Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie = Swiss journal of sociology

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Soziologie

Band: 22 (1996)

Heft: 3

Artikel: Aspekte eines sozial integrierten Gebrauchs der Substanzen Heroin und Kokain

Autor: Estermann, Josef / Herrmann, Ute / Nyfegger, Bruno

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-814709

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 25.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Schweiz. Z. Soziol./Rev. suisse sociol./Swiss Journ. Sociol., 22 (3), 1996, 537–553

ASPEKTE EINES SOZIAL INTEGRIERTEN GEBRAUCHS DER SUBSTANZEN HEROIN UND KOKAIN

Josef Estermann, Ute Herrmann und Bruno Nydegger
ORLUX Luzern und Institut für Soziologie der Universität Bern,
Institut für Soziologie der Universität Bern, und
Institut für Suchtforschung, Zürich

1. Untersuchungsgegenstand, Methode und untersuchte Population

Bislang haben sich Untersuchungen über Konsumierende von Heroin und Kokain fast ausschliesslich auf diejenige Population konzentriert, die – in offenen Szenen sichtbar – potentiell suszeptibel ist gegenüber dem Zugriff durch Institutionen sozialer Kontrolle. Darüber hinaus gibt es Personen, die diese illegalen Substanzen konsumieren und sich durch ihre Immunität gegen eine Erfassung durch die Institutionen der Repression und gegen eine Medizinalisierung auszeichnen.

Der Begriff der Immunität wird hier analog seiner Bedeutung in der Medizin verwendet. Das Bild der intakten Abwehr eines Individuums gegen einen Krankheitskeim wird auf die Unangreifbarkeit durch die Institutionen sozialer Kontrolle übertragen. Diese soziale Immunität ist ebenso wie diejenige gegen Infektionskrankheiten nur eine relative. Immune Personen stehen im Gegensatz zu suszeptiblen Personen, welche einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, durch Institutionen sozialer Kontrolle sanktioniert zu werden. Potentiell suszeptible Personen sind jedoch nicht alle tatsächlich repressiv erfasst oder medizinalisiert. Ebenso können auch als immun eingeschätzte Personen medizinalisiert oder repressiv erfasst werden. Von medizinalisierten Personen sprechen wir, wenn amtliche Kenntnis über deren drogenkonsumbedingte Behandlung oder Betreuung besteht, wie dies beispielsweise bei Substitutionsbehandlungen der Fall ist.

Die Studie „Sozialepidemiologie des Drogenkonsums“ [1] stellt die Frage, welche Faktoren es bestimmten Konsumierenden ermöglichen, ihren Konsum – entgegen unilinearen Karrieretheorien und oft über Jahrzehnte – aufrecht zu

1 Ausführlich zu dieser Studie: Estermann et al., 1996, 9 ff. Die Studie wurde gefördert durch das Bundesamt für Gesundheitswesen (Vertrag Nr. 8013). Ein erster Studienbericht wurde bereits in dieser Zeitschrift veröffentlicht: Estermann, 1994, 717–726. Mitgearbeitet an dieser Studie haben auch Regula Burri, Daniela Hügi und Jörg Lauber.

erhalten, ohne dabei sozial auffällig zu werden. Sie nimmt neben einer Typisierung der Population eine Gruppengrössenschätzung aller Heroin und Kokain konsumierenden Personen in der Schweiz vor, in der neben den suszeptiblen auch tendenziell immune Personen Berücksichtigung finden.

Die Studie kombiniert qualitative mit quantitativen Methoden. Die an dieser Stelle nur kurz angesprochenen Prävalenz- und Inzidenzschätzungen beruhen hauptsächlich auf der Auswertung der Schweizer Repressions- und Mortalitätsstatistiken. Die analysierte Datenbasis bezieht sich auf Verfahren nach dem Betäubungsmittelgesetz und davon betroffene Personen (102'000 Verfahren gegen 36'000 Personen in den Jahren 1990 bis 1994) sowie auf Todesfälle unter Drogenkonsumierenden (1988 bis 1995). Weitere Datensätze konnten zur Sekundäranalyse beigezogen werden. Als Datenbasis für die qualitativen Analysen dienen themenzentrierte biographische Interviews (Hopf und Weingarten, 1991, 177–185) mit Konsumierenden harter, illegaler Drogen. Sozial integrierte, das heisst gesellschaftlich nicht auffällige Konsumierende werden kontrastiert mit institutionell erfassten, desintegrierten Konsumierenden. Die qualitative Analyse beruht auf insgesamt 25 biographischen Interviews und hat aus diesem Grunde einen eher explorativen Charakter. Darüber hinaus sind Verzerrungen aufgrund des nicht unproblematischen Feldzugangs in diesem kriminalisierten Bereich nicht auszuschliessen. Qualitative Verfahren erheben jedoch in diesem Zusammenhang keinen Anspruch auf Repräsentativität, sondern dienen der Typenbildung mittels Kontrastierung und dem Herausarbeiten protektiver Faktoren.

Institutionelle Erfassung gilt als Ausdruck sozialer Desintegration per se. Als integrierte Konsumierende werden daher in diesem Fall diejenigen bezeichnet, die trotz mehrjährigen Drogenkonsums nicht institutionell erfasst und durch diese Erfassung gesellschaftlich stigmatisiert worden sind.

2. Theorie und Begriffsbestimmung

Karrieren sind das Ergebnis der reziproken Wirkung gesellschaftlicher Strukturen und individuell gestalteten Alltagshandelns auf den Lebenslauf von Individuen.[2] Dies gilt auch für Drogenkarrieren. Die Illegalität des Konsums bestimmter Substanzen als soziale Gegebenheit hat zur Folge, dass jede Person, die illegale Drogen konsumiert, potentiell diskreditierbar ist und Sanktionen fürchten muss, die erheblichen Einfluss auf die Gestaltung ihres Alltagshandelns,

2 Der Begriff „Karriere" wird hier im Sinne von Erving Goffman verwendet, der den doppelseitigen Charakter von Karriereverläufen darlegt (Goffman, 1980, 56).

ihres Lebenslaufes und damit auch auf den Karriereverlauf haben. Der individuelle Umgang mit dem Drogenkonsum, einschneidende Lebensereignisse und soziales Umfeld beeinflussen den Grad der Diskreditierbarkeit und das Mass der Immunität gegenüber gesellschaftlichen Interventionen erheblich.

Das Konsumverhalten von Drogengebrauchenden folgt differenten Mustern. Gelegenheitskonsumierende nehmen eher zufällig und unregelmässig Heroin oder Kokain. Aktuell Konsumierende integrieren den Konsum in ihre Alltagswelt, auch wenn dieser nicht regelmässig und eher selten erfolgt. Bei regelmässig Konsumierenden hingegen ist das Konsumverhalten durchaus alltagsstrukturierend, bei abhängig Konsumierenden ist es in seiner Intensivität und Kompulsivität alltagsbestimmend. Die Übergänge zwischen verschiedenen Formen des Konsumverhaltens sind fliessend, die Grenzen durchlässig. Mobilität zwischen den verschiedenen Konsummustern – in beliebiger Häufigkeit und in beliebiger Richtung – ist für den Verlauf einer Drogenkarriere typisch.

Die beschriebenen Kategorien stehen in Beziehung zu der Immunität beziehungsweise der Suszeptibilität bestimmter Kompartimente der Heroin und Kokain konsumierenden Population. Repressionsimmune und medizinalisierungsimmune Personen bilden überlappende Gruppen, in denen Gelegenheitskonsumierende stärker vertreten sind als regelmässig und schwer abhängig Konsumierende.

Der Anteil der Medizinalisierungsimmunen ist grösser als derjenige der Repressionsimmunen, da die Aufhebung der Repressionsimmunität intensiver betrieben wird als die Aufhebung der Medizinalisierungsimmunität. Die Medizinalisierung beruht in der Regel – mit Ausnahme von Zwangstherapien – auf dem freien Willen der Konsumentinnen und Konsumenten. Zwischen Medizinalisierungsimmunität und Repressionsimmunität besteht ein starker Zusammenhang. Je grösser die Repressionsimmunität, desto grösser ist die Medizinalisierungsimmunität. Durch ihre Instrumente der Aussetzung der Strafe bei Therapie (Therapie statt Strafe) sorgt die Repression dafür, dass bei ihrem Einsatz die Wahrscheinlichkeit der Medizinalisierung steigt. Ausserdem wird durch die repressive Verfolgung ein Leidensdruck erzeugt, der einer Medizinalisierung Vorschub leistet.[3]

Der Begriff der Immunität lässt sich inhaltlich beschreiben als ein Set von Merkmalen, Situationen und Verhaltensweisen, die Konsumierende illegaler Drogen davor bewahren, psychisch zu dekompensieren, physisch zu erkran-

3 Neuere Ergebnisse finden sich bei Fahrenkrug et al., 1995, 139 ff. und 161 ff. oder bei Braun et al., 1995, 56 ff. Ob Repression tatsächlich Konsum vermindert, bleibt unbelegt.

ken, sozial marginalisiert zu werden und den Instanzen der sozialen Kontrolle aufzufallen.[4]

3. Integrierte und institutionell erfasste Konsumierende

Die folgenden Ausführungen stützen sich auf die Ergebnisse der qualitativen Analysen. Von den insgesamt 17 themenzentrierten biographischen Interviews mit integrierten Konsumierenden wurden vier mit Frauen geführt und 13 mit Männern. Die Kontrollgruppe der institutionell Erfassten setzt sich aus drei Frauen und fünf Männern zusammen. Die Schichtzugehörigkeit variiert von der Unterschicht bis zur mittleren Oberschicht.[5]

Nach folgenden Kriterien wird eine Person als integrierte Drogenkonsumentin oder integrierter Drogenkonsument definiert:

- mindestens zwanzigmaliger Konsum harter, illegaler Drogen (Kokain, Heroin, andere Opiate)
- mindestens ein Konsum im letzten Jahr
- keine Erfassung durch polizeilich-judikative Institutionen aufgrund des Konsums.

Das dritte Kriterium, die institutionelle Erfassung, trennt die Kontrollgruppe von den integrierten Konsumierenden.

Der Feldzugang wurde durch Interviewer geschaffen, die über mindestens einen privaten Kontakt zu integrierten Drogenkonsumierenden verfügten, der über maximal eine Zwischenbeziehung vermittelt war. Trotz persönlicher Kontakte kam es zu diversen Fehlschlägen bei den Versuchen, integrierte Konsumierende für ein Interview zu gewinnen. Grund dafür war deren Angst vor Anonymitätsverlust.

Die Gruppe der integrierten Drogenkonsumierenden weist eine mittlere Dauer des Drogenkonsums von zehn Jahren auf, gemessen vom Erstkonsum harter, illegaler Drogen bis zum Interviewzeitpunkt. Diese Dauer entspricht

4 Die beschriebenen Dimensionen stehen in Wechselwirkung zueinander und bedingen sich in weiten Teilen gegenseitig. Vorstellbar ist, dass psychische Dekompensation oder physische Erkrankung soziale Marginalisierung nach sich ziehen können. Umgekehrt können psychische Dekompensation und physische Erkrankung eine Folge sozialer Marginalisierung sein. Soziale Marginalisierung, physische Erkrankung oder psychische Dekompensation bedingen die Auffälligkeit bei Instanzen sozialer Kontrolle. Diese kann wiederum zu sozialer Marginalisierung führen.

5 Die Bestimmung des sozioökonomischen Status und der Schichtzugehörigkeit wurden vorgenommen wie in Estermann, 1984, 66–72.

derjenigen, die im quantitativen Material gefunden wurde (Estermann et al., 1996, 124–125). Der kürzeste Konsumzeitraum ist drei Jahre, der längste 17 Jahre. Für die institutionell erfassten Personen betragen die entsprechenden Werte sieben Jahre, drei Jahre und 15 Jahre. Die mittlere Dauer des bisherigen Konsums hängt in erster Linie vom Alter der befragten Personen ab.

Bei den integrierten Drogenkonsumierenden liegt das Alter zu Konsumbeginn zwischen 15 und 36 Jahren bei einem Durchschnittsalter von 21 Jahren. Das Einstiegsalter der institutionell erfassten Drogenkonsumierenden liegt mit 15 bis 24 Jahren bei einem Durchschnittsalter von 20 Jahren etwas niedriger.[6]

Das Alter aller interviewten Personen, der 17 integrierten und der acht institutionell erfassten Drogenkonsumierenden, lag zum Interviewzeitpunkt zwischen 21 und 42 Jahren bei einem Durchschnittsalter von 30,5 Jahren. Die integrierten Drogenkonsumierenden sind durchschnittlich 31 Jahre alt. Die institutionell erfassten Drogenkonsumierenden sind zwischen 22 und 31 Jahren alt, durchschnittlich 28,5 Jahre.

4. Karrierespezifische Merkmale

Die Karriereverläufe integrierter Drogenkonsumierender weisen erhebliche Unterschiede, aber auch gewisse Gemeinsamkeiten mit denjenigen erfasster Drogengebrauchender auf.

Wechselnde Phasen kompulsiven Gebrauchs, kontrollierten Gebrauchs und der Abstinenz sind ebenso typisch für die Lebensläufe integrierter Konsumierender wie für die erfasster Drogengebrauchender. Die Wahrscheinlichkeit einer institutionellen Erfassung, wie auch die Aufrechterhaltung der Immunität vermittelnden Bedingungen, stehen also nicht zwingend in Zusammenhang mit der Intensität des Konsums. Jedoch lag bei den institutionell registrierten Konsumierenden in der letzten Zeit vor ihrer Erfassung überwiegend ein alltagsdominierendes Konsumverhalten vor.

Als Motiv für den Einstieg in den Drogenkonsum wird von allen Befragten Neugierde und Interesse genannt, und der Erstkonsum findet gemeinsam mit einer oder mehreren nahestehenden Personen statt. Auch geben alle an, in dieser Situation über die Wirkung der konsumierten Substanzen informiert gewesen zu sein. Der Kontext jedoch, in dem der Einstieg in den Drogen-

6 Skarabis und Patzak nennen 1979 in ihrer Studie über die Berliner Heroinszene ein durchschnittliches Einstiegsalter von 20 Jahren (Skarabis und Patzak, 1981, 125). In der Untersuchung von Intersofia aus dem Jahr 1992 wird das mittlere Einstiegsalter mit 19 Jahren angegeben (Grünbeck, Markert und Tiemann, 1994, 54).

konsum stattfand, wird von den institutionell erfassten Konsumierenden als problembeladen beschrieben und ist von der Angst geprägt, einen weiteren Konsum nicht kontrollieren zu können. Bei ihren Schilderungen der Einstiegsphase thematisieren sie insbesondere Adoleszenzprobleme, Probleme mit Elternhaus, Schule und Ausbildung, beruflicher Identität, aber auch der Sinnfindung im allgemeinen.[7] Sie berichten von sozialen und emotionalen Defiziten, die durch den Drogengebrauch ausgeglichen werden sollen.

5. Die Bedeutung von Hedonismus und Arbeitshaltung

Die Schilderungen der integrierten Drogengebrauchenden hingegen spiegeln eine hohe internale Kontrollüberzeugung bezüglich des Umgangs mit den Substanzen. In ihren Beschreibungen des Erstkonsums stehen hedonistisches Erleben, der Reiz des Neuen, Unbekannten, Verbotenen und der Lustgewinn in der Freizeit im Vordergrund.[8] Diese Einstellung erhält sich auch während des weiteren Karriereverlaufs. Sie integrieren den Konsum von Heroin und Kokain als Freizeitbeschäftigung gemeinsam mit Freunden in bestehende Sozialstrukturen. Der Konsum findet nur selten allein statt und wird entweder als besonderes Freizeitereignis beschrieben oder instrumentalisiert zur Erhöhung des Genusses von Freizeitaktivitäten, denen man sich auch sonst widmet. Eine primär an den Drogengebrauch gebundene Alltagsorientierung ist eher selten zu beobachten. Der Konsum kollidiert nicht mit anderen Lebensbereichen wie Arbeit und sozialen Verpflichtungen.

Zwar werden Drogen gelegentlich auch zur Steigerung der Arbeitsleistung eingesetzt, in der Regel jedoch richtet sich der Konsum nach dem Motto „Erst die Arbeit, dann das Vergnügen". Integrierte Konsumierende räumen der Arbeit einen hohen Stellenwert ein und sind während des gesamten Karriereverlaufs erwerbstätig. Der Verlust des Arbeitsplatzes oder anderer legaler Erwerbs-

7 Erfasste Konsumierende stellen den Einstieg in den Drogenkonsum als in eine problembeladene Phase eingebettet dar. Dies muss auch in Zusammenhang mit ihrer Therapieerfahrung gesehen werden. Durch die Fokussierung der Therapie auf persönliche Grundkonflikte erhalten diese einen besonderen Stellenwert und treten bei einer rückwirkenden Deutung der Ereignisse in den Vordergrund. Vergleiche dazu auch Kreuzer, 1991, 119 ff.

8 Integrierte Konsumierende berichten beispielsweise von einem Erstkonsum von Heroin und Kokain im Rahmen von ausgedehnten Reisen nach Asien oder Südamerika. Die kulturelle Einbettung der Drogen, verbunden mit einer Neudefinition von Raum und Zeit, haben Vorurteile gegenüber den Drogen und konsumhemmende Ängste abgebaut. Auch Phasen des kompulsiven Gebrauchs finden vor diesem Hintergrund statt. Typisch in diesen Fällen war jedoch eine drastische Verminderung oder Einstellung des Konsumverhaltens nach der Rückkehr in den gewohnten sozialen Kontext. Als Anlass für den Erstkonsum wurde auch die vergebliche Suche nach „weichen" Drogen, nämlich Haschisch, benannt. Da nur Heroin oder Kokain erhältlich war, wurden mangels Alternativen diese Substanzen probiert.

quellen bedeutet meist einen markanten Bruch in den Karrieren der Drogenkonsumierenden. Damit verbunden ist nicht nur der Ausfall legalen Einkommens, sondern auch die Loslösung aus nicht primär an den Drogenkonsum gebundenen sozialen Netzwerken.

6. Soziale Netzwerke

Integrierte Drogengebrauchende halten ihre Beziehungen zu nicht konsumierenden Personen während aller Phasen der Karriere aufrecht. Dadurch wird ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen den verschiedenen Lebenswelten geschaffen und eine Fixierung auf ausschliesslich drogenorientierte Kontexte vermieden. Umfang und Muster des Drogenkonsums orientieren sich an den durch das legale Einkommen gesetzten ökonomischen Restriktionen. Der Drogengebrauch wird als Hobby betrachtet, das sich, wie andere Freizeitaktivitäten auch, nach dem Budget richten muss. Diese Einstellung wird als Schutz gegen einen Kontrollverlust über den Konsum angesehen und macht gleichzeitig die Notwendigkeit der Budgeterweiterung durch illegale Einkünfte überflüssig. Beides würde die Gefahr einer institutionellen Erfassung sowohl durch Polizei und Justiz als auch im medizinischen Sektor erheblich erhöhen.

7. Identität und Kontrollbestrebungen

Auch die integrierten Konsumierenden von Heroin und Kokain schildern Situationen, in denen ihr Konsumverhalten zu Konflikten mit anderen Lebensbereichen, mit ihren Wertvorstellungen oder ihrem subjektiven körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefinden führt. Die Grenzen, deren Überschreitung sie als problematisch empfinden, definieren sie individuell unterschiedlich. Eine Einschränkung der Arbeitsleistung, das Gefühl, zu wenig Zeit für das Ausleben anderer Interessen und Bedürfnisse zu haben oder die Feststellung, die letzten Wochenenden ausschliesslich unter dem Einfluss von Drogen verbracht zu haben, deuten sie als warnende Signale. Auch die Wahrnehmung des eigenen Körpers als zu vergiftet oder die Befürchtung, durch die Personen in ihrer Umgebung als ungepflegter Mensch wahrgenommen zu werden, wird als unangenehm empfunden. Integrierte Drogenkonsumierende beobachten ihren Körper genau und haben ein ausgeprägtes Bewusstsein für ihre individuelle und soziale Identität. Den geschilderten Situationen begegnen sie durch selbstinitiierte Phasen des Unterbruchs oder des Herunterdosierens, die jedoch nicht auf das Ziel der Abstinenz ausgerichtet sind, sondern lediglich dazu

dienen, die aktuelle Situation wieder den eigenen Massstäben entsprechend zu gestalten. Probleme mit dem Konsum sehen sie dabei als Ausdruck der gesamten Lebensführung an. Sie hinterfragen den Alltag kritisch und verändern belastende Lebensumstände. Man fährt in die Ferien, um Distanz zu gewinnen und meidet Personen und Orte, die mit dem Konsum im Zusammenhang stehen, wenn von diesen Kontakten nach Ansicht der Konsumierenden eine destabilisierende Wirkung ausgeht. Bestehende Netzwerke werden gepflegt, wenn die allgemeine Lebenssituation positiv geprägt ist, Rückzugsverhalten ist eine mögliche Strategie bei drohendem Kontrollverlust. Ersatzprogramme werden eingeführt, um unliebsame Gewohnheiten zu verändern. Durch ritualisierten Umgang und durch die Entwicklung spezifischer Strategien erlangen integrierte Drogenkonsumierende Kontrolle über Kontrollverluste. Unterstützung erhalten sie dabei durch ihre Bezugsgruppe und zwar gerade auch durch ebenfalls konsumierende Personen, die Erfahrung im Umgang mit den Problemen haben, die der Konsum von Drogen mit hohem Abhängigkeitspotential mit sich bringen kann. Sie sehen den kontrollierten Umgang mit harten Drogen, insbesondere das Wiedererlangen der Kontrolle nach Phasen, in denen der Konsum entglitt oder zu entgleiten drohte, als Ausdruck der eigenen individuellen Kapazitäten und Ressourcen an, auch wenn eine Intervention durch das soziale Umfeld stützend hinzukam. Autonome Kontrollbestrebungen sind, auch in Fällen, in denen sie alleine nicht ausreichen, letztendlich ausschlaggebend für das Wiedererlangen eines zufriedenstellenden Gleichgewichtes zwischen Drogenkonsum und anderen Lebensbereichen. Jede erfolgreiche Umsetzung der eigenen Strategien stärkt dabei das Selbstbewusstsein und die Kontrollüberzeugung bezüglich des Umgangs mit Heroin und Kokain und führt zu einer hohen Einschätzung der eigenen Fähigkeiten und einem positiven Selbstbild als Konsumentin oder Konsument.

8. Gründe für unterschiedliche Applikationsformen

Von eher präventivem Charakter ist in diesem Zusammenhang die Wahl der Applikationsform. Integrierte Konsumierende lehnen intravenöse Applikation häufig grundsätzlich ab, einerseits, weil sie in dieser Konsumform ein erhöhtes Risiko für eine Abhängigkeit sehen, andererseits, weil sie oft das Verletzen ihrer intakten Körperhülle als eine Grenze empfinden, die sie nicht überschreiten wollen. Diejenigen unter ihnen, die sich für intravenösen Konsum entscheiden, nennen dafür von Neugierde und Interesse geleitete Motive. Dabei stellen sie ihre Gebrauchsmuster bewusst auf das von ihnen gefürchtete erhöhte Abhängigkeitspotential dieser Applikationsform ein. Hingegen begründen die erfassten Konsumierenden die Aufnahme des intravenösen Konsums ökonomisch im

Sinne einer Kosten-Nutzen-Rechnung. Das Wirkungspotential der Substanzen werde dabei intensiver genutzt, der Konsum sei somit billiger. Alle Gebrauchenden – integrierte und erfasste – schätzen diesen Effekt jedoch als vorübergehend ein. Denn es sei letztlich eine Steigerung des Konsums und somit eine Verteuerung zu erwarten.

9. Beschaffung, Handel und die Einstellung zur Illegalität

Dem Bedürfnis nach autonomer Kontrolle und individueller Definition der eigenen Grenzen in Kombination mit einem positiven Selbstbild und der Erfahrung, mit selbstentworfenen Strategien das Leben mit Drogen gemäss eigenen Werten und Massstäben gestalten zu können, entsprechen auch die subjektiven Theorien der integrierten Drogengebrauchenden über ihren illegalen Drogenkonsum. Natürlich ist ihnen bewusst, dass ihr Verhalten illegal ist. Sie sehen jedoch nicht ein, dass eine Handlung, mit der sie schlimmstenfalls sich selbst schädigen, strafbar sein soll. Die entsprechende Gesetzeslage wird als Einmischung in die eigenen Möglichkeiten der freien Entfaltung empfunden.[9] Ihrer Einschätzung nach entstehen aus ihrem Drogenkonsum weder negative Folgen für sich selbst, noch für ihr persönliches soziales Umfeld, noch für die Allgemeinheit. Handlungen, bei denen andere zu Schaden kommen, werden von integrierten Konsumierenden aus ethischen Motiven prinzipiell abgelehnt. Sie vermeiden solche Situationen durch die Akzeptanz ökonomischer Restriktionen, die ihnen der Rahmen ihres legalen Einkommens auferlegt. Die Droge bekommt die Bedeutung eines Luxusgutes, eines superioren Gutes im neoklassischen Sinne. Illegale Mittelbeschaffung ist so nicht notwendig.[10] Allerdings berichten auch integrierte Konsumierende von gelegentlichen Nebeneinkünften durch Handel.

Professioneller Handel mit harten Drogen wird aufgrund des damit verbundenen Risikos einer repressiven Erfassung, aber auch aus Angst, die ständige

9 Zu Entwicklung und Bedeutung der angesprochenen Strafnorm, die im Jahre 1975 zur Bestätigung der seit 1968/69 bestehenden Praxis des Bundesgerichts in das Betäubungsmittelgesetz aufgenommen wurde und die im wesentlichen für die heutige Misere verantwortlich ist, vergleiche Schultz, 1991, 233 ff. sowie 1995, 273–278.

10 In den Karriereverläufen erfasster Konsumierender harter Drogen zeigt sich ein markanter Bruch, wenn die Kosten des Konsums ihr legales Einkommen übersteigen. Illegale Aktivitäten, die aufgrund des Zwanges der zum Konsum notwendigen Mittelbeschaffung nicht frei nach den Kriterien der Vernunft und Vorsicht gesteuert werden können, sind mit einem erheblichen Risiko, insbesondere einer repressiven Erfassung verbunden. Auch führen die lukrativer erscheinenden illegalen Beschaffungsstrategien wegen des dafür notwendigen Zeitaufwandes häufig zu Verlusten der legalen Erwerbstätigkeit. Die ausschliesslich illegale Finanzierung eines grossen Bedarfs an Drogen erhöht die Gefahr einer repressiven Erfassung immens.

Präsenz der Drogen könnte zu einem Kontrollverlust über den Konsum führen, tendenziell abgelehnt. Der Handel mit Drogen ist nicht zwingend notwendig, um den eigenen Bedarf zu decken. Er findet eher phasenweise und bei Gelegenheit statt. Die Weitergabe der Substanzen wird ebenso wie der Konsum nicht als schädigende Handlung angesehen, denn bedingt durch die eigenen Erfahrungen wird auch anderen ein verantwortungsbewusster Umgang mit Drogen zugestanden.

Die subjektiven Theorien der integrierten Drogenkonsumierenden zum Gebrauch der Substanzen Heroin und Kokain sind ein Konglomerat aus individueller Ethik und gesellschaftlichen Werten. Gesellschaftliche Werte werden da übernommen, wo sie sinnvoll erscheinen, nicht jedoch, wenn sie der eigenen Wahrnehmung und Erfahrung widersprechen. Darüber hinaus wird die Realität, das heisst die Illegalität des Konsums, Handels usw., in die Handlungsweisen einbezogen. Das Konsumverhalten ebenso wie Kontrollmechanismen und Beschaffungsstrategien orientieren sich an den gesellschaftlichen Gegebenheiten.

Integrierte Konsumierende decken ihren Drogenbedarf vorrangig durch private Kontakte, häufig durch ein System der kollektiven Nach- und Vorfinanzierung innerhalb der eigenen Netzwerke.[11] Allenfalls treten sie in der Regel lediglich als Käuferinnen oder Käufer im Schwarzmarkt auf. Der Kontakt zur offenen Szene wird vermieden, nicht nur wegen des möglichen Anonymitätsverlustes, sondern vor allem, weil sich integrierte Konsumierende grösstenteils nicht mit dieser Population identifizieren. Ihr Selbstbild entspricht keinesfalls dem eines gesellschaftlichen Aussenseiters. Als solche verstehen sie die Mitglieder der offenen Szenen, die durch ihre Art sich zu kleiden, zu sprechen und durch typische Verhaltensmuster als Zugehörige einer Subkultur kenntlich sind (Scheerer, 1989, 296 f.). Diesen werden in den Beschreibungen implizit nicht nur mangelnde Fähigkeiten im Umgang mit Drogen zugeschrieben, sondern die Unfähigkeit zur Lebensbewältigung im allgemeinen.

10. Die Bedeutung der offenen Szenen

Erfasste Drogengebrauchende bewerten das Umfeld der offenen Szene grundsätzlich als positiv, kaufen ihre Drogen dort und sind häufig auch selbst aus finanziellen Gründen als Händler dort tätig. Insbesondere diejenigen, die in den Schilderungen ihrer gesellschaftlich angepassten Lebensbereiche, wie Be-

11 Einige integrierte Konsumierende berichten, dass sie ihren Bedarf vorrangig via internationale Kontakte über Dritte deckten. Begrenzte Mengen wurden von Bekannten direkt aus den Herstellerländern importiert.

rufsleben und nicht drogenorientiertes soziales Netzwerk, emotionale Defizite beschreiben, fühlen sich mit Wärme aufgenommen. Das Umfeld ist überschaubar, und wenn sie die Regeln kennen und sich daran halten, sind sie in der Lage, innerhalb der Strukturen befriedigende soziale Positionen zu erreichen (Scheerer, 1989, 298).

Gelegentlich berichten auch integrierte Drogengebrauchende von der faszinierenden Wirkung, die von der Drogenszene ausgehen kann und dem Wunsch – zumindest teilweise – dazuzugehören. Dabei muss man sich vor Augen halten, dass der Übergang zwischen der Zugehörigkeit zu offenen Drogenszenen und sozial angepasstem Alltagshandeln fliessend ist und viele Varianten und Abstufungen haben kann. Auch die Mitglieder offener Szenen halten je nachdem Erwerbstätigkeit und soziale Beziehungen ausserhalb der Drogenszene aufrecht. Das Risiko einer repressiven Erfassung erhöht sich jedoch durch die Anwesenheit an einschlägig bekannten Orten immens. Überdies prägt das Umfeld der Szene ihre subjektiven Theorien zum Drogenkonsum und ihr Konsumverhalten. Vorbild sind in der Regel fatalistische Karrieretheorien und abhängige, kompulsive Gebrauchsmuster. Verfestigt hat sich häufig auch die Ansicht, einen Ausstieg aus dem Konsum nicht ohne professionelle Hilfe schaffen zu können.

11. Ausstiegsorientierung

Einige integrierte Konsumierende, insbesondere diejenigen, die schon sehr lange konsumieren, schildern ausstiegsorientierte Zukunftsentwürfe. Ihre letzten Konsumphasen weisen dann auch einen deutlichen Rückgang der Konsumintensität auf.[12] Der Ausstiegsverlauf ist von einem hohen Mass an Autonomie geprägt und erscheint weniger als biographischer Bruch, denn als ein langsames, sukzessives Herauswachsen aus dem Drogengebrauch. Dieser Prozess ist aus der Literatur als *maturing-out* bekannt (Weber und Schneider, 1992, 65 ff.) und wird als ein Zusammenspiel vieler Faktoren beschrieben. Gesellschaftliche Anforderungen, die im Verlauf eines Lebens auftreten, die Übernahme von Verantwortung für neue Aufgaben, persönliche Entwicklung oder eine Veränderung des sozialen oder räumlichen Umfeldes können mit dem gewohnten Lebensstil konkurrieren oder in Widerspruch geraten. Auch neu geknüpfte

12 Da im Rahmen der Untersuchung „Sozialepidemiologie des Drogenkonsums" Personen befragt wurden, die explizit nicht als AussteigerInnen definiert wurden, können lediglich Aussagen zu deren Ausstiegsmotivation, nicht aber zum tatsächlichen Ausstieg gemacht werden. Hinzu kommt, dass das Ende einer Drogenkarriere nur schwer bestimmbar ist, da oft nach Jahren der Abstinenz eine Wiederaufnahme des Konsums erfolgt.

Beziehungen zu Personen ausserhalb der Bezugsgruppe können neue Bedürfnis- und Interessenlagen mit sich bringen, die eine Reduzierung des Konsums bewirken.

Persönliche Beziehungen und der Konsum harter, illegaler Drogen sind eng miteinander verbunden. Dies zeigt sich auch dort, wo nach Verlust oder Auseinandergehen der Kontakte, die den Rahmen für den Konsum bildeten, der Drogengebrauch mehr oder weniger problemlos eingestellt wird. Dementsprechend schildern integrierte Drogenkonsumierende ihre Ausstiegspläne einerseits als Folge einer zunehmenden Isolierung im Bereich des Drogengebrauchs selbst, da immer mehr Mitglieder der Bezugsgruppe den Konsum eingestellt haben, andererseits als Folge des erheblichen Energieaufwandes, den die Aufrechterhaltung des Gleichgewichtes zwischen Drogenkonsum und anderen Lebensbereichen erfordert und den sie nicht mehr aufbringen wollen oder können. Auch führt kognitive Reflexion im Verlauf der Karriere oft zu einer veränderten Einschätzung des mit dem Konsum verbundenen Risikos. Anlass für eine Verminderung des Konsums illegaler Substanzen oder für Abstinenz ist oft auch eine veränderte Wahrnehmung der Wirkung der Drogen. Eine positive Einschätzung der Wirkung ist Bedingung für die Fortsetzung des Konsums. Wird die wahrgenommene Wirkung jedoch nicht mehr als lustvoll erlebt, wird der Konsum verringert oder ganz eingestellt. Die bewusste Konzentration auf die eigenen Gefühle im Zusammenhang mit jedem einzelnen Konsumereignis schützt während des gesamten Karriereverlaufs vor einer Automatisierung bestimmter Verhaltensmuster und ermöglicht einen individuell auf die Bedürfnisse zum Konsumzeitpunkt und den situativen Kontext abgestimmten Gebrauch harter, illegaler Drogen. Eine positive Einschätzung ihrer Wirkung steht jedoch oft auch im Zusammenhang mit dem Konsumsetting oder den Wirkungsdeutungen der Mitglieder der Bezugsgruppe.

Der Prozess des Herauswachsens beruht also auf Veränderungen des sozialen Umfeldes, der Lebensbedingungen ebenso wie auf individuellen Veränderungen der Persönlichkeit. Typisch für den Verlauf des Prozesses ist der wiederholte Versuch, Konsumgewohnheiten in Erinnerung an positives Erleben probeweise wieder aufzunehmen, um die wahrgenommene Wirkung der Substanzen im Zusammenspiel mit stattgefundenen Veränderungen erneut einer Analyse zu unterziehen. Diese „Rückfälle“ können dabei weniger als Versagen und Wiederaufnahme überlebter Gewohnheiten gedeutet werden, denn als Stationen auf dem Weg zu einem veränderten Konsummuster oder einem Ausstieg aus dem Konsum.

12. Protektive Faktoren

Ein wichtiges Merkmal des integrierten Konsums ist die Akzeptanz der zentralen Werte der Industriegesellschaft im Sinne einer Weberschen protestantischen Ethik (Weber, 1934), eine positive Einstellung zu Arbeit und Berufstätigkeit. Die Anerkennung ökonomischer Restriktionen und die Ablehnung illegaler Mittelbeschaffung tragen entscheidend dazu bei, das Risiko einer Erfassung zu minimieren und einen sozial integrierten Gebrauch der Substanzen Heroin und Kokain zu gewährleisten. Der Konsum dieser Drogen bildet offensichtlich ebenso wie der Konsum von Alkohol, Nikotin und Psychopharmaka keinen Widerspruch zu dieser Grundeinstellung. Gegenseitige soziale Kontrolle innerhalb der Netzwerke drogenkonsumierender Personen und die Aufrechterhaltung von Beziehungen, die vom Konsum unabhängig sind, tragen darüber hinaus zu einer sozial unauffälligen Gestaltung des Konsumverhaltens bei. Eine regulative Funktion kommt auch der individuell definierten Grenze körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens zu. Ausschlaggebend ist jedoch das Bestreben nach autonomer Kontrolle über den Konsum und das Bewusstsein, dass ein kontrollierter Gebrauch möglich ist. Die individuellen und sozialen Kompetenzen des Individuums, sein Selbstwertgefühl und Selbstbild sind dabei von erheblicher Bedeutung für die Entwicklung und Umsetzung eigener Strategien im Umgang mit den Drogen.

Der Gebrauch der Substanzen Heroin und Kokain impliziert also keinesfalls automatisch soziale, physische und psychische Deprivation. Eine nicht unerhebliche Anzahl von Konsumierenden [13] ist in der Lage, den Konsum mit gesellschaftlichen Anforderungen, physischen und psychischen Bedürfnissen zu koordinieren. Diese Personen schätzen die Wahrscheinlichkeit, durch Institutionen der Repression registriert zu werden oder sich aufgrund ihres Drogenkonsums in medizinische Behandlung begeben zu müssen, als gering ein.[14] Dies wird durch die Analyse der biographischen Daten weitgehend bestätigt.

Mit zunehmendem Alter wächst die Immunität konsumierender Personen. Die Repression fokussiert insbesondere Männer in der Altersgruppe zwischen 20 und 30 Jahren (Estermann, 1986, 18 ff.). Ältere Personen wachsen quasi

13 In der Untersuchung „Sozialepidemiologie des Drogenkonsums" wird die Grösse der suszeptiblen Population in der Schweiz auf etwa 30'000 Personen geschätzt. Ähnliche Ergebnisse zeigen Fahrenkrug et al., 1995, 19 ff. Mindestens ebenso viele tendenziell repressions- und medizinalisierungsimmune Konsumierende gestalten ihren Gebrauch sozial unauffällig. Es sind dies häufig Gelegenheitskonsumierende.

14 Bei einer Einschätzung auf einer Skala von 0 bis 1 wird die Wahrscheinlichkeit, polizeilich verzeigt zu werden, bei etwa 10 Prozent angesetzt, die Möglichkeit eines Gefängnisaufenthaltes sogar nur im Bereich von 1 Prozent eingestuft. Die Mediane für einen Spitalaufenthalt oder ärztliche Betreuung liegen bei 0.3 und das Aufsuchen einer Drogenberatung bei 0.2.

automatisch aus der Repressionssuszeptibilität heraus. Auch Frauen sind erheblich seltener das Ziel repressiver Verfolgung. Sie sind jedoch nicht nur aus diesem Grund in höherem Masse immun als Männer. Für integrierte Frauen ist es typisch, dass, wenn sie in Beziehungen leben, die Partner für die Beschaffung und den Umgang mit den Drogen verantwortlich sind und damit vorrangig das Risiko einer repressiven Erfassung tragen.

13. Auswirkungen der prohibitiven Drogenpolitik und der Repression

Die folgenden Ausführungen sind unter anderem Ergebnisse der Erfahrungen der Forscher im Felde und entbehren aus diesem Grunde nicht einer gewissen engagierten Subjektivität. Ihre Abstützung finden sie allerdings im gesamten qualitativen und quantitativen Material.

Immunität gegen eine institutionelle Erfassung ist immer eine relative. Es kann nicht davon ausgegangen werden, daß die oben genannten protektiven Faktoren bei erfassten Konsumierenden grundsätzlich nicht vorliegen. Eine prohibitive Drogenpolitik fördert die Aufrechterhaltung dieser Bedingungen für Konsumierende nicht. Insbesondere die durch die Prohibition geschaffene Schwarzmarktsituation und die damit verbundenen hohen Preise für die Substanzen (Fahrenkrug et al., 1995, 29 ff. sowie Braun et al., 1995, 75–84) erschweren einen kontrollierten Gebrauch (Scheerer, 1989, 292) und können auch bei vergleichbar geringfügigen Kontrollverlusten – in Relation zu gesellschaftlich akzeptierten Kontrollverlusten bei Alkoholkonsum – zu finanziellen Engpässen führen, die illegale Mittelbeschaffung notwendig machen. Der soziale Druck und der Energieaufwand, der damit verbunden ist, kann weitere Einschränkungen der protektiven Bedingungen, z. B. den Verlust des Arbeitsplatzes zur Folge haben. Die Problematik der exorbitanten Schwarzmarktpreise (Faktor 30 bis 200 über dem Herstellungspreis) wirkt sich insbesondere bei fortgeschrittenen Karrieren mit Versorgung auf der offenen Szene aus. Für diese Fälle ist ein legaler Zugang zu Heroin oder Kokain vorteilhaft. Beim Erstkonsum und beim sozial integrierten Konsum dürfte hingegen eine Preisgestaltung, die dem Charakter der Genussgifte als superiorem Gut entspricht, eher einen erwünschten Einfluss haben. Ein Aufschlag, der den Herstellungspreis um den Faktor zwanzig übertrifft, dürfte zu diesem Zweck allerdings genügen. Bei Nikotin liegt der Aufschlagsfaktor zur Zeit bei ungefähr zehn.

Durch die Stigmatisierung der Heroin- und Kokainkonsumierenden wird die Aufrechterhaltung eines stabilen Netzwerkes von Beziehungen zu nicht konsumierenden Personen erschwert. Unilineare, eindimensionale Karrieretheorien verfestigen in der Bevölkerung ein Bild von Drogengebrauchenden als

schwache Persönlichkeiten, soziale Verlierer und Aussenseiter. Die Ansicht, die Drogen Heroin und Kokain seien nicht kontrolliert zu konsumieren und der Konsum sei nicht sozial unauffällig zu bewältigen, ist allgemein vertreten (Scheerer, 1989, 290 ff. und 299). Die Analyse der Interviews mit integrierten Konsumierenden zeigt, dass ein überdurchschnittliches Mass an Reflexion und Selbstvertrauen notwendig ist, um den vorgezeichneten Rollen nicht zu folgen und den gesellschaftlichen Erwartungen nicht zu entsprechen.

Eine Intervention durch das Repressionssystem ist zwar in der Regel ein Indikator dafür, dass eine oder mehrere Komponenten des Settings, das einen unauffälligen Gebrauch ermöglicht, ausgefallen sind, wirkt sich aber in der Folge auf die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung dieser Bedingungen kontraproduktiv aus und kann den Verlust sämtlicher protektiver Faktoren nach sich ziehen. Die gesellschaftliche Position der Drogengebrauchenden und ihre sozialen Beziehungen werden erheblich gefährdet. Auch eine Medizinalisierung – gegen den freien Willen infolge repressiver Erfassung – kann verheerende Auswirkungen bezüglich des eigenverantwortlichen Umgangs mit Drogen haben. Das selbe gilt für den fürsorgerischen Freiheitsentzug. Eine Fremddefinition als krank kann eine Selbstdefinition als Opfer und die Ablehnung der Verantwortung für den Konsum nach sich ziehen.[15]

Eine medizinisch-therapeutische Behandlung kann jedoch auch, gerade wenn sie freiwillig in Anspruch genommen wird und nicht ausschliesslich abstinenzorientiert ist, einen durchaus stabilisierenden Einfluss auf die genannten protektiven Faktoren haben. Ergebnisse der Methadonprogramme wie der Heroinvergabe zeigen eine Steigerung der Arbeitsorientierung der Teilnehmenden, die Verbesserung ihrer Beziehung zu nicht Konsumierenden, erhöhtes Gesundheitsbewusstsein und zunehmende Kontrolle über den Konsum (Eidgenössische Betäubungsmittelkommission, 1995, 70 ff. und Hämmig, 1992, 217 ff.). Daraus folgt, dass die Bedingungen, die einen sozial unauffälligen Umgang mit den Drogen Heroin und Kokain ermöglichen, hergestellt oder wieder hergestellt werden sollten.

Drogenpolitik braucht sich also nicht auf die Abstinenz und das Verbot von Substanzen zu fixieren, sondern sollte die Entwicklung jener protektiven Faktoren fördern, die einen sozial unauffälligen, eher unproblematischen und gesellschaftlich integrierten Konsum ermöglichen. Ein Umgang mit Heroin und

15 Selbstverständlich muss für diejenigen, die selbst der Ansicht sind, medizinisch-therapeutische Betreuung zu benötigen – ähnlich wie bei Alkoholikern – jede gewünschte Therapieform zur Verfügung stehen. Es ist jedoch durchaus vorstellbar, dass sich bei einer Aufhebung der Prohibition der Prozentsatz derjenigen, die auf diese Angebote zurückgreifen müssen, erheblich verringern würde. Es mangelt zur Zeit an empirisch abgestützten Analysen zu dieser Fragestellung.

Kokain analog zum Umgang mit Nikotin und Alkohol ist durchaus denkbar. Durch eine Einbettung des Konsums in gesellschaftliche Werte und Normen wäre ein grosser Teil der Konsumierenden in der Lage, Heroin und Kokain eigenverantwortlich und ohne daraus folgende gesellschaftliche Belastungen zu gebrauchen. Diejenigen, bei denen der Konsum zu Problemen führt, können auf das Angebot einer medizinisch-therapeutischen Unterstützung zurückgreifen. Dieses Angebot ist aus Steuermitteln bereitzustellen, wobei auch eine Besteuerung des Konsums von Kokain und Opiaten denkbar ist. Ein solches Konzept stellt eine realistische Perspektive für die Handhabung des Drogenproblems dar, die mit einem Bruchteil der für die heutige repressive Drogenpolitik benötigten Mittel auskommt. Dringend muss beachtet werden, dass zur Zeit, wie in anderen Bereichen auch, die Polizei unter Umständen eine äusserst undankbare Rolle zu spielen hat, insofern sie an der „Front" für verfehlte Massnahmen im Rahmen einer repressiven Drogenpolitik einzustehen hat.

LITERATURVERZEICHNIS

Böker, Wolfgang und Joachim Nelles (1992), *Drogenpolitik wohin? Sachverhalte, Entwicklungen, Handlungsvorschläge*, 2. A., Bern und Stuttgart: Haupt.

Braun, Norman; Andreas Diekmann, Jonas Peter Weber, Claudia Zahner (1995), *Die Berner Drogenszene*, Bern: Haupt.

Eidgenössische Betäubungsmittelkommission (1995), *Methadonbericht*, Bern: Bundesamt für Gesundheitswesen.

Estermann, Josef (1984), *Strafgefangene. Selektive Sanktionierung, Definition abweichenden Verhaltens und Klassenjustiz*, Frankfurt am Main: Lang.

Estermann, Josef (1986), *Kriminelle Karrieren von Gefängnisinsassen*, Frankfurt am Main: Lang.

Estermann, Josef (1994), Drogenepidemiologie. Schätzung von Gruppengrösse und Dynamik, *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 20/1994, 717–726.

Estermann, Josef; Ute Herrmann, Daniela Hügi, Bruno Nydegger (1996), *Sozialepidemiologie des Drogenkonsums. Zu Prävalenz und Inzidenz des Heroin- und Kokaingebrauchs und dessen polizeiliche Verfolgung*, Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Fahrenkrug, Hermann; Jürgen Rehm, Richard Müller, Harald Klingemann, Régine Linder (1995), *Illegale Drogen in der Schweiz 1990–1993*, Zürich: Seismo.

Goffman, Erving (1980), *Stigma*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Grünbeck, Peter; Stefanie Markert, Fritz Tiemann (1994), Prävalenz des Konsums harter Drogen. Eine Schätzung zum Umfang der Berliner Opiatszene, Berlin: Robert Koch Institut.

Hämmig, Robert (1992), Das Liverpooler Modell, in: Wolfgang Böker und Joachim Nelles (Hrsg.), *Drogenpolitik wohin? Sachverhalte, Entwicklungen, Handlungsvorschläge*, Bern und Stuttgart: Haupt, 217–222.

Hopf, Christel und Elmar Weingarten (1991), Qualitative Interviews in der Sozialforschung, in: Uwe Flick (Hrsg.) *Handbuch Qualitative Sozialforschung*, München: Psychologie Verlags Union, 177–185.

Kreuzer, Arthur; Ruth Römer-Klees, Hans Schneider (1991), *Beschaffungskriminalität Drogenabhängiger*, BKA-Forschungsreihe, Bd. 24, Wiesbaden: Bundeskriminalamt.

Scheerer, Sebastian (1989), Die Heroinszene, in: Sebastian Scheerer und Irmgard Vogt (Hrsg.), *Drogen und Drogenpolitik,* Frankfurt am Main und New York: Campus.

Schultz, Hans (1991), Zur strafrechtlichen Behandlung der Betäubungsmittel. Eine kriminalpolitische Skizze, in: *Studi in memoria di Pietro Nuvolone,* Vol. 2, Milano: Giuffrè editore, 233–252.

Schultz, Hans (1995), Die Revision des Betäubungsmittelgesetzes 1975, *Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht,* 113/1995, 273–278.

Skarabis, Horst und Melitta Patzak (1981), *Die Berliner Heroinscene.* Weinheim und Basel: Beltz.

Weber, Georg und Wolfgang Schneider (1992), *Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen. Selbstheilung, kontrollierter Gebrauch und therapiegestützter Ausstieg,* Münster: Westfälische Wilhelms-Universität.

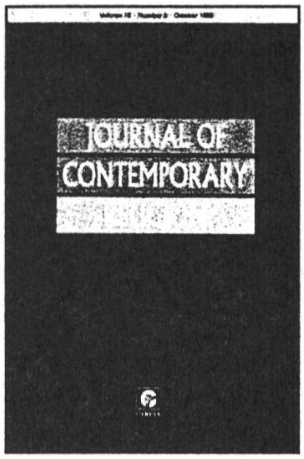
Weber, Max ([1904/05], 1934), *Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus,* 8. A., Tübingen: Mohr.

Korrespondenzadresse:
Dr. Josef Estermann,
Institut für Soziologie der Universität Bern,
Lerchenweg 36,
3000 Bern 9

ORLUX,
Postfach 2817,
6002 Luzern

CARFAX PUBLISHING COMPANY

Journal of Contemporary Religion



EDITOR
Professor **Peter B. Clarke**

CO-EDITOR
Elisabeth Arweck

both at Centre for New Religions, King's College London, University of London, UK

Supported by an International Editorial Board.

The ***Journal of Contemporary Religion*** (formerly *Religion Today*) is an international journal which is concerned with the discussion and analysis of new religious movements, contemporary trends in the world's religions and recent developments in religion in Eastern Europe. The purpose of the Journal is to both document and evaluate the philosophical, theological, educational and sociological aspects of emerging manifestations of religiosity and spirituality, whether they occur in innovative religious movements or within mainstream churches. The ***Journal of Contemporary Religion*** publishes articles which are concerned with current developments in new religions, esoteric movements, established religions, traditional sectarian movements and religion in Eastern Europe. The Journal includes reviews of books which deal with religion and religious studies.

1996 - Volume 11 (3 issues). ISSN 1353-7903.

Subscriptions
Institutional rate: EU £94.00; Outside EU £98.00; North America US$164.00.
Personal rate: EU £22.00; Outside EU £24.00; North America US$48.00.

ORDER FORM

Please invoice me at the ☐ institutional ☐ personal rate

☐ Please send me an inspection copy of the ***Journal of Contemporary Religion***

Name _____

Address _____

_____

_____

CARFAX

CARFAX PUBLISHING COMPANY
PO Box 25, Abingdon, Oxfordshire OX14 3UE, UK
875-81 Massachusetts Ave, Cambridge, MA 02139, USA
PO Box 352, Cammeray, NSW 2062, Australia
UK Tel: +44 (0) 1235 521154 UK Fax: +44 (0) 1235 401550