug Policy (ECDP) (1990): Die Frankfurter Resolution. Online unter: http://www.idh-frankfurt.de/images/stories/verein/frankfurter_resolution.pdf, abgerufen am 20.06.2011.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2006): Annual Report 2006. Selected Issue 2: A gender perspective on drug use and responding to drug problems. EMCDDA: Lisbon.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2007): Annual Report 2007: The State of the Drugs Problem in Europe. EMCDDA: Lisbon.
- Evans, J. L./Hahn, J. A./Page-Shafer, K. et al. (2003): Gender Differences in Sexual and Injection Risk Behavior among Active Young Injection Drug Users in San Francisco (the UFO Study). In: *Journal of Urban Health*, 80 (1); 137-146.
- Executive Office of the President of the United States (2010): National Drug Control Strategy. FY 2011 Budget Summary. The White House: Washington D.C.
- Fagan, J. (1994): Women and drugs revisited: Female participation in the cocaine economy. In: *Journal of Drug Issues*, 24 (1/2); 179-225.
- Fagan, J./Chin, K. (1991): Social Processes of Initiation into Crack. In: *Journal of Drug Issues*, 21 (2); 313-343.
- Faugier, J./Cranfield, S. (1994): Reaching Male Clients of Female Prostitutes: The Challenge for HIV Prevention. In: *AIDS Care*, 7 (1); 21-32.
- Faupel, C. E./Horowitz, A. M./Weaver, G. S. (2004): *The Sociology of American Drug Use*. McGraw-Hill: New York.
- Federal Bureau of Investigation (FBI) (1980): Uniform Crime Report (UCR): Crime in the United States 1965-1980. FBI, US Department of Justice: Washington D.C.
- Federal Bureau of Investigation (FBI) (2009): Uniform Crime Report (UCR): Crime in the United States 2008. FBI, US Department of Justice: Washington D.C.
- Feeley, M. M./Simon, J. (1992): The New Penology: Notes on the Emerging Strategy of Corrections and Its Implications. In: *Criminology*, 30 (4); 449-474.
- Feest, J./Blankenburg, E. (1972): *Die Definitionsmacht der Polizei: Strategien der Strafverfolgung und soziale Selektion*. Bertelsmann-Universitätsverlag: Düsseldorf.
- Feldman, H. W./Espada, F./Penn, S./Byrd, S. (1993): Street Status and the Sex-for-Crack Scene in San Francisco. In: Ratner, M. S. (Hg): *Crack pipe as pimp: An ethnographic investigation of sex-for-crack exchanges*. Lexington Books: New York; 133-158.
- Ferchhoff, W. (1986): Zur Differenzierung qualitativer Sozialforschung. Mit einem Ausblick auf neuere Jugendstudien. In: Heitmeyer, W. (Hg.): *Interdisziplinäre*

- Jugendforschung: Fragestellungen, Problemlagen, Neuorientierungen. Juventa: Weinheim/München; 215-244.
- Fingfeld, D. L. (2003): Metasynthesis: The state of the art so far. In: *Qualitative Health Research*, 13; 893-904.
- Fixpunkt e.V. (2002): Projektbereich „Drogennot- und -todesfallprophylaxe /Naloxonvergabe. Konzeption. Fixpunkt e.V.: Berlin. Online unter: <http://www.fixpunkt.org/pdf/konzeptnotfall02.pdf>; abgerufen am 08.10.2011.
- Flick, U. (2007): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage*, Rowohlt: Reinbek bei Hamburg.
- Flick, U. (2008): *Triangulation. Eine Einführung. 2. Auflage*, Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Flick, U. (2009): *Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge*. Rowohlt: Reinbek bei Hamburg.
- Forney, M. A./Inciardi, J. A./Lockwood, D. (1992): Exchanging sex for crack-cocaine: A comparison of women from rural and urban communities. In: *Journal of Community Health*, 17; 73-85.
- Frajzyngier, V./Neaigus, A./Gyarmathy, V. A./Miller, M./Friedman, S. R. (2007): Gender differences in injection risk behaviors at the first injection episode. In: *Drug and Alcohol Dependence*, 89 (2/3); 145-152.
- Frank, B. (2000): An Overview of Heroin Trends in New York City: Past, Present and Future. In: *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 67 (5/6); 340-346.
- Franke, M. (1976): *Der Mißbrauch von Drogen und Rauschmitteln. Stand des Problems in der Bundesrepublik Deutschland*. Nicol-Verlag: Kassel.
- Franke, W./Sander-Franke, U. (1998): *Methodisches Lösen sozialer Probleme*. Fortis-Verlag FH: Köln.
- Franz, P. (2000): Wie weit trägt das Konzept „soziale Kontrolle“ bei der Analyse aktueller gesellschaftlicher Entwicklungstrends? In: Peters, H. (Hg.): *Soziale Probleme. Zum Problem der Nonkonformität in der Gesellschaft*. Leske und Budrich: Opladen; 67-86.
- Freeman, R. C./Rodriguez, G. M./French, J. F. (1994): A comparison of male and female intravenous drug users' risk behaviors for HIV infection. In: *American Journal of Alcohol Abuse*, 20 (2); 129-157.
- Freye, E. (1997): *Kokain, Ecstasy und verwandte Designerdrogen. Wirkungsweise, Überdosierung, Therapeutische Notfallmaßnahmen*. Johann Ambrosius Barth: Heidelberg/Leipzig.
- Friesendorf, C. (2001): *Der internationale Drogenhandel als sicherheitspolitisches Risiko. Eine Erklärung der US-amerikanischen und deutschen Gegenstrategien*. Lit.-Verlag: Münster.
- Fuller, R. C./Myers, R. R. (1941a): The Natural History of a Social Problem. In: *American Sociological Review*, 6; 320-328.
- Fuller, R. C./Myers, R. R. (1941b): Some Aspects of a Theory of Social Problems. In: *American Sociological Review*, 6; 24-31.
- Gahleitner, S. B./Gunderson, C. L. (2008): *Frauen – Trauma – Sucht. Neue Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen*. Asager: Kröning.

- Gardner, W./Preator, K. (1996): Children of Seropositive Mothers in the U.S. AIDS Epidemic. In: *Journal of Social Issues*, 52 (3); 177-195.
- Garland, D. (1996): The Limits of the Sovereign State. Strategies of Crime Control in Contemporary Society. In: *British Journal of Criminology*, 36 (4); 445-471.
- Garland, D. (2001): *The Culture of Control. Crime and Social Order in Contemporary Society*. University of Chicago Press: Chicago.
- Gerber, J./Jensen, E. L. (2001): The Internationalization of U.S. Policy on Illicit Drug Control. In: Gerber, J./Jensen, E. L. (Hg.): *Drug War American Style: The Internationalization of Failed Policy and Its Alternatives*. Garland Publishing: New York; 1-18.
- Gerdes, K. (1979): Einführung. In: Gerdes, Klaus (Hg.): *Explorative Sozialforschung: Einführende Beiträge aus „Natural Sociology“ und Feldforschung in den USA*. Enke: Stuttgart; 1-15.
- Gersch, C./Heckmann, W./Leopold, B./Seyrer, Y. (1988): *Drogenabhängige Prostituierte und ihre Freier*. Sozialpädagogisches Institut Berlin: Berlin.
- Giddens, A. (1988): *Die Konstitution der Gesellschaft*. Campus: Frankfurt am Main/New York.
- Gilliard, D. K./Beck, A. J. (1998): *Prisoners in 1997*. Bureau of Justice Statistics, US Department of Justice, Office of Justice Programs: Washington D.C.
- Girtler, R. (1992): *Methoden der qualitativen Sozialforschung: Anleitung zur Feldarbeit*. 3. unveränderte Auflage, Böhlau: Wien/Köln/Weimar.
- Glaser, B. G./Strauss, A. L. (1967): *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine de Gruyter: New York.
- Glaser, B. G./Strauss, A. L. (1998): *Grounded theory: Strategien qualitativer Forschung*. Huber: Bern/Göttingen/Toronto/Seattle.
- Glass, G. V. (1976): Primary, secondary, and meta-analysis of research. In: *Educational Researcher*, 5 (10); 3-8.
- Goffman, E. (1963): *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Simon & Schuster: New York.
- Goffman, E. (1973): *Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Suhrkamp: Frankfurt am Main.
- Goldstein, P. J. (1979): *Prostitution and drugs*. Lexington Books: Lexington.
- Goldstein, P. J. (1985): The drugs/violence nexus: A tri-partite conceptual framework. In: *Journal of Drug Issues*, 15 (4); 493-506.
- Goldstein, P. J./Spunt, B./Belluci, P./Miller, T. (1991): Volume of cocaine use and violence: A comparison between men and women. In: *Journal of Drug Issues*, 21 (2); 345-367.
- Golub, A. L./Johnson, B. D. (1997): *Crack's Decline: Some Surprises Across U.S. Cities*. National Institute of Justice, US Department of Justice, Office of Justice Programs: Washington D.C.
- Gossop, M./Powis, B./Griffiths, P./Strang, J. (1994): Sexual behaviour and its relationship to drug-taking among prostitutes in south London. In: *Addiction*, 89; 961-970.

- Groenemeyer, A. (1990): Drogenkarriere und Sozialpolitik: Entwicklungsbedingungen der Drogenabhängigkeit und Möglichkeiten der Intervention durch stationäre Behandlung. Centaurus: Pfaffenweiler.
- Groenemeyer, A. (1999): Soziale Probleme, soziologische Theorie und moderne Gesellschaften. In: Albrecht, G./Groenemeyer, A./Stallberg, F. W. (Hg.): Handbuch soziale Probleme. Westdeutscher Verlag: Opladen/Wiesbaden; 13-72.
- Groenemeyer, A. (2001): Soziologische Konstruktionen sozialer Probleme und gesellschaftliche Herausforderungen – eine Einführung. In: Soziale Probleme, 12 (1/2); 5-27.
- Groenemeyer, A. (2003a): Einleitung – Soziologie sozialer Probleme als Mehrebenenanalyse: Ein pragmatischer Vorschlag zur Weiterentwicklung des Konstruktivismus. In: Groenemeyer, A. (Hg.): Soziale Probleme und politische Diskurse – Konstruktionen von Kriminalpolitik in sozialen Kontexten. Universität Bielefeld: Bielefeld; 3-15.
- Groenemeyer, A. (2003b): Von der Sünde zum Risiko? – Bilder abweichenden Verhaltens und die Politik sozialer Probleme am Ende des Rehabilitationsideals. In: Groenemeyer, A. (Hg.): Soziale Probleme und politische Diskurse – Konstruktionen von Kriminalpolitik in sozialen Kontexten. Universität Bielefeld: Bielefeld; 17-49.
- Groenemeyer, A. (2010): Doing Social Problems. Mikroanalysen der Konstruktion sozialer Probleme und sozialer Kontrolle in institutionellen Kontexten. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Grund, J.-P./Stern, L. S./Kaplan, C. D./Adriaans, N. F. P./Drucker, E. (1992): Drug use contexts and HIV-consequences: the effect of drug policy on patterns of everyday drug use in Rotterdam and the Bronx. In: British Journal of Addiction, 87; 381-392.
- Guggenbühl, L./Berger, C. (2001): Subjektive Risikowahrnehmung und Schutzstrategien sich prostituierender Drogenkonsumentinnen. Eine qualitative Studie unter besonderer Berücksichtigung HIV-relevanten Risiko- und Schutzverhaltens. Institut für Suchtforschung: Zürich.
- Gunkelmann, M. (1989): Zur Geschichte des Kokains. In: Scheerer, S./Vogt, I. (Hg.): Drogen und Drogenpolitik: ein Handbuch. Campus: Frankfurt am Main/New York; 359-368.
- Gusfield, J. R. (1981): The Culture of Public Problems: Drinking-Driving and the Symbolic Order. University of Chicago Press: Chicago.
- Gusfield, J. R. (1989): Constructing the Ownership of Social Problems. Fun and Profit in the Welfare State. In: Social Problems, 36; 431-441.
- Haas, S./Enders-Drägässer, U. (2003): Sucht als Über-Lebenschance für Frauen mit Gewalterfahrung? Ergebnisse der Evaluation eines DAPHNE-Projekts. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 26 (3/4); 37-47.
- Haasen, C. (2004): Die Wirkung von Crack. In: Stöver, H./Prinzleve, M. (Hg.): Kokain und Crack. Pharmakodynamiken, Verbreitung und Hilfeangebote. Lambertus: Freiburg im Breisgau; 15-21.
- Haller, D./Miles, D. R. (2004): Personality Disturbances in Drug-Dependent Women: Relationship to Childhood Abuse. In: American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 30 (2); 269-286.
- Harding, W. M. (1982): Kontrollierter Heroingenuß – ein Widerspruch aus der Subkultur gegenüber herkömmlichem kulturellen Denken. In: Völger, G./von Welck, K. (Hg.):

- Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich. Band 3. Rowohlt: Reinbek bei Hamburg; 1217-1231.
- Harm Reduction Coalition (2006): Syringe Exchange Programs and HIV Prevention in New York City. Fact Sheet. Online unter: http://www.harmreduction.org/downloads/seps_hiv.pdf; abgerufen am 20.06.2011.
- Hartnoll, R./Avico, U./Ingold, F. R. et al. (1989): A multi-city study of drug misuse in Europe. In: Bulletin on Narcotics, 41 (1); 3-27.
- Haves, W./Schneider, W. (1992): Kontrollierter Gebrauch illegaler Drogen: Forschungsstand und Konsequenzen. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 1; 29-36.
- Hedrich, D. (1989): Drogenabhängigkeit und Prostitution – Zwischenergebnisse der Längsschnittstudie „AMSEL“. In: Brakhoff, J. (Hg.): Sucht und Prostitution. Lambertus: Freiburg im Breisgau; 85-104.
- Hermann, U. (1997): Geschlechtsspezifische Rollen in der Drogenszene unter den Bedingungen der Repression. In: Estermann, J. (Hg.): Auswirkungen der Drogenrepression. Illegale Drogen: Konsum, Handel, Markt und Prohibition. VWB & Orlux: Berlin; 246-264.
- Herwig-Lempp, J. (1994): Von der Sucht zur Selbstbestimmung: Drogenkonsumenten als Subjekte. Borgmann: Dortmund.
- Hess, H. (1983): Probleme der sozialen Kontrolle. In: Kerner, H.-J./Göppinger, H./Streng, F. (Hg.): Festschrift für Heinz Leferenz. Müller: Heidelberg; 3-24.
- Hess, H. (1991): Drogenmarkt und Drogenpolitik. Zur Kritik der Prohibition. In: Ludwig, R./Neumeyer, J. (Hg.): Die narkotisierte Gesellschaft. Schüren: Marburg; 32-49.
- Hess, H. (2004): Broken Windows. Zur Diskussion um die Strategie des New York Police Department. In: Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft, 116 (1); 66-110.
- Hess, H. (2008): Repression oder Legalisierung? Ein drogenpolitisches Nachwort. In: Werse, B. (Hg.): Drogenmärkte. Szenen und Strukturen des Kleinhandels. Campus: Frankfurt am Main/New York; 375-400.
- Hess, H./Scheerer, S. (1999): Erwiderung. In: Kriminologisches Journal, 31 (1); 36-58.
- Hess, H./Behr, R. (2001): Kokainkonsum in Frankfurt. Konsummuster und Verteilerhandel im bürgerlichen Milieu. In: Schmieder, A./Legnaro, A. (Hg.): Deregulierung der Sucht. Lit: Münster/Hamburg/London; 81-93.
- Hess, H./Scheerer, S. (2004): Theorie der Kriminalität. In: Oberwittler, D./Karstedt, S. (Hg.): Soziologie der Kriminalität. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden; 69-92.
- Heun, W. (2007): Rechtssystem und Gerichtsbarkeit. In: Jäger, W./Haas, C. M./Welz, W. (Hg.): Regierungssystem der USA: Lehr- und Handbuch. 3. Auflage, Oldenbourg: München; 229-246.
- Heymann, P. B./Brownsberger, W. N. (2001): Drug Addiction and Drug Policy: The Struggle to Control Dependence. Harvard University Press: Cambridge.
- Hibell, B./Guttormsson, U./Ahlström, S. et al. (2009): The 2007 ESPAD Report. Substance Use among Students in 35 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, EMCDDA, The Pompidou Group: Stockholm/Lisbon/Strasbourg.

- Hirschi, T. (1969): *Causes of Delinquency*. University of California Press: Berkeley/Los Angeles.
- Hoffman, J. A./Klein, H./Eber, M./Crosby, H. (2000): Frequency and intensity of crack use as predictors of women's involvement in HIV-related sexual risk behavior. In: *Drug and Alcohol Dependence*, 58; 227-236.
- Hoffmann-Riem, C. (1980): Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie – Der Datengewinn. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 32 (2); 339-372.
- Holstein, J. A./Miller, G. (1993): Social Constructionism and Social Problems Work. In: Holstein, J. A./Miller, G. (Hg.): *Reconsidering Social Constructionism: Debates in Social Problems Theory*. Transaction Publishers: New Brunswick; 150-172.
- Holzer, T. (2002): *Globalisierte Drogenpolitik. Die protestantische Ethik und die Geschichte des Drogenverbotes*. VWB: Berlin.
- Holzer, T. (2007): *Die Geburt der Drogenpolitik aus dem Geist der Rassenhygiene. Deutsche Drogenpolitik von 1933 bis 1972*. Books on Demand GmbH: Norderstedt.
- Honer, A. (1993): *Lebensweltliche Ethnographie: Ein explorativ-interpretativer Forschungsansatz am Beispiel von Heimwerker-Wissen*. Deutscher Universitäts-Verlag: Wiesbaden.
- Hopf, C. (1995): Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick. In: Flick, U./von Kardorff, E./Keupp, H./von Rosenstiel, L./Wolff, S. (Hg.): *Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. 2. Auflage, Beltz, Psychologie Verlags Union: Weinheim; 177-182.
- Hopf, C. (1996): Hypothesenprüfung und qualitative Sozialforschung. In: Strobl, R./Böttger, A. (Hg.): *Wahre Geschichten? Zu Theorie und Praxis qualitativer Interviews*. Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden; 9-21.
- Hoyert, D. L./Kochanek, K. D. /Murphy, S. L. (1999): *Deaths: Final Data for 1997*. National Vital Statistics Reports, 47 (19), National Center for Health Statistics: Hyattsville.
- Hser, Y./Anglin, M. D./Booth, M. W. (1987): Sex differences in addict careers: III addiction. In: *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 13 (3); 231-251.
- Hser, Y./Huang, Y.-C./Teruya, C./Anglin, D. (2004): Gender Differences in Treatment Outcomes Over a Three-Year Period: A Path Model Analysis. In: *Journal of Drug Issues*, 34 (2); 419-439.
- Hughes, E. C. (1945): Dilemmas and Contradictions of Status. In: *American Journal of Sociology*, L (March); 353-359.
- Hunt, D. E. (1990): *Drugs and Consensual Crimes: Drug Dealing and Prostitution*. In: Tonry, M./Wilson, J. Q. (Hg.): *Drugs and Crime. Crime and Justice, Volume 13*. University of Chicago Press: Chicago/London; 159-202.
- Ilse, J./Prinzleve, M./Zurhold, H./Haasen, C./Cocaine EU-Team (2006): Cocaine and crack use and dependence in Europe – experts view on an increasing public health problem. In: *Addiction Research and Theory*, 14 (5); 437-452.
- Inciardi, J. A. (1990): Introduction: The Evolution of Drug Abuse in America. In: Inciardi, J. (Hg.): *Handbook of Drug Control in the United States*. Greenwood Press: Westport; 1-28.
- Inciardi, J. A./Lockwood, D./Pottieger, A. E. (1993): *Women and crack-cocaine*. Macmillan Publishing Company: New York.

- Inciardi, J. A./McElrath, K. (2008): Drug Treatment. In: Inciardi, J. A./McElrath, K. (Hg.): The American Drug Scene. An Anthology. 5th Edition, Oxford University Press: New York/Oxford; 407-409.
- International Monetary Fund (2010): World Economic Outlook Database, October 2009. Nominal GDP list of countries. International Monetary Fund: Washington D.C.
- International Narcotics Control Board (2011): Report of the International Narcotics Control Board for 2010. United Nations: New York.
- Jacobs, B. A. (2002): Researching Deviance. Introduction. In: Jacobs, B. A. (Hg.): Investigating Deviance. An Anthology. Roxbury: Los Angeles; 107-118.
- Jacobs, B. A./Miller, J. (1998): Crack Dealing, Gender, and Arrest Avoidance. In: Social Problems, 45 (4); 550-569.
- Jacobson, M. (2006): Reversing the Punitive Turn: The Limits and Promise of Current Research. In: Criminology and Public Policy, 5 (2); 277-284.
- Jensen, E. L./Gerber, J. (1998): The Social Construction of Drug Problems: A Historical Overview. In: Jensen, E. L./Gerber, J. (Hg.): New War on Drugs: Symbolic Politics and Criminal Justice Policy. Anderson: Cincinnati; 1-23.
- Jick, T. D. (1979): Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action. In: Administrative Science Quarterly, 24 (4); 602-611.
- Johnson, B. D./Goldstein, P. J./Preble, E. et al. (1985): Taking care of business: The economics of crime by heroin abusers. Lexington Books: Lexington.
- Johnson, B. D./Hamid, A./Sanabria, H. (1991): Emerging Models of Crack Distribution. In: Mieczkowski, T. (Hg.): Drugs and Crime: A Reader. Allyn-Bacon: Boston; 56-78.
- Johnson, B. D./Natarajan, M./Dunlap, E./Elmoghazy, E. (1994): Crack Abusers and Noncrack Abusers: Profiles of Drug Use, Drug Sales and Nondrug Criminality. In: Journal of Drug Issues, 24 (1); 117-141.
- Johnson, W. A./Ouellet, L. (1996): The injection of crack cocaine among Chicago drug users. In: American Journal of Public Health, 86; 266.
- Johnson, B. D./Rosenblum, A./Kleber, H. (2003): A New Opportunity to Expand Treatment for Heroin Users in New York City: Public Policy Challenges for Bringing Buprenorphine into Drug Treatment Programs and General Medical Practice. White Paper for the New York City Department of Health and Mental Hygiene. Online unter: <http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/basas/whitepaper.pdf>; abgerufen am 20.06.2011.
- Jungblut, H. J. (2004): Drogenhilfe: Eine Einführung. Juventa: Weinheim/München.
- Kang, S.-Y./Deren, S. (2009): Factors mediating and moderating the relationship between gender and utilization of health care among Puerto Rican drug users in New York. In: Drug and Alcohol Dependence, 102 (1-3); 138-143.
- Kappeler, M. (2001): Leitideen und Strategien im Umgang mit Genuß und Risiken. In: Akzept e.V. (Hg.): Gesellschaft mit Drogen – Akzeptanz im Wandel. VWB: Berlin; 279-290.
- Kappeler, M./Barsch, G./Gaffron, K./Hayner, E./Leinen, P./Ulbricht, S. (1999): Jugendliche und Drogen. Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung in Ost-Berlin nach der Maueröffnung. Leske und Budrich: Opladen.
- Karstedt-Henke, S. (1982): Zur Lage der empirischen Forschung. Die Entwicklung der Forschung über soziale Probleme 1967-1977. In: Albrecht, G./Brusten, M. (Hg.):

- Soziale Probleme und soziale Kontrolle. Neue empirische Forschungen, Bestandsaufnahmen und kritische Analysen. Westdeutscher Verlag: Opladen; 264-287.
- Kaulitzki, R. (1995): Kokain-Krisen? Mythen, Moralunternehmer, symbolische Politik. In: Kriminologisches Journal, 2; 134-158.
- Kearney, M. H./Murphy, S. B./Rosenbaum, M. (1994): Mothering on Crack Cocaine: A Grounded Theory Analysis. In: Social Science and Medicine, 38 (2); 351-361.
- Kelle, Udo (2001): Sociological Explanations between Micro and Macro and the Integration of Qualitative and Quantitative Methods. In: Forum Qualitative Social Research, 2 (1). Online unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/966/2108>; abgerufen am 24.09.2010.
- Kelle, U. (2007): Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung. Theoretische Grundlagen und methodische Konzepte. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Kemmesies, U. E. (1995a): Kompulsive Drogengebraucher in den Niederlanden und Deutschland. Die offene Drogenszene in Amsterdam und Frankfurt a.M. – eine lebensweltnahe, systematische Vergleichsstudie. VWB: Berlin.
- Kemmesies, U. E. (1995b): Szenebefragung Frankfurt am Main 1995 – Die ‚offene Drogenszene‘ und das Gesundheitsraumangebot in Ffm. INDRO: Münster.
- Kemmesies, U. E. (2002): MoSyD Szenestudie – Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main 2002. Goethe-Universität, Centre for Drug Research: Frankfurt am Main.
- Kemmesies, U. E. (2004): Zwischen Rausch und Realität. Drogenkonsum im bürgerlichen Milieu. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Kemmesies, U. E./Gerlach, R. (1990): Resubjektivierung und Normalisierung für ein „Akzeptanzparadigma“ als Handlungsmaxime der Drogenarbeit. Ergebnisse neuerer Drogenforschung und deren desillusionierender Charakter hinsichtlich des „deutschen Abstinenzparadigmas“. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 13 (3/4); 29-34.
- Kemmesies, U. E./Hess, H. (2001): Monitoring System Drogentrends (MoSyD) – Instrument zur Früherkennung neuer Drogenumgangsformen in Frankfurt am Main. Goethe-Universität, Centre for Drug Research: Frankfurt am Main.
- Kielholz, P./Ladewig, D. (1973): Die Abhängigkeit von Drogen. Deutscher Taschenbuch-Verlag: München.
- King, R. (1974): „The American System“: Legal Sanctions to Repress Drug Abuse. In: Inciardi, J. A./Chambers, C. D. (Hg.): Drugs and the Criminal Justice System. Sage: Beverly Hills; 17-37.
- Kleber, H. D./Inciardi, J. A. (2008): Clinical and Societal Implications of Drug Legalization. In: Inciardi, J. A./McElrath, K. (Hg.): The American Drug Scene. An Anthology. 5th Edition, Oxford University Press: New York/Oxford; 482-505.
- Klee, H. (1998): Drug-using parents: Analysing the stereotypes. In: The International Journal of Drug Policy, 9 (6); 437-448.
- Klee, H. (2002): Women, family and drugs. In: Klee, H./Jackson, M./Lewis, S. (Hg.): Drug Misuse and Motherhood. Routledge: London/New York; 3-14.
- Kleiber, D./Velten, D. (1994): Prostitutionskunden. Eine Untersuchung über soziale und psychologische Charakteristika von Besuchern weiblicher Prostituierter in Zeiten von AIDS. Nomos-Verlagsgesellschaft: Baden-Baden.

- Klimke, D./Lautmann, R. (2008): Soziale Kontrolle und Strafsanktion. In: Willems, H. (Hg.): Lehr(er)buch Soziologie. Für die pädagogischen und soziologischen Studiengänge. Band 1. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden; 229-251.
- Köhler, T. (2000): Rauschdrogen und andere psychotrope Substanzen. Formen, Wirkungen, Wirkmechanismen. Kohlhammer: Stuttgart/Berlin/Köln.
- Körner, H. H. (1990): Betäubungsmittelgesetz. 3. neu bearbeitete Auflage, Beck: München.
- Koester, S./Schwartz, J. (1993): Crack, Gangs, Sex, and Powerlessness: A View from Denver. In: Ratner, M. S. (Hg.): Crack pipe as pimp: An ethnographic investigation of sex-for-crack exchanges. Lexington Books: New York; 187-203.
- Kolte, B. (1996): „Was für einen Sinn hat es, immer nüchtern zu sein?“ Wie Frauen Cannabis konsumieren. VWB: Berlin.
- Krasmann, S. (1999): Regieren über Freiheit. Zur Analyse der Kontrollgesellschaft in Foucaultscher Perspektive. In: Kriminologisches Journal, 3 (1/2); 107-121.
- Kraus, L. (2008): Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. In: Sucht, 54 (Sonderheft 1); 1-63.
- Krausz, M. (2001): Die psychiatrische Seite des Crack-Konsums. In: GAL Bürgerschaftsfraktion (Hg.): Dokumentation der Fachtagung: Crack! Stein(e) des Anstoßes. Realität, Konflikte, Angebote am 16. Mai 2001. GAL Bürgerschaftsfraktion: Hamburg; 11-19.
- Kreissl, R. (2000): Soziale Kontrolle, Kriminalität und abweichendes Verhalten in zeitgenössischen Gesellschaften. In: Peters, H. (Hg.): Soziale Probleme. Zum Problem der Nonkonformität in der Gesellschaft. Leske und Budrich: Opladen; 19-42.
- Kreuzer, A. (1975): Drogen und Delinquenz. Eine jugendkriminologisch-empirische Untersuchung der Erscheinungsformen und Zusammenhänge. Akademische Verlagsgesellschaft: Wiesbaden.
- Kreuzer, A. (2009): Neuere Forschungsergebnisse zur Substitution. Kriminologische Betrachtungen unter besonderer Berücksichtigung des deutschen Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger. In: Haller, R./Jehle, J.-M. (Hg.): Drogen – Sucht – Kriminalität. Forum Verlag Godesberg: Mönchengladbach; 145-164.
- Kreuzer, A./Gebhardt, C./Maassen, M./Stein-Hilbers, M. (1981): Drogenabhängigkeit und Kontrolle. Kriminologische Untersuchung über Phänomenologie des Heroinkonsums und polizeilicher Drogenkontrolle. BKA-Forschungsreihe: Wiesbaden.
- Kreuzer, A./Römer-Klees, R./Schneider, H. (1991): Beschaffungskriminalität Drogenabhängiger. BKA-Forschungsreihe: Wiesbaden.
- Kreyssig, U./Kurth, A. (1984): Daneben gelebt... Drogenabhängige Mädchen und ihre Lebenswelt. In: Sachverständigenkommission Sechster Jugendbericht (Hg.): Alltagsbewältigung: Rückzug – Widerstand. Leske und Budrich: Opladen; 49-102.
- Kron, F. W. (1999): Wissenschaftstheorie für Pädagogen. E. Reinhardt: München/Basel.
- Kurth, A. (1988): Gewalt an Mädchen und Frauen. In: Merfert-Diete, C./Soltau, R. (Hg.): Frauen und Sucht. Die alltägliche Verstrickung in Abhängigkeit. Rowohlt: Reinbek bei Hamburg; 90-93.

- Kurtz, S. P./Surratt, H. L./Inciardi J. A./Kiley, M. C. (2004): Sex work and „date“ violence. In: Violence against women, 10 (4); 357-385.
- Kurzer, K. (2005): Sucht- und Drogenpolitik im internationalen Vergleich – Ein normativer Überblick mit historischen, kulturellen und sozio-ökonomischen Bezügen. Dissertation, Universität Bremen: Bremen.
- Lambert, E. Y./Wiebel, W. W. (1990): Introduction. In: Lambert, E. Y. (Hg.): The collection and interpretation of data from hidden populations. National Institute on Drug Abuse: Rockville.
- Lamnek, S. (1993): Qualitative Sozialforschung. Band 2: Methoden und Techniken. 2. überarbeitete Auflage, Beltz, Psychologie Verlags Union: Weinheim.
- Lamnek, S. (2005): Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch. 4. vollständig überarbeitete Auflage, Beltz, Psychologie Verlags Union: Weinheim/Basel.
- Lamnek, S. (2007): Theorien abweichenden Verhaltens I: „Klassische“ Ansätze: Eine Einführung für Soziologen, Psychologen, Juristen, Journalisten und Sozialarbeiter. 8. Auflage, Wilhelm Fink Verlag: Paderborn.
- Lamnek, S. (2008): Theorien abweichenden Verhaltens II: „Moderne“ Ansätze. Eine Einführung für Soziologen, Psychologen, Juristen, Journalisten und Sozialarbeiter. 3. Auflage, Wilhelm Fink Verlag: Paderborn.
- Lane, S. D./Needle Exchange Evaluation Project Team (1993): „A Brief History of Needle Exchange.“ In: Stryker, J./Smith, M. (Hg.): Dimensions of HIV Prevention: Needle Exchange. Kaiser Family Foundation: Menlo Park. Online unter: <http://www.aegis.com/law/journals/1993/HKFNE009.html>; abgerufen am 22.06.2011.
- Langer, A. (2004): Prostitution von Stein zu Stein. In: Stöver, H./Prinzleve, M. (Hg.): Kokain und Crack. Pharmakodynamiken, Verbreitung und Hilfeangebote. Lambertus: Freiburg im Breisgau; 159-178.
- Leiterer, S. P. (2007): „Zero Tolerance“ gegen soziale Randgruppen? Hoheitliche Maßnahmen gegen Mitglieder der Drogenszene, Wohnungslose, Trinker und Bettler in New York City und Deutschland. Duncker & Humblot: Berlin.
- Lemert, E. M. (1951): Social pathology: Systematic approaches to the study of sociopathic behavior. McGraw-Hill: New York.
- Lemert, E. M. (1999): Primary and Secondary Deviation. In: Traub, S. H./Little, C. B. (Hg.): Theories of Deviance. 5th Edition, Thomson/Wadsworth: Belmont; 385-390.
- Leopold, B. (1989): Drogenabhängige Prostituierte und ihre Freier. In: Jäger, H. (Hg.): Frauen und AIDS. Somatische und psychosoziale Aspekte. Springer: Berlin/Heidelberg/New York; 117-123.
- Lex, B. W. (1991): Gender differences and substance abuse. In: Mello, N. (Hg.): Advances in Substance Abuse: Behavioral and Biological Research. Volume 4. Jessica Kingsley: London; 225-296.
- Lindesmith, A. R. (1938): A Sociological Theory of Drug Addiction. In: American Journal of Sociology, 43; 593-613.
- Lindesmith, A. R. (1965): The Addict and the Law. Indiana University Press: Bloomington. Online unter: <http://www.drugtext.org/library/books/lindesmith02.pdf>; abgerufen am 15.03.2010.
- Lind-Krämer, R./Timper-Nittel, A. (1992): Drogenabhängige Frauen – das Besondere ihrer Lebenslage. In: Sickinger, R./Kindermann, W./Kindermann, S./Lind-Krämer,

- R./Timper-Nittel, A. (Hg.): Wege aus der Drogenabhängigkeit. Gelungene und gescheiterte Ausstiegsversuche. Lambertus: Freiburg im Breisgau; 227-259.
- Lipsey, M. W./Wilson, D. B. (2001): Practical meta-analysis. Sage: Thousand Oaks.
- Liszt von, F. (1883): Der Zweckgedanke im Strafrecht. In: Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft, 3; 1-47.
- Logan, T. K./Leukefeld, C. (2000): Sexual and drug use behaviors among female crack users: A multi-site sample. In: Drug and Alcohol Dependence, 58; 237-245.
- Longshore, D./Reuter, P./Derks, J./Grapendaal, M./Ebener, P. (1998): Drug Policies and Harms: A Conceptual Framework. In: European Addiction Research, 4; 172-182.
- Luedtke, J. (2008): Abweichendes Verhalten. In: Willems, H. (Hg.): Lehr(er)buch Soziologie. Für die pädagogischen und soziologischen Studiengänge. Band 1. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden; 185- 228.
- Maher, L. (1996): Hidden in the Light: Occupational Norms among Crack-Using Street-Level Sex Workers. In: Journal of Drug Issues, 26 (1); 143-173.
- Maher, L. (1997) Sexed work: Gender, race and resistance in a Brooklyn drug market. Oxford University Press: New York.
- Maher, L./Curtis, R. (1992): Women on the edge of crime: Crack cocaine and the changing contexts of street level sex work in New York City. In: Crime, Law and Social Change, 18 (3); 221-258.
- Maher, L./Daly, K. (1996): Women in the street-level drug economy: Continuity or change? In: Criminology, 34 (4); 465-491.
- Maher, L./Dunlap, E./Johnson, B. D./Hamid, A. (1996): Gender, Power, and Alternative Living Arrangements in the Inner-City Crack Culture. In: Journal of Research in Crime and Delinquency, 33 (2); 181-205.
- Maher, L./Dunlap, E./Johnson, B. D. (2002): Black Women's Pathways to Involvement in Illicit Drug Distribution and Sales: An Exploratory Ethnographic Analysis. In: Brochu, S./Da Agra, C./Cousineau, M.-M. (Hg.): Drugs and Crime Deviant Pathways. Ashgate: Aldershot; 167-193.
- Maher, L./Hudson, S. L. (2007): Women in the Drug Economy: A Metasynthesis of the Qualitative Literature. In: Journal of Drug Issues, 37 (4); 805-826.
- Marel, R./Galea, J./Smith, R. B./Rainone, G. (2006): Drug Use Trends in New York City. In: National Institute on Drug Abuse: Epidemiological Trends in Drug Abuse. Volume II. US Department of Health and Human Services, Division of Epidemiology, Services and Prevention: Bethesda; 178-192.
- Mauer, M./Potler, C./Wolf, R. (1999): Gender and Justice: Women, Drugs, and Sentencing Policy. The Sentencing Project. Online unter: http://www.sentencingproject.org/doc/publications/dp_smy_genderandjustice.pdf; abgerufen am 14.09.2010.
- Maxwell, S. R./Maxwell C. D. (2000): Examining the „Criminal Careers“ of Prostitutes within the Nexus of Drug Use, Drug Selling, and Other Illicit Activities. In: Criminology, 38 (3); 787-809.
- May, M. (2005): Wie in der sozialen Arbeit etwas zum Problem wird. Versuch einer pädagogisch gehaltenen Theorie sozialer Probleme. Lit: Münster.

- Mayes, L. (1995): Substance abuse and parenting. In: Bornstein, M. (Hg.): Handbook of Parenting. Volume 4: Applied and practical parenting. Lawrence Erlbaum: Mahwah; 101-125.
- Mayntz, R. (1980): Soziologie in der Eremitage? Kritische Bemerkungen zum Vorwurf des Konservatismus in der Soziologie. In: Topitsch, E. (Hg.): Logik der Sozialwissenschaften. 10. unveränderte Auflage, Verlagsgruppe Athenäum, Hain, Scriptor, Hanstein: Königstein/Ts.; 482-497.
- Mayring, P. (1983): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Beltz: Weinheim/Basel.
- Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. überarbeitete Auflage, Beltz: Weinheim/Basel.
- Mayring, P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 10. neu ausgestattete Auflage, Beltz: Weinheim/Basel.
- McBride, O./Teesson, M./Slade, T./Hasin, D./Degenhardt, L./Baillie, A. (2009): Further evidence of differences in substance abuse and dependence between Australia and the United States. In: Drug and Alcohol Dependence, 100; 258-264.
- McDonald, C. (2003): Forward Via the Past? Evidence-based Practice as Strategy in Social Work. In: The Drawing Board: An Australian Review of Public Affairs, 3 (3); 123-142.
- McKeganey, N. P. (1994): Prostitution and HIV: What do we know and where might research be targeted in the future? In: AIDS, 8 (9); 1215-1226.
- McLellan, A. T./Lewis, D. C./O'Brien, C. P./Kleber, H. D. (2000): Drug Dependence, a Chronic Medical Illness. Implications for Treatment, Insurance, and Outcomes Evaluation. In: Journal of the American Medical Association, 284 (13); 1689-1695.
- McMahon, J. M./Tortu, S./Pouget, E. R./Hamid, R./Neaigus, A. (2006): Contextual Determinants of Condom Use among Female Sex Exchangers in East Harlem, NYC: An Event Analysis. In: AIDS Behavior, 10; 731-741.
- Meinefeld, W. (1995): Realität und Konstruktion. Erkenntnistheoretische Grundlagen einer Methodologie der empirischen Sozialforschung. Leske und Budrich: Opladen.
- Merton, R. K. (1938): Social Structure and Anomie. In: American Sociological Review, 3; 672-682.
- Merton, R. K. (1975): Soziologische Diagnose sozialer Probleme. In: Hondrich, K.-O. (Hg.): Menschliche Bedürfnisse und soziale Steuerung. Rowohlt: Reinbek bei Hamburg; 113-129.
- Mieczkowski, T. (1994): The experience of women who sell crack: some descriptive data from the Detroit crack ethnography project. In: Journal of Drug Issues, 24 (2); 227-248.
- Mill, J. S. (1859): On Liberty. Savill and Edwards: London.
- Miller, J. (1995): Gender and Power on the Streets: Street Prostitution in the Era of Crack Cocaine. In: Journal of Contemporary Ethnography, 23 (4); 427-452.
- Miller, M./Neaigus, A. (2002): An economy of risk: Resource acquisition strategies of inner city women who use drugs. In: International Journal of Drug Policy, 13 (5); 409-418.
- Miron, J. A. (2008): The Budgetary Implications of Drug Prohibition. Department of Economics, Harvard University: Cambridge.

- Mitchell-Lewis, D./Phelan, J./Kelly, R./Bradley, J./Lamster, I. (1994): Identifying oral lesions associated with crack cocaine use. In: *Journal of the American Dental Association*, 125 (8); 1104-1109.
- Mokdad, A. H./Marks, J. S./Stroup, D. F./Gerberding, J. L. (2004): Actual Causes of Death in the United States, 2000. In: *Journal of the American Medical Association*, 291; 1238-1245.
- Mondanaro, J. (1989): *Chemically Dependent Women: Assessment and Treatment*. Lexington Books: Lexington.
- Mostardt, S./Flöter, S./Neumann, A./Wasem, J./Pfeiffer-Gerschel, T. (2009): Schätzung der Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen in Deutschland. In: *Das Gesundheitswesen*. Online unter: <https://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0029-1243212>; abgerufen am 12.01.2011.
- Montgomery, S. B./Hyde, J./Johnson De Rosa, C. et al. (2002): Gender differences in HIV risk behaviors among young injectors and their social network members. In: *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28 (3); 453-475.
- Müller, O./Bernard, C./Werse, B. (2007): *MoSyD Szenestudie – Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main 2006*. Goethe-Universität, Centre for Drug Research: Frankfurt am Main.
- Müller, O./Werse, B./Bernard, C. (2009): *MoSyD Szenestudie – Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main 2008*. Goethe-Universität, Centre for Drug Research: Frankfurt am Main.
- Müller, O./Werse, B./Schell, C. (2011): *MoSyD Szenestudie – Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main 2010*. Goethe-Universität, Centre for Drug Research: Frankfurt am Main.
- Münch, R. (2002): *Soziologische Theorie. Band 1: Grundlegung durch die Klassiker*. Campus: Frankfurt am Main/New York.
- Mugford S./Cohen P. (1989): *Drug Use, Social Relations and Commodity Consumption: A Study of Recreational Cocaine Users in Sydney, Canberra and Melbourne*. Department of Sociology: Sydney.
- Murdock, G. P. (1945): The Common Dominators of Cultures. In: Linton, R. (Hg.): *The Science of Man in World Crisis*. Columbia University Press: New York; 123-142.
- Murphy, S. B./Rosenbaum, M. (1997): Two women who used cocaine too much: Class, race, gender, crack and coke. In Reinarman, C./Levine, H. G. (Hg): *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice*. University of California Press: Berkeley/Los Angeles; 98-112.
- Murphy, S. B./Rosenbaum, M. (1999): *Pregnant Women on Drugs: Combating Stereotypes and Stigma*. Rutgers University Press: New Jersey.
- Murswieck, A. (2008): Die amerikanische Gesellschaft. In: Lösche, P. (2008): *Länderbericht USA: Geschichte, Politik, Wirtschaft, Gesellschaft, Kultur*. 5. aktualisierte und neu bearbeitete Auflage, Bundeszentrale für Politische Bildung: Bonn; 580-711.
- Musto, D. F. (1973): *The American Disease: Origins of Narcotic Control*. Yale University Press: New Haven.
- Musto, D. F. (1995): Perception and Regulation of Drug Use: The Rise and Fall of the Tide. In: *Annals of Internal Medicine*, 123 (6); 468-469.

- Musto, D. F. (1999): *The American Disease: Origins of Narcotic Control*. 3rd Edition, Oxford University Press: New York.
- Nadelmann, E. A. (1992a): „Thinking Seriously About Alternatives to Drug Prohibition.“ In: *Daedalus*, 121 (3); 85-132.
- Nadelmann, E. A. (1992b): *The Case for Legalization*. In: Evans, R. L./Berent, E. L. (Hg.): *Drug Legalization: For and Against*. Open Court Publishing Company: Chicago; 19-26.
- Nadelmann, E. A. (1993): *Cops Across Borders: The Internationalization of U.S. Criminal Law Enforcement*. State University Press: Pennsylvania.
- Nadelmann, E. A. (1999): *Commonsense Drug Policy*. In: Inciardi, J. A. (Hg.): *The Drug Legalization Debate*. 2nd Edition, Sage: Thousand Oaks; 157-172.
- Neaigus, A./Gyarmathy, V. A./Miller, M. et al. (2007): *Injecting and sexual risk correlates of HBV and HCV seroprevalence among new drug injectors*. In: *Drug and Alcohol Dependence*, 89 (2/3); 234-243.
- Nestler, C. (1998): *Grundlagen und Kritik des Betäubungsmittelstrafrechts*. In: Kreuzer, A. (Hg.): *Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts*. Beck: München; 697-860.
- New York City Department of Health and Mental Hygiene (2010): *Illicit Drug Use in New York City. NYC Vital Signs. A Data Report from the New York City Health Department*, 9 (1): New York.
- New York State Department of Health and Mental Hygiene (2010): *New York State HIV/AIDS Surveillance Annual Report for Cases Diagnosed Through December 2008*. Bureau of HIV/AIDS Epidemiology, AIDS Institute: New York.
- New York State Department of Health and Mental Hygiene (2011a): *NYS-Authorized Syringe Exchange Programs: Site Locations & Hours of Operations*. Online unter: http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/harm_reduction/needles_syringes/docs/sep_hours_sites.pdf; abgerufen am 22.06.2011.
- New York State Department of Health and Mental Hygiene (2011b): *General Update on the Expanded Syringe Access Program (ESAP)*. Online unter: http://www.nyhealth.gov/diseases/aids/harm_reduction/needles_syringes/esap/update.htm; abgerufen am 22.06.2011.
- Noblit, G./Hare, D. (1988): *Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies*. Sage: Beverly Hills.
- Nolan, J. L. (2002): *Drug Courts in Theory and in Practice*. Walter de Gruyter: New York.
- Noller, P. (1989): *Junkie-Maschinen: Rebellion und Knechtschaft im Alltag von Heroinabhängigen*. Deutscher Universitäts-Verlag: Wiesbaden.
- Noller, P./Reinicke, H. (1987): *Heroinszene. Selbst- und Fremddefinitionen einer Subkultur*. Campus: Frankfurt am Main/New York.
- Nordstrom-Klee, B./Delaney-Black, V./Covington, C./Ager, J./Sokol, R. (2002): *Growth from birth onwards of children prenatally exposed to drugs: A literature review*. In: *Neurotoxicology and Teratology*, 24 (4); 481-488.
- Nurco, D. N./Kinlock, T. W./Hanlon, T. E. (1990): *The drugs-crime connection*. In: Inciardi, J. A. (Hg.): *Handbook of Drug Control in the United States*. Greenwood Press: Westport; 71-92.

- Nuttbrock, L. A./Rosenblum, A./Magura, S./Villano, C./Wallace, J. (2004): Linking female sex workers with substance abuse treatment. In: *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27 (3); 233-239.
- O'Connell, J. M./Kerr, T./Li, K. et al. (2005): Requiring help injecting independently predicts incident HIV infection among injection drug users. In: *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 40 (1); 83-88.
- Office of National Drug Control Policy (ONDCP) (2007): New York: Profile of Drug Indicators. Drug Policy Information Clearinghouse: New York.
- O'Malley, P./Mugford, S. (1991): The Demand for Intoxicating Commodities: Implications for the „War on Drugs“. In: *Social Justice*, 18 (4); 49-75.
- Ompad, D. C./Fuller, C. M./Chan, C. A./Frye, V./Vlahov, D./Galea, S. (2008): Correlates of illicit methadone use in New York City: A cross-sectional study. In: *BMC Public Health*, 8; 375-384.
- Oppmann, A. (2000): *Gesellschaftlicher Umgang mit Sucht am Beispiel drogenabhängiger Frauen im Strafvollzug*. VWB: Berlin.
- Ouellet, L. J./Wiebel, W. W./Jimenez, A. D./Johnson, W. A. (1993): Crack Cocaine and the Transformation of Prostitution in Three Chicago Neighborhoods. In: Ratner, M. S. (Hg.): *Crack pipe as pimp: An ethnographic investigation of sex-for-crack exchanges*. Lexington Books: New York; 69-96.
- Paul, B. (1998): Dealen Frauen anders? Zur Situation von Frauen im Drogenhandel. In: Paul, B./Schmidt-Semisch, H. (Hg.): *Drogendealer: Ansichten eines verrufenen Gewerbes*. Lambertus: Freiburg im Breisgau; 183-192.
- Paul, B./Schmidt-Semisch, H. (1998): Sympathy for the Devil? Eine Einleitung. In: Paul, B./Schmidt-Semisch, H. (Hg.): *Drogendealer: Ansichten eines verrufenen Gewerbes*. Lambertus: Freiburg im Breisgau; 15-31.
- Perry, L. (1979): *Women and Drug Use: An Unfeminine Dependency*. Institute for the Study of Drug Dependence (ISDD): London.
- Peters, H. (1995): *Devianz und soziale Kontrolle. Eine Einführung in die Soziologie abweichenden Verhaltens*. 2. Auflage, Juventa: Weinheim/München.
- Peters, H. (2002): *Soziale Probleme und soziale Kontrolle*. Westdeutscher Verlag: Wiesbaden.
- Peters, H. (2009): *Devianz und soziale Kontrolle. Eine Einführung in die Soziologie abweichenden Verhaltens*. 3. vollständig überarbeitete Auflage, Juventa: Weinheim/München.
- Peters, H./Cremer-Schäfer, H. (1975): *Die sanften Kontrolleure. Wie Sozialarbeiter mit Devianten umgehen*. Enke: Stuttgart.
- Pettit, D. S. (1959): *Über die Rauschgiftsucht unter besonderer Berücksichtigung amerikanischer Verhältnisse*. Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität: München.
- Pfeiffer-Gerschel, T./Kipke, I./Lang, P./Spahlinger, P./Bartsch, G. (2008): *Bericht des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland: Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2007/2008*. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD): München.
- Pfeiffer-Gerschel, T./Hildebrand, A./Wegmann, L. (2009): *Deutsche Suchthilfestatistik 2008. Tabellenbände*. Institut für Therapieforschung (IFT): München.

- Pfeiffer-Gerschel, Tim/Kipke, I./Flöter, S./Karachaliou, K./Lieb, C./Raiser, P. (2010): Bericht des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Deutschland: Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2009/2010. Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD): München.
- Phillips, K. T./Rosenberg, H./Sanikop, A. (2007): English and American Drug Client's Views of the Acceptability, Advantages, and Disadvantages of Treatment and Harm Reduction Interventions. In: *Journal of Drug Issues*, 37 (2); 377-401.
- Phol, S. J. (1977): The ‚Discovery‘ of Child Abuse. In: *Social Problems*, 24; 310-323.
- Pinkham, S./Malinowska-Sempruch, K. (2008): Women, Harm Reduction and HIV. In: *Reproductive Health Matters*, 16 (31); 168-181.
- Polizeipräsidium (PP) Frankfurt am Main (2008): Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) 2008. Polizeipräsidium: Frankfurt am Main.
- Polizeipräsidium (PP) Frankfurt am Main (2009): Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) 2009. Polizeipräsidium: Frankfurt am Main.
- Popitz, H. (1968): Über die Präventivwirkung des Nichtwissens. Dunkelziffer, Norm und Strafe. Mohr Siebeck: Tübingen.
- Popper, K. R. (1966): *Logik der Forschung*. 2. erweiterte Auflage, J. C. B. Mohr (Paul Siebeck): Tübingen.
- Porter, J. R./Bonilla, L. (1993): Crack users' cracked lips: An additional HIV risk factor. In: *American Journal of Public Health*, 83 (10); 1490-1491.
- Pottieger, A. E./Tressell, P. A. (2000): Social relationships of crime-involved women cocaine users. In: *Journal of Psychoactive Drugs*, 32 (4); 445-460.
- Preble, E./Casey, J. J. (1969): Taking Care of Business: The Heroin User's Life on the Street. In: *International Journal of Addictions*, 4 (1); 1-24.
- Prinzleve, M./Degkwitz, P./Haasen, C. (2005): Characteristics of high-risk opiate users in Europe. In: Kraus L./Korf, D. (Hg.): *Research on Drugs and Drug Policy from a European Perspective*. Pabst Science Publications: Lengerich; 92-112.
- Przyborski, A./Wohlrab-Sahr, M. (2008): *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. Oldenbourg Wissenschaftsverlag: München.
- Püschel, K. (2001): Die pathologische Seite des Crack-Konsums. In: GAL Bürgerschaftsfraktion (Hg.): *Dokumentation der Fachtagung: Crack! Stein(e) des Anstoßes. Realität, Konflikte, Angebote am 16. Mai 2001*. GAL Bürgerschaftsfraktion: Hamburg; 20-32.
- Quensel, S. (1970): Wie wird man kriminell? Verlaufsmodell einer fehlgeschlagenen Interaktion zwischen Delinquenten und Sanktionsinstanz. In: *Kritische Justiz*, 3; 375-382.
- Quensel, S. (1982): *Drogenelend: Cannabis, Heroin, Methadon. Für eine neue Drogenpolitik*. Campus: Frankfurt am Main/New York.
- Ratner, M. S. (1993): Sex, drugs, and public policy: Studying and understanding the sex-for-crack phenomenon. In: Ratner, M. S. (Hg.): *Crack pipe as pimp: An ethnographic investigation of sex-for-crack exchanges*. Lexington Books: New York; 1-35.
- Ratzka, M. (2008): Politische Konstruktionen der Wirklichkeit – Ein Forschungsfeld der Soziologie sozialer Probleme. In: Groenemeyer, A./Wieseler, S. (Hg.): *Soziologie*

- sozialer Probleme und sozialer Kontrolle. Realitäten, Repräsentationen und Politik. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden; 15-34.
- Reinarman, C. (1994): The Social Construction of Drug Scares. In Adler, P./Adler, P. (Hg.): *Constructions of Deviance. Social Power, Context, and Interaction*. Thomson Wadsworth: Belmont; 92-104.
- Reinarman, C. (2005): Sucht als Errungenschaft: Die diskursive Konstruktion gelebter Erfahrung. In: Dollinger, B./Schneider, W. (Hg.): *Sucht als Prozess: Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis*. VWB: Berlin; 23-41.
- Reinarman, C./Levine, H. G. (1997): Crack in Context: America's Latest Demon Drug. In: Reinarman, C./Levine, H. G. (Hg.): *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice*. University of California Press: Berkeley/Los Angeles; 1-17.
- Reinarman, C./Cohen, P. (2007): Lineaments of Cannabis Culture: Rules Regulating Use in Amsterdam and San Francisco. In: *Contemporary Justice Review*, 10 (4); 393-410.
- Reuband, K.-H. (1992): *Drogenkonsum und Drogenpolitik: Deutschland und die Niederlande im Vergleich*. Leske und Budrich: Opladen.
- Reuband, K.-H. (1995): Drug use and drug policy in Western Europe: Epidemiological findings in a comparative perspective. In: *European Addiction Research*, 1; 32-41.
- Reuter, P. (1999): Drug Use Measures: What Are They Really Telling Us? In: *National Institute of Justice Journal*, 239; 12-19.
- Reuter, P. (2008): Why Can't We Make Prohibition Work Better? Some Consequences of Ignoring the Unattractive. In: Inciardi, J. A./McElrath, K. (2008): *The American Drug Scene. An Anthology*. 5th Edition, Oxford University Press: New York/Oxford; 473-481.
- Ridder de, M. (2000): *Heroin: Vom Arzneimittel zur Droge*. Campus: Frankfurt am Main/New York.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2002): HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle epidemiologische Daten. Bericht I/2002. *Epidemiologisches Bulletin*, Sonderausgabe B. RKI: Berlin.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2008): Zum Welt-AIDS-Tag 2008. *Epidemiologisches Bulletin* Nr. 47. RKI: Berlin.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2009): Zum Welt-AIDS-Tag 2009. *Epidemiologisches Bulletin* Nr. 48. RKI: Berlin.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2010): HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin* Nr. 22. RKI: Berlin.
- Robins, L. N. (1973): *The Vietnam Drug User Returns*. US Government Printing Office: Washington D.C.
- Robins, L. N./Helzer, J. E./Davis, D. H. (1975): Narcotic use in southeast Asia and afterward. An interview study of 898 Vietnam returnees. In: *Archives of General Psychiatry*, 32 (8); 955-961.
- Roche, B./Neaigus, A./Miller, M. (2005): Street Smarts and Urban Myths: Women, Sex Work, and the Role of Storytelling in Risk Reduction and Rationalization. In: *Medical Anthropology Quarterly*, 19 (2); 149-170.

- Romero-Daza, N./Weeks, M./Singer, M. (2003): „Nobody Gives a Damn if I Live or Die“: Violence, Drugs and Street-Level Prostitution in Inner-City Hartford, Connecticut. In: *Medical Anthropology*, 22; 233-259.
- Roper, G. F. (2007): Introduction to Drug Courts. In: Lessenger, J. E./Roper, G. F. (Hg.): *Drug courts: A New Approach to Treatment and Rehabilitation*. Springer: New York; 1-22.
- Rosenbaum, M. (1981): *Women on Heroin*. Rutgers University Press: New Brunswick.
- Rosenbaum, M./Murphy, S. B. (1990): Women and addiction: Process, treatment and outcome. In: Lambert, E. Y. (Hg.): *The Collection and Interpretation of Data from Hidden Populations*. US Department of Health and Human Services: Rockville; 120-127.
- Ross, E. A. (1901): *Social Control: A Survey of the Foundations of Order*. Macmillan: New York.
- Ryan, K. F. (2001): Toward an Explanation of the Persistence of Failed Policy. In: Gerber, J./Jensen, E. L. (Hg.): *Drug War American Style: The Internationalization of Failed Policy and Its Alternatives*. Garland Publishing: New York; 19-48.
- Sack, F. (1968): Neue Perspektiven in der Kriminologie. In: Sack, F./König, R. (Hg.): *Kriminalsoziologie*. Akademische Verlagsgesellschaft: Wiesbaden; 431-476.
- Sack, F. (1993): Strafrechtliche Kontrolle und Sozialdisziplinierung. In: Frehsee, D./Löschper, G./Schumann, K. F. (Hg.): *Strafrecht, soziale Kontrolle, soziale Disziplinierung*. Jahrbuch für Rechtssoziologie und Rechtstheorie, Band 15. Westdeutscher Verlag: Opladen; 16-45.
- Sack, F. (2004): Kritische Kriminologie und Soziale Arbeit. In: Liedke, U./Robert, G. (Hg.): *Neue Lust am Strafen? Umbrüche gesellschaftlicher und pädagogischer Konzepte im Umgang mit abweichendem Verhalten*. Shaker: Aachen; 17-50.
- Sanchez, J./Comerford, M./Chitwood, D. D./Fernandez, M. I./McCoy, C. B. (2002): High risk sexual behaviours among heroin sniffers who have no history of injection drug use: Implications for HIV risk reduction. In: *AIDS Care*, 14 (3); 391-398.
- Sandelowski, M./Docherty, S./Emden, C. (1997): Focus on qualitative methods. Qualitative metasynthesis: Issues and techniques. In: *Research in Nursing and Health*, 20 (4); 365-371.
- Santibanez, S. S./Garfein, R. S./Swartzendruber, A. et al. (2005): Prevalence and correlates of crack-cocaine injection among young injection drug users in the United States, 1997-1999. In: *Drug and Alcohol Dependence*, 77; 227-233.
- Sargent, M. (1992): *Women, Drugs and Policy in Sydney, London and Amsterdam: A Feminist Interpretation*. Avebury: Aldershot.
- Sassen-Koob, S. (1989): New York City's informal economy. In: Portes, A./Castells, M./Benton, L. A. (Hg.): *The Informal Economy: Studies in Advanced and Less Developed Countries*. Johns Hopkins University Press: Baltimore/London; 60-77.
- Sayegh, G. (2010): *After the Rockefeller Drug Laws: A New Direction in New York and the Nation*. Drug Policy Alliance: New York. Online unter: http://www.drugpolicy.org/docUploads/AftertheRockefellerDrugLawsFeb_2010.pdf; abgerufen am 21.06.2011.
- Schabdach, M. (2009): *Soziale Konstruktionen des Drogenkonsums und soziale Arbeit: Historische Dimensionen und aktuelle Entwicklungen*. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.

- Schäfer, C./Paoli, L. (2006): Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis. Eine Untersuchung zur Rechtswirklichkeit der Anwendung des §31a BtMG und anderer Opportunitätsvorschriften auf Drogenkonsumentendelikte. Duncker & Humblot: Berlin.
- Scheerer, S. (1982): Die Genese des Betäubungsmittelgesetzes in der Bundesrepublik Deutschland und den Niederlanden. Otto Schwartz & Co: Göttingen.
- Scheerer, S. (1984): Die abolitionistische Perspektive. In: Kriminologisches Journal, 16; 90-111.
- Scheerer, S. (1989): Die Heroinszene. In: Scheerer, S./Vogt, I. (Hg.): Drogen und Drogenpolitik – ein Handbuch. Campus: Frankfurt am Main/New York; 285-299.
- Scheerer, S. (1993): Einige Anmerkungen zur Geschichte des Drogenproblems. In: Soziale Probleme, 41 (1); 78-98.
- Scheerer, S. (2000): „Soziale Kontrolle“ – schöner Begriff für böse Dinge? In: Peters, H. (Hg.): Soziale Kontrolle. Zum Problem der Normkonformität in der Gesellschaft. Leske und Budrich: Opladen; 153-169.
- Scheerer, S./Hess, H. (1997): Social Control: A Defense and Reformulation. In: Bergalli, R./Sumner, C. (Hg.): Social Control and Political Order. Sage: London; 96-130.
- Scheff, T. J. (1963): Being Mentally Ill: A Sociological Theory. Aldine de Gruyter: Hawthorne.
- Scherr, A. (2001): Soziale Arbeit und die nicht beliebige Konstruktion sozialer Probleme in der funktional differenzierten Gesellschaft. In: Soziale Probleme, 12 (1/2); 73-94.
- Schetsche, M. (1996): Die Karriere sozialer Probleme: Soziologische Einführung. Oldenbourg: München/Wien.
- Schetsche, M. (2007): Sucht in wissenssoziologischer Perspektive. In: Dollinger, B./Schmidt-Semisch, H. (Hg.): Sozialwissenschaftliche Suchtforschung. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden; 113-130.
- Schetsche, M. (2008): Empirische Analyse sozialer Probleme: Das wissenssoziologische Programm. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Scheuch, E. K. (2003): Sozialer Wandel. Band 1: Theorien des sozialen Wandels. Westdeutscher Verlag: Wiesbaden.
- Schirmer, D. (2009): Empirische Methoden der Sozialforschung. Wilhelm Fink: Paderborn.
- Schmid, M. (2003): Drogenhilfe in Deutschland. Entstehung und Entwicklung 1970-2000. Campus: Frankfurt am Main/New York.
- Schmid, M./Vogt, I. (2005): Die Nutzung von Konsumräumen in Frankfurt/Main unter besonderer Berücksichtigung des Konsums von Crack. In: Sucht, 51; 233-239.
- Schmidt-Semisch, H. (1990): Drogenpolitik. Zur Entkriminalisierung und Legalisierung von Heroin. AG SPAK: München.
- Schmidt-Semisch, H. (1992a): Drogen als Genussmittel. Ein Modell zur Freigabe illegaler Drogen. AG SPAK: München.
- Schmidt-Semisch, H. (1992b): Zwischen Sucht und Genuß. Notizen zur Drogen-erziehung. In: Neumeyer, J./Schaich-Walch, G. (Hg.): Zwischen Legalisierung und

- Normalisierung: Ausstiegsszenarien aus der repressiven Drogenpolitik. Schüren: Marburg; 140-146.
- Schmidt-Semisch, H. (1999): Palais des Drogues oder: Psychedelische Dienstleistungen aller Art. In: Legnaro, A./Schmieder, A. (Hg.): Suchtwirtschaft. LIT: Münster/Hamburg; 133-142.
- Schmidt-Semisch, H./Wehrheim, J. (2005): Exkludierende Toleranz. Ordnung und Kontrolle im Kontext akzeptierender Drogenarbeit. In: Dollinger, B./Schneider, W. (Hg.): Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis. VWB: Berlin; 221-237.
- Schneider, J. W. (1985): Social Problems Theory: The Constructionist View. In: Annual Review of Sociology, 11; 209-229.
- Schneider, W. (2000): Drogenmythen. Zur sozialen Konstruktion von „Drogenbildern“ in Drogenhilfe, Drogenforschung und Drogenpolitik. VWB: Berlin.
- Schneider, W. (ohne Jahrgang): Der Kunde ist König!? Drogenhilfe unter dem Diktat von Ökonomisierung, Qualitätssicherung, Evaluation und sozialer Kontrolle. Online unter: <http://www.schildower-kreis.de/themen/der-kunde-ist-koenig.html>; abgerufen am 06.09.2011.
- Schnell, R./Hill, P. B./Esser, E. (2005): Methoden der empirischen Sozialforschung. 7. Auflage, Oldenbourg: München.
- Schreiber, R. S./Crooks, D./Stern, P. N. (1997): Qualitative meta-analysis. In: Morse, J. M. (Hg): Completing a qualitative project: Details and dialogue. Sage: Thousand Oaks; 311-326.
- Schroeder, F.-C. (1973): Rauschgift. Bekämpfung des Drogenmißbrauchs. Reihe: Aktuelle Dokumente. De Gruyter: Berlin.
- Schütz, A./Luckmann, T. (1979): Strukturen der Lebenswelt. Band 1. Suhrkamp: Frankfurt am Main.
- Schulz, M./Ruddat, M. (2008): Unvereinbare Gegensätze? Eine Diskussion zur Integration quantitativ-qualitativer Ergebnisse. In: Soziale Welt, 59; 107-122.
- Schweer, T./Strasser, H. (1994): Die Straßendroge Crack: Eine erste Bestandsaufnahme. In: Sucht, 2; 121-126.
- Schwilk, M. (1996): Drogenpolitik in der Krise. Modelle und Reformansätze. Hartung-Gorre: Konstanz.
- Seipel, C./Rieker, P. (2003): Integrative Sozialforschung: Konzepte und Methoden der qualitativen und quantitativen empirischen Forschung. Juventa: Weinheim/München.
- Seligman, M. E. P. (1999): Erlernte Hilflosigkeit. 3. Auflage, Beltz: Weinheim/Basel.
- Selling, P. (1989a): Die Karriere des Drogenproblems in den USA. Eine Studie über Verlaufs- und Entstehungsformen sozialer Probleme. Centaurus: Pfaffenweiler.
- Selling, P. (1989b): Zur Geschichte des Umgangs mit Opiaten. In: Scheerer, S./Vogt, I. (Hg.): Drogen und Drogenpolitik – ein Handbuch. Campus: Frankfurt am Main/New York; 275-285.
- Seubert, W. (2005): Zur symbolischen und politischen Funktion des Drogenkonsums. Dissertation, Technische Universität Berlin: Berlin.
- Shafer, R. P. (1972): Marihuana: A Signal of Misunderstanding. The Official Report of the National Commission on Marihuana and Drug Abuse. Online unter:

- <http://www.druglibrary.org/schaffer/library/studies/nc/ncmenu.htm>; abgerufen am 10.04.2010.
- Shannon, K./Kerr, T./Bright, V./Gibson, K./Tyndall, M. W. (2008): Drug Sharing with clients as a risk marker for increased violence and sexual and drug-related harms among survival sex workers. In: *AIDS Care*, 20 (2); 235-241.
- Sharpe, T. T. (2001): Sex-for-Crack-Cocaine Exchange, Poor Black Women, and Pregnancy. In: *Qualitative Health Research*, 11 (5); 612-630.
- Shewan, D./Dalgarno, P. (2005): Evidence for controlled heroin use? Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users in Glasgow. In: *British Journal of Health Psychology*, 10 (1); 33-48.
- Sickinger, R. (1982): *Drogenhilfe*. Kösel: München.
- Siebel, A. (1997): *Drogenstrafrecht in Deutschland und Frankreich. Verfassungsmäßigkeit und Auswirkungen der Drogenprohibition*. P. Lang: Frankfurt am Main/New York.
- Siegal, H./Carlson, R./Falck, R./Forney, M. A./Wang, J./Li, L. (1992): High-risk behaviors for transmission of syphilis and human immunodeficiency virus among crack cocaine-using women. A case study from the Midwest. In: *Sexually Transmitted Diseases*, 5 (19); 266-271.
- Silbert, M. H./Pines, A. (1982): Victimization of street prostitutes. In: *Victimology*, 7; 122-133.
- Silbert, M.H./Pines, A.M. (1983): Early sexual exploitation as an influence in prostitution. In: *Social Work*, 28; 285-289.
- Simmedinger, R./Vogt, I. (2010): *Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2009*. Fachhochschule Frankfurt am Main, Institut für Suchtforschung: Frankfurt am Main.
- Simon, C. (1924): Survey of the Narcotic Problem. In: *Journal of the American Medical Association*, 82 (9); 675-679.
- Singelstein, T./Stolle, P. (2008): *Die Sicherheitsgesellschaft. Soziale Kontrolle im 21. Jahrhundert*. 2. Auflage, Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.
- Skiba, E. G. (1979): Zum Fremdbild des Sozialarbeiters. In: Otto, H.-U./Schneider, S. (Hg): *Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit*. Band 2. Neuwied: Darmstadt; 223-246.
- Smelser, N. J. (1972): *Theorie des kollektiven Verhaltens*. Kiepenheuer und Witsch: Köln.
- Smith, M. L./Glass, G. V./Miller, T. I. (1980): *The benefits of psychotherapy*. Johns Hopkins University Press: Baltimore.
- Smoyer, A./Blankenship, K. M. (2004): *Drug Policy: Definition, Discussion and State Variation*. Center for Interdisciplinary Research on AIDS (CIRA), Yale University: New Haven.
- Soltau, R. (1984): Die frauenspezifische Abhängigkeit von Suchtmitteln. In: Merfert-Diete, C./Soltau, R. (Hg.): *Frauen und Sucht. Die alltägliche Verstrickung in Abhängigkeit*. Rowohlt: Reinbek bei Hamburg; 12-22.
- Sommers, I./Baskin, D. R. (1996): The Structural Relationship Between Drug Use, Drug Dealing and Other Income Support Activities among Women Drug Sellers. In: *Journal of Drug Issues*, 26 (4); 975-1006.

- Sommers, I./Baskin, D. R. (1997): Situational or generalized violence in drug dealing networks. In: *Journal of Drug Issues*, 27 (4); 833-849.
- Sonnedecker, G. (1963): Die Opiumsucht. Wandlungen des Begriffs in historischer Sicht. In: *Pharmazeutische Zeitung*, 108 (26); 835-840.
- Spector, M./Kitsuse, J. I. (1977): *Constructing Social Problems*. Cummings: Menlo Park.
- Spector, M./Kitsuse, J. I. (1983): Die „Naturgeschichte“ sozialer Probleme: Eine Neufassung. In: Stallberg, F. W./Springer, W. (Hg.): *Soziale Probleme. Grundlegende Beiträge zu ihrer Theorie und Analyse*. Luchterhand: Neuwied; 23-31.
- Spector, M./Kitsuse, J. I. (2001): *Constructing Social Problems*. Transaction Publishers: New Brunswick.
- Spittal, P. M./Bruneau, J./Craib, K. J. et al. (2003): Surviving the sex trade: A comparison of HIV risk behaviors among street-involved women in two Canadian cities who inject drugs. In: *AIDS Care*, 15 (2); 187-195.
- Spreen, M. (1992): Rare populations, hidden populations and link-tracing designs: What and why? In: *Bulletin of Sociological Methodology*, 36; 34-58.
- Spreyermann, C. (1990): Man könnte meinen, wir säßen alle im gleichen Boot. Lebensalltag und Alltagsbewältigung von Drogenkonsumentinnen. *Institute de Médecine Sociale et Préventive*: Lausanne.
- Spreyermann, C. (1997): *Action, Stoff und Innenleben. Frauen und Heroin*. Lambertus: Freiburg im Breisgau.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2009a): *Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern 2008*. Statistisches Bundesamt: Bonn.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2009b): *Rechtspflege: Strafverfolgung 2008. Fachserie 10, Reihe 3*. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2009c): *VGR des Bundes: Bruttowertschöpfung, Bruttoinlandsprodukt 2009*. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2010a): *Rechtspflege: Strafvollzug – Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3.2009. Fachserie 10, Reihe 4.1*. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2010b): *Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern*. Statistisches Bundesamt: Bonn. Online unter: <http://www.gbe-bund.de/>; abgerufen am 20.07.2010.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2010c): *Todesursachenstatistik*. Statistisches Bundesamt: Bonn. Online unter: <http://www.gbe-bund.de/>; abgerufen am 21.07.2010.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2010d): *Rechtspflege: Strafverfolgung. Fachserie 10, Reihe 3*. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden. Online unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>; abgerufen am 15.08.2010.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2010e): *Rechtspflege: Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten nach ihrer Unterbringung auf Haftplätzen des geschlossenen und offenen Vollzugs jeweils zu den Stichtagen 31. März, 31. August und 30. November eines Jahres*. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden.

- Statistisches Bundesamt Deutschland (2011): Strafverfolgungsstatistik. Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz 1979. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden. Online unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>; abgerufen am 05.07.2011.
- Steffensmeier, D. (1983): Organization properties and sex-segregation in the underworld: Building a sociological theory of sex differences in crime. In: *Social Forces*, 61 (4); 1010-1032.
- Stehr, J. (2008): Soziale Ausschließung durch Kriminalisierung. Anforderungen an eine kritische soziale Arbeit. In: Anhorn, R./Bettinger, F./Stehr, J. (Hg.): *Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit. Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage*, Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden; 319-334.
- Steinert, H. (1985): Zur Aktualität der Etikettierungstheorie. In: *Kriminologisches Journal*, 17; 29-43.
- Steinert, H. (1990): Sozialpolitik als soziale Kontrolle. In: *Diskussionspapier 7-90*. Hamburger Institut für Sozialforschung: Hamburg; 7-22.
- Stein-Hilbers, M. (1988): Drogen im weiblichen Lebenszusammenhang. In: Merfert-Diete, C./Soltau, R. (Hg.): *Frauen und Sucht. Die alltägliche Verstrickung in Abhängigkeit*. Rowohlt: Reinbek bei Hamburg; 40-49.
- Steinke, I. (1999): Kriterien qualitativer Forschung. Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Forschung. Juventa: München.
- Stephens, R. C. (1991): *The street addict role: A theory of heroin addiction*. State University of New York Press: Albany.
- Sterk, C. E. (1999): *Fast Lives: Women Who Use Crack Cocaine*. Temple University Press: Philadelphia.
- Sterk-Elifson, C. E. (1995): Determining Drug Use Patterns among Women: The Value of Qualitative Research Methods. US Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse: New York; 65-83.
- Sterk, C. E./Dolan, K./Hatch, S. (1999): Epidemiological indicators and ethnographic realities of female cocaine use. In: *Substance Use and Misuse*, 34; 2057-2072.
- Sterk, C. E./Elifson, E. W./German, D. (2000): Female Crack Users and Their Sexual Relationships: The Role of Sex-For-Crack Exchanges. In: *Journal of Sex Research*, 37 (4); 354-360.
- Stern – Das Magazin (1994): „Wie ein Horrorfilm“. 11; 189-192.
- Stöver, H. (1994): *Drogenfreigabe: Plädoyer für eine integrative Drogenpolitik*. Lambertus: Freiburg im Breisgau.
- Stöver, H. (2001): Bestandsaufnahme „Crack-Konsum“ in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote. Bremer Institut für Drogenforschung (BISDRO): Bremen.
- Stöver, H./Michels, I. I. (1992): Entkriminalisierung der Konsumenten, Legalisierung der Drogen: welche Akzente kann die Drogenhilfe setzen, welche Chancen bieten sich ihr? In: Neumeyer, J./Schaich-Walch, G. (Hg.): *Zwischen Legalisierung und Normalisierung: Ausstiegsszenarien aus der repressiven Drogenpolitik*. Schüren: Marburg; 97-115.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA): *National Survey on Drug Use and Health (NSDUH)* (zuvor: National Household Survey on

- Drug Abuse). SAMHSA, Office of Applied Studies: Rockville (Zeitreihenvergleich der jährlichen Berichte 1997 bis 2009).
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (1980): National Household Survey on Drug Abuse 1979. SAMHSA, Office of Applied Studies: Rockville.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2009a): Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health (NSDUH): National Findings. SAMHSA, Office of Applied Studies: Rockville.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2009b): National Survey of Substance Abuse Treatment Services (N-SSATS) 2008. SAMHSA, Office of Applied Studies: Rockville.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2009c): Treatment Episode Data Set (TEDS). National Admissions to Substance Abuse Treatment Services 2008. SAMHSA, Office of Applied Studies: Rockville.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2010a): Drug Abuse Warning Network (DAWN): Detailed Tables: National Estimates, Drug-Related Emergency Department Visits for 2004-2008. SAMHSA, Office of Applied Studies: Rockville.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2010b): Drug Abuse Warning Network (DAWN), 2008: Area Profiles of Drug-Related Mortality. SAMHSA, Office of Applied Studies: Rockville.
- Suffet, F./Brotman, R. (1976): Female Drug Use: Some Observations. In: *International Journal of Addictions*, 11 (1); 19-33.
- Surratt, H. L./Inciardi, J. A. (2004): HIV risk, seropositivity and predictors of infection among homeless and non-homeless women sex workers in Miami, Florida, USA. In: *AIDS Care*, 16 (5); 594-604.
- Sutherland, E. (1939): *Principles of Criminology*. Lippincott: Philadelphia.
- Sykes, G./Matza, D. (1957): Techniques of Neutralization. A Theory of Delinquency. In: *American Sociological Review*, 22; 664-670.
- Szasz, T. S. (1961): *The Myth of Mental Illness*. Harper and Row: New York.
- Szasz, T. S. (1992): *Our Right to Drugs: The Case for a Free Market*. Praeger: Westport.
- Szasz, T. S. (1998): Drugs as Property: The Right We Rejected. In: Schaler, J. A. (Hg.): *Drugs: Should We Legalize, Decriminalize or Deregulate?* Prometheus Books: Amherst/New York; 181-208.
- Taylor, A. (1993): *Women drug users: An ethnography of a female injecting community*. Clarendon Press: Oxford.
- Taylor, B./Brownstein, H. H./Parry, C. et al. (2003): Monitoring the use of illicit drugs in four countries through the International Arrestee Drug Abuse Monitoring (I-ADAM) program. In: *Criminal Justice*, 3 (3); 269-286.
- Taylor, C. L. (2005): New Option to Wean off Heroin. In: *New York City Newsday*. Online unter: <http://www.mapinc.org/newscsdp/v05/n1099/a05.html>; abgerufen am 22.06.2011.

- Thane, K. (2000): „Willkommen im Nichts“. Die Diskussion um die „Teufelsdroge“ Crack am Beispiel der Hamburger Drogenszene. Diplomarbeit, Ev. Fachhochschule für Sozialpädagogik des Rauhen Hauses: Hamburg.
- Thane, K./Thiel, G. (2000): Eine explorative Studie zum Crack-Konsum in der Hamburger „offenen Drogenszene“. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 23 (2); 15-19.
- Thane, K./Wickert, C./Verthein, U. (2009): Abschlussbericht Szenebefragung in Deutschland 2008. Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD): Hamburg.
- The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (CASA) (2010): Behind Bars II: Substance Abuse and America's Prison Population. The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University: New York.
- The New York State AIDS Advisory Council (2005): Report on Syringe Access in New York State. Online unter: <http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/workgroups/aac/docs/syringeaccess.pdf>; abgerufen am 22.06.2011.
- Thomas, W. I./Thomas, D. S. (1928): The Child in America: Behavior Problems and Programs. Knopf: New York.
- Timulak, L. (2009): Meta-analysis of qualitative studies: A tool for reviewing qualitative research findings in psychotherapy. In: Psychotherapy Research, 19 (4/5); 591-600.
- Torres, L. R./Pena, J. B./Westhoff, W. W./Zayas, L. H. (2008): A Cross-National Comparison of Adolescent Alcohol and Drug Use Behaviors: U.S. Hispanics and Youth in the Dominican Republic. In: Journal of Drug Issues, 38 (1); 149-170.
- Tortu, S./Beardsley, M./Deren, S. et al. (2000): HIV infection and patterns of risk among women drug injectors and crack users in low and high sero-prevalence sites. In: AIDS Care, 12; 65-76.
- Tortu, S./McMahon, J. M./Hamid, R./Neaigus, A. (2003): Women's Drug Injection Practices in East Harlem: An Event Analysis in a High-Risk Community. In AIDS & Behavior, 7 (3); 317-328.
- Tortu, S./McMahon, J. M./Pouget, E. R./Hamid, R. (2004): Sharing of Noninjection Drug-Use Implements as a Risk Factor for Hepatitis C. In: Substance Use and Misuse, 39 (2); 211-224.
- Trebach, A. S. (2005): The Great Drug War: And Rational Proposals to Turn the Tide. 2nd Edition, Unlimited Publishing: Bloomington.
- United Nations (1961): Single Convention on Narcotic Drugs. United Nations: New York.
- United Nations (1971): Convention on Psychotropic Substances. United Nations: Vienna.
- United Nations (1988): United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances. United Nations: Vienna.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2009): World Drug Report 2009. United Nations Publication: Vienna.
- Vogt, I. (1975): Drogenpolitik. Zum Konsum von Alkohol, Beruhigungsmitteln und Haschisch. Herder & Herder: Frankfurt am Main/New York.

- Vogt, I./Scheerer, S. (1989): Drogen und Drogenpolitik. In: Scheerer, S./Vogt, I. (Hg.): Drogen und Drogenpolitik – ein Handbuch. Campus: Frankfurt/New York; 2-50.
- Vogt, I./Schmid, M./Roth, M. (2000): Crack-Konsum in der Drogenszene in Frankfurt am Main: Ergebnisse empirischer Studien. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 23 (2); 5-13.
- Wagner, H./Dorschky, L. (2004): Anmerkungen zur Strafe, Sozialdisziplinierung und sozialen Kontrolle im aktivierenden Sozialstaat. In: Liedke, U./Robert, G. (Hg.): Neue Lust am Strafen? Umbrüche gesellschaftlicher und pädagogischer Konzepte im Umgang mit abweichendem Verhalten. Shaker: Aachen; 129-142.
- Waldorf, D. (1972): *Careers in Dope*. Prentice-Hall: Englewood Cliffs.
- Waldorf, D. (1983): Natural recovery from opiate addiction: Some social-psychological processes of untreated recovery. In: *Journal of Drug Issues*, 13; 237-280.
- Waldorf, D./Biernacki, P. (1981): The natural recovery from opiate addiction: Some preliminary findings. In: *Journal of Drug Issues*, 11 (1); 61-76.
- Waldorf, D./Reinarman, C./Murphy, S. B. (1991): *Cocaine Changes: The Experience of Using and Quitting*. Philadelphia: Temple University Press.
- Wallace, J./Porter, J./Weiner, A./Steinberg, A. (1997): Oral sex, crack smoking, and HIV infection among female sex workers who do not inject drugs. In: *American Journal of Public Health*, 87 (3); 470.
- Walsh, D./Downe, S. (2005): Meta-synthesis method for qualitative research: A literature review. In: *Journal of Advanced Nursing*, 50 (2); 204-211.
- Ward, H./Pallecaros, A./Green, A./Day, S. (2000): Health issues associated with increasing use of 'crack' cocaine among female sex workers in London. In: *Sexually Transmitted Infections*, 76; 292-293.
- Waterston, A. (1993): *Street addicts in the political economy*. Temple University Press: Philadelphia.
- Watters, J. K./Biernacki, P. (1989): Targeted Sampling: Options for the Study of Hidden Populations. In: *Social Problems*, 36 (4); 416-430.
- Weber, G./Schneider, W. (1992): *Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen*. Forschungsbericht. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW: Düsseldorf.
- Weber, M. (1980): *Wirtschaft und Gesellschaft: Grundriss der verstehenden Soziologie*. 5. Auflage; Mohr Siebeck: Tübingen.
- Wechsberg, W. M./Kasten, J. J./Berkman, N. D./Roussel, A. E. (2007): *Methadone Maintenance Treatment in the U.S.: A Practical Question and Answer Guide*. Springer: New York.
- Weeks, M. R./Singer, M./Himmelgreen, D. A./Richmond, P./Grier, M./Radda, K. (1998): Drug Use Patterns of Substance Abusing Women: Gender and Ethnic Differences in an AIDS Prevention Program. In: Stevens, S. J./Wexler, H. K. (Hg.): *Women and Substance Abuse: Gender Transparency*. The Haworth Medical Press: New York/London; 35-61.
- Weil, A. (1972): *The Natural Mind: An Investigation of Drugs and the Higher Consciousness*. Houghton Mifflin Company: Boston.
- Weiß, B. (2008): *Meta-Analyse als Verfahren der Forschungssynthese in der Soziologie*. Dissertation, Universität Köln: Köln.

- West, H. C. (2010): Prison Inmates at Midyear 2009 – Statistical Tables. Bureau of Justice Statistics (BJS), US Department of Justice, Office of Justice Programs: Washington D.C.
- West, H. C./Sabol, W. J./Greenman, S. J. (2010): Prisoners in 2009. Bureau of Justice Statistics (BJS), US Department of Justice, Office of Justice Programs: Washington D.C.
- Westermeyer, J. (1980): Kulturelle Bedingungen und Funktionen des Drogengebrauchs. In: Pfeiffer, W./Schoene, W. (Hg.): Psychopathologie im Kulturvergleich. Enke: Stuttgart; 132-145.
- White, W. L. (2005): History of Drug Policy, Treatment, and Recovery. In: Coombs, R. H. (Hg.): Addiction Counseling Review: Preparing for Comprehensive, Certification, and Licensing Examinations. Lahaska Press: New Jersey; 81-104.
- Widom, C. S./Ames, M. A. (1994): Criminal consequences of childhood sexual victimization. In: Child Abuse and Neglect, 18 (4); 303-318.
- Wihofszky, P. (2005): Chancen für Empowerment in der Aidsprävention. Empirische Fallanalysen weiblicher Peer-Worker in Westafrika. Dissertation, Technische Universität Berlin: Berlin.
- Williams, T. (1992): Crackhouse. Notes from the End of the Line. Penguin Books: New York.
- Wilson, T. P. (1973): Theorien der Interaktion und Modelle soziologischer Erklärung. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hg.): Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. Band 1: Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie. Rowohlt: Reinbek bei Hamburg; 54-79.
- Windelband, W. (1894): Geschichte und Naturwissenschaft. Straßburger Rektoratsrede 1894. In: Windelband, W. (Hg.): Präludien: Aufsätze und Reden zur Einleitung in die Philosophie. Band 2. Mohr: Tübingen; 136-160.
- Windsor, L. C./Dunlap, E. (2010): What is Substance Use About? Assumptions in New York's Policies and the Perceptions of African Americans Who are Low-Income and Using Drugs. In: Journal of Ethnicity in Substance Abuse, 9; 64-87.
- Wisotsky, S. (1986): Breaking the Impasse in the War on Drugs. Greenwood Press: New York.
- Witt, H. (2001): Forschungsstrategien bei quantitativer und qualitativer Sozialforschung. In: Forum Qualitative Sozialforschung, 2 (1), Art. 8. Online unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/969/2115>; abgerufen am 02.10.2010.
- Witzel, A. (1985): Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, G. (Hg.): Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. Beltz: Weinheim; 227-256.
- Women in Prison Project (2006): When „Free” Means Losing your Mother: The Collision of Child Welfare and the Incarceration of Women in New York State. A Report of the Women in Prison Project of the Correctional Association of New York: New York.
- Wright, S. (2002): Women's use of drugs. Gender specific factors. In: Klee, H./Jackson, M./Lewis, S. (Hg.): Drug Misuse and Motherhood. Routledge: London/New York; 15-31.

- Wyler, L. S. (2008): International Drug Control Policy. Congressional Research Service (CRS) Report for Congress; Washington D.C.
- Xu, J./Kochanek, K. D./Murphy, S. L./Tejada-Vera, B. (2010): Deaths: Final data for 2007. National Vital Statistics Reports, 58 (19). National Center for Health Statistics: Hyattsville.
- Ziegenaus, H. (1999): Phänomenologie der Rauschgiftkriminalität und Strategien ihrer Bekämpfung: In: Höfling, S. (Hg.): Kampf gegen Sucht und Drogen. Akademie für Politik und Zeitgeschehen, Hans Seidel Stiftung e.V.: München; 129-139.
- Ziegler, H. (2001): Community Diskurse in Jugendhilfe und Kriminalprävention – Der Tod und die lokale Wiederauferstehung des Sozialen in der Kontrolle. In: Soziale Probleme, 12 (1/2); 183-207.
- Zinberg, N. E. (1984): Drug, Set and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use. Yale University Press: New Haven.
- Zinberg, N. E. /Harding, W. M. (1980): Control and Intoxicant Use: A Theoretical and Practical Overview. Online unter: <http://www.drugtext.org/library/books/zinberg1.pdf>; abgerufen am 22.09.2010.
- Zurhold, H. (1993): Drogenkarrieren von Frauen im Spiegel ihrer Lebensgeschichten – eine qualitative Vergleichsstudie differenter Entwicklungsverläufe opiatgebrauchender Frauen. VWB: Berlin.
- Zurhold, H. (1998): Kriminalität und Kriminalisierung drogengebrauchender Frauen: Kritische Analyse der justitiellen Sanktionspraxis und Möglichkeiten der Depönalisation. VWB: Berlin.
- Zurhold, H. (2004): Female drug users in European prisons – best practice for relapse prevention and reintegration. Executive Summary. Centre for Interdisciplinary Addiction Research: Hamburg.
- Zurhold, H. (2005): Entwicklungsverläufe von Mädchen und jungen Frauen in der Drogenprostitution: Eine explorative Studie. VWB: Berlin.
- Zurhold, H./Haasen, C. (2005): Women in prison: Responses of European prison systems to problematic drug users. In: International Journal of Prisoner Health, 1 (2-4); 127-141.
- Zurhold, H./Müller, O. (2007): Kokainkonsum zwischen Hedonismus und Verelendung. Ergebnisse einer multiperspektivischen Studie aus Frankfurt am Main. Lambertus: Freiburg im Breisgau.

Websites:

- <http://bjs.ojp.usdoj.gov/index.cfm> (25.08.2010)
- <http://drugscouts.de> (16.05.2011)
- <http://drugscouts.de/de/page/safer-use-infos-für-heroinkonsumentinnen> (17.05.2011)
- http://norml.org/index.cfm?Group_ID=4516 (10.08.2011)
- <http://www.census.gov> (15.08.2010)
- <http://www.coe.int/T/dg3/pompidou> (04.11.2010)
- <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/> (15.08.2010)

-
- <http://www.drugpolicy.org/news/2010/03/us-senate-unanimously-approves-bill-reduce-crackpowder-cocaine-sentencing-disparity> (10.08.2011)
- <http://www.drugscouts.de/de/lexikon/pcp> (21.06.2011)
- <http://www.fbi.gov/about-us/cjis/ucr/ucr> (30.03.2011)
- <http://www.gbe-bund.de> (05.06.2011)
- <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online> (30.06.2011)
- <http://www.health.state.ny.us> (22.06.2011)
- <http://www.idh-frankfurt.de> (08.10.2011)
- <http://www.kiss-heidelberg.de/kiss-heidelberg/de/2/0/programm/kiss.aspx> (07.09.2011)
- <http://www.nyc.gov/health> (30.06.2011)
- <http://www.samhsa.gov> (29.04.2011)
- <http://www.suchtmittel.de> (16.05.2011)
- <http://www.temple.edu/lawschool/phrhcs/map.htm> (23.02.2010)
- <http://www.zeit.de/politik/ausland/2011-08/gesundheitsreform-usa-verfassungswidrig> (30.08.2011)

11. Anhang

Leitfaden: qualitative Interviews

I) Alltag in der Drogenszene

Vielleicht kannst du erstmal deinen Alltag beschreiben? Wie sieht ein typischer Tag von dir aus?

Seit wann bist du auf der Szene?

Wie bist du hier in die Szene gekommen? Wie hast du die Szene wahrgenommen?

Wie oft hältst du dich hier auf?

Wie ist deine derzeitige Wohnsituation?

Wie ist dein Verhältnis zu den anderen Frauen und Männern hier? Bist du eher mit anderen oder alleine auf der Szene unterwegs?

Hast du einen Partner?

Wie empfindest du das Klima, die Umgehensweisen auf der Szene?

Hat sich die Szene verändert?

Hast du schon mal Gewalt durch andere in der Szene erlebt? Wie schützt du dich vor Gewalt?

Welche Erfahrungen hast du mit der Polizei und dem Ordnungsamt gemacht?

II) Drogenerfahrungen und aktuelle Drogenkonsummuster

Seit wann konsumierst du Drogen? Wie kam es dazu?

Wann hast du das erste Mal Heroin konsumiert? Wie war die Einstiegssituation und wie hat sich dein Konsum dann entwickelt?

Wann hast du das erste Mal Crack konsumiert? Wie war die Einstiegssituation und wie hat sich dein Konsum entwickelt?

Wie häufig und welche Droge konsumierst du zur Zeit? Welche Droge hat bei Dir Priorität?

Welche Applikationsform bevorzugst du?

Hast du Probleme beim i.v. Konsum?

Ist es ein Unterschied ob du Crack rauchst oder injizierst?

Worin liegen für dich die Unterschiede in der Wirkung von Heroin und Crack? Wie fühlst du dich während und nach dem Konsum?

Welche Vor- und Nachteile haben Heroin und Crack für dich?

Hattest du schon einmal eine Überdosis? Wie schützt du dich davor?

III) Drogenerwerb und Drogenfinanzierung

Wo kaufst du deine Drogen? Hast du einen Privatdealer?

Wie einfach ist es an die einzelnen Drogen ranzukommen?

Kannst du Crackimitate erkennen? Wie?

Wie finanzierst du deinen Drogenkonsum?

Für welche Droge gibst du das meiste Geld aus?

Welche Beschaffungsmuster gibt es in der Szene? Gibt es dabei anerkannte und weniger anerkannte Beschaffungsmuster?

a) Prostitution

Wie und wann bist du in die Prostitution eingestiegen?

Wo gehst du anschaffen? Wohin gehst du mit den Freiern?

Hast du beim Anschaffen bestimmte Strategien?

Wie schützt du dich vor Gewalt durch Freier?

Hast du Stammfreier?

Wie ist dein Verhältnis zu anderen Prostituierten?

b) Drogenhandel

Hast du schon mal gedealt? Wenn ja, mit welcher Droge?

Gibt es Unterschiede zwischen dem Handel mit Crack und Heroin?

Wie einfach oder schwer ist es, in den Handel einzusteigen und sich darin zu behaupten?

Welche Strategien hast/hattest du beim Handel (z.B. alleine oder mit „Schutz“)?

IV) Genderspezifische Aspekte des Szenelebens

Glaubst du, dass es einen Unterschied zwischen Männern und Frauen gibt, was das Leben in der Szene betrifft? Wenn ja, worin liegen diese Unterschiede?

Gibt es Beschaffungsmuster die hauptsächlich von Männern und solche, die hauptsächlich von Frauen praktiziert werden? Worin liegen die Vor- und Nachteile?

V) Gesundheitliche Situation

Wie geht es dir momentan gesundheitlich?

Hast du zur Zeit gesundheitliche Beschwerden? Hast du chronische Krankheiten?

Hat sich dein Gesundheitszustand in letzter Zeit verändert? Wenn ja, warum?

VI) Nutzung und Bewertung der Drogenhilfe

Wie findest du die Angebote der Drogenhilfe? Welche Angebote sind für dich wichtig?

Wie könnte man die Angebote verbessern? Was wäre für dich wichtig?

VII) Zukunftswünsche

Was denkst du über dein Leben in der Szene? Was gefällt dir an der Szene? Was hindert dich daran, die Szene zu verlassen?

Welche Pläne und Ziele hast du für die Zukunft?

Was könnte dich zu einem Ausstieg aus der Szene bewegen?

Welche Unterstützung bräuchtest du hierfür?

14	Haben Sie eigene Kinder? wenn nein → 15 !	Nein <input type="checkbox"/> 1	1 Kind <input type="checkbox"/> 2	2 Kinder <input type="checkbox"/> 3	> 2 Kinder <input type="checkbox"/> 4
14.1	Wo sind die Kinder zur Zeit untergebracht?	Bei mir und dem Kindsvater bzw. der Kindsmutter	<input type="checkbox"/> 1	Bei mir ohne den Kindsvater bzw. ohne die Kindsmutter	<input type="checkbox"/> 2
		Bei dem anderen Elternteil (Kindsvater oder Kindsmutter)	<input type="checkbox"/> 3	Großeltern oder Verwandten (vorübergehend)	<input type="checkbox"/> 4
		Großeltern oder Verwandten (Pflege oder Adoption)	<input type="checkbox"/> 5	Unterschiedlich (bei mehreren Kindern)	<input type="checkbox"/> 6
		Institutionelle Unterbringung/Heim	<input type="checkbox"/> 7	Kind(er) sind/ist selbständig (über 18)	<input type="checkbox"/> 8
		Sonstige Unterbringung	<input type="checkbox"/> 9	<input style="width: 100px;" type="text" value="Welche?"/>	
15	Nationalität/Herkunft	deutsch <input type="checkbox"/> 1	Spätaussiedler <input type="checkbox"/> 2	Sonstige <input style="width: 100px;" type="text" value="3 (ff)"/>	
16	Gegenwärtige Wohnsituation	obdachlos	<input type="checkbox"/> 1	eigene Wohnung	<input type="checkbox"/> 2
		mit PartnerIn, User	<input type="checkbox"/> 3	mit PartnerIn, Non-User	<input type="checkbox"/> 4
		Wohngemeinschaft, User	<input type="checkbox"/> 5	Wohngemeinschaft, Non-User	<input type="checkbox"/> 6
		Notschlafunterkunft	<input type="checkbox"/> 7	betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> 8
		Eltern	<input type="checkbox"/> 9	Sonstige	<input style="width: 100px;" type="text" value="10 (ff)"/>
17	Wo ist Ihr aktuell gemeldeter Wohnsitz?	Stadt Frankfurt	<input type="checkbox"/> 1	Großraum Ffm (RMV-Einzugsgebiet)	<input type="checkbox"/> 2
		außerhalb Großraum Ffm, in Hessen	<input type="checkbox"/> 3	außerhalb Hessens	<input type="checkbox"/> 4
		Ausland	<input type="checkbox"/> 5	<input style="width: 100px;" type="text" value="Bundesland:"/>	
		aktuell kein offiziell gemeldeter Wohnsitz	<input type="checkbox"/> 6		
17.1	Seit wie viel Jahren besuchen Sie regelmäßig (min. 1mal/Woche) die offene Drogenszene in Ffm?	seit	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	Jahren
18	Welche Schulform haben Sie abgeschlossen?	keine	<input type="checkbox"/> 1	aktuell in Schule	<input type="checkbox"/> 2
		Hauptschule	<input type="checkbox"/> 3	Realschule	<input type="checkbox"/> 4
		Gymnasium	<input type="checkbox"/> 5	Sonstige	<input style="width: 100px;" type="text" value="6 (ff)"/>
19	Was für eine Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen?	keine Berufsausbildung/noch in der Schule	<input type="checkbox"/> 1	keine Berufsausbildung/nie eine begonnen	<input type="checkbox"/> 2
		keine Berufsausbildung/abgebrochen	<input type="checkbox"/> 3	zur Zeit noch in der Ausbildung/Lehrberuf	<input type="checkbox"/> 4
		zur Zeit noch in der Ausbildung/Studium	<input type="checkbox"/> 5	abgeschlossener Lehrberuf	<input type="checkbox"/> 6
		abgeschlossenes Studium	<input type="checkbox"/> 7	Sonstige	<input style="width: 100px;" type="text" value="8 (ff)"/>
20	Stehen Sie aktuell in einem Arbeits-/Beschäftigungsverhältnis?	Vollzeit / ausbildungsentsprechend	<input type="checkbox"/> 1	Vollzeit / nicht ausbildungsentsprechend	<input type="checkbox"/> 2
		Teilzeit / ausbildungsentsprechend	<input type="checkbox"/> 3	Teilzeit / nicht ausbildungsentsprechend	<input type="checkbox"/> 4
		Weiterbildungs-, Umschulungsmaßnahme	<input type="checkbox"/> 5		

- Familienhaushalt, Kinder versorgen 6
- Beschäftigungsmaßnahme, Arbeitsprojekt 7
- arbeitslos - gemeldet 8
- arbeitslos – nicht gemeldet 9
- Sonstige

21 Seit wie viel Monaten führen Sie diese Tätigkeit aus/sind sie arbeitslos? seit Monaten

22 Wann haben Sie das erste Mal folgendes getan: NIE

22.1	Das erste Mal Alkohol getrunken	mit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Jahren	<input type="checkbox"/> 0
22.2	Das erste Mal Zigaretten/Tabak geraucht	mit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Jahren	<input type="checkbox"/> 0
22.3	Das erste Mal Cannabis genommen	mit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Jahren	<input type="checkbox"/> 0
22.6	Das erste Mal Ecstasy genommen	mit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Jahren	<input type="checkbox"/> 0
22.7	Das erste Mal LSD genommen	mit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Jahren	<input type="checkbox"/> 0
22.8	Das erste Mal Speed genommen	mit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Jahren	<input type="checkbox"/> 0
22.9	Das erste Mal Kokain genommen	mit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Jahren	<input type="checkbox"/> 0
22.10	Das erste Mal Crack genommen/geraucht	mit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Jahren	<input type="checkbox"/> 0
22.12	Das erste Mal Heroin genommen	mit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Jahren	<input type="checkbox"/> 0
22.14	Das erste Mal Methadon genommen	mit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Jahren	<input type="checkbox"/> 0
22.15	Das erste Mal Methadon verschrieben bekommen	mit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Jahren	<input type="checkbox"/> 0
22.16	Das erste Mal Drogen intravenös genommen/gespritzt	mit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Jahren	<input type="checkbox"/> 0

23 Wann haben Sie das letzte Mal folgende Drogen genommen?

	nie genommen	nie mehr genommen	in den letzten 24 Stunden	in der letzten Woche	im letzten Monat	in den letzten 3 Monaten	in den letzten 6 Monaten	in den letzten 12 Monaten	länger her	
23.1	Alkohol	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
23.2	Benzodiazepine - nicht vom Arzt verschrieben (Rohypnol ,Valium o.ä).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
23.3	Cannabis	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
23.4	Pilze	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
23.5	LSD	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
23.6	Ecstasy	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
23.7	Speed	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
23.8	Kokain	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
23.9	Crack	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
23.10	(Roh-)Opium	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
23.11	Heroin	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
23.12	Methadon – nicht vom Arzt verschrieben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
23.13	Subutex – nicht vom Arzt verschrieben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
23.14	Sonstige <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8

24 Wie häufig nehmen Sie folgende Drogen?

	nie genommen	nicht mehr	(nahezu) täglich	ein paar mal pro Woche	einmal pro Woche	weniger als einmal pro Woche	weniger als einmal pro Monat	weniger als alle 3 Monate	
24.1	Alkohol	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
24.2	Benzodiazepine - nicht vom Arzt verschrieben (Rohypnol ,Valium o.ä).	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
24.3	Cannabis	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
24.4	Pilze (psychoaktiv)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

24.5	LSD	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	
24.6	Ecstasy	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	
24.7	Speed	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	
24.8	Kokain	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	
24.9	Crack	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	
24.10	(Roh-)Opium	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	
24.11	Heroin	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	
24.12	Methadon – nicht vom Arzt verschrieben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	
24.13	Subutex – nicht vom Arzt verschrieben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	
24.14	Sonstige <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	
25	Welche Drogen nehmen Sie aktuell intravenös, spritzen Sie (mindestens einmal pro Woche)? (Mehrfachnennungen)									keine <input type="checkbox"/> 1
25.1										Benzodiazepine - <input type="checkbox"/> 1
25.2										(Rohypnol ,Valium o.ä)
25.3										Methadon <input type="checkbox"/> 1
25.4	! wenn kein iv Konsum → 27 !									Heroin <input type="checkbox"/> 1
25.5										Kokain (Pulver) <input type="checkbox"/> 1
25.6										Crack (Steine) <input type="checkbox"/> 1
25.7										Cocktail: H-Benzos <input type="checkbox"/> 1
25.8										Cocktail: Heroin-Kokain (Pulver) <input type="checkbox"/> 1
25.9										Cocktail: Heroin-Crack (Steine) <input type="checkbox"/> 1
25.10										Cocktail: Heroin-Crack (Steine)-Benzos <input type="checkbox"/> 1
25.11										Subutex <input type="checkbox"/> 1
										Sonstige <input type="text"/>

26 Wie häufig nehmen Sie durchschnittlich intravenös Drogen?

(wenn absolut unterschiedlich trage 'XX' in Box ein) bei nicht täglichem Konsum: pro Tag pro Woche

26.1 Wo nehmen Sie aktuell meistens intravenös Drogen zu sich? (Rangordnung: 1 = 'meistens' / 2 'am zweit häufigsten' / 0 'kein Konsumort')

Kein iv. Gebrauch 9

Zuhause, in Privaträumen Rangnummer

auf der Straße (Bahnhofsviertel) Rangnummer

Welcher Stadtteil: (z.B. Nordend, Nied) auf der Straße (nicht Bahnhofsviertel) Rangnummer

in öffentlichen Gebäuden Rangnummer

in Druckräumen Rangnummer

in anderen Räumen der Drogenhilfe Rangnummer

Sonstige Rangnummer

Was ist der Hauptgrund für die Wahl des bevorzugten Konsumortes?

27 Nehmen Sie aktuell Heroin? JA 1 (mindestens 1Mal pro Woche) NEIN 2 **wenn NEIN → 28**

27.1 Wie häufig und wie viel Heroin nehmen Sie zur Zeit?

27.1.1 pro Tag nehme ich etwa Mal Heroin – bei typ. Konsumsituation nehme ich ca. , g

27.1.2 pro Woche nehme ich etwa Mal Heroin – bei typ. Konsumsituation nehme ich ca. , g

27.2 Auf welche Weise nehmen Sie Heroin meistens? spritzen 1 sniefen 2 rauchen 3 spritzen und anderes 4

(vor allem nähere Angaben, wenn H-Substitution) Sonstige 5 (ff)

28 Werden Sie aktuell substituiert? NEIN 1 **wenn NEIN → 29** JA, mit METHADON 2

JA, mit HEROIN 3
 Ja, mit Subutex 4

Sonstige und zwar mit mg
 seit Monaten

28.1 Seit wie viel Monaten werden Sie substituiert?

29 Finden Sie die Möglichkeiten ausreichend, in eine Substitutionsbehandlung aufgenommen zu werden?

1 2

JA NEIN

wenn 'NEIN', warum nicht:

30 Nehmen Sie aktuell Kokain (Pulver)? JA 1
NEIN 2

(mindestens 1Mal pro Woche)

wenn NEIN → 31

30.1 Wie häufig und wie viel Kokain (Pulver) nehmen Sie zur Zeit?

30.1.1 pro Tag nehme ich etwa Mal Kokain – bei typ. Konsumsituation nehme ich ca. , g

30.1.2 pro Woche nehme ich etwa Mal Kokain – bei typ. Konsumsituation nehme ich ca. , g

30.2 Auf welche Weise nehmen Sie Kokain (Pulver) meistens?

spritzen 1
sniefen 2
rauchen 3
spritzen und anderes 4
Sonstige 5 (ff)

31 Nehmen Sie aktuell Crack (Steine)? JA 1
NEIN 2

(mindestens 1Mal pro Woche)

wenn NEIN → 31.7.1

31.1 Wenn Sie Crack-/Steine-Konsument sind, wie häufig nehmen Sie Crack pro Tag/pro Woche/pro Monat?

31.1.1 ich nehme Crack durchschnittlich etwa pro Tag

31.1.2 bei nicht täglichem Konsum: ich nehme Crack durchschnittlich etwa pro Woche

31.3 Wie konsumieren Sie Crack/Steine meistens?

ausschließlich rauchen 1
ausschließlich i.v. 2
rauchen und iv – aber vor allem rauchen 3
iv und rauchen – aber vor allem i.v. 4
rauchen und iv etwa gleich häufig 5

31.4 Warum nehmen Sie Crack/Steine auch intravenös? (Mehrfachnennungen) JA NEIN

wenn kein iv. Crack-Konsum setze alle '0'

31.4.1 kein iv. Konsum Spritzen-Feeling 1 2

31.4.2 um den Stoff am besten auszunutzen 1 2

31.4.3 weil kaum/kein Pulver-Kokain zu bekommen ist 1 2

31.4.4 weil Heroin/spritzbare Drogen teilweise schwer zu bekommen sind 1 2

31.4.5 besserer Kick 1 2

31.4.6 kann es mischen, besserer Turn/Rausch 1 2

31.4.7 wenn die Qualität nicht so gut ist 1 2

31.4.8- Sonstige 1

31.5 Wo rauchen (kein iv. Gebrauch!) Sie meistens Crack/Steine? Kein CRACK-RAUCHEN 9 → Frage 31.7.1

(Rangordnung: 1 = 'meistens' / 2 'am zweit häufigsten' / 0 'kein Konsumort')

Zuhause, in Privaträumen Rangnummer

auf der Straße (Bahnhofsviertel) Rangnummer

auf der Straße (nicht Bhfviertel) Rangnummer

Welcher Stadtteil: (z.B. Nordend, Nied)

im Rauchraum	Rangnummer	<input type="text"/>
in öffentlichen Gebäuden	Rangnummer	<input type="text"/>
in Druckräumen	Rangnummer	<input type="text"/>
in anderen Räumen der Drogenhilfe	Rangnummer	<input type="text"/>
Sonstiges	Rangnummer	<input type="text"/>

Was ist der Hauptgrund für die Wahl des bevorzugten Konsumortes?

31.6 Warum nutzen Sie den Rauchraum nicht bzw. nicht öfter? Stichworte:

31.7.1	Wie häufig benutzen Sie eine Spritze und wie oft eine Nadel?	Grundsätzlich nur einmal	Spritze <input type="checkbox"/> 1	Nadel <input type="checkbox"/> 1	
		Manchmal auch zwei oder drei Mal	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	
		Es kommt vor, dass ich eine Spritze/Nadel häufiger als drei mal benutze	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	
31.7.2	Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten ihre Spritze oder Spritzenutensilien (Löffel, Filter, Wasser) mit anderen gemeinsam benutzt?	sehr oft, fast täglich	<input type="checkbox"/> 1		
		hin und wieder mal	<input type="checkbox"/> 2		
		nur ein oder zwei Mal	<input type="checkbox"/> 3		
		kam gar nicht vor	<input type="checkbox"/> 4		
31.7.3	Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Drogen aus einer Spritze mit anderen geteilt?	sehr oft, fast täglich	<input type="checkbox"/> 1		
		hin und wieder mal	<input type="checkbox"/> 2		
		nur ein oder zwei Mal	<input type="checkbox"/> 3		
		kam gar nicht vor	<input type="checkbox"/> 4		
32	Hat sich die Qualität der folgenden Drogen im letzten Jahr verändert?		Heroin	Crack (Steine)	Kokain (Pulver)
		NEIN, gleich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
		JA, besser	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
		JA, schlechter	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
		kann ich nicht beurteilen	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4

33 **Wie schätzen Sie die Qualität und den Reinheitsgehalt der folgenden zur Zeit von Ihnen gekauften Drogen ein?**

	Sehr gut	gut	weniger gut	schlecht	sehr schlecht	weiß nicht	mit einem geschätzten Reinheitsgehalt von:
Heroin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="text"/> %
Crack (Steine)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="text"/> %
Kokain (Pulver)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="text"/> %

34 **Was bezahlen Sie augenblicklich für folgende Drogen?**

Heroin	für die kleinste Konsumeinheit von ca.	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	Gramm zahle ich	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>
Crack (Steine)	für die kleinste Konsumeinheit von ca.	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	Gramm zahle ich	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>
Kokain	für die kleinste Konsumeinheit von ca.	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	Gramm zahle ich	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>
Benzodiazepine (Rohypnol etc.)	für die kleinste Konsumeinheit von ca.	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	Tabletten zahle ich	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€	<input type="text"/>

Welche genau? (Szenenamen der jeweiligen Konsumeinheit hinter dem Preis notieren!)

35	Hat sich der Preis der folgenden Drogen im letzten Jahr verändert?	Heroin	Crack (Steine)	Kokain (Pulver)	Benzos (Rohypnol o.ä)	
		NEIN, gleich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
		JA, billiger	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
		JA, teurer	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
		kann ich nicht beurteilen	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4

36	Wie leicht sind folgende Drogen verfügbar, zu kaufen?	Heroin	Kokain (Pulver)	Crack (Steine)	Benzos (Rohypnol o.ä)	
		sehr leicht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
		leicht	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
		schwer	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
		sehr schwer	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4

37	Ist es im letzten Jahr schwerer oder leichter geworden, an folgende Drogen zu kommen?	Heroin	Crack (Steine)	Kokain (Pulver)	Benzos (Rohypnol o.ä)	
		unverändert	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
		leichter	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
		schwerer	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
		kann ich nicht beurteilen	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4

38	Weshalb und wie häufig hatten Sie in den letzten drei Monaten Kontakt mit der Drogenhilfe?	(alle Angebote abfragen!)	keinmal	ein- bis zweimal im letzten Quartal	einmal pro Monat	zweimal pro Monat	einmal pro Woche	mehrmals pro Woche	(nahezu) täglich
38.1	Arbeitsprojekte	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
38.2	Beratungsgespräch	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
38.3	Entgiftung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
38.4	Essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
38.5	Druckraum	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
38.6	Kontaktladen: Aufenthalt, unterhalten etc	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
38.7	Kontaktladen: Checken, Vermittlung, Dealen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
38.8	medizinische Behandlung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
38.9	Methadon	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
38.10	Rauchraum	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
38.11	Rechtsberatung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
38.12	Spritzentausch	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
38.13	Therapie ambulant	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
38.14	Therapie stationär	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
38.15	Übergangseinrichtung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
38.16	Unterkunft – Schlafplatz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
38.17	Sonstige	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	

38.18 Was hält Sie davon ab, das Angebot einer Entzugs- oder Therapieeinrichtung anzunehmen? Stichworte:

39 An wie vielen Tagen in der Woche halten Sie sich auf der Szene auf? an Tagen

40 Wie viele Stunden halten Sie sich dann durchschnittlich auf der Szene auf? Stunden

41	Weshalb halten Sie sich auf der Szene auf?	trifft nicht zu	teils - teils	trifft zu	
		41.1 um Drogen zu kaufen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
		41.2 um Leute zu treffen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

41.3	um Drogen zu verkaufen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
41.4	aus Langeweile, keine anderweitige Beschäftigung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
41.5	um Service zu machen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
41.6	um Geschäfte abzuwickeln	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
41.7	geht quasi zwangsläufig mit meiner Substitution einher	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
41.8	Sonstige <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

42 Wie schätzen Sie ihren aktuellen Gesundheitszustand ein?

sehr gut 1 gut 2 weniger gut 3 schlecht 4 sehr schlecht 5

42.1 Sind Sie zur Zeit krankenversichert?

Ja 1
Nein 2
Versicherungsstatus unklar 3

43 Welche Beschwerden hatten Sie in den letzten drei Monaten bzw. welche haben Sie immer noch (A) und waren bzw. sind Sie deshalb in den letzten drei Monaten in medizinischer Behandlung gewesen (B)? (alle abfragen!)

	(A)	(Behandlung)
	Ja?	Ja?
43.1 Leberstörungen/Hepatitis A (positiv getestet)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
43.2 Leberstörungen/Hepatitis B (positiv getestet)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
43.2 Leberstörungen/Hepatitis C (positiv getestet)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
43.3 Herz/Kreislauf	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
43.4 Lungen/Bronchien	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
43.5 Magen-/Darmbeschwerden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
43.6 Erkältung/Grippe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
43.7 Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
43.8 Abszesse (offene Wunden, offene Füße)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
43.9 AIDS – diverse Krankheiten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
43.10 epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
43.11 Depressionen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
43.12 Sonstige <input type="text" value="1"/>		<input type="checkbox"/> 1
43.13 WENN INTERVIEWPARTNERIN: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> 1	

44 Haben Sie bisher schon einmal einen HIV-Test gemacht?

Nein 1
Ja, ich bin HIV-negativ 2
Ja, ich bin HIV-positiv 3

44.1 In welchem Jahr wurde der letzte HIV-Test durchgeführt?

45 Haben Sie jemals eine Überdosis ge- habt? (Atemnot, Bewusstlosigkeit, Herzrasen)

NEIN 00 wenn NEIN ◀ 46
JA, und zwar Mal

45.1 Vor wie viel Monaten hatten Sie die letzte Überdosis?

vor Monaten wenn länger als 36 Monate zurück ◀ 46

45.2 Wo hatten Sie die letzte Überdosis?

Zuhause/allein 1
Zuhause/nicht allein 2
bei Bekannten in der Wohnung/nicht allein 3
auf der Straße/allein 4
auf der Straße/nicht allein 5
in öffentlichen Gebäuden/allein 6
in öffentlichen Gebäuden/nicht allein 7
in einem Druckraum 8
in einer Drogenhilfeeinrichtung 9
Sonstige

45.3 Welche Drogen haben Sie am Tag Ihrer letzten Überdosierung genommen? (Mehrfachnennungen – alle abfragen)

Alkohol 1
Cannabis 2
Kokain (Pulver) 3
Crack (Steine) 4
Schwarzmarkt-Heroin 5
verschriebenes Heroin 6
Methadon 7
Subutex 8

welche genau?
welche genau?

- Benzodiazepine (Rohypnol, Valium etc.) 9
- sonstige Medikamente 10
- weiß nicht mehr 11
- Sonstige

45.4 Welche Droge machen Sie für Ihre letzte Überdosiserfahrung im Wesentlichen verantwortlich?

- Alkohol 1
- Cannabis 2
- Kokain (Pulver) 3
- Crack (Steine) 4
- Schwarzmarkt-Heroin 5
- verschriebenes Heroin 6
- Methadon 7
- Subutex 8

welche genau?
welche genau?

- Benzodiazepine (Rohypnol, Valium etc.) 9
- sonstige Medikamente 10
- Drogenmix 11
- Drogen nicht ursächlich – körperliche Verfassung 12
- keine Vorstellung – weiß nicht 13
- Sonstige

45.5 Was war der Grund für Ihre letzte Überdosiserfahrung?

- unbekannte Drogenqualität 1
- zu viele Drogen gleichzeitig genommen 2
- nach längerer Cleanzeit zuviel genommen 3
- schlechte Tagesverfassung 4
- ich hatte vor, Selbstmord zu begehen 5

können Sie bitte kurz sagen, warum:

--

Sonstige

45.6 Von wem haben Sie bei Ihrer letzten Überdosis Hilfe bekommen? (Mehrfachnennungen möglich)

- von keinem 1
- vom Notarzt 2
- von anderen Gebrauchern 3
- Bekannte/keine Drogengebraucher 4
- von Mitarbeitern der Drogenhilfe 5
- weiß nicht mehr 6

Sonstige

46 Wie viel Bargeld/Cash haben Sie in den letzten 7 Tagen verdient/bekommen? (Arbeit, Sozialhilfe, Anschaffen, Eltern, Schnorren, Hehlerei etc. – monatliche Bezüge anteilig berücksichtigen!)

										€
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

47 Wie viel Bargeld/Cash haben Sie in den letzten 7 Tagen schätzungsweise für Drogen ausgegeben? (inklusive Alkohol, Tabak etc.)

										€
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

48 Haben Sie in den letzten 7 Tagen Drogen für bestimmte Dienste erhalten? (Vermitteln, Anschaffen, Service-Machen etc.)

- Ja 1
- Nein 2

49 Wie sind Sie in den letzten 7 Tagen an Ihr Geld bzw. direkt an Drogen gekommen? (Rangordnung: 1 = meiste Geld etc. / 0 für 'dient nicht als Einkommensquelle')

Arbeit	Rangnummer	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
Arbeitslosengeld/-hilfe	Rangnummer	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
Sozialhilfe	Rangnummer	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
Eltern/Familie	Rangnummer	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
PartnerIn	Rangnummer	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
Freunde/Bekannte	Rangnummer	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
Sex-Business (Prostitution etc.)	Rangnummer	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
Drogengeschäfte	Rangnummer	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
Service-Machen	Rangnummer	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
Verkauf von Medikamenten	Rangnummer	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
andere illegale Aktivitäten (Stehlen, Betrug etc.)	Rangnummer	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
andere legale Aktivitäten (Betteln, Musikmachen etc.)	Rangnummer	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>

50 Für welche Droge haben Sie in den letzten 7 Tagen das meiste Geld ausgegeben? (Rangordnung: 1 = meiste Geld etc. / 0 für 'keine Ausgabe für entsprechende Droge')

	Heroin	Rangnummer	<input type="text"/>
	Kokain (Pulver-Kokain)	Rangnummer	<input type="text"/>
	Crack (Steine)	Rangnummer	<input type="text"/>
	Cannabis	Rangnummer	<input type="text"/>
	Alkohol	Rangnummer	<input type="text"/>
	Tabak, Zigaretten	Rangnummer	<input type="text"/>
	Speed	Rangnummer	<input type="text"/>
	Ecstasy	Rangnummer	<input type="text"/>
Benzodiazepine	(Rohypnol etc.)	Rangnummer	<input type="text"/>
Substitutionsmittel	(Methadon, Codein, Subutex etc.)	Rangnummer	<input type="text"/>
Sonstige		Rangnummer	<input type="text"/>

51 Wo kaufen Sie meistens die illegale Droge, die für Sie in der letzten Woche am wichtigsten war? (keine Substitutionsmittel und verschriebenen Medikamente - Rangordnung: 1 = 'meistens' / 2 'am zweit häufigsten' / 0 'kein Kaufort')

	in Kneipen, Bars, Cafés, Discotheken etc	Rangnummer	<input type="text"/>
	bei Dealern zu Hause	Rangnummer	<input type="text"/>
	auf der Straßenszene (Bahnhofsviertel)	Rangnummer	<input type="text"/>
Welcher Stadtteil:	<input type="text"/>	auf der Straße (nicht Bahnhofsviertel)	Rangnummer
		Drogenkontaktläden, -kontaktcafés	Rangnummer
Sonstige	<input type="text"/>		Rangnummer

52 Was ist Ihre aktuelle 'Lieblingsdroge'?

Nikotin	<input type="checkbox"/> 1	Alkohol	<input type="checkbox"/> 2
Cannabis	<input type="checkbox"/> 3	Ecstasy	<input type="checkbox"/> 4
Speed	<input type="checkbox"/> 5	Kokain (Pulver)	<input type="checkbox"/> 6
Crack (Steine)	<input type="checkbox"/> 7	Schwarzmarkt-Heroin	<input type="checkbox"/> 8
Cocktail (H/Pulver-Kokain)	<input type="checkbox"/> 9	Cocktail (H/Crack)	<input type="checkbox"/> 10
verschriebenes Heroin	<input type="checkbox"/> 11	Sonstige	13 (ff)
Benzodiazepine	<input type="checkbox"/> 12		<input type="text"/>

53 Über welche Droge wird aktuell am meisten auf der Szene gesprochen?

Nikotin	<input type="checkbox"/> 1	Alkohol	<input type="checkbox"/> 2
Cannabis	<input type="checkbox"/> 3	Ecstasy	<input type="checkbox"/> 4
Speed	<input type="checkbox"/> 5	Kokain (Pulver)	<input type="checkbox"/> 6
Crack (Steine)	<input type="checkbox"/> 7	Schwarzmarkt-Heroin	<input type="checkbox"/> 8
Cocktail (H/Pulver-Kokain)	<input type="checkbox"/> 9	Cocktail (H/Crack)	<input type="checkbox"/> 10
verschriebenes Heroin	<input type="checkbox"/> 11	Benzodiazepine (Rohypnol etc.)	<input type="checkbox"/> 12
		Sonstige	13 (ff)

53.1 Warum wird Ihrer Meinung nach über diese Droge aktuell besonders viel gesprochen?

Stichworte:

54 Welche Droge, die Sie bisher noch nicht genommen haben, würden Sie gerne einmal probieren?

eine solche Droge gibt es nicht	<input type="checkbox"/> 1	Ecstasy	<input type="checkbox"/> 2
GHB (Liquid XTC)	<input type="checkbox"/> 3	Ketamin	<input type="checkbox"/> 4
verschriebenes Heroin	<input type="checkbox"/> 5	Methadon	<input type="checkbox"/> 6
Crack (Steine)	<input type="checkbox"/> 7	Kokain (Pulver)	<input type="checkbox"/> 8

Benzodiazepine (Rohypnol etc.) 9Sonstige: **55 Welche Droge lehnen Sie aktuell am entschiedensten ab?**

- | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|----------------|-----------------------------|
| keine | <input type="checkbox"/> 1 | Alkohol | <input type="checkbox"/> 2 |
| Haschisch | <input type="checkbox"/> 3 | Ecstasy | <input type="checkbox"/> 4 |
| LSD | <input type="checkbox"/> 5 | Kokain | <input type="checkbox"/> 6 |
| Speed | <input type="checkbox"/> 7 | Crack (Steine) | <input type="checkbox"/> 8 |
| Heroin | <input type="checkbox"/> 9 | Methadon | <input type="checkbox"/> 10 |
| verschriebenes Heroin | <input type="checkbox"/> 11 | Medikamente | <input type="checkbox"/> 12 |
| Benzodiazepine (Rohypnol etc.) | <input type="checkbox"/> 13 | Subutex | <input type="checkbox"/> 14 |

Sonstige: **56 Welche Persönlichen Erfahrungen haben Sie in den letzten vier Wochen mit Kriminalität und Gewalt gemacht?****Was war die letzte dieser Erfahrungen und von wem ging die Gewalt aus?**57 58

- | Ich bin... | wie oft? | | |
|--|--|------------------------|----------------------------|
| 56.1 beraubt worden (unter Waffengewalt bestohlen worden). | <input type="checkbox"/> 1 | andere Konsumenten | <input type="checkbox"/> 1 |
| 56.2 bestohlen worden (Drogen, Geld etc. wurden entwendet). | <input type="checkbox"/> 2 | Familienangehörige | <input type="checkbox"/> 2 |
| 56.3 betrogen worden (abgezockt, gelinkt worden). | <input type="checkbox"/> 3 | Partner/Freund | <input type="checkbox"/> 3 |
| 56.4 sexueller Gewalt ausgesetzt gewesen (Vergewaltigung/massive sex. Belästigung) | <input type="checkbox"/> 4 | Freier | <input type="checkbox"/> 4 |
| 56.5 körperliche Gewalt erfahren (Schläge, Prügel). | <input type="checkbox"/> 5 | Polizei | <input type="checkbox"/> 5 |
| 56.6 psychische Gewalt erfahren (Bedrohung, Erpressung, massive Beschimpfung). | <input type="checkbox"/> 6 | Sicherheitsdienste | <input type="checkbox"/> 6 |
| | weiß nicht mehr <input type="checkbox"/> 7 | Drogenhilfemitarbeiter | <input type="checkbox"/> 7 |
| | | Sonstige | 8ff |

59 Was war der Hintergrund dieser letztmaligen Gewalterfahrung?

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| Drogenwirkung allgemein | <input type="checkbox"/> 1 |
| Drogenwirkung Crack | <input type="checkbox"/> 2 |
| Entzugsstress allgemein | <input type="checkbox"/> 3 |
| Entzugsstress Crack | <input type="checkbox"/> 4 |
| persönlicher Streit | <input type="checkbox"/> 5 |
| finanzielle Notlage | <input type="checkbox"/> 6 |
| Stresssituation | <input type="checkbox"/> 7 |
| weiß nicht mehr | <input type="checkbox"/> 8 |

Sonstige **60 Wo ist diese letzte Gewalterfahrung geschehen?**

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| Zuhause | <input type="checkbox"/> 1 |
| Privatwohnung | <input type="checkbox"/> 2 |
| auf der Straße/Szene | <input type="checkbox"/> 3 |
| Drogenhilfeeinrichtung | <input type="checkbox"/> 4 |
| Polizeistation | <input type="checkbox"/> 5 |
| Büro v. Sicherheitsdienst | <input type="checkbox"/> 6 |
| Disco, Café, Kneipe etc. | <input type="checkbox"/> 7 |

Sonstige

Sekundäranalyse: verwendete statistische Datenquellen

Deutschland	USA
Konsum illegaler Drogen in der Allgemeinbevölkerung	
<p>Epidemiologisches Suchtsurvey (ESA) <u>Zielgruppe:</u> 18- bis 64-jährige Wohnbevölkerung Deutschlands; Repräsentativbefragung <u>Erhebungsinstrument:</u> postalisch-schriftliche/telefonische Befragung <u>Erhebungsturnus:</u> alle 2 bis 6 Jahre <u>Erste Erhebung:</u> 1980 <u>Aktuelle Erhebung*:</u> 2006; Referenz: Kraus (2008)</p> <p>Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland <u>Zielgruppe:</u> 12- bis 25-jährige Wohnbevölkerung Deutschlands; Repräsentativerhebung <u>Erhebungsinstrument:</u> computergestütztes Telefoninterview <u>Erhebungsturnus:</u> alle 3 bis 4 Jahre <u>Erste Erhebung:</u> 1973 <u>Aktuelle Erhebung:</u> 2008; Referenz: BZgA (2010)</p>	<p>National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) <u>Zielgruppe:</u> US-amerikanische Wohnbevölkerung ab 12 Jahre; Repräsentativbefragung <u>Erhebungsinstrument:</u> Face-to-Face Interview/strukturierter Fragebogen <u>Erhebungsturnus:</u> jährlich <u>Erste Erhebung:</u> 1971 <u>Aktuelle Erhebung:</u> 2008; Referenz: SAMHSA (2009a)</p>
Drogenbezogene Behandlungen in Krankenhäusern	
<p>Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern <u>Datenbasis:</u> Vollstationär behandelte Patienten in Krankenhäusern; Vollerhebung <u>Erhebungsinstrument:</u> Krankendaten/Fragebogen <u>Datenaufbereitung:</u> jährlich <u>Erste Erhebung:</u> 1993 <u>Aktuelle Erhebung:</u> 2008; Referenz: Statistisches Bundesamt Deutschland (2010b)</p>	<p>Drug Abuse Warning Network (DAWN) <u>Datenbasis:</u> Behandlungen wegen psychoaktiver Substanzen in „Emergency Departments“; Gelegenheitsstichprobe teilnehmender Krankenhäuser (n=207) <u>Erhebungsinstrument:</u> Fragebogen/Fallberichte <u>Datenaufbereitung:</u> jährlich <u>Erste Erhebung:</u> 1972 (2003 wurde die Methodik grundsätzlich geändert, sodass die Daten vor und nach 2003 nicht miteinander vergleichbar sind) <u>Aktuelle Erhebung:</u> 2007; Referenz: SAMHSA (2010a)</p>
Ambulante und stationäre Behandlungen in drogentherapeutischen Einrichtungen	
<p>Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) <u>Datenbasis:</u> Behandlungen in stationären und ambulanten Einrichtungen der Drogenhilfe; Gelegenheitsstichprobe teilnehmender Einrichtungen (n= 884) <u>Erhebungsinstrument:</u> seit 2007 „neuer“ Deutscher Kerndatensatz, standardisierter Erhebungsbogen/computergestützte Erfassung <u>Datenaufbereitung:</u> jährlich <u>Erste Erhebung:</u> 1978 (seit 2000 existiert ein standardisiertes Dokumentationssystem, sodass die Daten vor und nach 2000 nicht miteinander vergleichbar sind) <u>Aktuelle Erhebung:</u> 2008; Referenz: Pfeiffer-Gerschel et al. (2009)</p> <p>Statistik der Leistungen zur Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (DRV) <u>Datenbasis:</u> stationäre Rehabilitationsleistungen durch die gesetzliche Rentenversicherung <u>Erhebungsinstrument:</u> standardisierter Erhebungsbogen/prozessproduzierte Behandlungsdaten; Vollerhebung <u>Erste Erhebung:</u> 1954 <u>Aktuelle Erhebung:</u> 2008; Referenz: DRV (2009)</p>	<p>Treatment Episode Data Set (TEDS) <u>Datenbasis:</u> Behandlungen in stationären und ambulanten, staatlich zertifizierten Drogenbehandlungseinrichtungen; Vollerhebung <u>Erhebungsinstrument:</u> standardisierter Erhebungsbogen, elektronische Übermittlung <u>Datenaufbereitung:</u> jährlich <u>Erste Erhebung:</u> 1989 <u>Aktuelle Erhebung:</u> 2008; Referenz: SAMHSA (2009c)</p>

* Die Angaben zur aktuellen Erhebung beziehen sich jeweils auf die zum Zeitpunkt der Sekundäranalyse (Sommer 2010) neuesten veröffentlichten Daten.

Deutschland	USA
Gesundheitliche Risiken des i.v. Konsums: HIV und AIDS	
<p>„Epidemiologisches Bulletin“ <u>Datenbasis:</u> a) AIDS-Fallregister (seit 1982): Fallberichte behandelnder Ärzte über AIDS-Erkrankungen und -Todesfälle. b) anonymisiert gemeldete HIV-positive Laborbefunde (seit 1987) <u>Erhebungsinstrument:</u> Fallberichte/ standardisierter Meldebogen <u>Datenaufbereitung:</u> jährlich <u>Erste Erhebung:</u> 1982/1987 <u>Aktuelle Erhebung:</u> 2008/2009; Referenz: RKI (2009, 2010)</p>	<p>„HIV Surveillance Report“ <u>Datenbasis:</u> anonymisierte Meldungen über alle HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen mittels eines fallbezogenen Codes. <u>Erhebungsinstrument:</u> standardisierter Meldebogen <u>Datenaufbereitung:</u> jährlich <u>Erste Erhebung:</u> 1982 <u>Aktuelle Erhebung:</u> 2007; Referenz: CDC (2010)</p>
Drogenbedingte Todesfälle	
<p>Bundeslagebild Rauschgiftkriminalität/Falldatei Rauschgift (FDR) <u>Datenbasis:</u> polizeilich registrierte Drogentote <u>Erhebungsinstrument:</u> standardisierter Meldebogen <u>Datenaufbereitung:</u> jährlich <u>Erste Erhebung:</u> 1971 <u>Aktuelle Erhebung:</u> 2009; Referenz: (BKA) (2010a)</p> <p>Todesursachenstatistik <u>Datenbasis:</u> gemeldete Todesfälle nach Todesursache; Vollerhebung <u>Erhebungsinstrument:</u> übermittelte ärztliche Todesbescheinigungen <u>Datenaufbereitung:</u> jährlich <u>Erste Erhebung:</u> 1905 <u>Aktuelle Erhebung:</u> 2008; Referenz: Statistisches Bundesamt Deutschland (2010c)</p>	<p>Drug Abuse Warning Network (DAWN) <u>Datenbasis:</u> durch Gerichtsmediziner registrierte Drogentodesfälle für 12 Bundesstaaten und 153 Metropolregionen <u>Erhebungsinstrument:</u> Todesfallbezogene Akten der Gerichtsmedizin; elektronische/anonymisierte Übermittlung <u>Datenaufbereitung:</u> jährlich <u>Erste Erhebung:</u> 1972 (2003 wurde die Methodik grundsätzlich geändert, sodass die Daten vor und nach 2003 nicht miteinander vergleichbar sind) <u>Aktuelle Erhebung:</u> 2007; Referenz: SAMHSA (2010b)</p> <p>„National Vital Statistic Reports“ <u>Datenbasis:</u> gemeldete Todesfälle nach Todesursache; Vollerhebung <u>Erhebungsinstrument:</u> übermittelte ärztliche Todesbescheinigungen <u>Datenaufbereitung:</u> jährlich <u>Erste Erhebung:</u> 1940 <u>Aktuelle Erhebung:</u> 2007; Referenz: Xu et al. (2010)</p>
Kriminalisierung von Drogenkonsumierenden	
<p>Strafverfolgungsstatistik <u>Datenbasis:</u> Verwaltungsdaten der Strafvollstreckungsbehörden zu Strafverfahren nach rechtskräftigem Abschluss; Vollerhebung <u>Erhebungsinstrument:</u> Zählkarte (in Papier- oder elektronischer Form) <u>Datenaufbereitung:</u> jährlich <u>Erste Erhebung:</u> 1953 <u>Aktuelle Erhebung:</u> 2008; Referenz: Statistisches Bundesamt Deutschland (2010d)</p> <p>Strafvollzugsstatistik <u>Datenbasis:</u> Strafgefangene und Sicherungsverwahrte in Justizvollzugsanstalten; Vollerhebung <u>Erhebungsinstrument:</u> Zählkarte (in Papier- oder elektronischer Form) <u>Datenaufbereitung:</u> jährlich <u>Erste Erhebung:</u> 1965 <u>Aktuelle Erhebung:</u> 2009; Referenz: Statistisches Bundesamt Deutschland (2010a)</p> <p>Bestand der Gefangenen und Verwahrten in den deutschen Justizvollzugsanstalten <u>Datenbasis:</u> Inhaftierte in Justizvollzugsanstalten; Vollerhebung <u>Erhebungsinstrument:</u> Zählkarte (in Papier- oder elektronischer Form) <u>Datenaufbereitung:</u> dreimal jährlich <u>Erste Erhebung:</u> 1961 <u>Aktuelle Erhebung:</u> 2009; Referenz: Statistisches Bundesamt Deutschland (2010e)</p>	<p>„Uniform Crime Reports“ <u>Datenbasis:</u> registrierte Straftaten der Polizeibehörden nach Deliktart, freiwillige Übermittlung der Daten von teilnehmenden Strafverfolgungsbehörden (n≈18.000) <u>Erhebungsinstrument:</u> standardisiertes Formular <u>Datenaufbereitung:</u> jährlich <u>Erste Erhebung:</u> 1929 <u>Aktuelle Erhebung:</u> 2008; Referenz: FBI (2009)</p> <p>„Prisoners Series“ <u>Datenbasis:</u> Inhaftierte in Justizvollzugsanstalten; Repräsentativerhebung <u>Erhebungsinstrument:</u> standardisierter Fragebogen <u>Datenaufbereitung:</u> halbjährlich <u>Erste Erhebung:</u> 1926 <u>Aktuelle Erhebung:</u> 2008; Referenz: West et al. 2010; West 2010</p>

Deutschland	USA
<p>Bundeslagebild Rauschgiftkriminalität/ Falldatei Rauschgift (FDR) <u>Datenbasis:</u> polizeilich registrierte Drogendelikte, Tatverdächtige <u>Erhebungsinstrument:</u> elektronisches Meldeformular <u>Datenaufbereitung:</u> jährlich <u>Erste Erhebung:</u> 1971 <u>Aktuelle Erhebung:</u> 2009; Referenz: BKA (2010a)</p> <p>Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) <u>Datenbasis:</u> polizeilich registrierte Straftaten einschließlich der mit Strafe bedrohten Versuche, Zahl der Tatverdächtigen; Vollerhebung <u>Erhebungsinstrument:</u> elektronisches Meldeformular <u>Datenaufbereitung:</u> jährlich <u>Erster Erhebung:</u> 1953 <u>Aktuell Erhebung:</u> 2009; Referenz: BKA (2010b)</p>	

Metaanalyse: verwendete Studien und deren methodische Charakteristika

Autoren	Methode	Datenbasis	Erhebungszeit	Erkenntnisinteresse
Sommers/ Baskin (1996)	Biographisch-fokussierte Interviews	156 Drogen-dealerinnen	1993-1994	Zusammenhänge zwischen Drogenkonsum, -handel und sonstigen Einkommensstrategien
Maher/Daly (1996)	Teilnehmende Beobachtung, narrative und problemzentrierte Interviews	211 Crack-konsumentinnen Kerngruppe: 45 Frauen	1988-1992	Rolle von Frauen in der Crack-Ökonomie
Maher (1996)	Teilnehmende Beobachtung, narrative und problemzentrierte Interviews	211 Crack-konsumentinnen Kerngruppe: 45 Frauen	1988-1992	Veränderungen der Straßenprostitution durch Crack
Maher et al. (1996)	Teilnehmende Beobachtung, narrative und problemzentrierte Interviews	68 Crack-konsumentinnen	1989-1992	„Wohnformen“ obdachloser Crackkonsumentinnen
Dunlap et al. (1997)	Teilnehmende Beobachtung, narrative Interviews	111 Drogen-dealer, 40 Frauen	1989-1994	Rolle von Frauen in der Crack-Ökonomie
Sommers/ Baskin (1997)	Biographisch-fokussierte Interviews	156 Drogen-dealerinnen	1993-1994	Rolle von Gewalt im Drogenhandel
Maher (1997)	Teilnehmende Beobachtung, narrative und problemzentrierte Interviews	211 Crack-konsumentinnen Kerngruppe: 45 Frauen	1988-1992	Alltagswelt von Crackkonsumentinnen/ Drogenprostituierten
El-Bassel et al. (1997)	Fragebogeninterviews	346 Drogenprostituierte	1991-1992	Zusammenhang zwischen Prostitution und psych. Beschwerden, Implikationen für HIV-Prävention

Brook et al. (2000)	Fragebogeninterviews	224 i.v. Drogenkonsumentinnen	k.A.	Risiken und protektive Faktoren für das i.v. Konsumverhalten
El-Bassel et al. (2001)	Leitfadeninterviews	113 Straßenprostituierte	1996-1997	Körperliche und sexuelle Gewalterfahrungen von Straßenprostituierten
Cross et al. (2001)	Fragebogeninterviews	602 Drogenkonsumierende, 251 Frauen	1998-1999	Finanzierungsstrategien
Miller/Neaigus (2002)	Biographische Interviews	28 Drogenkonsumentinnen	2000	weibliche Finanzierungsstrategien und deren Korrelation mit HIV
Maher et al. (2002)	Teilnehmende Beobachtung, biographische Interviews	107 Crackdealerinnen	1989-1994	Einstiegswege in den Crackhandel
Tortu et al. (2003)	Leitfadeninterviews	185 i.v. Drogenkonsumentinnen	1997-1999	Drogenkonsumpraktiken und HIV-Risikoverhalten
Tortu et al. (2004)	Leitfadeninterviews	123 nicht i.v. Drogenkonsumentinnen	1997-1999	Risiken für Hepatitis-Infektionen durch die gemeinsame Nutzung von Drogenparaphernalia
Davis et al. (2003)	Teilnehmende Beobachtung, Fragebogeninterviews	281 Drogenkonsumentinnen und -dealerinnen	1998-1999	HIV-Rate und Risikoverhalten
Nuttbrock et al. (2004)	Fragebogeninterviews	144 Straßenprostituierte	2000-2002	Nutzung von Drogenhilfeangeboten
Davis et al. (2005)	Teilnehmende Beobachtung, Fragebogeninterviews	269 Drogendealer, 135 Frauen	1998-1999	Genderspezifische Aspekte des Drogenhandels
Roche et al. (2005)	Teilnehmende Beobachtung, standardisierte und narrative Interviews	28 Drogenprostituierte	2000	Risikowahrnehmung und Schutzstrategien von Drogenprostituierten
Cooper et al. (2005)	Problemzentrierte Interviews	40 i.v. Drogenkonsumierende, 19 Frauen	2000	Einfluss polizeilicher Interventionen auf riskantes Drogenkonsumverhalten
McMahon et al. (2006)	Leitfadeninterviews	155 Drogenprostituierte	1997-1999	HIV-Risikoverhalten
Absalon et al. (2006)	Fragebogeninterviews	818 Drogenkonsumierende, 228 Frauen	2000-2003	Genderdifferenzen bezüglich des sexuellen Risikoverhaltens und HIV
Frajzyngier et al. (2007)	Fragebogeninterviews	249 i.v. Drogenkonsumierende, 85 Frauen	1999-2003	Genderdifferenzen bezüglich des drogenbezogenen Risikoverhaltens beim Einstieg in den i.v. Konsum
Neaigus et al. (2007)	Fragebogeninterviews	249 i.v. Drogenkonsumierende, 85 Frauen	1999-2003	Genderdifferenzen bezüglich des drogenbezogenen Risikoverhaltens unter „neuen“ i.v. Konsumenten
Kang/Deren (2009)	Computerbasierte Interviews	1200 Drogenkonsumierende, 308 Frauen	1998-2003	Genderdifferenzen bezüglich der Inanspruchnahme medizinischer- und Beratungsangebote

Tabellen

Tabelle A.11.1: Ausgewählte soziodemographische Daten der im Jahr 2008 befragten Frauen und Männer

	Frauen	Männer	Sig.
Durchschnittsalter	34,2 Jahre	36,4 Jahre	n.s.
Familienstand			
ledig	66%	73%	n.s.
verheiratet	10%	6%	
geschieden	22%	21%	
eigene Kinder	58%	44%	n.s.
Unterbringung der Kinder			
anderer Elternteil	7%	82%	***
bei Familie (vorübergehend oder Adoption)	48%	7%	
institutionell (Pflegeeltern/Heim)	17%	5%	
unterschiedliche Unterbringung (mehrere Kinder)	14%	0%	
Kinder sind erwachsen	14%	7%	
Schulbildung			
keinen Schulabschluss	26%	11%	(*) ^a
Hauptschule	42%	44%	
Realschule	28%	28%	
Abitur	4%	16%	
keine Berufsausbildung	68%	53%	*
arbeitslos	70%	86%	n.s.
Dauer der Arbeitslosigkeit	5,9 Jahre	3,8 Jahre	*
Wohnsituation			
obdachlos	18%	9%	n.s.
Notschlafunterkunft	28%	34%	
eigene Wohnung	28%	38%	
mit Partner (Drogenkonsument)	10%	2%	
mit Partner (kein Konsument)	2%	5%	
Wohngemeinschaft	4%	3%	
Betreutes Wohnen	6%	2%	
Eltern	4%	7%	

^a Tendenziell signifikant: p=0,056.

Tabelle A.11.2: Ausgewählte soziodemographische Daten der Vergleichsgruppen

	exzessive Crack-konsumentinnen (>8x Crack/Tag)	intensive Crack-konsumentinnen (≤8x Crack/Tag)	gelegentliche Crackkonsumentinnen (Crack nicht täglich)	reine Heroin-konsumentinnen (kein Crack)	Sig.
Durchschnittsalter	33,0 Jahre	33,3 Jahre	36,4 Jahre	31,4 Jahre	*
Familienstand					
ledig	54%	55%	46%	83%	n.s.
verheiratet	12%	16%	17%	8%	
geschieden	30%	25%	35%	8%	
eigene Kinder	66%	53%	51%	42%	*
keinen Schulabschluss	20%	17%	17%	8%	n.s.
keine Ausbildung	64%	53%	48%	50%	***
arbeitslos	92%	81%	73%	50%	**
Dauer der Arbeitslosigkeit	5,4 Jahre	5,4 Jahre	5,7 Jahre	2,4 Jahre	n.s.
Wohnsituation					
obdachlos	31%	19%	9%	8%	***
Notunterkunft	29%	27%	29%	8%	
Wohnung ^a	34%	47%	60%	67%	

^a Zusammengefasst: eigene Wohnung, Wohnung mit Partner, Wohngemeinschaft, Eltern.

Tabelle A.11.3: Ausgewählte soziodemographische Daten nach Erhebungsjahr

	1995	2002	2003	2004	2006	2008	Sig.
Durchschnittsalter	29,8 Jahre	34,9 Jahre	33,8 Jahre	34,3 Jahre	34,2 Jahre	34,2 Jahre	n.s.
Familienstand							
ledig	51%	40%	46%	50%	60%	66%	n.s.
verheiratet	24%	23%	14%	16%	12%	10%	
eigene Kinder	– ^a	63%	52%	52%	56%	58%	n.s.
ohne Schulabschluss	16%	17%	20%	6%	20%	26%	n.s.
keine Ausbildung	70%	50%	54%	46%	54%	68%	n.s.
arbeitslos	89%	77%	82%	84%	88%	70%	*
Dauer der Arbeitslosigkeit	– ^a	5,6 Jahre	4,3 Jahre	5,0 Jahre	6,0 Jahre	5,9 Jahre	n.s.
obdachlos	16%	19%	20%	14%	22%	18%	n.s.
Notunterkunft	27%	31%	32%	22%	24%	28%	n.s.

^a Keine Daten vorhanden.

Erklärung zu meiner Dissertation

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Titel

**Konsumentinnen illegaler Drogen in Deutschland und den USA –
Eine explorative Vergleichsstudie zur Wirkung von Drogenpolitiken auf die Lage
drogenkonsumierender Frauen**

selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel genutzt habe. Alle wörtlich oder inhaltlich übernommenen Stellen habe ich als solche gekennzeichnet.

Weiterhin versichere ich, dass ich nicht die Hilfe einer kommerziellen Promotionsvermittlung in Anspruch genommen habe.

Frankfurt am Main, den 14. Oktober 2011

Christiane Bernard