
Soziale Probleme

Zeitschrift für soziale Probleme und soziale Kontrolle

20. Jahrgang, 2009, Heft 1/2

Dominique Duprez / Axel Groenemeyer (Hrsg.)

Drogenkonsum, Drogenprobleme und Drogenpolitik in Europa

Drogenkonsum, Drogenprobleme und Drogenpolitik in Europa. Geschichte und aktuelle Entwicklungen im internationalen Vergleich <i>Dominique Duprez, Axel Groenemeyer</i>	5
Entwicklungen von Drogenproblemen und Drogenpolitik in Großbritannien <i>Geoffrey Pearson</i>	37
Gebrauch illegaler Drogen und die niederländische Drogenpolitik. Überblick und Bewertung <i>Marianne M. J. van Ooyen-Houben</i>	57
Requiem für den Krieg gegen Drogen. Portugiesische Erfahrungen der Entkriminalisierung <i>Cândido da Agra</i>	90
Die italienische Szene illegaler Drogen. Konsumformen und Politik <i>Amadeo Cottino, Franco Prina</i>	119
Drogenpolitik und Praktiken des Drogenkonsums im frankophonen Belgien <i>Caroline Jeanmart</i>	138
Heroin und Prekarität in Frankreich, 1990-2000. Die Genealogie eines Abstiegsprozesses <i>Patricia Bouhnik</i>	160
Entwicklungen des Drogenkonsums in Deutschland und die begrenzte Wirksamkeit der Kriminalpolitik <i>Karl-Heinz Reuband</i>	182



Centaurus-Verlag
ISSN 0939-608X

Heroin und Prekarität in Frankreich, 1990-2000*

von Patricia Bouhnik

Zusammenfassung

Nach einem Überblick über den Kontext und die Geschichte des Heroinkonsums in Frankreich sowie einer Präsentation zentraler empirischer Ergebnisse zur Verbreitung des Drogenkonsums konzentriert sich der Beitrag auf die Analyse der Verbindung zwischen Drogenkonsum, Drogenhandel und der Prekarisierung von Stadtteilen in den großen Städten und insbesondere in den Vorstädten. Der Opiatkonsum lässt sich hier mit einer „epidemischen“ Logik beschreiben, nach der die Verbreitung des Konsums über enge soziale Beziehungen und über ein Netz informeller Ökonomie funktioniert. Die sozialen Netzwerke und die Repression tragen zu einer Fixierung auf einen Lebensstil bei, der gleichzeitig eine Funktion der Unterstützung (beim Konsum, als Netzwerke des Drogenhandels und als Schutz) erfüllt und eine Rolle bei der Entwicklung von „Vulnerabilität“ (Entwicklung von Risikoverhalten, Vergiftungen, negative Diskriminierungen, Kriminalisierung) spielt. Die Analyse von Geschlechtsunterschieden und die Entwicklung polytoxikomaner Konsummuster geben einige Ideen über die in diesen Lebensstilen wirkenden Kräfte. Die Drogenpolitik scheint Schwierigkeiten zu haben, diese Aspekte in eine kohärente Politik zu integrieren, die den Betroffenen hilft.

1. Einleitung

Der Text versucht anhand empirischer Studien über Opiatkonsumenten und -konsumentinnen aus den letzten zwanzig Jahren darzulegen, wie sich der Zusammenhang von Prekarität und Drogenkonsum in Frankreich darstellt. Die Kontexte und die Konsumweisen haben sich im Laufe dieser Zeitspanne in den ärmeren Stadtvierteln entsprechend den Zufällen des Marktes und der Konsumbedingungen entwickelt. Intravenöser Konsum von Heroin, wechselnder Konsum von Opiaten gemeinsam mit dem Missbrauch von Substitutionsmitteln oder zufallsbedingter Konsum zu-

* Übersetzung aus dem Französischen: Bertrand Schaeffer, Maureen Arnold; Überarbeitung und Erweiterungen von Axel Groenemeyer.

sammen mit Crack und Alkohol, je nach Situation und Gelegenheit finden sind verschiedene Verbindungen von Konsummustern.

Es geht in diesem Beitrag also nicht um alle sozialen Formen illegalen Drogenkonsums. Insbesondere wird der Drogenkonsum innerhalb der verschiedenen Party- und Sportszenen sowie innerhalb der Unterhaltungs- und Medienindustrie nicht behandelt, genauso wenig wie der gewöhnliche und banalisierte Konsum in anderen sozial-privilegierteren Milieus.

Um die besonderen Situation der Beziehungen zum Drogenkonsum in den von sozialem Abstieg gekennzeichneten Gebieten mit Sozialwohnungsbau ab Mitte der 1980er Jahre einzuordnen, ist zunächst eine historische Perspektive notwendig, mit der insbesondere die sozialen, wirtschaftlichen und räumlichen Kontexte thematisiert werden, die einen bedeutenden Teil der Jugendlichen dazu gebracht hat, sich zu dieser Zeit für illegale Aktivitäten und Konsumformen zu entscheiden, mit beträchtliche Änderungen auf den Lebensstil in diesen Stadtvierteln.

Dazu wird zunächst knapp die historische Entwicklung des Konsums von Opiaten und seiner Kontrolle nachgezeichnet, die sich darstellt als Entwicklung von einem zunächst einerseits medizinischen Gebrauch und andererseits Genusskonsum in Künstlerszenen und in bürgerlichen Milieus hin zu einer Kriminalisierung und Verbreitung in unteren Schichten in marginalisierten räumlichen und sozialen Bedingungen. In den ärmeren Stadtvierteln haben die spezifischen sozialen Bedingungen zur Entwicklung des illegalen Drogenhandels und Drogenkonsums beigetragen, der sich dann um einen spezifischen Lebensstil organisiert und stabilisiert hat. Der um das Heroin zentrierte Lebensstil (Bouhnik 1996, 1998) wurde von Krankheitsentwicklungen (AIDS und Hepatitis) und der Kriminalisierung stark betroffen. Zuletzt werden die widersprüchlichen Konsequenzen der Politik für den betroffenen Personenkreis sowohl auf der individuellen als auch auf der kollektiven Ebene angesprochen, da ihre Auswirkungen auf die gefährdetsten Konsumenten und Konsumentinnen erheblich sind.

2. Die Geschichte der Verbreitung von Heroin in der französischen Gesellschaft seit dem Ende des 19. Jahrhunderts

Die Geschichte des Heroins ist etwas mehr als ein Jahrhundert alt. Die Injektionsnadel, mit der insbesondere Morphin für therapeutische Zwecke gezielt einsetzbar wurde, tauchte Mitte des 19. Jahrhunderts auf. Heroin wurde 1874 in England bei einer Synthese des Morphiums entdeckt und ab 1898 von Bayer u. a. als Hustenmittel international vermarktet. Es wurde auch verschrieben, um die Schmerzen von Tuberkulosepatienten und -patientinnen zu lindern und später, um Morphinabhängige zu kurieren (Carnwath/Smith 2002). Im Wesentlichen wurden Opiate und Kokain als ‚wunderbare Arzneimittel betrachtet, die den Medizinern gute Dienste

leisteten' (Bachmann/Coppel 1989: 265). Insbesondere als starke Schmerzmittel fanden sie als Morphin bereits Mitte des 19. Jahrhunderts eine weite Verbreitung bei der Behandlung verwundeter Soldaten. So finden sich die ersten „Drogenepidemien“ in der Folge von Kriegen, angefangen von der Schlacht von Solferino (1859), dem Sezessionskrieg (1861-1865) in den USA und dem deutsch-französischen Krieg von 1870/71.

Erste Anfänge der Regulation von „Giften“ lassen sich in Frankreich bereits bis 1845 zurückverfolgen. In einem Gesetz von 1845 wurde der Handel und Umgang mit „Giften“, einschließlich Opiate, durch Apotheken reglementiert. Allerdings blieben verschiedene opiathaltige Mixturen, wie z. B. *Laudanum*, leicht zugänglich und fanden eine breite Käuferschaft in überwiegend bürgerlichen Schichten oder wurden, wie z. B. Morphin, von Ärzten im großem Umfang verschrieben, insbesondere an Frauen aus bürgerlichen Schichten (Chast 2002). Darüber hinaus gehörte noch bis in den 1950er Jahren das Personal des medizinischen Systems zu den Hauptkonsumentengruppen von Opiaten, und bereits seit dem 19. Jahrhundert gab es eine Verbreitung von Drogen unter Künstlern bzw. Künstlerinnen und Literaten in Paris.

Infolge der Haager Konferenz (1912) verabschiedete Frankreich 1916 das erste strafrechtliche Opiumgesetz, in denen dann auch Kokain und Cannabis Erwähnung fanden. Damit war der Handel und Besitz dieser Drogen fortan verboten und medizinische Anwendungen streng reglementiert. Obwohl der Völkerbund Heroin bereits 1923 als „gefährlich und von schwachem therapeutischem Interesse“ deklariert hatte, wurde sein medizinischer Gebrauch erst 1963 gänzlich verboten. Die Anwendung des Gesetzes von 1916 zeigt allerdings ein eher niedriges Niveau, zwischen 1917 und 1937 wurden jährlich ca. 300 Verstöße registriert (Retillaud-Bajac 2001). Ausgehend vom Drogenkonsum im Milieu der Bohème und des Vergnügungsgewerbes in den großen Städten und infolge der Kriminalisierung zeigen sich dann in der Zwischenkriegszeit erste Anzeichen einer Verbreitung des Konsums von Opiaten und Haschisch bei niedrigeren Schichten, was auch zu einer Veränderung der Konsumgewohnheiten führte (ebd.).

Während des Zweiten Weltkrieges hatte die Erhöhung der Heroinpreise dazu geführt, dass sich der intravenöse Gebrauch als bevorzugte Verwendungsweise einbürgerte.¹ Eine Studie von 1953, die sich auf Daten von 586 Drogenabhängigen des Departements Seine (Paris und seine direkten Vororte) stützte, hat gezeigt, dass Heroin in 86 Prozent der Fälle intravenös konsumiert wurde (Toufik 1999). Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde Heroin dann zu einem bevorzugten Gut illegaler Märkte im Rahmen des organisierten Verbrechens. Im Zusammenhang mit der sogenannten *French Connection*² wurde es, zunächst insbesondere für den Export, in Marseille produziert (bis Mitte der 1970er Jahre) und verbreitete sich von da aus auch schrittweise innerhalb der französischen Gesellschaft.

Bis Mitte der 1970er Jahre gab es nur „weißes Heroin“, das aus dem Marseiller Drogenring und aus Unterschlagungen von medizinischem Heroin stammte. Die Ankunft des billigeren, aber qualitativ weniger hochwertigen *Brown Sugar* aus Asien (Yvorel 1990, 1992, 2004, 2005) leitete eine Vermarktung in größerem Umfang und die Entwicklung eines Konsums „epidemischen Ausmaßes“ ein (Parker 1998). Während noch 1981 nur 20 Prozent der Heroin-Beschlagnahmungen in Frankreich dieses billigere Heroin betrafen, stellte es bereits ab 1983 den größten Teil der polizeilichen Beschlagnahmungen (Toufik 1999).

3. Konjunkturelle Entwicklungen des Drogenkonsums von den 1990er Jahren bis heute.

Die Berechnung der Zahl von Opiatkonsumenten und -konsumentinnen zu einem bestimmten Zeitpunkt ist eine gängige Praxis der Einschätzung des Drogenproblems. Dies gestaltet sich allerdings als schwierig, da ein großer Teil der Betroffenen weder von spezialisierten Einrichtungen noch von der Polizei erfasst wird und ihr Anteil in allgemeinen Bevölkerungsumfragen zu klein ist, um verlässliche Aussagen zu zulassen. Entsprechende systematische Anstrengungen in Richtung auf epidemiologische Untersuchungen zum Drogenkonsum finden sich in Frankreich erst seit Anfang der 1990er Jahre.

Die durch Umfragen in der Gesamtbevölkerung gesammelten Daten zum Drogenkonsum, wie diejenigen von INSERM bezüglich Jugendlicher (Choquet/Ledoux 1994), die Erhebungen bei Schülern und Schülerinnen bzw. bei der Erfassung zum Militärdienst (ESCAPAD) und das *Baromètre Santé* von INPES (früher CFES) liefern uns ein ungefähres Bild über die Verbreitung und Entwicklungstrends des Konsums bei den „Hauptsubstanzen“ (Alkohol, Tabak, Cannabis), allerdings mit größeren Schwierigkeiten in Bezug auf die „harten“ oder „synthetischen Drogen“.

Tatsächlich taucht Heroin in den repräsentativen Umfragen unter Jugendlichen und Heranwachsenden so gut wie nie auf. In der Untersuchung des CFES (Arènes/Janvin/Baudier 1998) gab es keinen einzigen Fall; in der Studie von CADIS (Ballion 1999) berichteten 1,7 Prozent der Oberschüler und Oberschülerinnen von Heroinkonsum, also etwa 100 von 9900 Befragten; in der Untersuchung des INRP (de Peretti/Leselbaum 1999) lag der Wert bei 0,2 Prozent, also zwei Fälle von 875 befragten Oberschülern. Zudem wird in Bezug auf die von wenigen Personen konsumierten Drogen (Heroin, Kokain/Crack) regelmäßig nur nach der Lebenszeitprävalenz gefragt, da die Anzahl aktueller Konsumenten und Konsumentinnen noch wesentlich geringer und ihr Auftauchen in repräsentativen Bevölkerungsumfragen noch unwahrscheinlicher ist, so dass auf diese Weise weder über den aktuellen

noch über einen problematischen Konsum präzise epidemiologische Informationen gewonnen werden können.

Untersuchungen an speziellen Populationen liefern hier verlässlichere Aussagen, insofern davon ausgegangen wird, dass der Drogenkonsum in einer bestimmten Altersspanne häufiger vorkommt und über den Erhebungsort (Schule, verpflichtende Wehrerfassung) die Selektivität der Befragtenauswahl reduziert werden kann. Europaweit werden seit 1999 regelmäßig entsprechende Befragungen von 17-jährigen Schülern und Schülerinnen im Rahmen des Projekts ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*) durchgeführt (siehe Beck/Legleye/Spilka 2004, 2005b, 2006; Hibell et al. 2009; Beck et al. 2006; Legleye et al. 2009). Aufgrund des jungen Alters der Befragten lassen sich hieraus zwar keine Aussagen über die Gesamtpopulation von Drogenkonsumenten machen, aber die Untersuchungen geben immerhin allgemeine Indikatoren für Entwicklungstrends des Drogenkonsums.

Die Verbreitung des Konsums von Cannabis war bis 2003 steigend, und Frankreich gehörte in Bezug auf die Lebenszeitprävalenz in Europa zu den Ländern mit der höchsten Prävalenzrate. Seitdem zeigt sich für diese Droge bei den Jugendlichen ein deutlich sinkender Trend. Auch der Konsum von Alkohol und Tabak folgt einem Trend sinkender Prävalenzraten, der sich in ähnlicher Weise in den meisten anderen europäischen Ländern bereits seit 2000 abzeichnete. Die Lebenszeitprävalenz der 17-jährigen für Cannabis ist zwischen 2003 und 2008 in Frankreich von 50,3 Prozent auf 42,2 Prozent gesunken (Legleye et al. 2009: 2).

Für die „harten“ Drogen (Heroin, Kokain/Crack) zeigen sich in den Daten unterschiedliche Trends. Nach den epidemischen Entwicklungen des Heroinkonsums in den 1970er und 1980er Jahren zeigte sich in den 1990er Jahren eine Stabilisierung der Prävalenzrate bei den Jugendlichen bei etwa 0,6-0,7 Prozent. Nach einem erneuten Anstieg bis 2002 auf 1,1 Prozent schien sich bis 2006 wiederum ein sinkender Trend anzudeuten, der sich allerdings nicht weiter fortsetzte. Die Lebenszeitprävalenz des Heroinkonsums der 17-Jährigen lag 2008 bei dieser Untersuchungsgruppe wieder bei 1,1 Prozent. Demgegenüber übertrifft die Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums mittlerweile die Konsumrate des Heroins deutlich. Die Lebenszeitprävalenz für Kokainkonsum ist seit 2000 bei den 17-Jährigen kontinuierlich gestiegen von 0,9 Prozent auf 3,3 Prozent 2008.³

Diese Entwicklungslinien werden auch durch einen anderen methodischen Ansatz gestützt. Seit 1999 besteht in Frankreich eine koordinierte Struktur von spezialisierten Zentren in den 9 größten Städten, die regelmäßig die lokalen Drogenmärkte und Drogenszenen beobachten (*Tendances récentes et nouvelles drogues*, (TREND), siehe Cadet-Taïrou et al. 2008).⁴ Dabei werden seit Beginn der Untersuchung zwei soziale Milieus oder Drogenszenen unterschieden: Das „*milieu urbain*“ (offene städtische Drogenszene), das im Wesentlichen über Informationen

aus niedrigschwelligen Hilfsangeboten (z. B. Programmen zum Nadeltausch) und aus offenen Drogenszenen abgedeckt wird, ist überwiegend als eine Szene mit problematischem Drogenkonsum in prekären Lebensbedingungen zu kennzeichnen. Zumindest zu Beginn der Berichte waren die überwiegend in diesem Milieu konsumierten Drogen Heroin und andere Opiate. Demgegenüber zeichnet sich das „*milieu festif techno*“ (Partyszene), über das Informationen auf Technoparties und entsprechenden Musikveranstaltungen sowie in Diskotheken gesammelt und ausgewertet werden, eher durch einen kontrollierten Drogenkonsum von Freizeitkonsumenten und -konsumentinnen aus mittleren und höheren sozialen Schichten aus. In diesem Milieu wurde Heroin lange Zeit nahezu überhaupt nicht konsumiert und galt als genauso verpönt wie jede Art von intravenösem Drogenkonsum. Stattdessen bestand der Hauptkonsum hier überwiegend aus Ecstasy, Amphetaminen und Kokain, was zumindest in den ersten Jahren der Untersuchungen im Straßenumilieu noch eher selten anzutreffen war. Zudem zeichneten sich beide Milieus durch deutlich abgrenzbare unterschiedliche Konsummuster aus: Im prekären Straßenumilieu überwog der intravenöse Konsum, während im „*milieu festif*“ die Drogen nahezu ausschließlich gesniff, geraucht oder geschluckt wurden.

In den Berichten deutete sich bereits ab 2001 ein Rückgang der Verbreitung von Heroin im Straßenumilieu an. Mit der Verbreitung von Substitutionsmitteln seit 1995 – insbesondere Subutex^{®5} – wurde der illegale Markt für Heroin weniger rentabel und desorganisierte sich in verschiedene Formen des Kleinhandels mit sinkender Qualität des Heroins (siehe Bouhnik/Touzé 2001; Jamoulle 2000; OFDT 2000). Gleichzeitig wurde der Handel mit Kokain rentabler und weitete sich infolge einer steigenden Nachfrage im „*milieu festif*“ aus. Kokain war seit den 1970er Jahren immer mit dem Image einer Luxusdroge der Reichen und Erfolgreichen versehen gewesen. Seine Verbreitung im Straßenumilieu sowie in mittleren und unteren Schichten blieb bis Ende der 1990er Jahre eher beschränkt und war dann meistens nur in Zusammenhang mit Heroinkonsum feststellbar. Seitdem steigt allerdings sowohl die allgemeine Verfügbarkeit in den großen Städten als auch der Konsum wieder an, zudem ist der Preis deutlich gesunken.

Seit Mitte der 2000er Jahre nähern sich die beiden Milieus in ihrem Konsumverhalten teilweise stärker an: Kokain wird zunehmend zu einer Hauptdroge im Straßenumilieu, und im „*milieu festif*“ wird vermehrt eine Nachfrage nach Heroin festgestellt (Cadet-Taïrou et al. 2008). Aus diesem Grund setzte sich der Trend einer sinkenden Nachfrage nach Heroin insgesamt seit Mitte der 2000er Jahre nicht mehr fort. Insbesondere im prekären Straßenumilieu ist der wechselhafte Konsum unterschiedlicher Drogen (Heroin, Substitutionsmittel, Alkohol, Ecstasy, Kokain, Crack) mittlerweile zur Regel geworden, wobei allerdings nach wie vor der intravenöse Konsum von Heroin von zentraler Bedeutung bleibt.

Die Schätzungen über den Drogenkonsum im Lebenslauf (Lebenszeitprävalenz) sagen allerdings nichts darüber aus, welche Form der Drogenkonsum angenommen hat, ob er fortgesetzt wurde, aktuell noch besteht oder problematisch geworden ist. Es reicht, einmal eine Droge probiert zu haben, um in die Statistiken der allgemeinen Bevölkerungsumfragen als Drogenkonsument bzw. -konsumentin einzugehen. Aus diesem Grunde werden über Vergleiche, Hochrechnungen und verschiedene epidemiologischen Berechnungsmodelle auf der Basis von Daten der polizeilichen Kriminalstatistik, aus Behandlungseinrichtungen und sonstigen Einrichtungen der Drogenhilfe bzw. des Gesundheitssystems sowie lokalen Capture-Recapture-Verfahren regelmäßig zusätzlich die Zahlen aktueller „problematischer Drogenkonsumenten und -konsumentinnen“⁶ geschätzt (vgl. Costes et al. 2009). Je nach Methode kommt man für 2006 auf eine Schätzung „problematischer Drogenkonsumenten und -konsumentinnen von Opiaten, Amphetamin oder Kokain“ von zwischen 144.000 und 367.000, wobei ein Wert um 210.000 bis 250.000 als am wahrscheinlichsten angesehen wird. Dies entspricht einer Rate von etwa 6 Personen auf 1000 Einwohner und Einwohnerinnen in der Altersgruppe von 15-65 Jahre (Costes et al. 2009: 25). Damit liegt Frankreich im europäischen Vergleich der Prävalenzraten eher im oberen Drittel. Allerdings gehen auch hier Zahlen über die Lebenszeitprävalenz – „intravenöser Drogenkonsum“ – ein. Nimmt man nur die Schätzungen für Konsum von Heroin und dem intravenösen Konsum im letzten Monat, so kommen Costes et al. (2009) auf aktuell maximal 74.000 „aktive Heroinkonsumenten und -konsumentinnen“ und 81.000 „intravenös konsumierende Drogenkonsumenten und -konsumentinnen“.⁷

Hinter diesen allgemeinen Konsumtendenzen innerhalb der Gesamtgesellschaft verbergen sich unterschiedliche Lebensstile und Verlaufsformen des Drogenkonsums in unterschiedlichen sozialen Kontexten. Zum Verständnis dieser Prozesse müssen die Laufbahnen der Personen und die Kontexte des Einstiegs in die verschiedenen Konsumformen untersucht werden, wobei eine Fokussierung auf die Substanzen nur ein rudimentäres Bild liefern kann, da der Konsum eingebettet ist in spezifische soziale und räumliche Kontexte, die einen jeweils spezifischen Lebensstil um den Drogenkonsum kreieren. Ein Verständnis dieser Prozesse der Szeneentwicklung ist auch von besonderer Bedeutung für die Positionierung der Politik, ob es sich nun um Prävention, um Risikominimierung oder um Therapie handelt.

Jedes Milieu und jede Drogenszene kreiert eigene spezifische Prozesse, mit denen der Drogenkonsum und der mit ihm assoziierte Lebensstil erklärt werden muss. Hier sollen vornehmlich die Aspekte untersucht werden, die im Zusammenhang mit der Prekarisierung der Lebensbedingungen in den unteren Schichten von Bedeutung sind.⁸

4. Drogen in den Territorien der Prekarität: Günstige Gelegenheiten und die Auswirkungen negativer Diskriminierung

Die großen „Konsumwellen“⁹, die sich seit Ende der 1970er Jahre abgelöst haben, wiesen spezifische soziale und epidemiologische Bedingungen auf. Eine große Zahl der Jugendlichen aus den ärmeren Stadtvierteln der Großstädte und den Vororten war seit dieser Zeit einer zunehmenden Massen-Prekarisierung ausgesetzt. Die Kinder und Jugendlichen, die unter diesen Bedingungen aufwuchsen, wurden mit einer tiefgreifenden Veränderung ihrer Lebens- und Sozialisationsbedingungen konfrontiert. Arbeitslose Väter, eine degradierte und gettoisierte urbane Umwelt, eine als Disqualifizierungsprüfung erlebte Einschulung, eine ethnische Diskriminierung und das Gefühl, nicht als vollwertige Bürger und Bürgerinnen anerkannt zu werden (Castel 2007) haben ein Konglomerat von Lebensbedingungen gebildet, das sich direkt auf die Sozialisation derjenigen auswirkt, die in diesen Stadtvierteln mit einem begrenzten Sozialkapital leben. Allerdings handelte es sich genau genommen nicht um eine „De-Sozialisierung“, sondern eher um eine Gegen-Sozialisierung, die zu einem spezifischen Lebensstil unter dem Eindruck der sozialen und territorialen Stigmata führte (vgl. Bouhnik 2007).

Jugendliche und junge Erwachsenen dieser Viertel sind dabei von einer doppelten moralischen Krise betroffen und müssen ihr soziales Überleben in einer Situation doppelter Verletzbarkeit positionieren: einerseits diejenige der prekären Lebensbedingungen, andererseits diejenige der lebensphasenspezifischen Positionierung in der Adoleszenz.

Zahlreiche kleine Diskriminierungen prägen ihre Schulkarrieren, ihre Beziehung zu den Institutionen bis hin zur Arbeitswelt. Der Einstieg in den Drogenkonsum wird von fast allen als eine Resonanz auf das Gefühl „sozial verachtet zu sein“ interpretiert. Andere Jugendliche folgten zwar dieser Interpretation, entwickelten allerdings Gelegenheitsstrategien, über den Ausweg in den illegalen Handel und anderer Straftaten zu profitieren, ohne selbst stärker in den Drogenkonsum einzusteigen. Sowohl der Konsum als auch der Drogenhandel werden also als Möglichkeit interpretiert, unter den eingeschränkten Bedingungen und Ressourcen einen anerkannten Platz bzw. eine anerkannte Tätigkeit und eine Identität in den Stadtvierteln und Banlieues zu finden (vgl. Etilé 2004). Der Drogenkonsum, der Drogenhandel und das Risikoverhalten können also als eine Reaktion auf die spezifischen Lebenserfahrungen in diesen Stadtteilen interpretiert werden, und sie stellen eine Mittel dar, die Folgen zu bewältigen (ertragen, vergessen, ausweichen, zu Lustgefühl gelangen), gleichzeitig tragen sie aber auch dazu bei, die Jugendlichen in diesen Milieus als Sündenböcke und Außenseiter abzustempeln.

Die Gegensozialisierung geht hier aus einer sozial marginalisierten Szene hervor, in der sich das Risikoverhalten zu einem Mittel des Staterwerbs und der

Entwicklung alternativer Normen wandelte und damit den Aufbau eines spezifischen um die Drogen organisierten Lebensstils ermöglicht. Bestimmte illegale Drogen wurden also in den 1980er und 1990er Jahren eingebettet in die Prozesse der sozialen Prekarisierung.¹⁰ In diesem Lebensstil spielt die Entwicklung der an den Drogenhandel gebundenen Mikro-Ökonomie eine zentrale stabilisierende Rolle. Hinzu kam, dass die AIDS-Epidemie die Lage der Drogenkonsumenten und -konsumentinnen gerade in Hinblick auf ihre Diskriminierung weiter verschärft hat.

Viele Fixer wurden in den 1980er Jahren angesteckt und starben in den 1990ern. Der Höhepunkt der Todesfälle bei Fixern liegt zwischen 1993 und 1995 (zwischen 900 und 1000 jährlich, vgl. Fernandez 2006, 2007). Ein Rückgang macht sich ab 1997 mit den ersten Auswirkungen der Risikominimierungspolitik bemerkbar. Der Prozess der Kriminalisierung (der für die Drogenkonsumenten ein ständiges Hin und Her zwischen dem Leben in den Stadtvierteln und dem Gefängnis zur Folge hat) war begleitet von zusätzlichen Stigmatisierungen in Zusammenhang mit der Allgegenwart der Epidemie. Die Heroinfixer werden seit dieser Zeit als potenzielle Träger des Virus betrachtet und wurden tendenziell auch von der Gemeinschaft der Jugendlichen in den Stadtvierteln ausgeschlossen.

Im Rahmen einer qualitativen Untersuchung wurden Drogenkonsumenten und -konsumentinnen sowohl im Gefängnis als auch in den Straßen der nordöstlichen Banlieue von Paris interviewt. Die Geschichte von *Mektoub* zeigt das Ausmaß dieser „doppelten Strafe“, die für die Laufbahnen der Drogengebraucher Ende der 1990er Jahre charakteristisch war (vgl. auch die Studien von Fernandez 2006, 2007).

In Algerien geboren, bezeichnet sich *Mektoub* als Kabyle. Nach seinen Aussagen hatte er sich bereits als Kind entschlossen, seine Eltern nichts zu fragen und für sich selbst zu sorgen. Die Tatsache, in einem dieser stigmatisierten „Cités“ der nordöstlichen Banlieues gewohnt zu haben, hatte eine entscheidende Rolle in seiner Orientierung im Leben gespielt. Die Orte schafften diese bestimmten Situationen eben, sagte er. Der von ihm formulierte Wunsch autonom zu sein, d. h. keine Last für seine Familie zu sein und sich vom Determinismus des Ortes zu lösen, ging bei ihm einher mit dem Willen, das, was er als eine soziale Ungerechtigkeit erlebte, zu reparieren: *„Du bist ein Kind und du bleibst nicht eingeschlossen. Du siehst die Leute wohlhabender Familien, ihre Kleider, die Einzelkinder, das Spielzeug an Weihnachten und du lernst sehr schnell, dass du mit Geld deine Lebensweise ändern kannst. Und genauso schnell erlernst du den Lebensüberdruß der Eltern.“*

Wie viele andere „Einwandererkinder“ differenzierte er zwischen dem Respekt für die Familie und dem Wunsch sie zu beschützen (traditionelle Werte) einerseits und der Bedeutung des Geldes, des Aussehens und des Wettbewerbes, wenn man

versucht seinen Platz zu finden und „von anderen anerkannt zu werden“ andererseits. Als Jugendlicher traf er sich mit Mädchen außerhalb des Viertels und hatte sich in ein Netzwerk von Freunden integriert, mit denen er gemeinsam den Nervenkitzel der verübten kleinen Ladendiebstähle und der ersten „Joints“ teilte. Die älteren Geschwister und Mitglieder des Netzwerks haben ihm den Weg entsprechend vorbereitet, was für ihn wie eine Lehre und eine „Orientierung“ gewesen war. Diese Lehre war sehr viel wichtiger als z. B. jemanden in der Schule zu finden, der ihm „Lust auf etwas anderes“ gemacht hätte. Seine Gegensozialisation fand in diesem Kontext zweckmäßiger illegaler Aktivitäten statt.

Mit dem Drogenkonsum war es ähnlich gewesen: *„Man sieht die anderen es machen, man sieht, dass es ihnen gut geht, man hat Lust, das gleiche zu tun. Ende der 1970er Jahre hatten einige Opium und Haschisch aus Indien in die Stadtviertel mitgebracht. Das war eine neue Welt für uns“*, erklärte er. *„Heroin hat man in diesem Viertel nie gesehen. Selbst wenn es so etwas gab, war es nicht auf unserem Radar.“* Der Konsum von Cannabis bildete in seinem traditionellen kulturellen Kontext kein Problem für diese Jugendlichen. *„Den Shit betrachtete man nicht als Droge, in Europa nennt man es eine weiche Droge und dazu ist es für die Araber ein Aperitif, sogar die Alten rauchen es zu Hause, sogar die Bullen. Das ist normal, sonst kannst du die Hitze nicht ertragen.“*

Die Fixer riefen damals eine Bewunderung hervor: *„Sie waren keine Junkies, die sich vernachlässigten. Sie waren gut gekleidet, sie hatten Autos, Tussis ... sie waren noble Diebe und man hatte noch nie aufgrund der Droge kaputte Kerle gesehen.“* An einem Abend mit seinem besten Freund schienen alle Bedingungen für die Grenzüberschreitung erfüllt zu sein: Der Ort (nach dem Besuch vor einem Nachtclub), die Substanz (das Heroin, aber „keine Scheiße“) und die Vertrauenspersonen, die es „kannten“ und die sie in die Injektion initiieren würden. Der individuelle Wunsch „mit dem Feuer zu spielen“ verband sich mit einer Reihe von gemeinsamen Handlungen, die auf ihn den Eindruck machten, „die soziale Ungerechtigkeit reparieren zu können“: Kleine illegale Geldgeschäfte, Stoffe für die Gefühle, einen Platz und einen Sinn. Das alles wurde allerdings mit der Entdeckung seiner AIDS-Infizierung und der häufigen Gefängnisaufenthalte abrupt zerbrochen. Mit der Krankheit kamen die Angst und die Ausgrenzung; der Zyklus „Inhaftierungen, sozialer Abstieg und Krankheitsverlauf“ war jetzt synonym mit einer Desozialisierung.

Nach unseren Gesprächen im Gefängnis habe ich ihn Ende der 1990er Jahre auf meinem Heimweg wiedergetroffen: Er hockte vor einer Notschlafstelle. Er sah müde aus, zwei Plastiktüten in den Händen. Er hatte sich denjenigen, die auf der Straße lebten, angeschlossen. Er war der „Junkie“ geworden; er hatte keine Kraft mehr, um etwas zu unternehmen oder gar wieder an seine Netzwerke anzuknüpfen. Er hatte mehrere Wochen auf der Straße verbracht, ohne zu wissen, an wen er sich

wenden soll: Keine Einrichtung (außer dem Bewährungskomitee, das ihm vorschlug in die Heilsarmee zu gehen), keinen Rahmen, um wieder Fuß zu fassen und keinen Bekannten, mit dem er sprechen könnte.

Diese Geschichte ist deswegen emblematisch, da die Drogen für mehrere Generationen von Jugendlichen, deren Adoleszenz mit Prekarisierung und einem Prozess schleichenden Schulabbruchs verbunden war (Situationen, die sich weiterhin entwickeln), wie ein sozialer Raum funktioniert haben, wie ein Rahmen, der das Austesten von Risiken (in Bezug auf sich und auf andere), sowie das Erleben von Lustgefühlen ermöglicht. Anders als im geschilderten Fall kann allerdings das Erleben von starken negativen sozialen und individuellen Brüchen für andere, die in einer weniger ungünstigen Situation leben, durchaus zu Versuchen des Ausstiegs führen. In beiden Fällen ist die Verkettung von Situationen, einem sozialen Milieu oder einer Gruppe und einer Substanz durch Umstände und Gelegenheiten verursacht; aber nicht irgendwelche: In diesem Fall sind es diejenigen, die einer ganzen Generation nur eine begrenzte soziale Entwicklung und das Gefühl eines Mangels an anerkannten Plätzen in der Gesellschaft sowie eine massive Ungerechtigkeit anboten.

5. Illegale Drogen im Lebensstil: Aufbau, Festigung und Organisation

Die innerhalb der sozialen Wohnungsbausiedlungen der Banlieue gemachten Beobachtungen und Untersuchungen ermöglichen es, eine zweite Achse zum Verständnis der Prozesse herauszuarbeiten. Die Entwicklung des Konsums illegaler Drogen und insbesondere des Heroin in den 1980er und 1990er Jahren in dem beschriebenen sozialen Kontext hat zur Voraussetzung, dass sich ein den Lebensstil organisierender Rahmen bildet. Der Drogenkonsum ist keineswegs eine individuelle Pathologie, sondern eingebettet in Prozesse der Integration in ein soziales Milieu und der Annahme eines spezifisch organisierten Lebensstils. Dies ist ein weiteres Spezifikum des Drogenkonsums in den unteren Schichten, auch wenn es durchaus auch in diesem Milieu individuelle marginalisierte Drogenkarrieren gibt, die sich dieser Logik der Integration in einen spezifischen Lebensstil der Unterschicht nicht fügen. Der spezifische Lebensstil und die Organisation des ihn tragenden Milieus stellen für die Individuen Ressourcen bereit und lassen die soziale Anpassung dem sozialen Kontext der Stadtviertel entsprechend als zweckmäßig erscheinen.

François Dubet (1992) bezieht die soziale Organisation und den Lebensstil direkt auf die Substanzen. So differenziert er zwischen sozialen Drogen, die wie Cannabis soziale Beziehungen herstellen und festigen einerseits, und zerstörerischen Drogen (Sinnlosigkeit, zerstörerische Tendenzen, ein soziales Schwarzes Loch), wie das Heroin, andererseits. Die Daten aus den Untersuchungen in den benachteiligten Stadtvierteln sprechen gegen eine solche pauschale Vorstellung, zumindest

erscheint das stereotype Bild des mit dem Heroinkonsum assoziierten destrukturen und desozialisierten Junkies nicht als eine automatische Konsequenz der Substanz, sondern auch der Heroinkonsum folgt bestimmten Formen der sozialen Organisation.

Die Entwicklung einer Gegensozialisation in Abgrenzung zu den Bedingungen der konventionellen Sozialisation basiert in diesem sozialen Milieu auf der Suche nach sozialer Unterstützung, die es ermöglichte, soziale Verhältnisse, eine Basis zur Identifikation, des Austauschs und der Anerkennung aufzubauen, die in anderen konventionellen Feldern versperrt ist. Hierzu sind drei Aspekte von besonderer Bedeutung: Die Beteiligung am Drogenhandel schafft erstens eine wirtschaftliche Grundlage und Autonomie, die Integration in das Milieu der Drogenkonsumenten und -konsumentinnen ermöglicht zweitens die Entwicklung eines spezifischen, im Milieu mit Anerkennung verbundenen Wissens und bietet drittens Modelle des Risikomanagements, der sozialen Platzierung sowie der Anerkennung und Einbindung.

Die auf Drogen bezogenen Geschäftsaktivitäten haben Möglichkeiten geschaffen an Mittel zu gelangen. Bereits Anfang der 1980er Jahre erscheinen diese Aktivitäten in den Interviews wie eine der seltenen Alternativen zur wahrgenommenen ökonomischen Prekarität und sozialen Degradierung in konventionellen Kontexten, die markiert wird durch Schulabbrüche, ein Gefühl der Disqualifizierung und Ausgrenzung, durch Devianz und Stigmatisierung. Der Eintritt in einen stark expandierenden Markt illegaler Drogen schien mit der Möglichkeit kurzfristiger Gratifikationen schon vor den Hauseingängen der Wohnblocks verbunden. Sogar bevor es zur Etablierung eines illegalen Marktes im Stadtviertel kann, konnten die Jugendlichen auf verschiedenen Niveaus im Mikrokosmos des Schwarzhandels tätig sein. Der Cannabiskonsum in der Gruppe war ein Mittel der Integration und des Aufbaus eines Zusammengehörigkeitsgefühls, und der entstehende Mikroschwarzhandel zwischen Freunden und Bekannten, ein Merkmal der Vorstädte, fand inmitten dieser Beziehungsnetze statt (Duprez/Kokoreff 2000).

Allerdings sind diese sozialen Netze durchaus prekär, anfällig für Krisen und auch durch Formen der Exklusion gekennzeichnet. Dies betraf insbesondere die Entwicklung der HIV-Risiken, aber auch die Kriminalisierung und Probleme der Versorgung mit Drogen. Während AIDS und HIV-Infektionen zu einer Demoralisierung der Integration und der Drogenkonsumenten beitrugen, wurden Versorgungsengpässe zunehmend durch Medikamente und später durch illegal beschaffte Substitutionsmittel ausgeglichen, so dass der wahllose und kaum über soziale Netzwerke integrierte Konsum aller möglichen Drogen für einige in diesen Stadtvierteln zur Regel wurde. Diese zufalls- und gelegentlich bedingten Konsumformen sind dann kaum mehr über stabile soziale Netzwerke abgesichert und fördern starke

Tendenzen der Individualisierung von Überlebensstrategien und die Ausbildung von Konkurrenz und Gewalt.

6. Das andere Geschlecht: Unsichtbar und überzeichnet

Der Platz der Frauen innerhalb des Drogenmilieus ist kompliziert und wurde bisher nur wenig untersucht (siehe Frigon 1987). Auch wenn es legitim ist, die Besonderheiten ihrer Beziehung zu Drogen in Betracht zu ziehen, es ist nicht sicher, dass man eine spezifische Untergruppe identifizieren müsste (z. B. Drogen injizierende Frauen). Der Drogenkonsum allein reicht nicht aus, um den Konsumenten und Konsumentinnen eine stabile und homogene Identität zuzuschreiben, selbst wenn in einer bestimmten Zeit ihrer Biographie alles dazu beitragen kann, sie auf diese Identität zu reduzieren. Allerdings unterscheiden sich die Lebensläufe und die Lebensstile von einem sozio-urbanen Milieu zum anderen. Dennoch können bestimmte eher typische Merkmale des weiblichen Bezugs zu Drogen und die Modalitäten der Auseinandersetzung mit der Prekarität differenziert werden.

Frauen sind seltener in einer stabilen Art und Weise in einem organisierten Milieu integriert, das Milieu des Drogenkonsums und Drogenhandels ist nach wie vor überwiegend männlich geprägt. Sie befinden sich in größerer Distanz zu Drogenkonsumnetzwerken und werden deshalb weniger sichtbar und greifbar. Darüber hinaus weisen alle Daten in die gleiche Richtung: bei den Frauen besteht eine 2 bis 3 Mal niedrigere Prävalenz als bei den Männern bezüglich des Konsums von Opiaten.

Die vorliegenden ethnografischen Untersuchungen ermöglichen es, einige Haupttypen von Logiken und Kontexten zu erfassen, die den Frauen den Zugang zum Drogenkonsum ermöglichen. Häufig haben die Frauen eine direkte Beziehung zu einem Dealer, allerdings vornehmlich außerhalb ihrer Stadtviertel, oder der Konsum findet in Kontexten privater Paarbeziehungen statt. Darüber hinaus gibt es einige männlich dominierte Drogenszenen, in denen auch Frauen integriert sind, und schließlich besteht eine direkte Verbindung zwischen Drogenkonsum und dem Milieu der Prostitution (Deschamps 2006a, 2006b).

Claudia beschrieb sich selbst als „Straßenmädchen“; ihre Lebenssituation war allerdings durch eine relative geringe Degradierung gekennzeichnet. Anfang der 1990er Jahre begegnete sie mir im Alter von 19 Jahren in einer Wohnungsbausiedlung der Banlieue zum Zeitpunkt der Trennung ihrer französisch-italienischen Eltern. Sie hatte die Schule im Alter von sechzehn Jahren nach mehrfachen Klassenwiederholungen abgebrochen und arbeitete damals als Aushilfe in der Gastronomie. Sie verdiente ihren Lebensunterhalt und half ihrer Mutter die Miete zu bezahlen. Sie sagte, dass sie es geschafft habe. Sie rauchte zwar noch täglich Haschisch und nahm einmal pro Monat Heroin, aber vorher hatte sie pro Tag bis zu einem

halben Gramm Heroin konsumiert und war in eine Drogenszene integriert, die den Heroinkonsum mit Autodiebstahl und kleineren Schutzgelderpressungen finanzierte. Sie wurde festgenommen, musste vor Gericht erscheinen und hoffte, der Inhaftierung zu entkommen, da sie einer Arbeit nachging.

Viele andere von mir in Paris getroffene Frauen vermengten im Laufe ihrer Karriere die Prostitution mit verschiedenen Formen des Konsums. Am Anfang Heroin, dann Kokain und schließlich Crack: Drei Etappen in einem Knechtungsprozess der Prostitution. Während zu Beginn die Prostitution das Mittel zur Beschaffung der Substanz war, kehrte sich die Beziehung häufig im Laufe der Zeit um und der Drogenkonsum wurde zu einer Bedingung, um der Prostitution nachgehen zu können.

Zahlreiche Drogenkonsumentinnen und Prostituierte leben in einer geschlossenen Welt, die sie von Hilfseinrichtungen fernhält. Ende der 1990er Jahre hielt sich Emma für einen „alten Hasen“, sie versuchte, ihre Prostitutionstätigkeiten auf die strenge Funktion des Lebensunterhaltes zu begrenzen, d. h. sie prostituierte sich nur dann, wenn das Geld knapp war. Trotz ihrer Beziehung zu einem Freund war ihr Leben eher von Zufällen getrieben und sie war körperlich von den Spuren der Injektionen und den Stigmata der erlittenen Gewalttätigkeiten gezeichnet. Nach einer Vergewaltigung durch einen Kunden hatte sie eine Anzeige gemacht, was allerdings nicht weiter verfolgt wurde: „Das war ein Berufsrisiko“. Neben Kokain nahm sie regelmäßig Methadon oder injizierte sie Subutex[®].

2000 begegnete mir Franca, ein Transvestit und Prostituiertes um die 50 Jahre. Er selbst fixte nicht, war aber im Prostituiertenmilieu integriert und berichtete davon, dass das Leben und die Bedingungen für die Drogen konsumierenden Frauen schwierig geworden waren. Sie seien immer jünger geworden und die Kunden profitieren skrupellos davon, wenn die Frauen Entzugserscheinungen haben. Die Lebens- und Arbeitsbedingungen der sich prostituierenden Drogenkonsumentinnen zeigen allerdings durchaus auch eine bemerkenswerte psychische und physische Widerstandsfähigkeit. Als Prostituierte sind sie im Sommer und im Winter draußen, mit dem zusätzlichen Druck der Drogenbeschaffung, um die Tätigkeit ertragen zu können. Trotz der Kälte tragen einige junge Frauen fast nichts. Es gibt wenige Pausen für einen „Junkie“, der sich prostituiert: Nach dem letzten Freier versucht sie ihre Dosis Crack aufzutreiben und das den ganzen Tag, mit der oft enttäuschten Hoffnung, dass am Ende der Nacht etwas übrig bleibt, um sich ein Zimmer zu leisten. „Wenn sie eine Pause machten, um Crack zu kaufen, eine Kleinigkeit zu essen oder sich wieder Kondome und Spritzen zu besorgen, ähnelte ihr Gang denjenigen von Automaten: Von dem Boulevard zum Crack, vom Crack zum Boulevard. Sie konnten sich nicht mehr vollständig aufrichten, ihre Bewegungen waren wie durch eine Spannung oder einen Schmerz gefesselt“. Eine große Zahl der „Junkie-Freundinnen“ von Franca war verstorben. Öfter aufgrund von Gewalttätigkeiten oder der

Folgen von AIDS als an einer Überdosis. Unter diesen Frauen waren viele, die anonym entbunden hatten oder deren Kinder vom Jugendamt woanders untergebracht worden waren. Zu ihrer doppelten Stigmatisierung als Prostituierte und als Junkie kommt im Falle einer Mutterschaft im Zuge der Beschuldigung der Vernachlässigung und der Gefährdung des Kindes eine dritte Stigmatisierung hinzu (siehe Simmat-Durand 2002).

Besonders diese Frauen sind im System der Drogenhilfe und anderer Hilfseinrichtungen unterrepräsentiert, weil diese offenbar für ihre besonderen Bedürfnisse und Problemlagen nicht angepasst sind. So zeigen die mir begegneten Fälle, dass es deutlich an professionellen Hilfebeziehungen mangelt und die meisten Kinder dieser Frauen eher Gegenstand einer richterlichen Anordnung waren und in einer Pflegefamilie oder im Heim untergebracht wurden als dass den Frauen konkrete Hilfeleistungen angeboten wurden.

7. Entwicklungen der Drogenhilfe

Die untersuchte Periode wird von zwei wichtigen institutionellen Neuentwicklungen in der Drogenhilfe markiert: Die langsame Einführung einer Politik der Risikominimierung mit der Entwicklung von Spritzenaustauschprogrammen sowie die breite Institutionalisierung der Substitution über das medizinische System ab 1995. Der Spritzenverkauf in Apotheken wurde 1987 liberalisiert, aber erst zwischen 1990 und 1992 entwickelten sich die ersten Spritzenaustauschprogramme in der Drogenhilfe mit dem Ziel der HIV-Prävention. Eine umfassendere Strategie der Risikominimierung („harm reduction“) wurde ab 1994 umgesetzt. Auch hierbei spielte die Angst vor einer AIDS- und Hepatitis-Epidemie, verursacht durch intravenös applizierende Drogenkonsumenten und -konsumentinnen, eine entscheidende Rolle. Daneben wurde aber auch das drogenpolitische Ziel formuliert, Konsumenten und Konsumentinnen für das Drogenhilfesystem zu gewinnen. Der Zugang zu sterilem Spritzbesteck aus der Apotheke (Stéribox[®]), die Einrichtung von Spritzenaustauschprogrammen und die Eröffnung von „Kontaktläden“ und niedrigschwelligen Cafés für Drogenkonsumenten und -konsumentinnen bilden das Gerüst dieser Politik, die allerdings noch einige Jahre eher am Rande eines Hilfesystems blieb, das auch in dieser Zeit noch hauptsächlich auf stationäre Abstinenztherapien zur Behandlung und Entgiftung ausgerichtet war (Bergeron 1999).

Bereits vor 1993 hatten einige wenige Allgemeinmediziner illegal „Ersatzdrogen“ verschrieben, zudem gab es ein erstes „Methadon-Modellprojekt“, von dem allerdings nur 52 Patienten profitierten konnten (Carpentier 1994). Ab 1995 wurde dann die Verschreibungspraxis liberalisiert und Netzwerke von Allgemeinmedizinern, Krankenhaus-Aufnahmeteams und Substitutionsprogrammen etabliert. Opiatkonsumenten und -konsumentinnen können mittlerweile an einem Substitutions-

programm teilnehmen, ohne sich deswegen einem zu strengen medizinischen Reglement unterwerfen zu müssen. Nach Angaben des *Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies* (OFDT)¹¹ wurden 2007 in Frankreich etwa 84.000 Drogenabhängige mit Subutex[®] und 29.000 mit Methadon versorgt (für die Entwicklung der Substitution und anderer Formen der Risikominderung in Frankreich siehe Emanuelli 2001, 2003).

Diese Maßnahmen haben dazu beigetragen, die Distanz zwischen dem Hilfesystem und den am meisten präkarisierten Konsumenten und Konsumentinnen zu reduzieren. Sowohl die Programme der Risikominderung als auch die Substitution waren insofern erfolgreich als sie maßgeblich zur Reduzierung der HIV-Infektionsrate bei Drogenkonsumenten und der Drogenmortalität beigetragen haben (Emanuelli et al. 2003). Allerdings scheinen diejenigen am stärksten von den angebotenen Maßnahmen zu profitieren, die zumindest teilweise ihre sozialen Netzwerke und den Zugang zu den Ressourcen und das Know-how innerhalb der gewöhnlichen sozialen Welt behalten haben.

Das von Ärzten und Ärztinnen verschriebene und von der Krankenkasse bezahlte Subutex[®] hat aber zu einer Änderung der Situation der Straßenszene geführt. Auch diejenigen, die nicht legal in den Besitz von Subutex[®] kommen, weil sie z. B. keine Aufenthaltsgenehmigung haben, können dennoch davon profitieren, da häufig auch eine Verschreibung auf Privatrezept erfolgt und sich zudem mittlerweile auch ein eigener illegaler Markt für Substitutionsmittel etabliert hat. Dieser Zugang hat manchem ermöglicht, sich von der Beschaffungskriminalität und dessen Milieus zu entfernen (siehe Cadet-Taïrou/Bello 2004; Escots/Fahet 2004).

Gleichzeitig wird aber Subutex[®] auch als „normale“ Droge in der Drogenszene gehandelt und auch injiziert, woraus sich neue Gesundheitsprobleme ergeben haben (vgl. Guichard et al. 2003). Auch hat sich die anfängliche Erwartung der Substitutionsprogramme, als Übergang zur Abstinenz zu funktionieren, häufig nicht erfüllt, eben weil insbesondere in den prekären Straßenszenen der Vororte die Substitutionsmittel als eine vollwertige Droge in den Straßenkonsum eingegangen ist. Diejenigen, die nicht die finanziellen Mittel zum Kauf von Heroin haben oder nur auf Substanzen von schlechter Qualität zurückgreifen können, benutzen Subutex[®] häufig als injizierbare Drogen zur Überbrückung (Vidal-Trecau et al. 2001).

Ein Großteil der Drogenberatungsstellen ist nach wie vor „hochschwellig“ geblieben, und die an die Hilfe gestellten Bedingungen sind häufig gerade für Konsumenten und Konsumentinnen in sehr prekären Lebenslagen schwer umzusetzen. Dies gilt natürlich in noch stärkerem Maße für Einrichtungen der abstinenten Langzeittherapie. Nur die Maßnahmen der Risikominimierung und die „niedrigschwelligen“ Einrichtungen (Ruhezonen, in denen sie bedingungslos einen Kaffee trinken, duschen, ihre Wäsche waschen und zu verschiedenen Dienstangeboten der Alltagsbewältigung gelangen), die in kleiner Zahl in einigen besonders vom Dro-

genkonsum betroffenen Stadtvierteln geöffnet haben, sichern die Verbindung zu diesem Personenkreis.

8. Fazit

Es ist die Akzeptanz des spezifischen Lebensstils der Drogenkonsumenten und -konsumentinnen und ihrer Einbettung in die spezifischen sozialen Kontexte der Marginalisierung und Ausgrenzung, die diesen Kontakt zum Hilfesystem ermöglicht. Nur auf der Grundlage des Anknüpfens an die individuellen Erfahrungen und individuellen Funktionen des Drogenkonsums in den spezifischen sozialen Milieus können Interventionen und Hilfsangebote auf fruchtbaren Boden fallen. Allerdings bleibt die strukturelle Einbettung des Drogenkonsums in den prekarierten sozialen Kontext durch die individuumszentrierten Angebote unberührt. Eine wirksame Prävention muss in diesem Kontext eine strukturelle Grundlage haben, indem sie die Jugendlichen in diesem Stadtvierteln mit lebenswerten und Anerkennung stiftenden Alternativen zur Drogenszene versorgt.

Es handelt sich hier um das Verständnis der Art, wie die Konsumweisen und die Konsumkontexte in der individuellen Erfahrung und dem damit verbundenen Lebensstil ihren Platz gefunden haben. Ohne Berücksichtigung dieser Dimensionen – was in der Praxis der Kriminalisierung, aber auch bei verschiedenen Behandlungsformen des Drogenhilfe- und Gesundheitssystems, den Langzeittherapien und der „Therapieauflage“ strukturell angelegt ist – verbergen oder verstärken die Maßnahmen die vorhandenen Diskrepanzen nur.

Die Analyse dieser Bedingung ermöglicht es, die Herausforderungen an die Entwicklung politischer Maßnahmen zu ermessen: Auf der einen Seite ist die Strategie der verstärkten Kontrolle, der Repression und der Bewährungsaufgaben, auf der anderen Seite besteht die Möglichkeit, eine Politik der Beruhigung und der Anerkennung zu entwickeln und zu legitimieren, die die Personen aus der Spirale der Unsicherheit und Prekarität herausnimmt und ihnen eine andere Form der sozialen Existenz aufzeigt.

Anmerkungen

- 1 Beim intravenösen Konsum ist die wirksame Dosis deutlich niedriger als beim Rauchen oder Sniefen des Heroins.
- 2 Vgl. Bachmann/Coppel (1989) und McCoy (1999). Das Opium aus dem Libanon und der Türkei wurde in Marseille weiterverarbeitet und zu den Endverbraucherländern über verschiedene Mafianetze exportiert. Die ersten internen Versorgungskanäle auf französischem Territorium stammen von diesen Netzwerken in Marseille ab.
- 3 Dieser Trend bildet sich auch in allgemeinen Bevölkerungsumfragen zur Gesundheit ab (*Baromètre Santé*, vgl. Beck/Legleye 2003; Beck et al. 2006; OFDT 2002).

- 4 Frühere Berichte (z. T. in englischsprachigen Versionen) finden sich auf der Internetseite des *Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies* (OFDT): *Internetquelle*: [http://www.ofdt.fr/ofdtdev/li_ve/publi/tend.html].
- 5 In Frankreich wird statt Methadon, das in anderen europäischen Ländern und den USA zur Substitution eingesetzt wird, überwiegend Subutex® (Buprenorphin) verschrieben. Die Möglichkeit der Substitution, auch durch Allgemeinmediziner, ist in Frankreich seit 1996 möglich.
- 6 „Problematischer Drogenkonsum“ wird auf der europäischen Ebene gegenwärtig definiert als „intravenöser Drogenkonsum oder regelmäßiger Konsum von Opiaten, Amphetaminen oder Kokain im letzten Jahr“ gemessen für die Altersgruppe von 15-65 Jahre. Frühere Schätzungen sind mit den hier wiedergegebenen Zahlen nicht vergleichbar, da bis 2006 nur Opiatkonsum gemessen wurde und auch vorher bereits jeweils unterschiedliche Definitionen zugrunde gelegt wurden (vgl. Costes et al. 2009: 23).
- 7 Die im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung *Baromètre santé* 2005 errechneten Schätzungen kommen auf 50.000 Heroinkonsumenten und -konsumentinnen im letzten Jahr (OFDT 2009: *Drogues, Chiffres clés – 2ème édition*. *Internetquelle*: [<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dce09.pdf>]).
- 8 Für den Konsum am Arbeitsplatz siehe z. B. Fontaine (2006) und für den Gebrauch in den „privilegierten“ Vierteln siehe die Daten der Untersuchung von ESCAPD (Beck/Legleye/Spilka 2005a, 2005b), die den stärkeren Konsum in den privilegierten Vierteln im Vergleich zu den Arbeitervierteln erkennen lassen. Es handelt sich hier zwar hauptsächlich um Alkohol, Tabak und Cannabis, aber die Autoren der Studie übertragen die damit in Zusammenhang stehenden Entwicklungsprozesse und -bedingungen (Preis der Substanzen, Unterschiedliche Einflüsse der Repression, die Sicherung der Versorgungsnetze) automatisch auch auf die Entwicklungen für Kokain und Heroin in anderen Milieus.
- 9 Manche sprechen von „Epidemien“ (Parker 1998) im Sinn einer spezifischen Dynamik des Marktes und einer Zustimmungswelle in sozialen Netzwerken (Gruppe von Gleichgesinnten) für diese Konsumweise.
- 10 Die Prozesse der Integration als auch die sozialen Funktionen der Drogen sind spezifisch für das hier beschriebene Milieu und von den Prozessen und Bedingungen in anderen Milieus zu unterscheiden.
- 11 *Internetquelle*: [http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00028.xhtml].

Literatur

- Bachmann, Christian/Coppel, Anne, 1989: *Le dragon domestique. Deux siècles de relations étranges entre l'Occident et la drogue*. Paris: Albin Michel.
- Ballion, Robert, 1999: *Les conduites déviantes des lycéens dans les établissements classés en ZEP et dans les autres*. Paris: OFDT/CADIS. *Internetquelle*: [<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/zep.pdf>].
- Arènes, Jacques/Janvrin, Marie-Pierre/Baudier, François, 1998: *Baromètre Santé Jeunes 97/98*. Paris: CFES.
- Beck, François/Legleye, Stéphane, 2003: *Les adultes et les drogues en France: Niveaux d'usage et évolutions récentes (Tendances Nr. 30)*. Paris: OFDT. *Internetquelle*: [<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbj6.pdf>].
- Beck, François/Legleye, Stéphane/Spilka, Stanislas, 2004: *Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France – ESCAPAD 2003*. Paris: OFDT. *Internetquelle*: [<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxfbka.pdf>].

- Beck, François/Legleye, Stéphane/Spilka, Stanislas, 2005a: Les usages de drogues des adolescents parisiens: analyse de l'enquête ESCAPAD Paris 2004. Paris: OFDT. *Internetquelle*: [<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxfbk.pdf>].
- Beck, François/Legleye, Stéphane/Spilka, Stanislas, 2005b: Les consommations de drogues des jeunes franciliens: exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003. Paris: OFDT. *Internetquelle*: [<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxfbk4.pdf>].
- Beck, François/Legleye, Stéphane/Spilka, Stanislas, 2006: Les drogues à 17 ans. Évolutions, contextes d'usages et prises de risque. Résultats de l'enquête nationale ESCAPAD 2005 (Tendances Nr. 49). Paris: OFDT. *Internetquelle*: [<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbm9.pdf>].
- Beck, François/Legleye, Stéphane/Spilka, Stanislas/Briffault, Xavier/Gautier, Arnaud/Lambooy, Béatrice/Léon, Christophe/Wilquin, Jean-Louis, 2006: Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005. Exploitation des données du Baromètre santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte (Tendances Nr. 48). Paris: OFDT. *Internetquelle*: [<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbm5.pdf>].
- Bergeron, Henri, 1999: L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française. Paris: PUF.
- Boekhout van Solinge, Tim, 1996: Héroïne, cocaïne et le crack en France. Trafic, usage et politique. Amsterdam : CEDRO (Centrum voor Drugsonderzoek, Universiteit van Amsterdam).
- Bouhnik, Patricia, 1996: Consommateurs d'héroïne en milieu urbain défavorisé. Communication 62 : 241-256.
- Bouhnik, Patricia, 1998: Le système de vie des usagers de drogues dures. Essai d'ethno-sociologie compréhensive. Revista Toxicodependencias 4/3: 49-56.
- Bouhnik, Patricia, 2007: Toxicos. Le goût et la peine. Paris : La Découverte.
- Bouhnik, Patricia/Touzé, Sylviane, 2001: Précarisation et consommation de drogues illicites: l'amplification des prises de risques à l'ère de la substitution. S. 395-413 in: Joubert, M./ Chauvin, P./Facy, F./Ringa, V. (Hrsg.), Précarisation, risques et santé. Paris : Éditions INSERM
- Cadet-Taïrou, Agnès/Bello, Pierre-Yves, 2004: Buprénorphine, traitement, mésusage et pratique de prescription. S. 68-80 in: Lopez, D. (Hrsg.), 2004 National Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point, France. New Development, Trends and In-depth Information on Selected Issues. Paris: OFDT. *Internetquelle*: [<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efnxofkb.pdf>].
- Cadet-Taïrou, Agnès/Gandilhon, Michel/Toufik, Abdalla/Evrard, Isabelle, 2008: Huitième rapport national du dispositif TREND. Phénomènes marquants 2006 et premières observations 2007 du dispositif Tendances Récentes et Nouvelles Drogues (Tendances 58). Paris: OFDT. *Internetquelle (englischsprachige Version)*: [<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftaaco1.pdf>].
- Carnwath, Tom/Smith, Ian, 2002: Heroin Century. London: Routledge.
- Carpentier, Jean, 1994: La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale. Paris: Ellipses.
- Castel, Robert, 2007: La discrimination négative. Citoyens ou indigènes? Paris: Seuil.
- Chast, François, 2002: Les stupéfiants en France: La conscience (1845) du vice (1916) et de la vertu (1999). In: Willi-Hangartner, R./Zerobin, C. (Hrsg.), Actes du 35ème Congrès international d'histoire de la pharmacie, Lucerne, 19.-22. Septembre 2002. Liebefeld, CH: Schweizerischer Apothekerverband. *Internetquelle*: [http://www.cfs-cls.cz/Files/nastenka/page_3024/Version1/Les%20stupefiants%20en%20France.pdf].

- Choquet, Marie/Ledoux, Sylvie, 1994: Adolescents: enquête nationale. Paris: Éditions INSERM.
- Costes, Jean-Michel/Vaissade, Laure/Colasante, Emanuella/Palle, Christophe/Legleye, Stéphane/Janssen, Eric/Toufik, Abdalla/Cadet-Taïrou, Agnès, 2009: Prévalence de l'usage problématique de drogues en France – Estimations 2006. (Focus – Consommations et conséquences). Paris: OFDT. *Internetquelle*: [<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxjcp6.pdf>].
- de Peretti, Christine/Leselbaum, Nelly, 1999, Les lycéens parisiens et les substances psychoactives: évolutions (Forschungsbericht). Paris : OFDT. *Internetquelle* : [<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/lyceens.pdf>].
- Deschamps, Catherine, 2006a: Le sexe et l'argent des trottoirs. Paris: Hachette.
- Deschamps, Catherine, 2006b: Évolution des liens entre prostitution et drogues en France. SWAPS 42. *Internetquelle* : [http://www.pistes.fr/swaps/42_34.htm].
- Dubet, François, 1992: Les deux drogues. S. 99-111 in: Ehrenberg, A./Mignon, P. (Hrsg.), Drogues, politique et société. Paris: Édition Descartes.
- Duprez, Dominique/Kokoreff, Michel, 2000: Les mondes de la drogue. Paris : Éditions Odile Jacob.
- Emmanuelli, Julien, 2001: Programme d'échanges de seringues et réduction des risques chez les usagers de drogues dans le monde développé: état des lieux et mise en perspective (Documents du Cesames Nr. 8). Paris: Cesames.
- Emmanuelli, Julien, 2003: Tendances en matière de réduction des risques sanitaires chez les usagers de drogues par voie intraveineuse de 1996 à 2003. *Internetquelle*: [http://www.invs.sante.fr/publications/2005/snmi/pdf/usagers_drogues.pdf].
- Emmanuelli, Julien/Jauffret-Roustide, Marie/Barin, Francis, 2003: Épidémiologie du VHC chez les usagers de drogues, France, 1993-2002. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 16-17: 97-99. *Internetquelle*: [http://www.invs.sante.fr/beh/2003/16_17/beh_16_17_2003.pdf].
- Escots, Serge/Fahet, George, 2004: Usage non substitutif de la buprénorphine haut dosage, investigation menée en France, en 2002-2003 (Forschungsbericht). Paris: ORSMIP/OFTD. *Internetquelle*: [<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/044000607/0000.pdf>].
- Etilé, Fabrice, 2004: Politiques publiques des drogues et modèles de dépendance. Revue économique 55/4 : 715-244.
- Fernandez, Fabrice, 2006: La mise en scène des émotions à la croisée des mondes de la drogue et de la prison: postures interactives et tactique de survie. Face à Face. Regards sur la santé 8: «Émotions, corps et santé: une politique de l'émotion ?»: 76-84.
- Fernandez, Fabrice, 2007: Usages et usagers de drogues dans les mondes de l'errance urbaine et de la prison: une «expérience totale»? (Thèse de doctorat de sociologie). Toulouse: Université de Toulouse.
- Fontaine, Astrid, 2006: Double vie: les drogues et le travail. Paris: Les empêcheurs de penser en rond.
- Frigon, Sylvie, 1989: Femmes et héroïne: bilan des connaissances. Limites et perspectives nouvelles. Criminologie 22/1: 85-109.
- Guichard, Anne/Lert, France/Calderon, Christine/Gaigi, Hind/Maguet, Olivier/Soletti, Jérôme/Brodeur, Jean-Marc/Richard, Lucie/Benigeri, Mike/Zunzunegui, Maria-Victoria, 2003: Illicit Drug Use and Injection Practices among Drug Users on Methadone and Buprenorphine Maintenance Treatment in France. Addiction 98: 1585-1597.

- Hibell, Björn/Guttormsson, Ulf/Ahlström, Salme/Balakireva, Olga/Bjarnason, Thoroddur/ Kokkevi, Anna/Kraus, Ludwig, 2009: The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs. *Internetquelle*: [http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL_091006.pdf].
- Jamoule, Pascale, 2000: Drogues de rue. Récits et styles de vie. Bruxelles: De Boeck.
- Legleye, Stéphane/Spilka, Stanislas/Le Nézet, Olivier/Laffiteau, Cécile, 2009: Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008. *Internetquelle*: [<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxstp6.pdf>].
- McCoy, Alfred. W., 1999: Marseille sur héroïne. Paris: Esprit Frappeur.
- Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), 2000, 2004, 2005: Tendances récentes (Rapport TREND). Paris: OFDT. *Internetquelle*: [<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports.html>].
- Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), 2002: Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances. Paris: OFDT. *Internetquelle* (englischsprachige Version): [<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/english-tab/engpubli/dds.html>].
- Paperman, Patricia/Laugier, Sandra (Hrsg.), 2006: Le souci des autres. Éthique et politique du « care ». Paris: Éditions de l'EHESS.
- Parker, Howard, 1998: Épidémies d'héroïne, carrières et réponses publiques au Royaume-Uni. 1980-1998. Les Cahiers de la Sécurité Intérieure 32: 47-61.
- Retaillaud-Bajac, Emmanuelle, 2001: Du haschichin au drogué: constances et mutations de la sociologie des usagers de stupéfiants (1916-1939). Le Mouvement social 197: 83-104.
- Simmat-Durand, Laurence, 2002: Grossesse et drogues illicites. Déviance et Société 26/1: 105-126.
- Toufik, Abdalla, 1999: La diffusion de l'injection intraveineuse de l'héroïne en France (Tendances Nr. 5). Paris: OFDT. *Internetquelle* : [<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/tend5.pdf>].
- Vidal-Trecan, Gwenaëlle/Nabet, Norbert/Couzigou, Carine/Blanchon, Thierry/Boissonnas, Alain/Varescon, Isabelle, 2001: Usagers de drogues injectables et buprénorphine haut dosage. Analyse des déviations de son utilisation. Paris: OFDT. *Internetquelle*: [<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/subutex.pdf>].
- Yvrel, Jean-Jacques, 1990: Drogues et drogués en France de 1800 à 1920 (Thèse de doctorat, Histoire, Université de Paris 7). Paris.
- Yvrel, Jean-Jacques, 1992: Les poisons de l'esprit, drogues et drogués au XIX^e siècle. Paris: Quai Voltaire.
- Yvrel, Jean-Jacques, 2004: L'héroïne et le pantopon. Deux drogues sans danger. Ethnologie française 99/3 : 481-484.
- Yvrel, Jean-Jacques, 2005: L'affaire B. (1916): Genèse du «problème» de l'opium en France. Les Cahiers de la sécurité 59: 193-206.

Heroin and Precarity in France, 1990-2000***Abstract***

Having traced the context and the history of the development of the consumption of heroin in France and presented the results of the main general population surveys, the article concentrates on the connexion in France, from the end of the 1980s, between activity related to heroin (sale, use) and the deprivation and precariousness which characterised many quarters of the large cities, particularly the suburbs. A residual and devastating phenomenon, the consumption of opiates can be seen as an epidemic, transferred from one person to another through the networks of the informal economy. The role of social networks and the impact of criminal justice sanctions have contributed progressively to lifestyles being fixed around these activities, which both provide a stable framework (groups consuming the drugs and those protecting and facilitating resale) and one which is vulnerable (taking risks, contamination, negative discrimination, criminalisation). Analysis of the trends and the evolution towards polyconsumption of different drugs allows us to see the links between these lifestyles (taking similar risks, diversion by substitution, becoming less sociable). Public policies seem to have difficulties in integrating these parameters into a coherent overall policy to help such people (keep them within civil society, information about rights, meeting needs).

Patricia Bouhnik

*Université de Picardie Jules Verne
Chemin Thil
80000 Amiens
France*

patricia.bouhnik@wanadoo.fr