



emcdda.europa.eu

Cocaine and 'base/crack' cocaine

EMCDDA 2001 selected issue

In EMCDDA 2001 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union

Ausgewählte Themen

In diesem Kapitel werden drei spezifische Themen im Zusammenhang mit dem Drogenproblem in Europa beleuchtet: Kokain und „Base/Crack“, Infektionskrankheiten und synthetische Drogen.

Kokain und „Base/Crack“

In der EU wächst die Besorgnis über den zunehmenden Kokainkonsum. Allerdings ist ein Nachweis der aktuellen Tendenzen beim Kokainkonsum und ihren Folgen in der gesamten EU schwierig. Erstens spiegeln sich in den nationalen Daten aus Erhebungen oder Therapiezentren keine Änderungen in der Prävalenz, in bestimmten Städten auftretende Probleme oder Änderungen, die auf ein bestimmtes soziales Milieu beschränkt sind, wider. Zweitens basieren die gegenwärtigen Daten über den Kokainkonsum häufig nicht auf eindeutigen, wissenschaftlichen Definitionen – beispielsweise wird in den Informationssystemen nur selten zwischen „Base/Crack“ und Kokainhydrochlorid oder zwischen den verschiedenen „Base/Crack“-Zubereitungen unterschieden. Aus diesen unterschiedlichen Formen des Kokains ergeben sich unterschiedliche Markteigenschaften, unterschiedliche Konsummuster und unterschiedliche Probleme, die genau analysiert werden müssen, damit die Politiken und Maßnahmen zur Reduzierung der Nachfrage effektiv gestaltet werden können.

Prävalenz, Muster und Probleme

Prävalenz

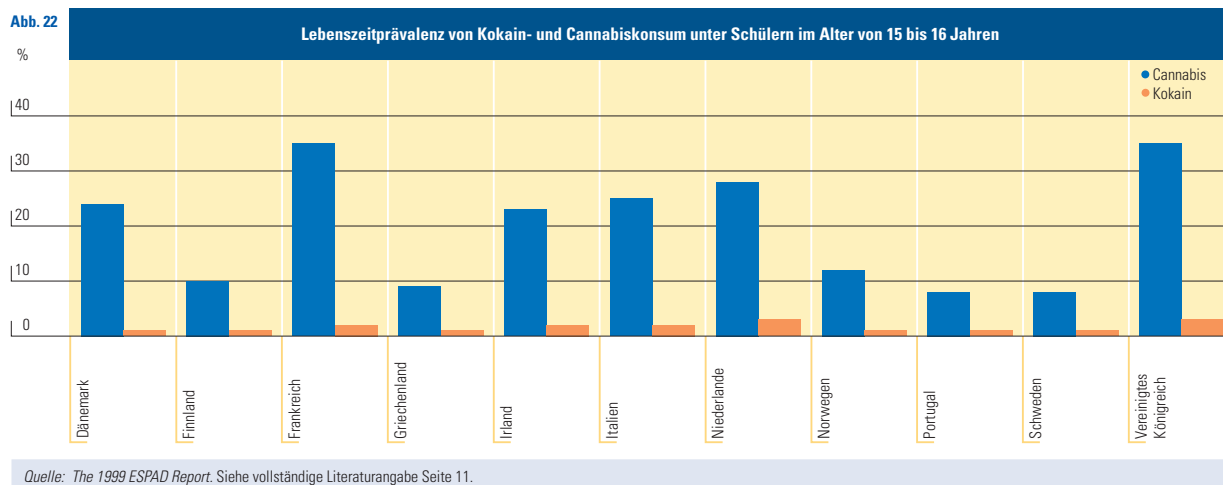
Weder die Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung noch die Schülerbefragungen lassen einen allgemeinen Anstieg des Kokainkonsums in der EU erkennen. Nur im Vereinigten Königreich wurde der Anstieg der Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums unter jungen Erwachsenen im Alter von 16 bis 29 Jahren bestätigt. Nach Berichten des italienischen nationalen Knotenpunktes hat die Auswertung verschiedener Quellen in Italien ergeben,

Was ist Kokain und Crack?

Kokain ist eine Stimulanzdroge, die aus den Blättern des Erythroxylon-Kokastrauchs gewonnen wird und Mitte des 19. Jahrhunderts zur Behandlung einer Vielzahl von Krankheiten eingesetzt wurde. Die chemische Bezeichnung der aufbereiteten Droge ist Kokainhydrochlorid, und sie wird „auf der Straße“ in der Regel als Kristallpulver verkauft und ist dort unter verschiedenen Bezeichnungen wie „Koks“, „Schnee“ und „Charlie“ bekannt. Kokain wird allgemein intranasal konsumiert und relativ selten in Wasser aufgelöst und injiziert.

„Base/Crack“ ist ein Straßenname für Kokain, das zum Konsum durch Rauchen oder Einatmen der Dämpfe aufbereitet wurde, damit es eine sofortige und intensive Wirkung entfalten kann. Für die Herstellung von „Base/Crack“ gibt es mindestens drei Verfahren (1). Bei einem Verfahren entsteht ein reines Produkt – durch Hinzufügen von heißem Wasser und Ammoniak oder Natriumbikarbonat und Abziehen der überschüssigen Flüssigkeitsschicht, die die Verdünnungsmittel enthält. Bei einem anderen Verfahren, bei dem Kokainpaste und Natriumbikarbonat in der Mikrowelle erhitzt werden, ist die Kokainkonzentration geringer, und sämtliche Lösungsmittel verbleiben im Endprodukt.

Kokain und „Base/Crack“ werden gewöhnlich nach ihrem Aussehen und ihrer Reinheit unterschieden, was jedoch dadurch erschwert wird, dass „Base/Crack“ mitunter ähnlich aussieht wie Kokainhydrochlorid.



dass der Kokainkonsum an zweiter Stelle hinter Cannabis steht und höher ist als der Amphetamin- bzw. Ecstasy-Konsum.

Eine im Jahr 1999 an europäischen Schulen durchgeführte Erhebung hat ergeben, dass die Lebenszeitprävalenz von Kokain unter Schülern im Alter von 15 und 16 Jahren (experimentierender Kokainkonsum) immer noch niedrig und erheblich niedriger als bei Cannabis ist. Alle an der Erhebung beteiligten Mitgliedstaaten gaben an, dass die Beschaffbarkeit von Kokain deutlich schwieriger ist als bei Ecstasy, obwohl es substantielle Abweichungen zwischen den einzelnen Ländern gab. Die Frage, ob Kokain einfach zu beschaffen sei, bejahten in der Altersgruppe der 15- bis 16-Jährigen 21 % in Irland bzw. 20 % im Vereinigten Königreich, jedoch nur 6 % in Finnland. In allen befragten EU-Ländern wurde die Beschaffbarkeit von Kokain durchweg als schwieriger eingestuft als in der gleichen Altersgruppe in den Vereinigten Staaten (2). Der Konsum von Kokain wird von sehr vielen Schülern missbilligt und stößt in allen an der Erhebung beteiligten Ländern auf eine ähnlich starke Ablehnung, die etwa genauso stark ausgeprägt ist wie für Heroin.

Muster

Obwohl sich in der Allgemeinbevölkerung auf nationaler Ebene keine dramatischen Veränderungen ereignet haben, ist der Kokainkonsum in bestimmten gesellschaftlichen Gruppierungen deutlich gestiegen. Die bisherigen Untersuchungen über Kokainkonsumenten zeigen, dass es eine klare Trennlinie zwischen Freizeitkonsumenten von Kokainpulver (Hydrochlorid) und problematischen „Base/Crack“-Konsumenten und injizierenden Kokainkonsumenten gibt. Eine große Vielfalt an Freizeitkonsummustern für Kokainpulver findet sich in gesellschaftlichen Gruppierungen, die Nachtclubs und Tanzveranstaltungen besuchen und dort Kokainpulver konsumieren, weil es in diesen Kreisen so üblich ist, und aus Zweckmäßigkeitsgründen. Diese Freizeitkonsumenten unterscheiden sich

eindeutig von Randgruppen wie obdachlosen Jugendlichen, Angehörigen des Sex-Gewerbes und problematischen Heroinkonsumenten in bestimmten Stadtbezirken, die „Base/Crack“ rauchen oder Kokain gemischt mit Heroin injizieren. Es besteht jedoch die Gefahr, dass die Trennlinie zwischen Kokainpulver und „Base/Crack“ durch die neue Tendenz des Kokainrauchens in Freizeiteinrichtungen und im Nachtleben und durch aktuelle Veränderungen auf dem Markt zunehmend verschwimmt. Erstens berichten fünf Mitgliedstaaten – Frankreich, Griechenland, Italien, die Niederlande, und das Vereinigte Königreich – über eine neue Tendenz des Mischens von „Base/Crack“ mit Tabak zu einem „Joint“, der geraucht wird. Zweitens wird von gerichtsmedizinischen Dienststellen berichtet, dass „Base/Crack“ mitunter ähnlich aussieht wie Kokainpulver (Hydrochlorid), wodurch der Polizei und unerfahrenen Konsumenten die Unterscheidung erschwert wird (8). Drittens gibt es im Vereinigten Königreich Anzeichen dafür, dass rauchbares „Base/Crack“-Kokain verändert und unter neuen Bezeichnungen wie „Rock“ und „Stone“ auf den Markt gebracht wird, wobei diese Bezeichnungen dazu dienen, zum Rauchen aufbereitetes Kokain von „Base/Crack“ zu unterscheiden und sein Image zu heben und in die Nähe von Kokainpulver zu rücken (4).

Die Lebenszweiterfahrung im Umgang mit Kokain ist in Bevölkerungsgruppen, die bereits weitgehende Erfahrung mit dem Konsum anderer Drogen haben, wesentlich höher als bei jungen Erwachsenen aus der Gesamtbevölkerung. Tabelle 3 (*Lebenszeitprävalenz von Kokain in Zielgruppenerhebungen*) veranschaulicht den erheblichen Unterschied zwischen der relativ hohen Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums unter jugendlichen „Tanzlokal-/Club-Besuchern“ und den wesentlich niedrigeren Raten unter jungen Erwachsenen aus der Allgemeinbevölkerung. Die relativ hohen Kosten von Kokain in Verbindung mit seiner kurz anhaltenden Wirkung wirken sich mäßigend auf den regelmäßigen Konsum in

Tabelle 3

Land	Lebenszeitprävalenz (LZP) von Kokain in Zielgruppenerhebungen verglichen mit Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung					
	Clubber			Junge Erwachsene aus der Allgemeinbevölkerung		
	% LZP	Größe der Stichprobe	(Jahr) und Quelle	% LZP	Größe der Stichprobe	Jahr und Altersbandbreite
Belgien	45	154	(1998) Rock Festival, Französischsprachige Gemeinschaft	–	–	–
Dänemark	–	–	–	3,1	14 228	2000 16-34 J.
Finnland	–	–	–	1,2	2 568	1998 15-34 J.
Frankreich	56	896	(1999) Techno-Rave-Partys, Médecins Du Monde	1,9	2 003	1999 15-34 J.
Deutschland Ehem. West	–	–	–	2,2	6 380	1997 18-39 J.
Deutschland Ehem. Ost	–	–	–	0,4	1 620	1997 18-39 J.
Niederlande	48	456	(1998) Amsterdam-Clubbers-Fragebogen (23 % Antworten)	3,7	22 000	1997/98 15-34 J.
Österreich	42	50	(1999) Österreichische Raver	–	–	–
Spanien	–	–	–	4,8	12 488	1999 15-34 J.
Vereinigtes Königreich	62	517	(1997) Release drugs and dance ⁽¹⁾	6,4	10 293	1998 16-34 J.
	18 Crack					
	50	100	(1999) Clubber in Liverpool ⁽²⁾			
Nordirland	45	106	(2000) Ecstasy-Konsumenten in Nordirland			

⁽¹⁾ Release, *Release Dance and Drugs Survey: an insight into the culture*, London 1997.

⁽²⁾ Henderson, S., *Protecting and Promoting the Health of Club-goers in Liverpool. An information campaign evaluation and Market Research Project 1999-2000*, 2000.

Quellen: Nationale Knotenpunkte und Literaturangaben wie unten angegeben.

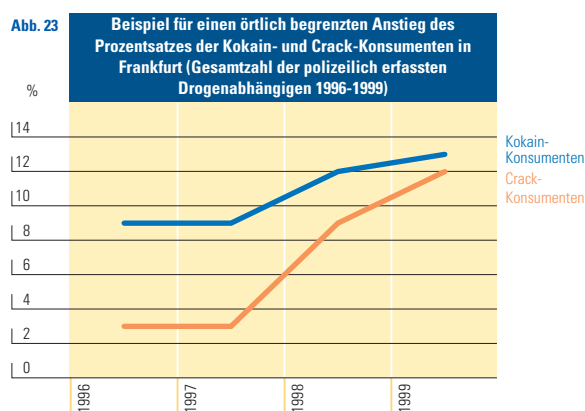
der Freizeit aus, und ein höheres Einkommen kann für den regelmäßigen Konsum ein wesentlicher Faktor sein. In Nachtclubs wurde beobachtet, dass manche Besucher, die Kokain genommen haben, wesentlich mehr Alkohol als gewöhnlich trinken. Kokain macht den Menschen geselliger und mildert die unerwünschten Wirkungen des Alkohols ab.

Probleme

Im Zeitraum von 1994 bis 1999 ist die Zahl der Konsumenten, die wegen Problemen im Zusammenhang mit Kokain als Hauptdroge eine Therapie beantragt haben – gemessen an der Gesamtzahl der Abhängigen, die die Aufnahme in eine Therapie beantragt haben – in Spanien und in den Niederlanden erheblich gestiegen. Deutschland, Griechenland und Italien melden ebenfalls einen entsprechenden Anstieg von Therapien wegen Kokainkonsum, und Irland wies bis 1998 einen Anstieg aus ⁽²²⁾. Das Vereinigte Königreich sowie die französische und die flämische Sprachgemeinschaft Belgiens berichten ebenfalls über eine Zunahme. Da in der EU jedoch keinerlei vergleichbare Untersuchungen zu Kokainkonsumenten vorhanden sind, die sich in Behandlung begeben haben, kann der verhältnismäßige Anstieg von Personen, die wegen ihrer Kokainprobleme eine Therapie beantragen, entweder auf eine tatsächliche Zunahme der Kokainprobleme hindeuten oder aber die Folge der abnehmenden Zahl von Personen sein, die wegen ihrer Abhängigkeit von Opiaten Hilfe suchen, oder auch daraus resultie-

ren, dass ehemalige Opiatabhängige jetzt Kokain als Hauptdroge konsumieren. Die Einrichtung von Hilfsdiensten, die für Kokainkonsumenten zunehmend attraktiv sind, könnte die Behandlungszahlen ebenfalls beeinflussen. Einige Drogenbehandlungsdienste berichten, dass unter den Patienten, die wegen ihrer Heroinabhängigkeit behandelt werden, der Konsum von Kokain gestiegen ist, das vor allem als „Base/Crack“ geraucht oder intravenös mit Heroin injiziert wird.

Abbildung 23 veranschaulicht den örtlich begrenzten Anstieg der Zahl der „Base/Crack“-Konsumenten, der sich auf nationaler Ebene nicht widerspiegelt. In Frankfurt ist der prozentuale Anteil der Crack-Konsumenten unter den



Quelle: PPF, „Rauschgift und Kriminalität“, verschiedene Jahrgänge in L. Paoli, 2000.

⁽²²⁾ Abbildung 15 OL: Kokain: Entwicklung der Zahl neu zur Behandlung aufgenommener Patienten (nur Online-Fassung).

von der Polizei insgesamt registrierten Drogenabhängigen im Zeitraum von 1996 bis 1999 um das Vierfache gestiegen.

Von Gesundheitsdiensten und Kokainkonsumenten werden selten Todesfälle oder gesundheitliche Beschwerden als direkte Folge des Schnupfens von Kokainpulver gemeldet, und da Freizeitkonsumenten Kokain häufig in Verbindung mit großen Mengen von Alkohol oder anderen Drogen einnehmen, sind die Ursachen für negative Erfahrungen schwierig zu bestimmen. Luxemburg, die Niederlande und Italien melden jedoch einen Anstieg der Zahl der Drogentoten, und Spanien berichtet über eine steigende Zahl von Notfällen in Krankenhäusern, bei denen Kokain zusätzlich zu anderen Drogen eine Rolle spielt. Dieser Anstieg könnte aber auch auf ein geschärftes Bewusstsein des Krankenhauspersonals in der Notaufnahme über die potenzielle Rolle von Kokain zusätzlich zu anderen Drogen als Auslöser für Herz-Kreislaufstörungen zurückzuführen sein (4).

Bei Rauchern von „Base/Crack“ wurden erhebliche gesundheitliche, soziale und psychische Probleme festgestellt, insbesondere in Randgruppen wie problematischen Opiatkonsumenten, Obdachlosen und weiteren sozial benachteiligten Jugendlichen sowie bei Angehörigen des Sex-Gewerbes. Nicht geklärt ist jedoch, inwieweit diese Probleme eine direkte Folge des Konsums von Kokain in dieser Form oder der Häufigkeit oder Menge des Konsums oder bereits vorhandener sozialer/psychischer Probleme sowie Drogenprobleme sind.

Markt

Im Jahr 1999 ist die Zahl der Sicherstellungen von Kokain in Luxemburg und Schweden deutlich gestiegen, während Belgien, Dänemark und Österreich einen Rückgang meldeten. Die Verkaufspreise von Kokain reichten von 24 EUR pro Gramm bis 170 EUR, wobei der Preis in Städten wie Amsterdam und Frankfurt am niedrigsten und in Mitgliedstaaten wie Finnland und Schweden am höchsten war. Im Vereinigten Königreich und in Frankreich sind die Verkaufspreise gesunken, doch die Reinheit ist mit 55 bis 70 % bis Ende 1999 generell sehr hoch geblieben. Ende 1999 ist die Reinheit von Crack im Vereinigten Königreich im Durchschnitt erheblich zurückgegangen (10). Die Preisschwankungen zwischen den einzelnen geografischen Regionen der Mitgliedstaaten sind erheblich. Geringe Mengen von Kokain, in Grambruchteilen oder in Form von „Balls“ oder „Rocks“, gibt es in einigen Städten schon für weniger als 15 EUR, insbesondere in Städten mit einer offenen Drogenszene, wobei die Kokainkonzentrationen erheblich sinken können (z. B. Frankfurt, Mailand, Paris, London, Manchester und Liverpool). Die Verbreitung von Kokain erfolgt hauptsächlich im Freundes- und Bekanntenkreis, doch in einigen Städten wird mit Kokain in

Nachtlokalen und bestimmten Straßenvierteln offen gehandelt. Haustürgeschäfte und Zustelldienste wurden durch die Verbreitung von Mobiltelefonen erheblich vereinfacht, von deren Komfort und Schutz (d. h. Anonymität) die Händler profitieren (4)(5)(6)(7).

Eine Reihe von europäischen Städten (Amsterdam, Rotterdam, London, Liverpool, Manchester, Frankfurt, Mailand und Paris) melden eine höhere Verfügbarkeit von rauchfertig aufbereitetem Kokain („Base/Crack“), doch die Herstellungsverfahren (und die sich daraus ergebenden Kokainkonzentrationen, die bis zu 100 % reichen können) sind unterschiedlich und sorgen für Verwirrung in den Drogeninformationssystemen, und das Fehlen einer wissenschaftlichen Definition für Straßennamen wie „Crack“ und „Base“ wirft Probleme bei der Erarbeitung von Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen auf. Mitunter wird auf der Straße Kokain verkauft, das bereits mit Heroin gemischt ist.

Spanien, Belgien und die Niederlande gelten als wichtige Transitländer für Kokain aus Lateinamerika (insbesondere Kolumbien, Brasilien und Venezuela), das für die Märkte in der EU bestimmt ist. 1999 wurden Berichten zufolge in Spanien sechs Kokainlabors ausgehoben, was als Grund für den Anstieg der Großhandelspreise für Kokain in Spanien angesehen wurde.

Interventionsprojekte und neue Ansätze

Die EU hat auf den gestiegenen Kokain- und Crack-Konsum reagiert und im Bereich der Reduzierung der Nachfrage drei wesentliche Maßnahmen eingeleitet. In den 90er Jahren haben einige Städte spezielle Hilfsdienste eingerichtet, die sich mit den primär aus dem Kokainkonsum resultierenden Problemen befassen und sich um besonders gefährdete Gruppen kümmern, so z. B. die Jugendberatung und Jugendhilfe e. V. in Frankfurt und „Take Five“ in Rotterdam. Einige Mitgliedstaaten berichten über Anstrengungen zur Anpassung der vorhandenen Strukturen an die Bedürfnisse von problematischen Kokain- und Crack-Konsumenten. So werden beispielsweise in Frankreich und im Vereinigten Königreich von Fachkräften interdisziplinäre Strategien mit dem Ziel entwickelt, Informationen über die Bedürfnisse von Kokain- und Crack-Konsumenten zu sammeln und auszutauschen, um auf dieser Grundlage geeignete Schulungsangebote zu entwickeln und bestehende Modelle und Behandlungsdienste anzupassen, die dadurch auf die Bedürfnisse von Kokain- und Crack-Konsumenten wesentlich besser zugeschnitten sind. Drittens betonen einige Mitgliedstaaten die Notwendigkeit, sich mit der Strafbarkeit und den gesundheitlichen Folgen des Drogenmischkonsums allgemein intensiver auseinander zu setzen.

Ausgewählte Themen

Generell ist es schwierig, Daten über Maßnahmen bei Kokainproblemen aus dem privaten Sektor zu erhalten, jedoch dürfte dieser Sektor eine wichtige Rolle bei der Behandlung von problematischen Kokainkonsumenten aus höheren Einkommensschichten spielen.

Beispiele für Therapien wegen Kokainproblemen

In den Berichten der Mitgliedstaaten werden nur wenige therapeutische Maßnahmen beschrieben. Lediglich in den Berichten aus Deutschland und den Niederlanden werden spezifische Therapieansätze für Patienten mit Kokainproblemen geschildert.

In Frankfurt bietet die Jugendberatung und Jugendhilfe e. V. eine Therapie für Kokainabhängige an, die auf die individuellen Bedürfnisse jedes Patienten zugeschnitten ist. Die erste „Phase des Zusammenbruchs“, die gewöhnlich einige Tage dauert, findet entweder ambulant mit psychosozialer Unterstützung oder in Form einer Entgiftung in einem Krankenhaus statt. In der nächsten Phase ist der Patient sechs Wochen in stationärer Behandlung, wo er einen täglichen Behandlungsplan erhält und an Gruppen- und Einzelsitzungen teilnimmt. Die Rekonvaleszenzphase findet entweder in ambulanter oder stationärer Umgebung statt und zielt auf eine Wiederaufnahme oder Verbesserung der Kontakte und Beziehungen zur Familie, zu Verwandten oder Partnern.

In Rotterdam läuft seit 1996 das Behandlungsprogramm „Take Five“ für starke „Base/Crack“-Konsumenten. Das von kommunalen Gesundheitsdiensten betreute Programm funktioniert wie ein niedrigschwelliger Hilfsdienst. In der ersten Phase stellen Streetworker den Kontakt zu „Base/Crack“-Konsumenten an verschiedenen Orten her, z. B. an Drogenumschlagplätzen, in Drogenkonsumräumen oder Krisenzentren. In der zweiten Phase sucht der Patient eine so genannte „Time-out Location“ auf, die rund um die Uhr Unterstützung bietet und in der auf Anforderung ein praktischer Arzt und Psychologen anwesend sind. Ziel der dritten Phase ist die Stabilisierung der Gesundheit des Patienten und der Beginn der Rehabilitation. Aus Rotterdam wird berichtet, dass Akupunktur zur Entspannung von den Patienten sehr gut angenommen wird.

Politische Aspekte

In der EU ist ein Markt für Freizeitdrogenkonsumenten höherer Einkommensklassen vorhanden, die sich entweder der fragwürdigen inhaltlichen Bestandteile von „Ecstasy“-Pillen und der damit verbundenen akuten und langfristigen gesundheitlichen Risiken bewusst sind oder von ihren bisherigen Erfahrungen mit MDMA und deren unangenehmen Nachwirkungen zu Anfang bis Mitte der Woche ernüchert sind. Untersuchungen zeigen, dass aus

Sicht der Freizeitkonsumenten Kokain als vorhersehbarer, vielseitiger und unaufdringlicher als Ecstasy gilt und die Nachwirkungen von Kokain als weniger gravierend oder unangenehm und kürzer als die Nachwirkungen von Ecstasy oder Amphetaminen empfunden werden (3).

Untersuchungen über Kokainkonsumenten zeigen klare soziale Unterschiede und streng voneinander getrennte Subkulturen zwischen den Konsumenten von Kokainpulver (Hydrochlorid) und Rauchern von „Base/Crack“ – doch die Trennlinien könnten sich im Zuge der jüngsten Veränderungen auf dem Markt und der neuen Tendenz des Rauchens von „Base/Crack“, das mit Tabak zu „Joints“ vermischt und in Freizeiteinrichtungen und in Clubs geraucht wird, zunehmend verwischen. Diese Veränderungen könnten das Tabu schwächen, mit dem das „Base/Crack“-Rauchen bislang belegt war und das eine informelle Barriere gegen die Ausbreitung von Crack in der Freizeitdrogenkultur darstellte. Aufgrund dieser Anzeichen für eine Aushöhlung dieser informellen sozialen Schranke gegen den Konsum von „Base/Crack“ erscheint die frühzeitige Einleitung von Gegenmaßnahmen umso dringender geboten.

Ein positives Image von Kokainpulver und vielleicht sogar auch von „Base/Crack“ als einem zweckdienlichen und prestigeträchtigen Mittel könnte in der EU bei Vorhandensein zahlreicher potenzieller Konsumenten zu einer Verbreitung des Kokainkonsums – einschließlich „Base/Crack“ – führen. An dieses Verbreitungspotenzial sollte mit Vorsicht herangegangen werden, da eine einseitige Nachrichtenverbreitung über „Base/Crack“ zum Entstehen von Mythen über den Kokainkonsum beitragen kann, wodurch die Aufmerksamkeit von andauernden Strukturproblemen in einigen innerstädtischen Gebieten abgelenkt werden könnte (9).

Quellen

(Berichte der Nationalen Knotenpunkte 2000)

1. The Forensic Science Service, *Drug Abuse Trends*, Nr. 9, Metropolitan Forensic Science Laboratory, London 1999.
2. *The 1999 ESPAD Report*, siehe vollständige Angaben Seite 11.
3. Boys, A. u. a., *Cocaine Trends: A Qualitative Study of Young People and Cocaine Use*, National Addiction Centre, London 2001.
4. Ghuran, A. und Nolan, J., *Recreational drug misuse: issues for the cardiologist Heart*, Bd. 83, 2000, S. 627-633.
5. Brain, K., Parker, H. und Bottomley, T., *Evolving Crack Cocaine Careers: New Users, Quitters and Long Term Combination Drug Users in NW England*, University of Manchester 1998.
6. Paoli, L., *Pilot Project to Describe and Analyse Local Drug Markets: First-year report to the EMCDDA*, Max-Planck-Institut, Freiburg 2000.
7. Blanken, P., Barendregt, C., Zuidmulder, L., „Retail level drug dealing in Rotterdam“, in *Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research*, Reihe *Wissenschaftliche Monografien der EBDD*, Nr. 4, 2000.
8. *Drug Abuse Trends*, Ausgabe 10 Neue Reihe Okt./Dez. 1999.
9. Hartman, D., Golub, A., „The Social Construction of the Crack Epidemic“, in *The Print Media Journal of Psychoactive Drugs*, Bd. 31 (4) 1999.
10. Home Office, *Statistical Bulletin*, 2000.