

Irmgard Eisenbach-Stangl
Arno Pilgram
Christine Reidl

Wiener Drogenpolitik 1970 bis 2005. Außen- und Innenansichten



*Wiener Drogenpolitik 1970 bis 2005.
Außen- und Innenansichten*

Wiener Drogenpolitik 1970 bis 2005. Außen- und Innenansichten

Irmgard Eisenbach-Stangl

Arno Pilgram

Christine Reidl

Die Studie wurde mit Unterstützung der Sucht- und Drogenkoordination Wien und der Kulturabteilung der Stadt Wien, Wissenschafts- und Forschungsförderung, durchgeführt.

Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung

Wien, 2008

© Europäisches Zentrum für Wohlfahrts politik und Sozialforschung,
2008

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Verlag:

Europäisches Zentrum für Wohlfahrts politik und Sozialforschung
Berggasse 17
A-1090 Wien, Österreich
Tel: 0043-1-319 45 05-0
Fax: 0043-1-319 45 05-19
E-Mail: ec@euro.centre.org
<http://www.euro.centre.org>

ISBN 978-3-902426-46-8

Umschlag: Barbara Waldschütz, Silvia Fässler
Lektorat und Satz: Willem Stamatiou

Druck: Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien

Danksagung

Wir möchten uns an dieser Stelle sehr herzlich bei allen bedanken, die uns bei der Arbeit an der vorliegenden Studie behilflich waren und uns mit Informationen und Unterlagen über Maßnahmen und Einrichtungen im Drogenbereich versorgt haben, die Statistiken für uns aufbereitet oder die sich für ein Interview zur Verfügung gestellt haben. Unter ihnen finden sich frühere und der amtierende Drogenkoordinator der Stadt Wien, Peter Hacker und Michael Dressel, die das Projekt auch in andere Weise maßgeblich unterstützten, wie Karin Schulze, die Leiterin der Stabstelle Dokumentation des Fonds Soziales Wien und ihre Stellvertreterin Gabriele Drunecky, die unsere Arbeit von Beginn an engagiert und kritisch begleiteten. Ein besonders wichtiger Gesprächspartner war der Drogenbeauftragte der Stadt Wien, Alexander David, mit dem wir das Projekt zu diskutieren begannen, noch bevor wir es in Angriff genommen haben. Und nicht zuletzt möchten wir uns bei Harald Spirig, den Geschäftsführer des Schweizer Hauses Hadersdorf bedanken, der das Manuskript vor Drucklegung genau und kritisch gelesen hat.

Inhaltsverzeichnis

Zum Geleit und Vorwort	11
Einleitung: Die Formierung lokaler Drogenpolitik	15
I. Die Formierung der Wiener Drogenpolitik und die Entwicklung ihres nationalen, drogenpolitischen Rahmens	21
Einleitung	21
1. Die Ausdifferenzierung des kommunalen Apparats	23
1.1. Die Behandlung und Betreuung.....	23
1.2. Die Prävention	47
1.3. Die Verwaltung	55
2. Der nationale drogenpolitische Rahmen	65
2.1. Die staatliche Gesetzgebung – Phasen der strafrechtlichen Drogenpolitik in Österreich	65
2.2. Die Rechtsanwendung	77
Die Polizei.....	78
Die Justiz.....	99
Der Strafvollzug.....	108
3. Initiativen Betroffener – Aktivitäten der „Zivilgesellschaft“	111
4. Der Konsum illegaler Drogen, die KonsumentInnen und die Drogenszene	117
5. Zusammenfassung: Phasen der Wiener Drogenpolitik	128
II. Die Wiener Drogenpolitik aus der Sicht ihrer AkteurInnen	139
Einleitung	139
1. Politik und Verwaltung.....	142
1.1. GemeinderätInnen.....	142
1.2. BezirksrätInnen	148
1.3. Die Drogenverwaltung.....	152
1.4. Zusammenfassung.....	158

2.	Behandlung, Betreuung und Prävention	159
2.1.	Professional aus Behandlung und Betreuung	159
2.2.	Professional aus der Prävention.....	189
2.3.	Zusammenfassung.....	196
3.	Sicherheitsexekutive, Justiz und Strafvollzug	199
3.1.	Polizei	199
3.2.	Justiz	208
3.3.	Strafvollzug.....	215
3.4.	Zusammenfassung.....	221
III.	Die Wiener Drogenpolitik aus der Sicht ihrer AdressatInnen	225
	Einleitung	225
1.	Die „Unauffälligen“	228
2.	Die „KlientInnen“	243
3.	Die „Kriminalisierten“	264
4.	Die Angehörigen	279
5.	Zusammenfassung.....	300
	Ausgewählte Schlussbetrachtungen: Die erfolgreiche Entfaltung der Wiener Drogenpolitik und ihre Grenzen	305
	Literatur.....	311
	Anhang: Leitfaden für ExpertInnen (Beratung, Betreuung)	321
	Publikationen des Europäischen Zentrums	325

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abb.1:	Substitution: Anzahl der Erstbehandelten von 1987 bis 2005.....	37
Abb.2:	Gesamtanzahl der Substitutionsbehandelten in Wien von 1996 bis 2005	37
Abb. 3:	SGG/SMG Anzeigen nach Verbrechen und Vergehen in Wien und Österreich, 1971-2005.....	88
Abb. 4:	Anzeigen (Personen) nach dem SGG/SMG, nach Substanzen, Wien, 1975-2005	90
Abb. 5:	Anzeigen (Personen) nach dem SGG/SMG, nach Substanzen, Österreich ohne Wien, 1975-2005	90
Abb. 6:	Erstanzeigen, Wien und Österreich ohne Wien, 1976-2005.....	92
Abb. 7:	Anteil Fremder an Tatverdächtigen nach SGG/SMG und StGB (und Nebengesetzen), Wien, 1975-2005	96
Abb. 8:	Anteil Fremder an Tatverdächtigen nach SGG/SMG und StGB (und Nebengesetzen), Österreich ohne Wien, 1975-2005	97
Abb. 9:	Anteil Jugendlicher an Tatverdächtigen nach SGG/SMG und StGB (und Nebengesetzen), Wien/Österreich ohne Wien, 1971-2005.....	98
Abb. 10:	Gerichtlich Verurteilte und Anteil verurteilter an polizeilich ermittelten Tätern nach SGG/SMG , Österreich, 1971-2005	103

Tabellen

Tab. 1:	Anteil der Anzeigen (Personen) nach dem SGG/SMG an allen Anzeigen nach dem StGB u. Nebengesetzen, und Anteil Wiens an allen Anzeigen nach SGG/SMG und StGB an allen Anzeigen in Österreich, 1961-2005	95
Tab. 2:	Anzeigenzurücklegungen/Verfahrenseinstellungen (§17 SGG / §§ 35/37 SMG), sonstige Verfahrenseinstellungen nach StPO und Verurteilungen nach SGG/SMG.....	104

Tab. 3:	Teil/unbedingte Freiheitsstrafen bei Verurteilungen nach SGG/SMG, Österreich, 1990-2001	106
Tab. 4:	Zumindest einmalige Erfahrungen mit Suchtmitteln in Wien, in Prozent der Befragten, Studien seit 1970	118
Tab. 5:	Der Anteil der WienerInnen, die „irgendwann einmal schon selbst eines der folgenden Mittel genommen haben“, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr, 1993-2005.....	119
Tab. 6:	Der Anteil der Wiener Männer und Frauen, die über Erfahrungen mit Hanfprodukten verfügen und das Geschlechterverhältnis, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr, 1993-2005.....	120
Tab. 7:	Der Anteil der mit Hanfprodukten Erfahrenen bei den WienerInnen, nach Alterskategorien, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr, 1993-2005	120

Zum Geleit

Sehr geehrte Damen und Herren! Liebe LeserInnen!

Die gesellschaftlich dominierende Vorstellung von Sucht- und Drogenkranken ist relativ simpel: Sozial isolierte, desintegrierte Personen mit einem großen Gesundheitsproblem, die sich vor allem im öffentlichen Raum aufhalten. Was sie brauchen, findet auch einen breitest möglichen Konsens: eine Vielzahl an Angeboten und Maßnahmen – von der Prävention und Aufklärung über Therapie bis zur Unterstützung zurück in den Job und damit in ein eigenständiges Leben. Dieser Ansatz, heute ebenso weit verbreitet wie das Verständnis von Sucht als Krankheit, ist richtig und notwendig, greift aber letztlich zu kurz.

Sucht und Drogen sind Gesundheits- und Sozialthemen. Sie werden intensiv und emotional diskutiert – und kaum jemand findet sich, die oder der nicht weiß, wie es besser ginge. Die vorliegende Studie lässt die bestimmenden AkteurInnen aus 35 Jahren der Wiener Drogenpolitik zu Wort kommen und zeigt eindrucksvoll, wie sich die Sichtweisen über die Jahre hinweg entwickelten. Kontroversielle Anschauungen werden plastisch, gleichzeitig wird die Kontinuität der Wiener Drogenpolitik deutlich.

Der Wiener Weg in der Sucht- und Drogenpolitik ist ein über die Jahre gewachsener und ständig in Verbesserung befindlicher Teil der Gesundheits- und Sozialpolitik der Stadt. Die vier Säulen des Wiener Drogenkonzepts – Prävention, Gesundheitsbezogene Maßnahmen, Soziale Maßnahmen/Integration in die Arbeitswelt und Sicherheit – sind heute aktueller denn je.

Klar ist aber: Eine vorausschauende Sucht- und Drogenpolitik erweitert ihren Fokus stetig. Nicht substanzgebundene Süchte sind heute weit verbreitet, auch beim Umgang mit Alkohol sind wir noch lange nicht dort, wo wir hinmüssen. Neben der Betreuung Betroffener braucht es einen Ansatz, der vor allem auf Prävention setzt, Suchtprävention, die gar nicht früh genug beginnen kann.

Ihre *Sonja Wehsely*
Wiener Gesundheits- und Sozialstadträtin

Vorwort

„Die ... Entwicklungsgeschichte der Wiener Drogenpolitik ist ohne Mühe als Erfolgsgeschichte einer regionalen Drogenpolitik in der Europäischen Union zu lesen, ...“ schreiben die AutorInnen. Auch wenn sich der gesellschaftliche Zugang zum Umgang mit Drogen – heute gesetzlich als „Suchtmittel“ definiert – in den letzten 35 Jahren stark gewandelt hat, bleibt es weiterhin eine enorme Herausforderung, den „richtigen“ Weg zu finden.

Wien hat diese Herausforderung angenommen und geht seit vielen Jahren den Weg eines integrativen Ansatzes. Therapeutische und soziale Maßnahmen für Betroffene stellen heute einen integrierten Bestandteil eines breiten medizinischen und sozialen Betreuungsangebotes unserer Stadt dar – DrogenkonsumentInnen und Drogenabhängige werden dabei unterstützt, nicht an den äußersten Rand der Gesellschaft gedrängt zu werden. Dies kann nur gelingen, wenn es eine ständige, lebendige Auseinandersetzung und Diskussion des Umgangs mit den Problemen und den erforderlichen Maßnahmen gibt.

Die vorliegende Darstellung der Geschichte der Wiener Drogenpolitik versucht nicht, einzelne Maßnahmen zu bewerten, sondern beschreibt die Hintergründe, Entwicklungen – und vor allem den Diskurs der Beteiligten: „Die Wirkungen drogenpolitischer Aktivitäten werden in dieser Studie also an den subjektiv beurteilten Erfolgen und Misserfolgen bei jenen gemessen, die in dieser Politik eine institutionelle Aufgabe übernommen haben – den ‚AkteurInnen der Drogenpolitik‘ und an die sie in letzter Instanz adressiert ist – ‚ihren AdressatInnen‘.“

Als seit vielen Jahren unmittelbar an diesem Gestaltungsprozess beteiligten Akteuren ist es uns ein besonderes Anliegen, die Erfahrungen und Erkenntnisse der letzten 35 Jahre zu nutzen, um den Weg weiter in Richtung Normalisierung und Entstigmatisierung des Umgangs mit Suchtkranken zu gehen.

Michael Dressel
Wiener Drogenkoordinator

Alexander David
Drogenbeauftragter der Stadt Wien

Einleitung: Die Formierung lokaler Drogenpolitik

Der Konsum und die KonsumentInnen illegaler Drogen und die internationale Drogenpolitik haben sich in den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts etwa zur gleichen Zeit grundlegend verändert: Die DrogenkonsumentInnen wurden jünger und gebildeter, Cannabis avancierte zur meistgebrauchten Substanz und der Schwerpunkt der Drogenpolitik verlagerte sich von der Kontrolle des Angebots auf jene der Nachfrage. Die Kontrolle der Nachfrage wurde vor allem als Kontrolle von Sucht konzipiert, eines Problems, dessen Ursprünge man in der individuellen Psyche verortete (Carstairs 2003). Das drogenpolitische Instrumentarium wurde dementsprechend ergänzt und ausgeweitet: Auf der einen Seite wurden die sozial ausschließenden, strafrechtlich-„repressiven“ Maßnahmen nun auch auf individuelle GebraucherInnen ausgerichtet (unter anderem wurde der Besitz von Drogen kriminalisiert), zum anderen wurden die Kontrollen erstmals durch sozial (wieder) einschließende – „integrative“ oder „assimilative“ (Knoblauch 1995) – Maßnahmen für (potentielle) DrogennutzerInnen angereichert: Im internationalen Abkommen von 1961, in der „Einheitskonvention“, werden als „praktische Maßnahmen zur Verhütung des Suchtgiftmissbrauchs ... Früherkennung, Behandlung, Aufklärung, Nachbehandlung und soziale Wiedereingliederung“ genannt (Art. 38, ESK). Durch die offizielle Einbeziehung integrativer Maßnahmen in die internationalen Drogenkontrollen wurde neben der nationalen Politik eine weitere Politikebene unmittelbar ins Spiel gebracht: Die lokale Politik – sei es auf regionaler Ebene, sei es auf der Ebene der Gemeinde –, die in den meisten europäischen Ländern für Gesundheit, Sozialhilfe und Bildung maßgeblich zuständig ist. Ob, und wenn ja, in welchem Ausmaß und mit welcher Ausrichtung die lokale Politik tatsächlich aktiv wird und wie sich ihr Zusammenspiel mit der nationalen Politik gestaltet, bleibt dabei offen. Es ist von einer großen Variationsbreite bei den lokaler Drogenpolitiken und ihrer Interaktion mit der jeweiligen nationalen Politik auszugehen.

Noch eine weitere Entwicklung hat das Gewicht der lokalen Politik bei Drogenfragen gestärkt: Die zunehmende Bedeutung der „supranationalen“ Drogenpolitik, in Europa vor allem jene der Europäischen Union. Die lokale Drogenpolitik muss sich in den ihr übergeordneten drogenpolitischen Rahmen einpassen, die nationale Drogenpolitik, die ihrerseits durch die internationalen Verträge und durch die Interaktion mit den internationalen Drogenkontrollbehörden bestimmt ist. In Eu-

ropa entstand im Laufe der letzten drei Jahrzehnte aber ein zweiter überstaatlicher Rahmen, der auf den nationalen zurückwirkt: 1971 bildete sich im Umfeld des Europarates die erste drogenpolitisch einflussreiche Gruppierung, die „Pompidou Group“. Nach ihrem Vorbild wurde im Umfeld der Europäischen Union 1989 „CELAD“ gegründet – das „European Committee to Combat Drugs“ – das eine bedeutende Rolle bei der Formierung der Drogenpolitik der EU spielte. Es regte unter anderem die Gründung der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) an, die 1993 erfolgte. Etwa seit dieser Zeit lässt sich von „europäischer Drogenpolitik“ sprechen: Sie ist an gemeinsamen Aktionsplänen ausgerichtet, durch die Jahresberichte der EBDD, der EDU (Europols Drug Unit, die zwischen 1995 und 1999 aktiv war) und später von EUROPOL (dem 1999 gegründeten European Police Office) informiert und durch diverse ExpertInnenkomitees gesteuert. Ein wichtiges und heftig umstrittenes Thema der europäischen Drogenpolitik ist die Harmonisierung der nationalen Drogengesetzgebung. Größere Einigkeit herrscht aber zumindest darüber, dass die „praktische Kooperation“ der Mitgliedsländer voran zu treiben sei (Solinge 2002).

Obwohl die europäische Drogenpolitik bisher wenig ausformuliert ist, so ist sie doch ein bedeutsames Thema für die Öffentlichkeit. Und wie etwa 100 Jahre zuvor in den Vereinigten Staaten, so scheint Drogenpolitik auch in Europa als Motor für die Entwicklung supranationaler Politik im Allgemeinen zu arbeiten (Platt, Labate 1976). Die öffentliche Bedeutung, die der europäischen Drogenpolitik zugemessen wird, führt unter anderem dazu, dass jene der nationalen Drogenpolitik verblasst. Doch kann die europäische Drogenpolitik die Lücken, die sie reißt, nicht füllen: Sie bleibt wenig greifbar, weil sie wenig ausformuliert ist und weil sie in unbekannten, supranationalen Gremien entschieden wird, wie dies auch in anderen europäischen Politikfeldern – etwa in der Alkoholpolitik – der Fall ist (Bergmark 2004, Olsson 2004). Sie wird möglicherweise auch schon wieder ungreifbarer, weil sie sich zunehmend mit anderen internationalen Politikfeldern vermengt: mit den internationalen Kooperationen der EU mit den Vereinigten Staaten und zuständigen Einheiten der UNO im Bereich der organisierten Kriminalität einerseits, mit der Handelspolitik der EU mit lateinamerikanischen Staaten andererseits (Solinge 2002, Carstairs 2004). Und so ist davon auszugehen, dass auch die zunehmende Ungreifbarkeit der Drogenpolitik auf nationaler und supranationaler Ebene dazu beiträgt, dass sich die Bedeutung und der Gestaltungsraum von lokalen drogenpolitischen Entscheidungen und Aktivitäten ausweiten. Was nicht per se von Nachteil ist: denn verbindliche europäische Richtlinien hätten heute sowohl in der Gesetzgebung, wie in der Behandlung in vielen Ländern und Regionen einen drogenpolitischen Rückschritt zur Folge – nicht zuletzt zeichnen sich gerade Österreich und insbesondere die Region Wien durch einen rationalen Umgang mit der Drogenfrage aus.

Die zunehmende Betonung der lokalen Ebene in der Drogenpolitik ist nicht zuletzt aber auch im Licht der allgemeinen Dezentralisierung der nationalstaatlichen (Sozial)Politik zu sehen, die in Europäischen Ländern in den späten 70er Jahren einsetzte und die in „multi-level governance“ resultiert: Die Dezentralisierung der nationalstaatlichen Politik – besser: ihr „Rescaling“ – ist unter anderem durch

die Absicht motiviert, soziale Dienstleistungen bedürfnisgerechter, effektiver und effizienter zu gestalten, sie wird aber auch durch nationalstaatliche Legitimationskrisen, regionale Autonomiebestrebungen und durch wirtschaftliche Probleme vorangetrieben (Melvyn 2006, Leichsenring 2007).

Auf lokaler Ebene betrachtet, kann die Ermächtigung die Entwicklung einer pragmatischeren, klientInnennäheren und bedürfnisgerechteren Drogenpolitik ermöglichen, doch ist sie auch als potentielle ökonomische und politische Bürde zu sehen: So stiegen mit den integrativen bzw. assimilativen drogenpolitischen Aufträgen an die lokale Politik die Ausgaben auf lokaler Ebene und so wuchs mit den erweiterten Gestaltungsmöglichkeiten der lokalen Politik die Dringlichkeit, mit der drogenpolitische Aktivitäten eingefordert werden können. Denn im Gegensatz zur supranationalen und teils auch zur nationalen Politik ist die lokale Politik mit sichtbaren Problemen in einem überschaubaren Gebiet konfrontiert und mit den Anliegen Betroffener, sie in erfahrbarer Zeit zu lösen oder zumindest erfolgreich zu bearbeiten. Wie es ein österreichischer Polizeibeamter in einem Interview formulierte: „Wir haben unsere Probleme am Schwedenplatz und am Karlsplatz, da kann uns Brüssel nicht helfen“. Und im Gegensatz zur supranationalen und teils auch zur nationalen Politik kann die lokale Politik an der Entwicklung dieser überblickbaren Probleme gemessen und (nicht zuletzt bei Wahlen) dafür verantwortlich gemacht werden: Drogenpolitische Erfolge können ihr dabei ebenso zugeschrieben werden, wie drogenpolitische Niederlagen und Versuche, die Versäumnisse anderer Politikebenen zu betonen – etwa mangelnde Unkostenbeiträge – mögen nicht immer gelingen.

Ganz allgemein besehen ist davon auszugehen, dass die wachsende Bedeutung der assimilativen Maßnahmen und - damit zusammenhängend – der lokalen Politikebene bei der Bearbeitung von Drogenfragen in den letzten Jahrzehnten dazu geführt hat, dass die drogenpolitischen Ansätze und Diskurse umfassender und vielfältiger geworden sind. Doch da die unterschiedlichen Maßnahmenbereiche voneinander abhängig sind – ineinander greifen und einander teils ergänzen – und die beteiligten Politikebenen über unterschiedliche Entscheidungskompetenzen und Ressourcen verfügen, ist auch davon auszugehen, dass die drogenpolitischen Fragmentierungen und Konflikte zugenommen haben, wie in deren Folge auch die Bemühungen, sie zu bewältigen: Der Aufbau lokaler Drogenverwaltungen, der in vielen europäischen Ländern zu beobachten ist, ist als eine wesentliche Antwort auf die neuen Probleme zu werten, die die „multi-level governance“ in Drogenfragen mit sich bringt.

Wir wollen uns in der Folge mit der Formierung einer lokalen Drogenpolitik in dem hier umrissenen Zeitraum befassen: Mit der Drogenpolitik in Wien seit Beginn der 70er Jahre, das ist der Zeitpunkt, zu dem die eingangs erwähnten grundlegenden Veränderungen des Drogenkonsums und der Drogenpolitik auch in Österreich zu beobachten sind, bis „heute“, das ist etwa das Jahr 2005. Im ersten Teil der Studie wird die Entwicklung der Wiener Drogenpolitik vor dem Hintergrund der österreichischen Drogenpolitik dargestellt, wobei die österreichische Drogenpolitik vor allem als – der lokalen Interpretation bedürftiger wie unter-

worfener – nationaler Rahmen interessiert, in dem die Drogenlegislative und die Drogenexekutive beheimatet sind, der die Möglichkeiten der lokalen Drogenpolitik einerseits begrenzt und der gleichzeitig auch in sie hineinwirkt. Anders ausgedrückt: an der österreichischen Drogenpolitik interessieren bei der vorliegenden Studie vorrangig jene Bereiche, die nicht in der lokalen Entscheidungskompetenz liegen, nämlich die Suchtmittelgesetzgebung und die polizeiliche Verfolgung und gerichtliche Verurteilung von Handlungen, die diesem Gesetz zuwiderlaufen. Auf der städtischen Ebene interessiert der – zeitlich betrachtet später in Angriff genommene – Auf- und Ausbau von assimilativen Maßnahmen, das sind vorrangig die Wiener Drogenhilfe und die spezielle Wiener Drogenadministration. Wie die nationale Drogenpolitik so ist auch die Wiener Drogenpolitik als Fragment zu betrachten, das sich – wie andere lokale Politiken – teils als Komplement, teils aber auch im Widerspruch zur ersteren entwickelt hat und das seinen „eigenen Charakter“ entwickelt hat, der sich vermutlich von anderen regionalen Drogenpolitiken in Österreich unterscheidet.

Im zweiten und dritten Teil der vorliegenden Studie über die Wiener Drogenpolitik beschäftigen uns das Zusammenspiel der genannten drogenpolitischen Organisationen auf der lokalen Ebene, aus der Sicht von unmittelbar Betroffenen. Hierfür haben wir zum einen 43 drogenpolitische „AkteurInnen“ der Wiener Drogenpolitik befragt: so haben wir Personen genannt, die im Laufe der Beobachtungsperiode hauptberuflich mit der Umsetzung lokal bestimmter Drogenpolitik befasst waren – wie der Drogenkoordinator, aber auch in Drogeneinrichtungen Tätige – oder die professionell die Umsetzung von international/ national bestimmter Drogenpolitik im Raum Wien betrieben – wie etwa auf Drogendelikte spezialisierte Sicherheitsbeamte oder Angehörige der Justiz. Viele der Befragten sind langfristig im Drogenbereich tätig gewesen oder darin bis heute tätig geblieben, es handelt sich bei unseren GesprächspartnerInnen um Schlüsselpersonen der „professionellen Wiener Drogenszene“. Bei den Interviews haben uns neben der allgemeinen Sicht der Wiener Drogenpolitik und der Beurteilung ihrer Entwicklung durch die „AkteurInnen“, vor allem die Interaktionen zwischen dem lokal bestimmten integrativen und dem national bestimmten repressiven Drogenbereich interessiert. Die Gespräche wurden nach Berufsgruppen analysiert und dargestellt.

Die zweite Gruppe von GesprächspartnerInnen bestand aus 46 DrogenkonsumentInnen und Angehörigen von DrogengebraucherInnen – aus „AdressatInnen“ der Wiener Drogenpolitik, wie wir sie genannt haben. Befragt wurden DrogenkonsumentInnen mit verschiedenen drogenpolitischen Erfahrungen: die erste Gruppe (die „Unauffälligen“) bestand aus Personen, die weder relevante Erfahrungen mit der Polizei und den Gerichten gemacht hatten, noch mit den speziellen Drogendiensten; die zweite Gruppe (die „KlientInnen“) umfasste Personen, die langjährige Erfahrungen mit der Drogenhilfe hatten – ob sie nun abstinent waren oder nicht –, in der dritten fassten wir Personen zusammen, die vorrangig mit den „repressiven“ Drogenmaßnahmen zu tun gehabt hatten oder noch haben – die „Kriminalisierten“. Die Angehörigen bildeten die vierte Gruppe von befragten AdressatInnen, bei ihnen wurde nochmals nach dem Grad ihrer drogenpolitischen Aktivitäten unterschieden: Ein Drittel war in Vereinen von Eltern von Drogenabhängigen tätig

(gewesen), ein weiteres nahm an professionell geleiteten Therapiegruppen für Angehörige Drogenabhängiger teil, das letzte Drittel war drogenpolitisch inaktiv. Auch die AdressatInnen wurden um ihre Meinung über die Wiener Drogenpolitik und deren Entwicklung gebeten, wie um die Schilderung ihrer Erfahrungen mit repressiven wie assimilativen drogenpolitischen Einrichtungen. Die Ergebnisse der Gespräche wurden nach den vier genannten Subgruppen analysiert und dargestellt, bei den Angehörigen wurde nochmals nach den drei Untergruppen unterschieden. Vorwegnehmend ist festzuhalten, dass der fragmentarische Charakter von Drogenpolitik bei den AdressatInnen am stärksten zum Ausdruck kommt: Sie sind als „Stammklientel“ eines/ „ihres“ Maßnahmenbereichs zu identifizieren, aufgrund der ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen aber auch aufgrund persönlicher Neigungen.

I. Die Formierung der Wiener Drogenpolitik und die Entwicklung ihres nationalen, drogenpolitischen Rahmens

Einleitung

Der erste Teil dieses Kapitels beschäftigt sich mit der Formierung der Wiener Drogenpolitik und ihrer weiteren Entwicklung, oder auch mit der „Ausdifferenzierung des kommunalen drogenpolitischen Apparates“. Grundlage für die Darstellung war die Sammlung und Analyse von vorhandenen Berichten und Statistiken. Im Wesentlichen handelte es sich um periodische Einrichtungsberichte, ferner auch um fallweise erscheinende Mehrjahresberichte und um historische Darstellungen in Festschriften und verwandten Publikationen, schließlich um einrichtungsübergreifende periodische Tätigkeitsberichte und um die „Drogenberichte“ verantwortlicher Stellen der Gemeinde. Bei gravierenden Informationslücken wurden telefonische und mündliche Erkundungen bei entsprechenden „DrogenexpertInnen“ durchgeführt. In die Darstellung gingen auch Passagen aus den Gesprächen mit den „AkteurInnen“ der Wiener Drogenpolitik ein, sofern sie schlichte Informationen enthielten, die aus dem vorhandenen schriftlichen Material nicht zu erschließen gewesen waren. Die „AkteurInnen“ interessierten in diesem Fall als „ExpertInnen“ und sie werden dementsprechend namentlich zitiert.

Die Darstellung der Entwicklung des kommunalen Apparates ist chronologisch aufgebaut: Am Beginn steht der Bereich der zeitlich besehen zuerst – seit Beginn der 70er Jahre – ausdifferenziert wurde, das ist die drogenspezifische Behandlung und Betreuung, oder auch die Wiener „Suchthilfe“ im engeren Sinn, wobei der Versuch unternommen wird, für deutlich abgrenzbare Zeitabschnitte typische oder auch „paradigmatische“ Einrichtungen zu benennen. Die spezielle städtische Drogenverwaltung beginnt sich erst rund 10 Jahre später zu formieren, sie wird erst dann etabliert, als die Suchthilfe bereits ausgebaut ist und als es zu heftigen Richtungskämpfen unter den DrogenbehandlerInnen kommt. Die Suchtprävention wird von der Drogenverwaltung aufgebaut, sie blieb bis heute eng mit ihr verwoben.

Der zweite Teil dieses Kapitels umreißt die Entwicklung des nationalen drogenpolitischen Rahmens anhand der Gesetzgebung, der Rechtsanwendung durch Sicherheitsexekutive und Justiz und der Veränderungen des Strafvollzugs für

DrogenräterInnen: Die Darstellung folgt in diesem Fall dem Prozess der drogenbezogenen Interventionen. Bei der Darstellung der Gesetzgebung wurde auf Gesetzesstexte, inklusive Entwürfe, Erläuterungen und Kommentare zurückgegriffen. Hier konnten auch Akten des Bundesministeriums für Justiz eingesehen werden, die über den Rechtsreformprozess, die Interaktion zwischen den Beteiligten und Interventionen (im Begutachtungsverfahren etc.) näheren Aufschluss zu geben vermochten. Für die beiden folgenden Abschnitte – die Darstellung der Rechtsanwendung durch Sicherheitsexekutive und Justiz – wurden Informationen bei den zuständigen Organisationseinheiten gesammelt, soweit es die Kapazitäten des Projekts erlaubten. Im Wesentlichen wurde deren Arbeit jedoch über Tätigkeitsstatistiken rekonstruiert. Durch eine Kombination von Daten aus polizeilichen und gerichtlichen Quellen wurde versucht, das Zusammenwirken beider „Kontrollinstanzen“ erkennbar zu machen. Zumindest die polizeiliche Kriminalstatistik (Suchtgifterichte) ermöglicht es auch, einigermaßen differenzierte vergleichende Analysen anzustellen, in denen die Praxis in Wien mit jener in anderen Bundesländern verglichen werden kann.

Die Darstellung der kommunalen Drogenpolitik und ihres nationalen drogenpolitischen Rahmens bliebe wohl unvollständig und abstrakt ohne Diskussion jenes Phänomens, das zu bewältigen sie entwickelt wurde: In einem dritten Abschnitt wird daher auf die Entwicklung des Drogenkonsums und der Drogenszenen in der Stadt eingegangen, so weit sie sich in den Ergebnissen von quantitativen und qualitativen wissenschaftlichen Studien abbilden, die seit Beginn der 70er Jahre durchgeführt wurden. Zusätzlich wurde eine Sekundäranalyse der im Rahmen der vorliegenden Studie durchgeföhrten Interviews mit „AdressatInnen“ der Wiener Drogenpolitik durchgeführt, in der diese als „ExpertInnen“ betrachtet werden, die über die Entwicklung des Drogenkonsums und der Drogenszenen in Wien „von innen“ informieren. Die Ergebnisse der Sekundäranalyse werden im dritten Abschnitt zusammengefasst.

DrogenkonsumentInnen und ihre Angehörigen sind jedoch nicht nur AdressatInnen der Drogenpolitik und ExpertInnen in Fragen des Drogenkonsums und der Drogenszenen, sie sind prinzipiell auch drogenpolitische AkteurInnen: Sie sind Betroffene, die nicht zuletzt aufgrund ihrer einschlägigen Erfahrungen versuchen können, auf die kommunale und nationale Drogenpolitik Einfluss zu nehmen. Der Versuch Einfluss zu nehmen wird allerdings auch von mittelbar Betroffenen (etwa AnrainerInnen von Drogeneinrichtungen) oder sich ganz allgemein betroffen führenden BürgerInnen unternommen. Und da auch diese drogenpolitisch bezogenen „zivilgesellschaftlichen“ Aktivitäten in Wien im Rahmen der vorliegenden Studie von Interesse sind – könnten sie doch helfen drogenpolitische Entwicklungen (besser) zu verstehen – werden sie in einem vierten Abschnitt zumindest skizziert: Eine genauere Analyse hätte den Rahmen gesprengt. In diesem Abschnitt wurde die Literaturrecherche durch eine Internetrecherche ergänzt.

Am Ende dieses ersten Kapitel werden die Grundzüge der kommunalen Drogenkonsum- und politikgeschichte und ihres nationalen drogenpolitischen Rahmens in einer (idealtypischen) Phaseologie zusammengefasst, die entlang zweier großer Merkmalsbereiche konstruiert wurde: Den vorrangigen drogenpolitischen

Maßnahmen auf städtischer und nationaler Ebene, unter Berücksichtigung ihrer Wirkungsmodi wie des Ausmaßes ihrer Durchsetzung einerseits und der Charakteristika der DrogenkonsumentInnen und ihrer Konsummuster inklusive der bevorzugten Substanzen andererseits. Die drogenpolitischen Phasen bildeten die Grundlage für die Auswahl der befragten AkteurInnen und AdressatInnen und für die Analyse der Gespräche mit ihnen, die Thema von Teil I und Teil II sind.

1. Die Ausdifferenzierung des kommunalen Apparats

1.1. Die Behandlung und Betreuung

Die Einrichtungen der Suchthilfe in Wien im Überblick, Phasen der Drogenbetreuung und -behandlung und ausgewählte Entwicklungen in „paradigmatischen“ Einrichtungen

Die Entwicklung der Suchthilfe in Wien, von ihren Anfängen bis zum Jahr 2005, wird in vier Abschnitten dargestellt: Der erste Abschnitt enthält eine Übersicht über die wichtigsten Einrichtungen, nach dem Zeitpunkt ihrer Tätigkeitsaufnahme geordnet und mit Anmerkungen zur Entfaltung ihres Angebotes versehen. In der Übersicht zeichnen sich Entwicklungsphasen ab, auf die im zweiten Abschnitt detaillierter eingegangen wird und die anhand von „paradigmatischen“ Einrichtungen charakterisiert werden. Die Entwicklungsphasen – so die Annahme – werden von unterschiedlichen Betreuungskonzepten gesteuert, die sich idealtypisch – „paradigmatisch“ – in einzelnen, in dieser Phase gegründeten Einrichtungen abzeichnen. Im dritten Abschnitt wird versucht über Phasen und Einrichtungen hinweg allgemeine Aussagen über die Entwicklung der KlientInnen des Wiener Drogenhilfesystems zu formulieren.

Die Entwicklung der Suchthilfeinrichtungen in Wien, vom Beginn bis 2005 – eine Übersicht

Gründung	Einrichtung und Träger
1967	Inoffizieller Arbeitsbeginn der „Drogenambulanz“ an der Universitätsklinik für Psychiatrie am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien, die klinisch und wissenschaftlich für die PatientInnengruppe der Drogenabhängigen zuständig wird. Ziel ist die Gründung einer Ambulanz. 1978 (Drogenambulanz AKH 1996) bzw. 1982 (Fischer et al. 1997) wird sie offiziell als Spezialambulanz etabliert. Seit 1978 werden stationäre Entzüge an der Allgemeinen Psychiatrie Intensivstation 4C der Universitätsklinik für Psychiatrie (Wagner, Presslich, Fischer, Kasper 1999) in enger Zusammenarbeit mit der Drogenambulanz durchgeführt. Heute gibt es zusätzliche Ambulanz-Schwerpunkte im Bereich Substitution und in der Betreuung schwangerer, opiatabhängiger Frauen und Mädchen. Träger: Stadt Wien und Bund

1970	Gründung der „Beratungsstelle für Drogengefährdete“, die bald darauf unter dem Namen „Club Change – Club für KonsumentInnen legaler und illegaler Drogen“ (Change o.J.) und später als „Change“ bekannt wird. Die Beratungsstelle übernimmt 1972 die Vor- und Nachbetreuung für die PatientInnen der ersten stationären Einrichtung in Wien (s.u.) und die Nachbetreuung von Haftentlassenen aus der Sonderanstalt Favoriten (Pernhaupt 1980). 1981 wird sie wieder eine allgemeine Beratungsstelle, deren Angebote laufend diversifiziert werden (Change o. J.). Träger: Verein für Bewährungshilfe und Soziale Arbeit, später Verein Neustart. Die Einrichtung hat ihre Arbeit mit 30.6.2005 eingestellt.
1971	Auf der Männerstation des Anton-Proksch-Institutes (API) werden erste stationäre Rehabilitationsversuche Drogenabhängiger durchgeführt. 1972 wird die Drogenstation etwas abseits der Hauptanstalt eröffnet (Pernhaupt 1980), sie übersiedelt 1980 nach Mödling (Burian o.J.). Heute gehören zur Drogenabteilung des API die Langzeittherapiestation in Mödling, eine Entzugs- und Kurzzeittherapiestation in Wien-Kalksburg, ambulante Betreuungs- und Beratungseinrichtungen in Wien, Niederösterreich und im Burgenland, stationäre und ambulante Nachbetreuungseinrichtungen, betreute Wohngemeinschaften (Half-Way-House) sowie der sozioökonomische Betrieb „garbage“ (API 2002). Träger: Anton Proksch Institut
1972	Aus Anlass der Novelle des Suchtgiftgesetzes 1971 (Einführung des § 9aSGG) kommt es zur Gründung einer „Beratungsstelle für Drogenabhängige“ in der Gesundheitsbehörde, MA 15, Referat für Psychohygiene. 1979 werden die gesundheitsbehördlichen und betreuerischen Aufgaben räumlich und organisatorisch getrennt: die Beratungsstelle wird umbenannt in „Zentralstelle für Suchtkrankenhilfe“ (Pernhaupt 1980) des Kuratoriums für Psychosoziale Dienste (Träger). Sie heißt heute Ambulatorium für Suchtkranke. 1994/95 wird das Angebot um die Beratungsstelle T.I.P. – Therapie – Information – Prävention bei Suchterkrankungen erweitert. Die gesundheitsbehördlichen Aufgaben nach dem SGG/SMG werden seit 1995 vom Referat 2, „Behördliche und Medizinische Drogenangelegenheiten“, der so genannten „Begegnungsstelle“, wahrgenommen (Willner 1999), die zum 1994 gegründeten Dezernat V, „Suchtprävention und Medizinische Drogenangelegenheiten“, der Magistratsabteilung für Gesundheitswesen (MA 15) gehört (Schmidhofer 2000). Seit April 2001 werden diese Aufgaben vom „Institut für Suchtdiagnostik“ des Fonds Soziales Wien (Träger) durchgeführt (Fonds Soziales Wien 2003). Im Juli 2006 erfolgte die Ausgliederung des Fachbereichs Sucht und Drogen, dem das Institut für Suchtdiagnostik zugeordnet ist, aus dem FSW und dessen Umwandlung in die neue Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH (SDW) deren Eigentümer der Fonds Kuratorium Psychosoziale Dienste Wien (PSD) (Träger) ist (Wiener Drogenbericht 2003-2005). Damit ist es wieder unter der selben Trägerschaft wie das Ambulatorium für Suchtkrankenhilfe und die Beratungsstelle T.I.P.
1979	Eine „Beratungsgruppe“ nimmt als selbstständige Sektion des privaten Vereins „Selbsthilfe gegen Sucht“ ihre Tätigkeit auf (Verein Selbsthilfe gegen Sucht 1979). Seit 1982 ist der „Dialog“ ein eigenständiger Verein, der die Einrichtung „Dialog, Beratungsstelle Hegelgasse – Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgefährdete und deren Angehörige“ betreibt (Dialog o.J.). Heute verfügt der Verein Dialog (Träger) über eine Einrichtung zur beruflichen Rehabilitation (Needles or Pins 1995), eine Beratungs- und Betreuungseinrichtung für den 21. und 22. Bezirk (BBZ Dialog 1999) und er betreut seit 1999 Personen, die im Polizeianhaltezentrum (PAZ) angehalten werden (Dialog 2001). Im Jahr 2005 wurde eine weitere Einrichtung im 10. Wiener Gemeindebezirk eröffnet, mit der Aufgabe die südlichen Bezirke Wiens zu versorgen. Sie hat zusätzlich einen überregionalen Schwerpunkt für Kinder und Jugendliche.

I. Die Formierung der Wiener Drogenpolitik

1980	Start des Modellprojekts „Streetwork“, erstes aufsuchendes Betreuungsangebot, finanziert vom Verein „Rettet das Kind“; anschließende Etablierung durch das Jugendamt (MA 11) (Nittmann 1980). Streetwork wird 1996 vom Verein Wiener Sozialprojekte (Träger) übernommen und weitergeführt (VWS Streetwork 1998).
1982/83	Beginn von Langzeittherapiebehandlungen an der „Drogenstation/Pavillon 1“ des Psychiatrischen Krankenhauses Baumgartner Höhe (heute: Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartnerhöhe-Otto Wagner Spital mit Pflegezentrum) (Hermann 2004). Heute verfügt die Einrichtung neben der Langzeittherapiestation über eine Drogenentzugsstation/Pavillon 6/3 (1992), eine Drogenambulanz/Pavillon W (1993), eine hauseigene Tischlerei, Schneiderei und Küche als Arbeitstrainingsangebot, sowie eine betreute Wohngemeinschaft. Träger: Stadt Wien.
1983	Gründung des Vereins „Grüner Kreis“ zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Personen mit Sitz in Wien. Eröffnung der ersten stationären Langzeittherapieeinrichtung „Treinthof“ 1985. Heute: Zahlreiche stationäre lang- und kurzzeittherapeutische, wie ambulante Einrichtungen in Wien, Niederösterreich, dem Burgenland, der Steiermark und in Kärnten, mehrere Betriebe (u.a. landwirtschaftliche Betriebe, Seminarhotel, Werkstätten, etc. sowie seit 2003 das Ausstellungs- und Verkaufslokal „pool7.at“ in Wien), sowie Angebote im Bereich betreutes Wohnen (Grüner Kreis o.J. a). Träger: Verein Grüner Kreis
1987	Offizielle Einführung der „Substitutionstherapie“. Die Einstellung auf das Substitutionsmittel und die Betreuung erfolgten anfänglich in darauf spezialisierten Wiener Drogenambulanzen und Drogenberatungsstellen. In der Folge kommt es zur Verlagerung der Indikationsstellung, Einstellung und Betreuung in den niedergelassenen Bereich, zu den FachärztInnen für Psychiatrie und den praktischen ÄrztInnen (Interview Kubec 2004). Die Therapiekosten werden von den Krankenkassen übernommen.
1989	Gründung von „KOSI – Kolpingwerk Simmering“, einer stationären Langzeittherapie-Einrichtung für Mädchen (Bohrn, A.; Bohrn K. 1995). KOSI wird 1998 wieder geschlossen. Die ambulante Einrichtung zur Vor- und Nachbetreuung bleibt bestehen und wird zu einer ambulanten Beratungs- und Behandlungseinrichtung für Kinder und Jugendliche sowie deren Angehörigen (Interview Wohllaib 2004). Träger: Österreichisches Kolpingwerk
1990	Gründung des „Vereins Wiener Sozialprojekte“ und Eröffnung der von ihm getragenen Einrichtung „Ganslwirt“ – einer niederschwelligen, sozialmedizinischen Beratungsstelle. Der Ganslwirt verfügt über ein Tageszentrum, eine Ambulanz sowie Notschlafstellen (VWS Ganslwirt, Big Elefant 1992). Heute gehören zum Verein Wiener Sozialprojekte neben dem „Ganslwirt“ auch der sozialökonomische Betrieb „fix und fertig“, mehrere ambulant betreute Wohnplätze der Einrichtung „betreutes wohnen“, die Einrichtung „Streetwork“ mit dem Stützpunkt Karlsplatz sowie mobilen Anlaufstellen und „ChEck iT!“ – eine Beratungs- und Informationseinrichtung für KonsumentInnen von „Freizeitdrogen“ (VWS 2003). Träger: Verein Wiener Sozialprojekte
1991	Projekt zur Errichtung einer arbeitsmarktpolitischen Beratungsstelle zur beruflichen Integration von Suchtkranken durch das AMS Wien. 1992 Beginn der Beratungstätigkeit der „Wiener Berufsbörse“ (WBB) und 1993 Gründung des Vereins „Wiener Berufsbörse – Verein zur Förderung der beruflichen Integration von Drogen-, Medikamenten- und Alkoholkranken Personen“ (Träger). Seit 1996 werden an der WBB immer wieder Pilotprojekte zur Entwicklung neuer Konzepte initiiert, diese befassen sich mit Kurzmaßnahmen, Coaching und Vermittlungs- und Beratungsmodellen, etc. Heute betreibt die Wiener Berufsbörse zusätzliche Projekte wie „Berufsassistenz“ – eine Einrichtung, die vor allem berufsbegleitende Unterstützung anbietet, oder „Outsourcing“ – ein Beratungsangebot des AMS für schwervermittelbare Langzeitarbeitslose (WBB 2005).

1992	Gründung des privaten Vereins „P.A.S.S.“ (Träger) und der Einrichtung „P.A.S.S. – Prävention, Angehörigenarbeit, Suchtbetreuung & Sozialberatung“. P.A.S.S. bietet Sozialberatung und psychotherapeutische Versorgung für Drogenabhängige und Angehörige. Ein weiterer Schwerpunkt der Einrichtung ist die Entwicklung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen (PASS 1993)
1992	Gründung der „Forensischen Drogenambulanz“ an der Universitätsklinik für Psychiatrie am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien. Die Ambulanz ist spezialisiert auf die Behandlung substanzabhängiger PatientInnen vor und nach der Haft. Es gibt einen Verbindungsdiensst zur Justizanstalt Favoriten. MitarbeiterInnen stellen PatientInnen an der Justizanstalt Josefstadt auf Substitute ein (Drogenambulanz AKH 1996).
1995	Gründung des Spitalsverbindsdienstes „Contact“, Dezernat V/3 der MA 15. Die Einrichtung hat den Auftrag DrogenpatientInnen während und nach einem Spitalsaufenthalt auf Grund einer Überdosierung oder einer anderen Erkrankung mit begleitender Drogenabhängigkeit mit drogenspezifischen oder anderen sozialen Einrichtungen zu vernetzen (Schmidhofer 2000). Träger: Die Trägerschaft lag bis Mitte 2006 beim Fonds Soziales Wien (FSW). 2006 wurde der Fachbereich Sucht und Drogen, dem die Einrichtung zugeordnet ist, aus dem FSW ausgegliedert und in die neue Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH (SDW) umgewandelt, deren Eigentümer der Fonds Kuratorium Psychosoziale Dienste Wien (PSD) (Träger) ist (Wiener Drogenbericht 2003-2005).
1995	Gründung der „Informationsstelle für Suchtprävention“, die in der Magistratsabteilung für Gesundheitswesen im Dezernat für Suchtprävention und medizinische Drogenangelegenheiten, Dezernat V/1 der MA 15 der Stadt Wien (Träger) angesiedelt ist. Zu Beginn 2001 erfolgt die Eingliederung in den Fonds Soziales Wien (Träger) und die Umbenennung in „Institut für Suchtprävention“. Im Juli 2006 wechselte die Trägerschaft zum Fonds Kuratorium Psychosoziale Dienste Wien (PSD) (siehe oben).
1997	Gründung des Schweizer Haus Hadersdorf, das stationäre, halbstationäre und ambulante Therapie auch für Substituierte anbietet. Heute verfügt die Einrichtung über eine ambulante Beratungseinrichtung für Vor- und Nachbetreuung, stationäre und dezentrale Therapie (mit betreuten Wohnplätzen) sowie ambulante Therapieangebote (http://shh.at , 18.07.2007). Träger: Schweizer Haus Hadersdorf GmbH (Evangelischer Waisenversorgungsverein und Verein WOBES).

Aus der Übersicht wird zum einen die **wachsende Zahl der Einrichtungen** ersichtlich: Beschäftigte sich zu Beginn der Beobachtungsperiode eine ambulante Einrichtung der Universitätsklinik inoffiziell mit Drogenproblemen, standen gegen Ende fast 20 spezielle Einrichtungen offiziell für Drogenfragen zur Verfügung. Lediglich eine ambulante Einrichtung (Change) und eine stationäre Einrichtung (KOSI) wurden in der Beobachtungsperiode geschlossen, wobei jedoch im Falle von KOSI die dazugehörige ambulante Vor- und Nachbetreuungseinrichtung bestehen blieb, sie wurde zur eigenständigen ambulanten Betreuungseinrichtung für suchtgefährdete Kinder und Jugendliche. Aus der Übersicht ergibt sich der Eindruck, dass die Zahl der Gründungen im letzten Drittel der Beobachtungsperiode zugenommen hat. Da er keinen Anspruch auf Vollständigkeit beanspruchen kann, ist bei quantitativen Aussagen allerdings Vorsicht geboten.

Neben der wachsenden Zahl wird die **wachsende Vielfalt des Angebotes** für Drogenprobleme erkennbar, die häufig mit der Vergrößerung der bestehenden Einrichtungen einherging: stationäre Einrichtungen gründeten ambulante Einrich-

tungen zur Vor- und Nachsorge, stationäre und ambulante Einrichtungen initiierten oder eröffneten Entzugsstationen, später auch berufliche Rehabilitationsangebote, und begannen präventive Maßnahmen zu setzen, Behörden sorgten für ergänzende und vernetzende Dienste, in den 90er Jahren auch im primärpräventiven Bereich. Wachsende Vielfalt ist nicht nur bei den Betreuungs- und Behandlungsfeldern zu beobachten, sondern auch bei den Betreuungs- und Behandlungszielen: neben der Abstinenz treten Harm Reduction, (soziale wie berufliche) Integration, Aufklärung und Erziehung.

Aus der Übersicht wird ansatzweise auch die **zunehmende Spezialisierung der Einrichtungen und Programme** auf unterschiedliche Zielgruppen ersichtlich: So entstehen nach und nach Angebote für haftentlassene DrogennutzerInnen, für Eltern und Angehörige von Drogenabhängigen, für junge DrogenkonsumentInnen, für KonsumentInnen von Freizeitdrogen, für Substituierte und vieles mehr. Auch die Spezialisierung dürfte sich in den 90er Jahren beschleunigt haben.

Doch wächst und diversifiziert sich das Suchthilfeangebot nicht undifferenziert im Laufe der Beobachtungsperiode: In unterschiedlichen Zeitabschnitten haben unterschiedliche Einrichtungstypen Konjunktur, deren Betreuungsziele und Haltungen gegenüber drogenbezogenen Lebensstilen grundlegend differieren. **So dominieren in den 70er Jahren die auf Abstinenz ausgerichteten stationären Langzeiteinrichtungen:** Der ambulante Club Change beispielsweise, nicht nur die erste spezielle Drogeneinrichtung in Wien sondern in ganz Österreich, wird bald nach seiner Gründung zur Vor- und Nachsorgeeinrichtung für die stationäre Langzeitbehandlung und für den Maßnahmenvollzug für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher. Auch wenn vor allem die zweitgenannte Spezialisierung nahe liegt, da das Change eine Einrichtung des Vereins für Bewährungshilfe und Soziale Arbeit (heute NEUSTART) war, ist die Umwidmung der ersten und längerfristig einzigen ambulanten Einrichtung für Drogenprobleme doch auch als Zeugnis der Vorherrschaft der stationären Langzeitbetreuung zu sehen.

Ende der 70er Jahre bis Mitte der 80er Jahre bricht die Zeit der dem „Drogenalltag“ nahe stehenden ambulanten Einrichtungen an: Zwar werden in dieser Periode zwei weitere stationäre Einrichtungen eröffnet, doch augenfällig ist die Zahl der ambulanten Angebote die gegründet werden, oder die sich von ihren „Mutterorganisationen“ emanzipieren, wie die Drogenambulanz der Universitätsklinik und die Wiener Zentralstelle für Suchtkrankenhilfe. Die ambulanten Einrichtungen bleiben weitgehend abstinenzorientiert, doch ändert sich mit ihnen die Haltung zu den DrogennutzerInnen grundlegend: Sie ist nicht zuletzt durch größere Akzeptanz der drogenbezogenen Lebensstile der KlientInnen charakterisiert. Die gewachsene Akzeptanz wird am eindrücklichsten durch die Etablierung von Streetwork signalisiert.

In der zweiten Hälfte der 80er Jahre bis zu Beginn der 90er Jahre erfährt die Entwicklung mit der Gründung niederschwelliger, auf Leidensminderung ausgerichteter Angebote, eine neue Wende: Substitution wird offiziell eingeführt und der Verein Wiener Sozialprojekte wird gegründet, der unter anderem als Träger für den „Ganslwirt“ fungiert, der seinerseits eine Vielzahl von (Über)Lebenshilfen

anbietet und entwickelt. Der Verein Wiener Sozialprojekte übernimmt in der Folge auch Streetwork, die erste aufsuchende Einrichtung im Drogenbereich, die anfänglich im Dienste der hochschwierigen, abstinenzorientierten Einrichtungen stand. Schnellte die Zahl der KlientInnen schon in der „Phase der ambulanten Einrichtungen“ empor, so dürfte sich die Reichweite der Drogenhilfe ab nun beschleunigt vergrößert haben.

In den 90er Jahren werden Einrichtungen an den „Rändern“ von Betreuung und Behandlung – in ihrem Vor- und Nachfeld – gegründet und die Integration der Drogenhilfe und ihrer KlientInnen angestrebt: Beispielhaft für die professionelle Ausgestaltung des „Betreuungs-Vorfeldes“ ist die Eröffnung der Informationsstelle für Suchtprävention (später Institut für Suchtprävention), die als spezialisierte, professionelle Einrichtung unter anderem dafür zuständig ist, alle primär präventiven Bemühungen zu bündeln, die von den verschiedensten Einrichtungen der Suchthilfe und anderen Organisationen entwickelt wurden. Als „Nachfeld“ Organisation ist die Wiener Berufsbörse zu nennen, die als erste spezialisierte, professionelle Einrichtung in diesem Feld tätig wird, und die über die bis dahin gesetzten Aktivitäten in der Nachsorge und Rehabilitation – im Wohn- und Arbeitsbereich – hinausgeht und die berufliche Integration von Abhängigkeitskranken anstrebt. Neben der Einbeziehung der Ränder ist eine Spezialisierung der Einrichtungen auf bestimmte KlientInnengruppen (Jugendliche, Angehörige) oder Behandlungsmethoden (Psychotherapie) zu beobachten.

Die Phasen der Entwicklung der Drogenhilfe und der jeweiligen „paradigmatischen“ Einrichtungen

Phase 1: Die stationären, abstinenzorientierten Langzeiteinrichtungen dominieren

Vor dem Jahr 1971 sah das Suchtgiftgesetz keine Mitwirkung des sozialen und medizinischen Systems bei der Kontrolle von Verhalten vor, das gegen die Vorschriften des Suchtgiftgesetzes verstieß. Auf die wenigen, polizeilich auffällig gewordenen Drogenkonsumenten und -konsumentinnen wurde mehr oder minder ausschließlich von strafrechtlicher Seite reagiert, wiewohl die meisten Verstöße im Rahmen des medizinischen Systems (durch PatientInnen, durch dessen professionelle Angehörige und deren Familienmitglieder) gesetzt wurden. Eine geringe Zahl von DrogennutzerInnen wurde (zusätzlich?) in psychiatrische Einrichtungen – wahrscheinlich zwangsweise – aufgenommen und behandelt: Die Behandlung beschränkte sich vermutlich auf Entgiftung, Genauereres ist leider nicht bekannt (Eisenbach-Stangl, Burian 1978).

Die Situation änderte sich mit der Suchtgiftgesetznovelle von 1971, durch die die Gesundheitsbehörden in die Kontrolle von Drogendelikten einbezogen wurden, wenn auch vorerst nur in marginaler Position: Der Erwerb und Besitz illegaler Drogen für den persönlichen Gebrauch während einer Woche („Wochenvorrat“) wurde entkriminalisiert (die Anzeige oder das Strafverfahren wurden bedingt eingestellt), doch hatte sich der Angezeigte einer Begutachtung durch die Gesundheitsbehörde zu unterziehen. Ordnete diese ärztliche Behandlung oder Kontrolle an und wurde

ihrer Anordnung während des folgenden Jahres nicht Folge geleistet, war sie verpflichtet, den Staatsanwalt/das Gericht zu informieren, der/das das Strafverfahren von Neuem eröffnete. Die Novelle regte ohne Zweifel die Gründung von speziellen ambulanten und stationären Behandlungseinrichtungen an (Pernhaupt 1980). Die Drogeneinrichtungen, die in den 70er Jahren eröffnet wurden, waren allerdings überwiegend dem (überregionalen) justiziellen Bereich zuzuordnen.

So war die erste drogenspezifische Einrichtung Österreichs eine Gründung des von der Justiz finanzierten Vereins für Bewährungshilfe und Soziale Arbeit, der sich um die Entkriminalisierung des Drogenkonsums bemüht hatte und dessen Vorschlägen der Gesetzgeber bei der Novellierung zum Teil gefolgt war (Schilder 1980). Es handelte sich um den ambulanten Club Change, der im Jahr 1970 in Wien tätig wurde und den wir als eine paradigmatische Einrichtung der ersten Phase betrachten. Er nahm seine Arbeit als „szenennahe“ Einrichtung auf, doch wurde er bald in den Dienst der ersten stationären Langzeittherapieeinrichtung und des Maßnahmenvollzuges für Abhängigkeitskranke gestellt, an dessen Aufbau seit 1972 gearbeitet wurde und der 1975 im 10. Wiener Bezirk als „Sonderanstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher“ mit 80 Plätzen seine Pforten offiziell öffnete. Aus der Sicht der Drogenhilfe betrachtet, handelt es sich um die Unterordnung der ambulanten Betreuung unter die, auf Abstinenz ausgerichtete und zumeist mit Zwangsmassnahmen ausgestattete Langzeitbehandlung.

Das medizinisch-psychiatrische System hatte in Wien noch vor 1971 begonnen, auf das neue Phänomen des jugendlichen Drogenkonsums zu reagieren, das in der zweiten Hälfte der 60er Jahre Österreich erreichte, die Öffentlichkeit beunruhigte und schließlich den Gesetzgeber zur vorgestellten Novellierung des SGG bewegte: Nicht zuletzt aufgrund der Konfrontation mit jugendlichen DrogenkonsumentInnen, die die Polizei auf die Wiener Psychiatrische Universitätsklinik (zum Beispiel nach „Sprengung einer Rauschgiftorgie“) einwies, hatte man dort – noch unspezialisiert und inoffiziell – begonnen, Drogenfälle zu behandeln und eine „Drogenambulanz“ zu betreiben (Bruck, Mader, Sluga 1967). Ebenso inoffiziell wurden wenige Jahre später Drogenabhängige in der Alkoholikerheilstätte in Wien – dem API – aufgenommen. Im API wurde dann 1972 die erste „Drogenstation“ im Rahmen des medizinisch-psychiatrischen Systems in Wien gegründet, anfänglich mit 14 Betten. Sie bot auf Abstinenz ausgerichtete stationäre Behandlung an, die Behandlungsdauer – etwa 12 Monate – überstieg um das sechsfache jene, die für die Alkoholkranken derselben Einrichtung vorgesehen war. Die Drogenstation des API ist als zweite paradigmatische Einrichtung der ersten Phase zu sehen.

Die beiden „paradigmatischen“ Einrichtungen charakterisieren die erste Phase der Wiener und der österreichischen Drogenhilfepolitik zugleich: Am Beginn der „internationalen Drogenwelle“ dominierten die strafjustiziellen Maßnahmen und dominierten die stationären, abstinenzorientierten Langzeitbehandlungseinrichtungen, die vor allem im Bereich des Strafvollzuges, aber auch in der Psychiatrie angesiedelt waren. Man reagierte auf das neue Phänomen des jugendlichen Drogenkonsums also vorwiegend mit dem Einsatz von traditionellen, hierarchisch strukturierter, auf kleine auffällige Gruppen ausgerichteten Maßnahmen. In Wien reagierte man allerdings rascher als in den anderen Bundesländern – obwohl andere

österreichische Städte zu Beginn stärker betroffen waren (Bodzenta 1971) – und hier schlugen sich auch die zu dieser Zeit intensivierten Reformbestrebungen in der Justiz nachhaltiger nieder.

Club Change – Beratungsstelle für suchtmittelgefährdete und -abhängige Menschen und deren Angehörige

1970	Gründung des Club Change (Pernhaupt 1980).
1972	Vor- und Nachbetreuung von PatientInnen der Drogenabteilung des API, wie auch die Betreuung ihrer „drop outs“; Nachbetreuung von Haftentlassenen der Sonderanstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher in Wien-Favoriten
Ca. 1976	Vorübergehende Schließung der Einrichtung wegen Aggressionshandlungen unter KlientInnen. Nach der Wiedereröffnung wird die Inanspruchnahme der Betreuungsangebote an die Einhaltung bestimmter Bedingungen geknüpft (Change o. J.). Weisungsgebundene und weisungsbundene KlientInnen werden zeitlich getrennt betreut (Pernhaupt 1980).
1979	Konzentration auf die Betreuung von Haftentlassenen der Sonderstrafanstalt (Pernhaupt 1980)
Ab 1981	1981 wird sie wieder eine allgemeine Beratungsstelle, die vor allem die Betreuung von KlientInnen mit gerichtlicher Anordnung übernimmt. Zunehmender Ausbau der psychotherapeutischen Betreuung (Change o. J.)
1986	Eröffnung und Schließung einer Buchbinderei (Change o. J.)
Ende 1980/ Anfang 90	Erweiterung der Angebote um Präventionsveranstaltungen (Aufklärungs- und Diskussionsveranstaltungen in Schulen) (Change o. J.)
Mitte 1990	Erweiterung des Angebotes um Angehörigenbetreuung und Familientherapie (Change o. J.)
2005	Beendigung der Arbeit per 30.6.2005

Die Entwicklung des Club Change zeigt die Unterordnung der ambulanten Drogenarbeit unter die abstinenzorientierte, stationäre Langzeittherapie, seine Schließung im Jahr 1976 macht auch ihre relative Bedeutungslosigkeit deutlich. An der Entwicklung des Change wird in der Folge aber auch der Niederschlag der weiteren drogenpolitischen Phasen sichtbar: die Stärkung des ambulanten Bereichs ab dem Ende der 70er Jahre, sowie seine Professionalisierung und die Diversifizierung des Angebotes. Man wendet sich dem präventiven Bereich und den Angehörigen zu.

Die Entwicklung der ersten Langzeittherapieeinrichtung Österreichs, der Drogenstation des API ergänzt das Bild: Sie zeigt die rasche Zunahme der stationären Kapazitäten in den 70er Jahren, und am Ende der ersten Phase den Aufbau eines halbstationären Bereichs („Half Way Houses“) und ambulanter Einrichtungen, die vom Rückgang der Behandlungsdauer begleitet werden. In der zweiten Hälfte der 80er Jahre erfolgt mit der Gründung der Entzugs- und Kurzzeitstation, in der auch substituiert wird, eine Wende zur Niederschwelligkeit und in der vierten Phase mit der Gründung eines eigenen Projekts zur Förderung der beruflichen Integration jene zur „erweiterten gesellschaftlichen Integration“.

I. Die Formierung der Wiener Drogenpolitik

Die Drogenabteilung des Anton-Proksch-Institutes (API)

	Stationäre Langzeittherapie-Einrichtungen
1971	Erste stationäre Behandlungsversuche auf der Männerstation des API (Pernhaupt 1980).
1972	Eröffnung der ersten Drogenstation Österreichs in einer Villa in Wien-Kalksburg mit 14 Betten (Burian o.J.).
1979	Erstmals Aufnahme von Mutter und Kind – Pionierleistung für das „Rooming in“ in der Psychiatrie (Pernhaupt 1980).
1980	Verlegung der Langzeittherapiestation nach Mödling mit einer Kapazität von 40 Betten. Konflikte um Behandlungskonzepte führen 1986 zum Leiterwechsel (Burian o.J.)
	Einrichtungen für stationären Entzug und Kurzzeittherapie
1981	Durchführung von Entzügen auf der Abteilung für Innere Medizin des Krankenhauses Neunkirchen, 1988 eingestellt (Brosch 1994)
1988	Gründung der „Entzugs- und Kurzzeittherapiestation – 517“ in den Räumen der ersten Drogenstation in Wien-Kalksburg, mit einer Kapazität für 10 PatientInnen (Höld 1994).
	Einrichtungen für die ambulante Vor- und/oder Nachbetreuung
1972	Kooperation mit der inoffiziellen Drogenambulanz im AKH. Die hier angesiedelte „Drogenambulanz des API“ ist eine wichtige Anlaufstelle für KlientInnen und dient auch der Vorbetreuung. Nach der Umstrukturierung der Drogenabteilung 1986 wird der Ambulanzbetrieb zur Vorbetreuungs- und Koordinationsstelle „Treffpunkt“ ausgebaut (Brosch 1994). Ihr angeschlossen ist eine Substitutionsambulanz (API 2004).
1979	Gründung des „Club Drive“, in dem Vorbereitungsgruppen für die Langzeittherapie durchgeführt, sowie Behandelte nachbetreut werden. Er ist in den Räumlichkeiten der sich in Gründung befindlichen Beratungsstelle Dialog angesiedelt (Pernhaupt 1980). Der Club Drive dient heute ausschließlich der Nachbetreuung (API 2004).
1990	Inbetriebnahme der Drogenambulanzen Eisenstadt, Oberwart, Oberpullendorf, Neusiedl in Kooperation mit dem Psychosozialen Dienst des Landes Burgenland (Brosch 1994). Sie werden später vom PSD übernommen.
2001	Eröffnung einer Drogenberatungsstelle für Jugendliche und deren Angehörige im Krankenhaus Mödling (API 2001).
	Einrichtungen für die stationäre Nachbetreuung
1978	Eröffnung des 1. Übergangswohnheim „Half-Way-House“ in Wien-Hadersdorf (Schobel 1994). Die Rehabilitation nach dem stationären Aufenthalt kann die Aufenthaltszeit von 12 auf 9 Monate verkürzen (Pernhaupt 1980). 1981 Übersiedlung des Half-Way-Houses nach Wien-Kalksburg in die Räumlichkeiten der ersten Drogenstation (Burian o.J.), 1989 Übersiedlung nach Rodaun, da die Kurzzeittherapie- und Entzugsstation in die Räume der ersten Drogenstation zieht (Burian o.J.).
1979	Eröffnung des „Sonnenaugang“, einer Wohneinheit für drei PatientInnen in der Abgangsphase, mit angeschlossenen Werkstätten (Pernhaupt 1980). Diese wird später für Alkoholkranke umgewidmet.
1986	Auf Grund von Platzmangel, Inbetriebnahme einer zweiten Nachbetreuungseinrichtung (Schobel 1994).
1992	Ein weiteres Haus für die Nachbetreuung wird erworben (Schobel 1994). Heute verfügt das API über drei Nachbetreuungseinrichtungen. (API 2004).
	Berufliche Rehabilitation
2001	Planung des Arbeitsprojekts „garage“ (Werkstätte mit Geschäft). In der Werkstatt werden ausrangierte Materialien saniert, neu verarbeitet und verkauft (Upcycling). Die Finanzierung erfolgt über das EU-Projekt „Equal drug addicts @ work“ (API 2002). 2003 wird die Werkstatt, die neben handwerklichen Arbeitsplätzen auch solche in der Verwaltung, Buchhaltung, Marketing, etc. bietet, offiziell eröffnet (API 2004).

Phase 2: Die Zeit der „Einsperrung“ ist zu Ende und die Zeit ambulanter Einrichtungen gekommen

Ende der 70er Jahre ist ein Umschwung in der Drogenbetreuung und -behandlung zu beobachten: Zum einen wird eine beträchtliche Zahl von ambulanten Einrichtungen gegründet und die Vorherrschaft der stationären Langzeittherapie gebrochen. Die Arbeit der ambulanten Einrichtungen bleibt vorerst auf das Behandlungsziel Abstinenz ausgerichtet. Doch unterscheidet sich ambulante Hilfe in vielerlei Hinsicht von intramuraler: Der/die DrogenkonsumentIn wird als selbstständigeres, aktiveres und mündigeres Gegenüber der Betreuenden und Behandelnden konzipiert, als PatientIn, mit dessen/deren „Behandlungseinsicht“ und „Behandlungsmotivation“ zu rechnen ist, der/die Behandlungsaufträge zu erfüllen im Stande ist und der/die nicht der steten („totalen“) Kontrolle von BetreuerInnen und BehandlerInnen bedarf, als PartnerIn, zu dem/der eine egalitäre Beziehung aufgebaut werden kann (Eisenbach-Stangl 2000).

Als Einrichtung, die für diesen Part der Entwicklung in der zweiten Phase paradigmatisch ist, wurde der „Dialog“ ausgewählt. Der Dialog war die erste, von Privatpersonen gegründete Drogenberatungsstelle und er unterschied sich schon in dieser Hinsicht von den zu dieser Zeit bestehenden ambulanten Einrichtungen: Sie waren samt und sonders Gründungen und Teilorganisationen größerer und meist beherrschender „Mutterorganisationen“ – wie der Wiener Gesundheitsbehörde, des API oder des Vereins für Bewährungshilfe und soziale Arbeit.

Der Dialog

	Haupteinrichtung
1979	Tätigkeitsaufnahme der Beratungsstelle „dialog“ Hegelgasse – Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgiftgefährdete und deren Angehörige unter der Schirmherrschaft des Vereins Selbsthilfe gegen Sucht, Betreuung führen ausschließlich ehrenamtlich Tätige durch (Verein Selbsthilfe gegen Sucht 1979).
1982	Gründung des Vereins „dialog“. Die gleichnamige Beratungstelle steht nun unter der Schirmherrschaft des Vereins „dialog“ (Dialog o.J.).
1986	„Projekt 86“ – Renovierung der Räumlichkeiten durch KlientInnen (Dialog 1986b).
Ab 1985	Erste Substitutionsbehandlungen (1984/85 wird Paracodin verschrieben, ab 1985/86 in Zusammenarbeit mit der Drogenambulanz Methadon) (Dialog 1986a).
1999	Betreuung drogenabhängiger InsassInnen des Wiener Polizeianhaltezentrums (PAZ) durch ÄrztInnen des Vereins „dialog“ (Dialog 1999).
	Die „Zweigstellen“
1999	Gründung einer Einrichtung für den 21. und 22. Wiener Gemeindebezirk: „Beratungs- und Betreuungszentrum „dialog“ in der Wassermanngasse“ (BBZ dialog) (Dialog 1999).
2005	Gründung einer Einrichtung für den 10., 11., 12. und 23. Wiener Gemeindebezirk: „Dialog 10“ mit dem zusätzlichen überregionalen Schwerpunkt Kinder und Jugendliche zu betreuen (Dialog 2006).

I. Die Formierung der Wiener Drogenpolitik

	Einrichtung zur berufliche Rehabilitation
1996	Beginn des Projektes „Needles or Pins“ mit eigenem Standort im 5. Bezirk. Im Mittelpunkt der Aktivitäten steht die Unterstützung von KlientInnen bei der Berufsorientierung, der Wahrnehmung von Angeboten im Bereich Weiterbildung, der Mitarbeit in spezifischen, sozialökonomischen Projekten bzw. beim Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt (Dialog 1996).

Der Dialog nahm Ende der 70er Jahre die Arbeit als Sektion des Vereins „Selbsthilfe gegen Sucht“ auf, bereits 3 Jahre später erfolgte die Gründung eines eigenständigen Vereins, in dem auch Eltern von Drogenabhängigen vertreten waren. Die Gründung einer Einrichtung durch Betroffene (betroffene Angehörige) signalisiert deren Emanzipation vom Staat und seinen Einrichtungen. Möglicherweise ist die Gründung auch als Kritik an der staatlichen „Einsperrung“ von DrogennutzerInnen (im Maßnahmenvollzug, wie in der stationären Langzeittherapie) zu verstehen.

Gleichzeitig beginnen die, dem überregionalen Justizsystem zuordenbaren Behandlungseinrichtungen ihre Bedeutung einzubüßen, obwohl oder weil der Gesetzgeber in dieser Phase die Position der Einrichtungen des Gesundheitssystems bei der Kontrolle von Verstößen stärkt: Die Möglichkeiten von „Therapie statt Strafe“ werden ausgeweitet, die behandlungsbedürftigen RechtsbrecherInnen aber nun zunehmend im „freien Drogenhilfesektor“ behandelt, und die Behandlung hier ab 1986 auch durch die Justiz finanziert.

In Zahlen ausgedrückt: Hatte die Zahl der Plätze in der Sonderanstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher in den 70er Jahren die Zahl der Betten im „freien Drogenhilfesektor“ in ganz Österreich um etwa das Doppelte überstiegen, holten die „freien“ Drogentherapiestationen bis Mitte der 80er Jahre auf. Ende der 80er Jahre überstieg dann die Behandlungskapazität des „freien Drogenhilfesektors“ den des Justizbereiches um das Doppelte. Verantwortlich hierfür war vor allem der 1983 gegründete Grüne Kreis, der eng mit der Justiz kooperierte (viele „Therapie statt Strafe-Fälle“ übernahm), seine Kapazitäten rasch ausweitete und auf seine Weise „zum Ende der Einsperrung“ beitrug. Der Grüne Kreis ist als zweite paradigmatische Einrichtung dieser Phase zu betrachten.

Der Grüne Kreis

	Stationäre Langzeittherapie-Einrichtungen
1983	Gründung des Vereins Grüner Kreis zur Rehabilitation suchtkranker Personen (Grüner Kreis o.J.)
1985	Eröffnung des „Treinhof“ in Krumbach, NÖ mit 15 Betten
1987	Eröffnung der „Villa“ in Krumbach, NÖ mit 17 Betten
1988	Eröffnung des „Ettlshof“ in Lichtenegg und des „Königsberghof“ in Thomasberg, beide in NÖ, mit jeweils 15 Betten
1989	Eröffnung des „Marienhof“ mit 31 Betten für Männer, 16 für Frauen und Kinder, davon 15 für MultimorbiditätspatientInnen in Aspang, NÖ
1991	Eröffnung „Meierhof“ in Aspang, mit 17 Betten

1992	Eröffnung des „Binder“ mit Plätzen für 24 Frauen, davon 10 für Jugendliche, sowie Hotelzimmer für externe Gäste in Mönichkirchen, NÖ
1993	Eröffnung der „Frankenau“ mit 20 Betten für männliche Jugendliche in Aspang
1994	Eröffnung der „Waldheimat“ in Mönichkirchen, mit 22 Betten (Zugangshaus für 8 Männer, Kurzzeittherapie für 14 PatientInnen)
2003	Eröffnung von „Johnsdorf“ mit 80 Betten, davon 16 für Doppeldiagnosen und 16 für Kurzzeittherapie in der Steiermark (Grüner Kreis 2003).
	Ambulante Einrichtungen
1995	Eröffnung der Ambulanz Wien (für Wien, Niederösterreich und Burgenland) (Grüner Kreis 2003). Deren Tätigkeit umfasst die Beratung von Suchtkranken, Angehörigen, zugewiesenen SchülerInnen, ambulante Behandlungen bzw. Nachbetreuung von KlientInnen nach Abschluss der Langzeittherapie (Einzel- und Gruppentherapie, psychiatrisch-neurologische Abklärung und Abstinenzkontrolle) (Grüner Kreis o.J.).
1998	Eröffnung der Ambulanz Graz (für Steiermark und Burgenland) mit ähnlichem Tätigkeitsprofil
2002	Eröffnung der Ambulanz Klagenfurt (für Kärnten) mit ähnlichem Tätigkeitsprofil
	Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation
Seit 1983	Seit Beginn bietet der Grüne Kreis Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten in der hausinternen Versorgung (Gartenbau, Viehzucht, etc.), wie in Kreativwerkstätten. Seit 1986 werden PatientInnen, die das 18-monatige Langzeittherapieprogramm abgeschlossen haben, in Form von geförderten Arbeitsplätzen (durch das AMS Niederösterreich) auf Zeit unterstützt. Der Verein verfügt über eine Tischlerei, Schlosserei, Schneiderei, Bäckerei und Käserei. Es gibt ein Seminar Hotel und einen Gastgewerbebetrieb. Seit 1999 wird die Essensversorgung und Betreuung von Flüchtlingen übernommen. Arbeits- und Qualifizierungsmöglichkeiten werden auch im Bürobereich angeboten. Es gibt für KlientInnen auch die Möglichkeit den Führerschein zu machen (Grüner Kreis o.J.).
2003	Eröffnung von „pool7.at“ in Wien, wo Erzeugnisse aus den eigenen Werkstätten präsentiert und zum Verkauf angeboten werden. Das angeschlossene Büro kümmert sich um die Akquisition für Catering, Schlosserei, Tischlerei, Druck sowie Garten- und Grünraumbetreuungsarbeiten (Grüner Kreis o.J.).

Die Zentrale des Grünen Kreises ist in Wien angesiedelt, fast alle Betreuungseinrichtungen in den Bundesländern. Für eine Langzeittherapie sind 18 Monate vorgesehen, für eine Kurzzeittherapie 3, anschließend besteht die Möglichkeit, einen Transitarbeitsplatz in Anspruch zu nehmen (Grüner Kreis o.J.) oder in das „Heimstätten“-Projekt übernommen zu werden. Letzteres ermöglicht PatientInnen mit längerfristigem Betreuungsbedarf zwar außerhalb zu wohnen, aber die Tagesstruktur der Einrichtung weiterhin zu nutzen (Grüner Kreis o.J.). Nach Abschluss der Behandlung kann man auch im Rahmen eines regulären Anstellungsverhältnisses im Grünen Kreis tätig werden.

Der Aufstieg des Grünen Kreises und seines „soziotherapeutischen“ Behandlungskonzeptes, das nicht nur enge Kooperation mit der Justiz sondern auch die lebenslange Bindung an die Einrichtung und die Beschäftigung früherer PatientInnen in der Drogenarbeit erlaubt, hat Konflikte in der „freien Drogenhilfe“ von der persönlichen Ebene auf jene der Einrichtungen „gehoben“: Sein Gründer Günter Pernhaupt war der erste Leiter der Drogenstation des API, in dessen Ära heftige

Konflikte um die Behandlung und die Position von BehandlerInnen ausgebrochen waren und der 1986 ersetzt wurde (Eisenbach-Stangl, Burian 1998).

Die vier Phasen der Drogenhilfspolitik sind auch an der weiteren Entwicklung des Dialog und des Grünen Kreises nicht vorbeigegangen: Der Dialog hat sehr rasch nach der Gründung medizinisch niederschwellige (wenn auch sozialarbeiterisch hochschwellige) Behandlungsangebote – Substitutionsbehandlung – integriert, sich in den 90er Jahren auf ausgewählte KlientInnengruppen (Jugendliche, Angehörige, Gefangene) spezialisiert und sein Angebot mit Prävention und beruflicher Integration angereichert. Im Grünen Kreis ist die Entwicklung – vermutlich aufgrund seiner gesicherteren „Versorgung“ mit KlientInnen durch die Justiz – hingegen verzögert verlaufen: So wächst in der „soziotherapeutisch“ ausgerichteten und insgesamt kostengünstiger arbeitenden Einrichtung die Zahl der Betten im Gegensatz zu jener in anderen stationären Einrichtungen bis heute kontinuierlich, wenn letztlich auch hier eine Spezialisierung auf bestimmte PatientInnengruppen zu beobachten ist. Der Ausbau der ambulanten Einrichtungen erfolgte erst ab Mitte der 90er Jahre, die Gründung einer arbeitsmarktintegrierenden Einrichtung erst in diesem Jahrtausend. Wie andere Einrichtungen begann sich der Grüne Kreis zuletzt auch mit Angehörigen (von PatientInnen) zu beschäftigen und Präventionskonzepte zu entwickeln.

Phase 3: Die Wende zur „Niederschwelligkeit“ und zur „Grundversorgung“, oder auch: die Wende zur Akzeptanz

1987 erfolgte eine Zäsur: Das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichte den Ersten Substitutionserlass, durch den die Ersatzdrogenvergabe als medizinische Behandlungsmethode offiziell anerkannt wurde und das Behandlungsziel Abstinenz an Bedeutung verlor. „Harm Reduction“ oder „Leidensminderung“ wurde zum (vorrangigen) Ziel der Drogenhilfe, das die Akzeptanz drogenbezogener Lebensstile voraussetzt und neben der Substitution auch mit anderen Versorgungsangeboten verfolgt wurde. Anders ausgedrückt: der risikoreiche Konsum, die Sucht rücken aus dem Mittelpunkt der Hilfsangebote, sie machen den vielfältigen physischen, psychischen und sozialen Folgeproblemen Platz.

Erwähnenswert ist, dass die Infektionskrankheit AIDS zwar nicht als *die* Ursache der Wende in der Drogenbehandlung zu betrachten ist, dass aber der Umschwung ohne die neue Gefährdung der „Volksgesundheit“ wohl nicht so rasch und so dezidiert stattgefunden hätte. Veränderungen der Drogenhilfe in Richtung Leidensminderung waren schon lange – genauer: seit Beginn der spezialisierten Drogenbehandlung – zu beobachten gewesen, auf Konzeptebene wie auch in der Praxis, doch waren sie vor dem Auftreten von HIV und AIDS, die unter anderem via DrogenkonsumentInnen die gesamte Bevölkerung bedrohten, (drogen)politisch im Abseits geblieben. Als Beispiele für entsprechende Angebote sind zu nennen: die – bald beschnittene – „Szenenähe“ der ersten Drogenbehandlungseinrichtung, des „Change“, und der „Drogenpioniere“ (siehe Teil II), wie die Substitutionsexperimente in der Drogenambulanz der Wiener Universitätsklinik und im Dialog, die vor dem Hintergrund heftiger „Substitutionsdebatten“ stattfanden. Insgesamt ist

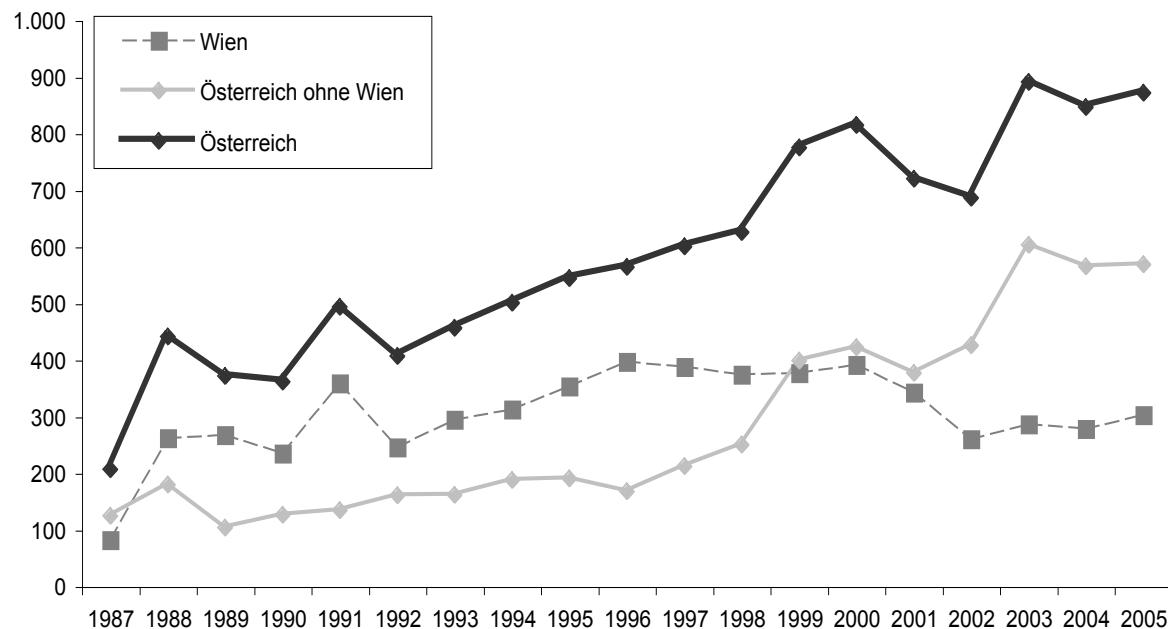
davon auszugehen, dass sich die Haltung der SuchtbehandlerInnen in der ersten Hälfte der 80er Jahre von der Abstinenzbehandlung ab- und der Leidensminde rung zuwandte (Eisenbach-Stangl, Uhl 1992). Wichtige Ursache hierfür war der Alterungsprozess der Drogenszene und ihre auch damit verbundene Vereelendung und Marginalisierung.

Die Substitutionsbehandlung wurde als paradigmatische Einrichtung der dritten Phase ausgewählt, sie wurde vor allem in Wien zügig ausgebaut. Als zweite paradigmatische Einrichtung wird der Verein Wiener Sozialprojekte detaillierter beschrieben, die erste und nach wie vor vielfältigste niederschwellige Einrichtung in Wien.

Die **Ersatzdrogenbehandlung** unterscheidet sich von anderen Behandlungsprogrammen insofern, als sie weder räumlich noch organisatorisch eine Einheit bilden – zentralisiert sein – muss und verschiedene, nicht nur auf die Ersatzdrogenvergabe spezialisierte Stellen bei der Behandlung zusammenwirken können: So können Einstellung, Substanzausgabe, die begleitende psychosoziale Betreuung und die Kontrolle der Rahmenbedingungen von jeweils unterschiedlichen Einrichtungen durchgeführt werden. Wurde die Substitutionsbehandlung in Wien anfänglich zentralisiert – von wenigen Substitutionszentren – durchgeführt, so stieg im Laufe der 90er Jahre die Zahl der beteiligten Einrichtungen durch die Einbeziehung der Apotheken und der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen erheblich. Die organisatorische Veränderung – die kräftige Vermehrung der zusammenwirkenden Stellen – hat die Ausweitung dieser Behandlungsform ermöglicht, die in den folgenden Grafiken und Tabellen sichtbar wird. Sie wurde andererseits auch durch die Veränderung der rechtlichen Rahmenbedingungen gefördert (zweiter und dritter Substitutionserlass 1991 und 1999), die die Schwellen für den Eintritt in das Ersatzdrogenprogramm kontinuierlich senkten. Ein Entwurf zur Novelle der Suchtgiftverordnung wurde 2004/2005 erarbeitet und den zuständigen Behörden übermittelt (Wiener Drogenbericht 2003 – 2005).

Die erste Grafik (Abb.1) zeigt, dass die Zahl der jährlich in das Substitutionsprogramm Aufgenommenen in Wien bis Ende der 90er Jahre jene von „Restösterreich“ überstieg. Anders ausgedrückt: Die Ersatzdrogenvergabe in Wien wurde weit zügiger ausgebaut als in den anderen Bundesländern. Eine Ursache hierfür dürfte die größere Zahl von Abhängigen in der Bundeshauptstadt gewesen sein, die andere, die Attraktivität des Ersatzdrogenprogramms auch für Abhängige aus anderen Bundesländern.

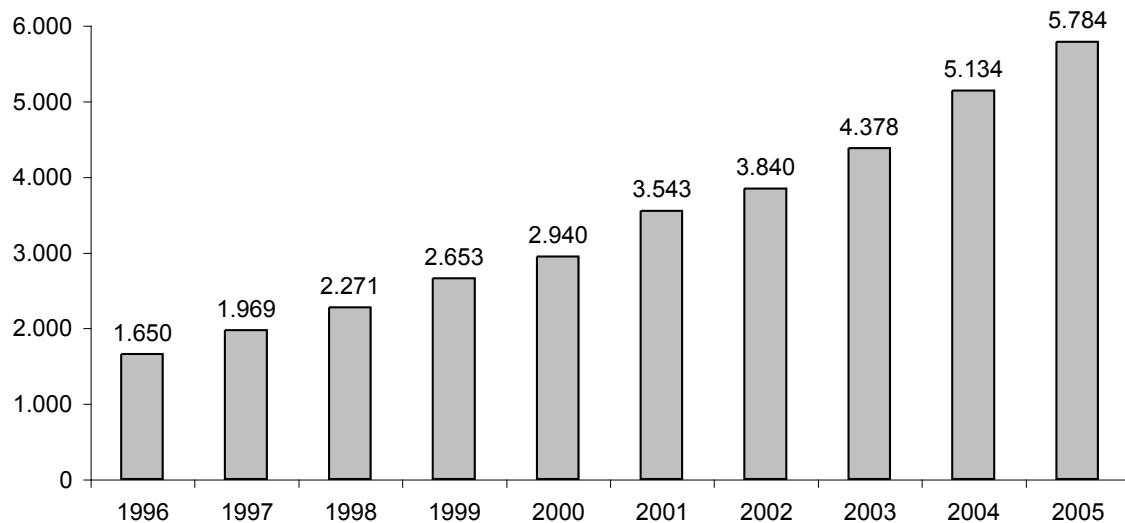
Abb. 1: Substitution: Anzahl der Erstbehandelten von 1987 bis 2005



Quelle: Busch 2004; ÖBIG 2005, 2006.

Die zweite Grafik (Abb. 2) zeigt, dass die Zahl der Substituierten in Wien seit Ende der 90er Jahre dennoch nicht zurückging, sondern weiter kräftig stieg:

Abb. 2: Gesamtanzahl der Substitutionsbehandelten in Wien von 1996 bis 2005



Quelle: Statistik des Amtes für Gesundheitswesen und Soziales der Stadt Wien (MA 15).

Die wachsende Zahl von SubstitutionspatienInnen trotz sinkender Zahl von Erstbehandelten ist auf den längeren Verbleib im Programm zurückzuführen: So stieg in Wien seit Ende der 90er Jahre die Zahl jener KlientInnen am stärksten, die schon seit mehr als 3 Jahre substituiert werden, wie auch ihr Anteil an allen PatientInnen des Ersatzdrogenprogramms wuchs. Parallel dazu stieg sowohl die Zahl wie der Anteil der Dauerverschreibungen. Eine weitere Veränderung, die möglicherweise den längeren Verbleib im Programm mitbewirkt hat, betrifft die verschriebenen Substanzen: Die im letzten Jahrzehnt zunehmend verschriebenen „oralen Morphine“ überholen 2003 das Methadon als „erste“ Ersatzdroge, in Wien wie in Österreich insgesamt – eine Entwicklung die bald heftige Kontroversen im Behandlungsbereich auslöst.

Misst man den Erfolg einer Behandlung an der Zahl der einschlägig betreuten KlientInnen, so ist die Substitutionsbehandlung in Wien bald nach ihrer Einführung zur erfolgreichsten Drogeneinrichtung aufgestiegen: Die Zahl der Substituierten dürfte spätestens in der zweiten Hälfte der 90er Jahre die Zahl der DrogenkonsumentInnen überflügelt haben, die in abstinenzorientierten stationären und ambulanten Drogeneinrichtungen betreut werden. Der Erfolg der Ersatzdrogenvergabe lässt sich aber auch daran bemessen, dass viele ambulante und stationäre Einrichtungen begannen, sich in der einen oder anderen Form an der Substitutionstherapie zu beteiligen.

Das Konzept der Niederschwelligkeit, einschließlich der Substitution, hielt 1998 mit der Eröffnung des Schweizer Haus Hadersdorf auch in die stationäre Behandlung Einzug. Bis heute ist es in Österreich die einzige Therapieeinrichtung, in der Substitution auch im stationären Bereich ermöglicht wird. Zugleich wurde der stationäre Aufenthalt verkürzt und durch eine gleichwertige dezentrale Therapiephase ergänzt, während die begleitende Reintegration in den alltäglichen Lebensvollzug im Vordergrund steht. Mit dem vergleichsweise niederschwelligeren Zugang kam auch eine Klientel in Behandlung, die vorher nicht oder kaum erreicht werden konnte.

Aus einem anderen Blickwinkel betrachtet, hat es die Ersatzdrogenvergabe möglich gemacht, eine große Zahl von DrogennutzerInnen zu erreichen: unter ihnen viele, die erfolglos von den „traditionellen“, abstinenzorientierten Einrichtungen behandelt wurden, wie auch viele, die sie nicht anzuziehen vermochten. Die Erfassung von erfolglos oder nicht betreuten KlientInnen zeichnet auch die zweite paradigmatische Einrichtung der dritten Phase aus, den Verein Wiener Sozialprojekte.

I. Die Formierung der Wiener Drogenpolitik

Der Verein Wiener Sozialprojekte (VWS)

1989	Konstituierung der Arbeitsgruppe Szene Karlsplatz (Dressel 1991)
1990	Gründung des Trägervereins „Verein Wiener Sozialprojekte“ (VWS); Eröffnung der ersten Beratungsstelle in Form von 2 Baucontainern am Karlsplatz; Eröffnung des „Ganslwirts – Tageszentrum, Ambulanz, Notschlafstelle“ (zu Beginn mit 9, später mit 14 Schlafplätzen) (Dressel 1991).
1991	Ersatz der Container durch die mobile Anlaufstelle Ganslwirt-Bus, später „Big Elefant“ genannt. Angebote im Bereich Harm Reduction (Spritzausch, Safer-Sex und Safer Use Informationen, etc.) sind dadurch leicht zugänglich, ebenso die Kontaktaufnahme mit SozialarbeiterInnen, die vor Ort Information und Beratung zur Verfügung stellen (VWS 1992).
1992	Entwicklung eines Projektes, mit dem arbeitsfähigen und -willigen KlientInnen des Tageszentrums Arbeitsmöglichkeiten geboten werden, Förderung durch die Arbeitsmarktverwaltung (VWS 1995).
1993	Gründung des sozialökonomischen Betriebs „Fix und Fertig“ mit den Tätigkeitsbereichen Postversand, Siebdruck und Renovierung; die psychosoziale Betreuung der KlientInnen erfolgt durch den „Ganslwirt“ (VWS 1995).
1996	Übernahme von „Streetwork“ (VWS 1997). Seit 2005 betreibt streetwork das Projekt <i>aXXept</i> – eine Beratungs- und Betreuungseinrichtung für Punks mit sozialen Problemen. Erstmals geht die primäre Zielgruppe eines VWS-Projekts über jene der DrogenkonsumentInnen hinaus. (http://www.vws.or.at/vws/general-info/geschichte.html , 2007)
1996	Gründung von „Betreutes Wohnen“ (Kapazität: 15 befristete Wohnplätze mit Betreuungsschwerpunkten: „Klären“ von Schulden, Strafen und Umgang mit Gewalt, Paarbetreuung) (VWS 1998)
1997	Gründung des sekundärpräventiven Projekts ChEck iT! (VWS 1999)

In der Projektbeschreibung des Ganslwirt (Dressel 1991) wird ganz explizit auf die genannten Zielgruppen hingewiesen. So ist von KlientInnen die Rede, die „... von sich aus die bestehenden Beratungsstellen und stationären Einrichtungen noch nicht oder zu wenig in Anspruch nehmen ... Hauptgrund ist der bei vielen komplett soziale Ausstieg und die damit verbundene Perspektivlosigkeit“. Wie die Ersatzdrogentherapie schließen die Angebote des VWS die spätere Inanspruchnahme therapeutischer Angebote explizit ein: Sie wollen dafür vorbereiten, indem sie „soziale und medizinische Grundversorgung“ leisten. Aber primär sollte „erstmals ... Hilfe und Beratung angeboten werden, ohne dass eine zwingende Bereitschaft zur Abstinenz gefordert und als unabdingbare Voraussetzung definiert wurde“ (Schinnerl 2001). Zur Grundversorgung – „24 Stunden am Tag“ – gehören unter anderem:

- Beratung und Betreuung durch SozialarbeiterInnen (Einzelbetreuung, Krisenintervention, Aufbau und Begleitung von Kontakten zu weiterführenden therapeutischen und sozialen Einrichtungen, etc.)
- Tagesstrukturierende Angebote
- Versorgung von Grundbedürfnissen (Wäsche waschen, Duschen, Verpflegung)
- Übernachtung in Krisensituationen

- Ärztliche Akutversorgung
- „Safer Use“ Beratung (Aufklärung über Infektionsrisiken, Förderung des Gesundheitsbewusstseins)
- Harm Reduction Angebote (Versorgung mit Mitteln der Risikovermeidung wie Kondome, sterile Nadeln, Spritzen, Tupfer, schriftliches Aufklärungsmaterial – Dressel 1991)

Die angebotene Grund- und Akutversorgung, die als Reaktion auf die „zunehmend sichtbare und immer mehr verelendende Drogen-Straßenszene“ am Karlsplatz etabliert wurde (Schinnerl 2001), wurde wenige Jahre nach ihrer Gründung durch längerfristige Beschäftigungs- und Wohnprojekte ergänzt: Die Ergänzung steht bereits unter den Vorzeichen der vierten Phase, in der „Integration“ zum leitenden drogenpolitischen Ziel aufstieg. Auch die Etablierung des Projektes ChEck iT!, mit dem das Ziel verfolgt wird, riskanten Drogenkonsum durch Informationen über Substanzen, Konsumformen und Konsumkontakte sicherer zu machen, ist der vierten drogenpolitischen Phase verpflichtet, in der neben der (rehabilitativen) Organisation des Nachfeldes, die (präventive) Organisation des Vorfeldes in Angriff genommen wurde.

Phase 4: Re-Integration und Prävention – Inklusion und Normalisierung

Zu Beginn der 90er Jahre ist eine weitere Wende in der Wiener Drogenpolitik zu beobachten, die das drogenpolitische Handlungsfeld nochmals ausweitet, nun durch die professionelle Einbeziehung ihrer „Ränder“ oder auch: ihres Vor- und Nachfeldes. Zum einen werden professionelle und eigenständige berufliche Rehabilitationsprojekte etabliert. Anders betrachtet: auch die berufliche Rehabilitation emanzipiert sich nun von den Langzeiteinrichtungen der „ersten Generation“, wo sie als „Beschäftigungs- und Arbeitstherapie“ seit Beginn beheimatet war und den ambulanten Einrichtungen der „zweiten Generation“. Die Emanzipation ist mehr oder minder vollständig: Sie besteht entweder darin, dass eigenständige, berufliche Rehabilitationsprojekte an stationären oder ambulanten Drogentherapieeinrichtungen etabliert werden oder – im weitreichendsten Fall – es wird eine eigene, professionelle Einrichtung gegründet. Die Wiener Berufsbörse ist ein Beispiel hierfür, wenn auch bisher das einzige, sie wird als erste paradigmatische Einrichtung der vierten Phase detaillierter dargestellt.

Die beruflichen Rehabilitationsprojekte sind der Kern der professionellen Aufbereitung des Nachsorgebereichs in den 90er Jahren: Daneben werden unter anderem auch Wohnheime gegründet und Umschuldungsprogramme ins Leben gerufen. Indem die Rückführung von DrogennutzerInnen in den (beruflichen) Alltag zum eigenständigen, drogenpolitischen Ziel aufsteigt, wird die Sucht ein weiteres Stück „normalisiert“.

Wie die professionelle Aufbereitung der Nachsorge die Drogennutzung und die Sucht in den Alltag und in die Normalität (zurück)führen will, so will dies auch die professionelle Aufbereitung der Vorsorge bzw. die „Vorbeugung“, die etwa gleichzeitig in einer speziellen und professionellen Einrichtung konzentriert wird:

I. Die Formierung der Wiener Drogenpolitik

1994/95 wird die Informationsstelle für Suchtprävention in Wien als eigenständige Einrichtung etabliert, im Jahr 2001 wird sie umbenannt und heißt seither „Institut für Suchtprävention“. Zentrale Aufgabe der professionellen Vorsorge ist die Dissemination von wissenschaftlich fundiertem Wissen über Drogen, Drogenwirkungen, Konsumrisiken, DrogenutzerInnen und drogenpolitische Maßnahmen bei allen, also letztlich die Modifikation von Alltagskonzepten über, Haltungen gegenüber und Reaktionen auf drogenbezogene Phänomene. Durch diese Zielsetzung wird der drogenpolitische AdressatInnenkreis nochmals erheblich ausgeweitet und die gesamte – auch die (noch) nicht-konsumierende – Bevölkerung einbezogen. Die Suchtprävention wird als zweite paradigmatische Einrichtung dieser drogenpolitischen Phase betrachtet.

Mit der Gründung einer eigenständigen, professionellen Einrichtung rückt die Suchtprävention allerdings aus dem Feld der Drogenhilfe. Die Ablösung der Prävention von der Drogenhilfe wird bereits im ersten Wiener Drogenkonzept aus dem Jahr 1991 sichtbar, in dem sie als eigenständige „Säule“ der Wiener Drogenpolitik neben der „medizinischen Versorgung“, den „sozialen Maßnahmen“ und der „Sicherheit“ genannt wird. Ihre Eigenständigkeit drückt sich auch darin aus, dass sie im Gegensatz zu den anderen „Säulen“ die legalen Suchtmittel explizit mit einschließt. Der „Emanzipation“ der Prävention von der Drogenhilfe soll hier insofern Rechnung getragen werden, als ihre Entwicklung in einem eigenen Kapitel diskutiert wird.

Parallel zur Ausweitung der drogenpolitischen Handlungsfelder ist eine Beschleunigung der Spezialisierung zu beobachten, die schon in früheren Phasen einsetzte: So werden einerseits Betreuungsangebote auf bestimmte Zielgruppen – vor allem Jugendliche, aber auch Angehörige – zugeschnitten, andererseits werden sie um bestimmte Betreuungs- und Behandlungsmethoden konzentriert – wie zum Beispiel Psychotherapie. Anders ausgedrückt: Das Betreuungsangebot wird ausgeweitet, aber auch strukturiert. Oder auch: Die Organisation des Vor- und Nachfeldes macht es möglich, Betreuungslücken zu bestimmen, einzuklagen und auf sie zu reagieren.

Die Wiener Berufsbörse (WBB)

Ende 1980	Ein erster Versuch von MitarbeiterInnen der Drogenhilfe, eine Einrichtung zur beruflichen Rehabilitation von suchtkranken Menschen zu gründen, scheitert (Gruber, Uhl, Koprna, Bachmayer 2002).
1991	Das Institut für Arbeitsmarktbetreuung wird vom AMS beauftragt, eine Beratungsstelle zur beruflichen Integration von suchtkranken Menschen zu konzipieren: Bedarfserhebung und Erstellung eines Konzepts (Gruber, Uhl, Koprna, Bachmayer 2002).
1992	Die Eröffnung der Wiener Berufsbörse erfolgt im April 1992 unter der Trägerschaft des Vereins VEFKAS (Verein zur Errichtung und Führung von Kontakt- und Arbeitsstätten für Suchtkranke). Im Mittelpunkt der Tätigkeiten steht die Einrichtung von Verbindungsdienssten zu therapeutischen Einrichtungen und zu regionalen Geschäftsstellen des AMS (Arbeitsämter Bekleidung/Druck/ Papier), sowie die Betreuung und Beratung von KlientInnen in der WBB. Die Gründung des Vereins WBB erfolgt 1993. 1994 übersiedelt die Einrichtung in größere Räumlichkeiten in den 10. und 1998 in den 1. Bezirk. (Gruber, Uhl, Koprna, Bachmayer 2002)

1995/96 – 2002	<p>Entwicklung und Umsetzung eines Beratungsmodells für die regionalen Geschäftstellen des AMS vor Ort, wie spezifische Informationsangebote für die AMS-BeraterInnen. 1997 wird das Kurszentrum „Job finding“ entwickelt, es enthält Angebote im Bereich der beruflichen Orientierung. 1998 startet das Pilotprojekt „Coaching-Kurse“. Aufgrund des erfolgreichen Projektverlaufs wird diese Maßnahme aus der WBB ausgelagert und unter der Trägerschaft von „Job & Co.“ weitergeführt.</p> <p>2001 findet die Vorbereitung des Pilotprojekts „Job 4 You“ im Rahmen des EU-Programms Equal statt. Der Kurs umfasst drei Module: Eine Screeningphase zur Abklärung der individuellen Problemlage, eine Coachingphase mit Bewerbungstraining, Praktikumsuche, begleiteten Vorstellungsgesprächen u.a. und eine dritte Phase, das Matching oder die Arbeitsassistenz. Diese beinhaltet eine intensive begleitete Arbeitssuche, Aufbau von Firmenkontakten, Begleitung an den Arbeitsplatz und, bei Bedarf, Krisenintervention und Mediation. Weiterentwicklungen dieser Konzepte führten zu dem inzwischen ausgelagerten eigenständigen Teilbereich namens „Berufsassistenz“ (2002), ein Angebot, das stabile KlientInnen auf den Weg in den geregelten Arbeitsprozess vorbereitet. Die Erfahrungen, die in der Zusammenarbeit mit dem AMS gesammelt werden konnten, fanden Niederschlag in dem Projekt „Outsourcing“ – in dem es um die Umsetzung von neuen Vermittlungs- und Beratungskonzepten geht (Gruber, Uhl, Kobrna, Bachmayer 2002).</p>
2003	<p>Nimmt die Einrichtung „Berufsassistenz“ der Wiener Berufsbörse an der Entwicklungspartnerschaft drugaddicts@work teil. Sie fungiert dabei als KlientInnen-Dreh scheibe (WBB 2005).</p>

Arbeitstherapeutische Projekte waren seit Beginn Bestandteil stationärer, wie ambulanter Programme. Beispiele sind das erwähnte Projekt des Dialog, bei dem die eigenen Räumlichkeiten mit KlientInnen renoviert wurden, wie die Gründung einer Buchbinderei durch das Change in den 80er Jahren. Die 1992 gegründete Wiener Berufsbörse ist die erste Einrichtung, die sich ausschließlich der Reintegration von Suchtkranken – Subsituierter, wie erfolgreich abstinenzorientiert Behandelten – in den Arbeitsmarkt widmet. Den KlientInnen wird geholfen, die gesundheitlichen, sozialen und finanziellen Voraussetzungen für den Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt zu schaffen, sie erhalten fachliche und motivationale Unterstützung bei der beruflichen Orientierung, der Suche nach geeigneten Qualifizierungsangeboten und Arbeitsplätzen und berufs- und kursbegleitende Betreuung.

Der Aufbau beruflicher Rehabilitationsprogramme in den 90er Jahren beschränkt sich nicht auf die Gründung und den Ausbau der Berufsbörse: Er wurde durch Fördermittel der EU erleichtert, die seit 1995 zur Verfügung stehen und durch Wiener Einrichtungen wiederholt genutzt wurden. Folgende – vielfach bereits erwähnte – Projekte sind zu nennen: „Needles or Pins“ (Dialog), „Job4you“, „Berufsassistenz“ und „Outsourcing“ (WBB), die Entwicklungspartnerschaft drugaddicts@work, „garbage“ (API), „pool7.at“ (Grüner Kreis) und „Fix und Fertig“ (VWS).

Die Behandlungsangebote, die ausgewählt wurden, um die vier drogenpolitischen Phasen zu repräsentieren, wurden nicht erst in „ihren“ Phasen „erfunden“ und entwickelt: Der Club Change ist in seinen „szenenahen“ Anfängen als Vorläufer der späteren niederschweligen Einrichtungen zu betrachten und mit der Ersatzdrogenvergabe wurde lange vor dem Ersten Substitutionserlass experimentiert. Auch war bald nachdem die „internationale Drogenwelle“ Österreich erreicht hatte, begonnen worden, andere als abschreckende (auf polizeiliche Verfolgung und gerichtliche Verurteilung aufbauende) Präventionsangebote zu entwickeln.

Die jeweiligen Betreuungsangebote rücken allerdings in den drogenpolitischen Phasen, für die sie paradigmatisch sind, in den Vordergrund, sie werden eigenständig und professionell und expandieren. Wie sie nicht erst in den Phasen, die sie repräsentieren, entstehen, so gehen sie auch nicht mit „ihren“ Phasen zu Ende. Alle wurden auch noch in den folgenden Phasen ausgebaut und zumeist durch aktuelle paradigmatische Angebote erweitert: So wuchs die stationäre Betreuung in allen Phasen, in der zweiten wurde sie durch ambulante Einrichtungen ergänzt, in der dritten begann man auch im stationären Bereich am Ersatzdrogenprogramm mitzuarbeiten, spätestens in der vierten entwickelte man präventive Angebote und investierte in Rehabilitationsprojekte. Am Ende der genannten vier Phasen ist daher ein quantitativ immens ausgebautes Behandlungsangebot zu beobachten, das sich auf die vielfältigste Weise diversifiziert hat und divergente Behandlungsziele verfolgt.

Wie das Betreuungsangebot der Wiener Drogenhilfe und die Einrichtungslandschaft sich während der verschiedenen drogenpolitischen Phasen den wechselnden drogenpolitischen Zielen angepasst haben, so haben dies auch die einzelnen Betreuungsprogramme intern getan. Die Datenlage erlaubt es nicht, die Veränderungen im Detail nachzuzeichnen, doch kann sie anhand des „Ganslwirt“ (Tageszentrum, Nachtstation und Ambulatorium des VWS) zumindest anekdotisch skizzieren. Sein Betreuungsangebot rückte in den 90er Jahren – der Phase der Re-Integration und Prävention – weiter und zunehmend akzeptierend in den Drogen-Alltag: Seit dem Jahr 2000 werden im Tageszentrum ganz explizit „Lebenspraktische Hilfsangebote“ gemacht (warmes Essen, Duschen, Wäsche waschen, Aufenthaltsmöglichkeiten und Freizeitgestaltung), in der Nachstation wurde die Zahl der Schlafplätze erhöht und ein Spritzentauschprogramm etabliert, im Ambulatorium wird bei der Substitution beraten und unter anderem diversen Infektionskrankheiten mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Was die Zielgruppen betrifft, so lässt sich nicht nur beim Ganslwirt, sondern auch bei anderen Einrichtungen des Vereins Wiener Sozialprojekte eine Wendung von den Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu den „Verelenden“ allgemein – aber vor allem jenen aus der offenen Straßenszene – ablesen. Die Veränderung der Zielgruppe oder zumindest ihrer Beschreibung weist darauf hin, dass man die Behandlungsprogramme zunehmend ohne Einschränkungen (auch) für die Hilfsbedürftigsten konzipiert.

Die Entwicklung der KlientInnen von „paradigmatischen“ Einrichtungen

Die Einrichtungen der Wiener Drogenhilfe haben bis vor kurzem (bis 2001) klientInnenbezogene Daten in sehr unterschiedlicher Form erhoben und präsentiert. Zum Einsatz kamen verschiedene und wechselnde Definitionen und Kategorien und immer wieder veränderte Darstellungsformen. Die Vergleichsmöglichkeiten sind des Weiteren durch unvollständige Angaben geschmälert. So weit es das Material erlaubt, wird im Folgenden anhand der Unterlagen für paradigmatische Einrichtungen dennoch versucht, Trends nachzuzeichnen, auf die Wiedergabe des – sehr lückenhaften Zahlenmaterials – wird allerdings verzichtet.

Die Zahl der KlientInnen hat in allen Einrichtungen in allen Phasen zugenommen, im „ältesten“ stationären Bereich fielen die Zunahmen in den 90er Jahren

allerdings deutlich geringer aus als in den beiden Jahrzehnten davor. Im eigenständig ambulanten Bereich dürften die KlientInnenzahlen insbesondere in der letzten Dekade – durch die Einbeziehung niederschwelliger und rehabilitativer Angebote – sehr kräftig gestiegen sein. Ähnliches ist bei den in dieser Zeit gegründeten Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation zu beobachten. Anders ausgedrückt: Der stationäre Bereich hat seine Reichweite kontinuierlich, aber insgesamt am langsamsten und in den 90er Jahren am geringfügigsten gesteigert, der eigenständig ambulante und vor allem der (beruflich) rehabilitative Sektor haben ihre Reichweite deutlich rascher gesteigert, vor allem aber im letzten Jahrzehnt (Anton Proksch Institut 1987 – 2002; Grüner Kreis 1986 – 2002; Dialog 1982, 1991, 2001; Busch 2004, FSW 2003; Verein Wiener Sozialprojekte 1992 – 2003; Wiener Berufsbörse 1995, 2001)

Was das Ersatzdrogenprogramm und die niederschwellige Einrichtungen betrifft, so hat die Zahl der KlientInnen nur in ersterem in einem Ausmaß zugenommen, das der Entwicklung im ambulanten und rehabilitativen Bereich entspricht. Die relative Stagnation der Zahl der KlientInnen der letzteren ist mit der Veränderung ihres Aufgabenverständnisses und -bereichs zu erklären: War die Betreuung ursprünglich auf vorübergehende und punktuelle Akutprobleme von RisikokonsumentInnen zugeschnitten, ist sie nun auf die kontinuierliche und lebenslange Begleitung chronisch Suchtkranker ausgerichtet (VWS 2000 und 2003).

Zusammengefasst lässt sich also mit aller Vorsicht die Annahme formulieren, dass die Reichweite mit der „Modernität“ des Typus der Drogeneinrichtung steigt und insbesondere in der „akzeptierenden“ und der „integrativen“ Phase wächst. Anders betrachtet: Bei der Konzeption von Drogeneinrichtungen spielt die Reichweite im Laufe der Geschichte der Drogenhilfe eine immer wichtigere Rolle.

Betrachtet man den **Anteil von Klientinnen**, zeigt sich, dass etwa ein Viertel bis ein Drittel aller Klienten von paradigmatischen Einrichtungen Frauen sind. Drastische Veränderungen sind nicht zu beobachten, aber tendenziell dürfte der Frauenanteil im letzten Jahrzehnt zurückgegangen sein. Anders gesehen: die Expansion der Drogenhilfe ist mehr den Drogennutzern zugute gekommen. Der Frauenanteil ist nur in den stationären Einrichtungen und in den ihnen zugehörigen Ambulanzen leicht gestiegen, in fast allen Einrichtungen „neueren“ Typs ist er mehr oder minder stark gefallen (Anton Proksch Institut 1987 – 2002; Grüner Kreis 1986 – 2002; Dialog 1985, 1991, 1999; Busch 2004; FSW 2003; Verein Wiener Sozialprojekte 1991/92 bis 2002; Wiener Berufsbörse 1995, 2001).

Die Ursachen hierfür sind auf beiden Seiten zu suchen: So könnte der Anteil der Frauen an den – problematischen – DrogenkonsumentInnen in den 90er Jahren gefallen sein (eine These, gegen die die vorhandenen epidemiologischen Ergebnisse sprechen – siehe unten). Frauen könnten sich auch durch das „akzeptierendere“ Drogenhilfsangebot weniger angesprochen fühlen. Anders als im „traditionellen“ stationären Bereich könnte der ihnen zur Verfügung stehende, geschlechtsspezifische Schutzraum hier geringer sein (Brosch 2005, Feselmayer et al. 2005). Andererseits ist daran zu denken, dass sich das psychosoziale Hilfsangebot insgesamt stark

vermehrt und diversifiziert hat und dass heute weit mehr unspezifische Betreuung und Behandlung angeboten wird als in früheren Jahren: Frauen tendieren dazu, unspezifische Angebote zu bevorzugen (Decordoba et al. 2005) und dies könnte sich in den fallenden Klientinnenzahlen der paradigmatischen Drogeneinrichtungen widerspiegeln. Genauere Einsichten in die angesprochenen Entwicklungen und ihre Ursachen sind nur aus einer eigenen Studie zu gewinnen.

Die letzte Dimension, zu der sich vorsichtige Aussagen und Annahmen über die phasen- und einrichtungsübergreifende Entwicklung von KlientInnen der Wiener Drogenhilfe formulieren lassen, ist deren Alter. **Der Anteil der Jugendlichen – bis maximal 20-jährigen** – unter den KlientInnen schwankt von Einrichtung zu Einrichtung: er ist – wenig überraschend – am höchsten beim Drogentestprogramm ChEck iT! und bei anderen niederschwelligen (und aufsuchenden) Programmen und am niedrigsten in der stationären Therapie und in Einrichtungen für die beruflichen Rehabilitation. Insgesamt ist der Anteil (nicht die Zahl) der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den paradigmatischen Einrichtungen im Beobachtungszeitraum als gleichbleibend bis geringfügig rückläufig einzuschätzen.

Der Anteil der Älteren – der etwa über 30-jährigen – ist insgesamt erheblich höher als jener der Jüngeren. Die Älteren sind im Gegensatz zu den jüngeren vor allem in beruflichen Rehabilitationseinrichtungen zu finden, sie werden aber in ähnlichem Maße auch von niederschwelligen (aufsuchenden) Einrichtungen angesprochen. Am seltensten finden sich Ältere – und auch das verbindet sie mit den Jüngeren – in stationären Programmen. Der Anteil (und die Zahl) der älteren KlientInnen der Wiener Drogenhilfe dürfte insgesamt im Steigen begriffen sein, der Rückgang des Anteils der jüngeren Klientel ist darauf zurückzuführen (Mader 1983, API 1999, 2002; Pfersmann, Presslich 1994, Grüner Kreis 1986 – 2002; Busch 2004, FSW 2003; Dialog 1985, 1990, 1997; Verein Wiener Sozialprojekte 1991/92 bis 2002; Wiener Berufsbörse 1996, 2001).

Die Klientel der Wiener Drogenhilfe altert also. Und das wirft ähnliche Fragen auf, wie jene, die sich angesichts der Ergebnisse zum Anteil der KlientInnen ergaben: Spiegelt der Alterungsprozess der Betreuten und Behandelten einen Alterungsprozess der DrogennutzerInnen wider? Vermutlich, denn der Ausbau der diversen Überlebenshilfen für DrogenkonsumentInnen hat sicherlich zur Alterung der Drogenszene beigetragen. Doch ist durch die Etablierung von diversen Rehabilitationseinrichtungen wahrscheinlich auch das Hilfsangebot für die Älteren attraktiver geworden. Die niederschwelligen, aufsuchenden Einrichtungen sprechen sowohl ältere, wie auch jüngere DrogennutzerInnen an. Genauere Aufschlüsse über die Inanspruchnahme der Einrichtungen der Wiener Drogenhilfe von DrogennutzerInnen, die verschiedenen Altersgruppen angehören, könnte aber wiederum nur eine eigene Studie geben. Vorwegnehmend ist hier jedoch auch darauf zu verweisen, dass die Interviews mit Betreuenden recht einheitlich ergaben, dass Hilfeangebote für Jugendliche benötigt werden, und dass diese nach dem Ende der Beobachtungsperiode (nach 2004) ja auch tatsächlich etabliert und sofort in Anspruch genommen wurden.

Zusammenfassung

Die Wiener Drogenhilfe wurde seit Beginn der 70er Jahre stetig ausgebaut. Deutlicher noch als die Zahl der Einrichtungen hat jene der KlientInnen zugenommen, wurde also die Kapazität der Einrichtungen gesteigert. Die Steigerung der Kapazität – wie die Steigerung der Reichweite – beruht auf einem mehrmaligen, vielschichtigen Paradigmenwechsel bei den Betreuungskonzepten, der zur Gründung immer neuer Arten von Einrichtungen und zur Entwicklung immer neuer Behandlungsprogramme geführt hat. War in der ersten Phase der Entwicklung der Wiener Drogenhilfe die Langzeitbehandlung in stationären Einrichtungen paradigmatisch, wurde sie nach wenigen Jahren von der multiprofessionellen Beratung, Betreuung und Behandlung in ambulanten Stellen abgelöst. Der ambulanten Betreuung folgte die niederschwellige, auf die Verringerung der verschiedensten Begleit- und Folgeprobleme des Konsums gerichtete Versorgung, diese wurde zuletzt durch beruflich rehabilitative und pädagogisch präventive Programme ergänzt.

Insgesamt ist eine zunehmende Akzeptanz der Bedürfnisse von DrogennutzerInnen durch die Drogenhilfe zu beobachten, die sich unter anderem darin ausdrückt, dass das Behandlungsziel Abstinenz, mit mehr oder minder großem Zwang durchgesetzt, zugunsten des Betreuungsziels Leidensminderung, auf mehr oder minder freiwilliger Inanspruchnahme bauend, in den Hintergrund gerückt ist. Die Entwicklung der Behandlung und Betreuung von DrogennutzerInnen lässt sich auch als Bewegung von der Exklusion (erzwungenen Ausschließung) zur Inklusion (Druck bzw. Überredung zur Wiedereingliederung) beschreiben, und damit zusammenhängend als Bewegung von der Kriminalisierung zur Medikalisierung, wie als Bewegung von der moralischen Verwerfung zur Anstrengung, Normalität (wieder) herzustellen (Parsons 1970). Nicht zu vernachlässigen ist hierbei, dass frühere Entwicklungen nicht durch spätere aufgehoben, sondern ergänzt wurden. So blieben die auf Abstinenz ausgerichteten stationären Langzeittherapieeinrichtungen der ersten Phase bis heute neben all den neuen Einrichtungen bestehen, die die Aufgabe haben, diverse Folgeprobleme zu reduzieren und die DrogennutzerInnen – statt zu „heilen“ – zu (re)integrieren. Nicht aufgehoben sondern beibehalten und darüber hinaus ausgeweitet wurde auch die polizeiliche Verfolgung der Drogenutzung. Mehr: der Ausbau der Drogenhilfe dürfte dem Ausbau der polizeilichen Verfolgung nicht nur nicht entgegengestanden sein, sondern könnte ihn möglicherweise sogar stimuliert haben (Eisenbach-Stangl 2000). Darauf wird im Folgenden noch genauer einzugehen sein.

Aus einem noch anderen Blickwinkel betrachtet, haben sich die Einrichtungen der Wiener Drogenhilfe und mit ihnen die Gemeinde, in der diese aufgebaut wurden, für die DrogennutzerInnen zunehmend geöffnet – die in den letzten Phasen eingeführten Begriffe „Hoch- und Niederschwelligkeit“ drücken dies plastisch aus. Auf persönlicher Ebene ist jedoch gleichzeitig eine Distanzierung von den DrogennutzerInnen zu beobachten, die sich in dem Prozess der Professionalisierung und Verwissenschaftlichung der Betreuung und Behandlung zeigt: Aus Personen, die grundlegende Lebensfragen auf extreme, abweichende und risikoreiche Weise stellten (agierten), mit denen man sympathisierte, wenn man sich nicht mit ihnen

identifizierte, und denen man beim Überleben helfen wollte, wurden KlientInnen, die man mit überprüfbaren Behandlungsmethoden gezielt zu beeinflussen trachtet und deren Behandlungsprozess der Aufzeichnungspflicht unterliegt. Mehr als in diesem Abschnitt wird dieser Wandel in Teil II, in den Interviews mit den Drogenbetreuern und -betreuerinnen, sichtbar.

Die zunehmende „Niederschwelligkeit“ hat die Einrichtungen und die sie tragende Gesellschaft für die DrogennutzerInnen geöffnet, sie hat umgekehrt aber auch dazu geführt, dass die „Drogenszenen“ von der Drogenhilfe in wachsendem Maße durchdrungen wurden. Durch die Durchdringung wurde die „Drogenfrage“ neu formuliert: Die – teils auf lebensgefährliche Weise gestellten – Lebensfragen der DrogennutzerInnen wurden zu einem individuellen Problem, auf das die Antwort ausschließlich in einem auf Einzelpersonen zugeschnittenen, gesundheitsbezogenen, therapeutischen Setting erfolgte. Dies hat ohne Zweifel zahlreichen – und vermutlich zunehmend vielen – DrogennutzerInnen das Leben und die Gesundheit gerettet, aber unter anderem vermutlich auch dazu geführt, dass gesellschaftliche Probleme unbeantwortet blieben und bleiben konnten (Bruckner 2001, Aarburg, Stauffacher 2004).

1.2. Die Prävention

Die Anfänge: Die Vorherrschaft strafrechtlich bestimmter General- und Spezialprävention und des Modus „Abschreckung“ wird gebrochen

Die Prävention im Bereich der illegalen Drogen bleibt in der ersten Hälfte des Beobachtungszeitraums auf die strafrechtlich fundierte General- und Spezialprävention durch polizeiliche und justiziale Interventionen und Sanktionen konzentriert, die mit dem Modus „Abschreckung“ arbeitet. Zunehmend beginnt man aber auch andere Formen präventiver Maßnahmen einzusetzen, die anfänglich allerdings das strafrechtlich vorgegebene Ziel Abstinenz und den strafrechtlich vorgegebenen Modus Abschreckung beibehalten: So wird Anfang der 70er Jahre eine Medienkampagne mit dem Titel „Halt, Rauschgift ist Selbstmord“ durchgeführt und es werden diverse Informationsbroschüren von den regionalen Polizeibehörden und vom Unterrichts- und Gesundheitsressort vorwiegend an Jugendliche (SchülerInnen) gerichtet. In der „neuen“ – statt auf angedrohten und tatsächlich gesetzten Sanktionen auf „Information“ und „Beeinflussung“ basierenden – Drogenprävention werden verschiedene Ressorts unkoordiniert tätig, und ebenso unkoordiniert wird man auf Bundes-, Landes-, Regional- und Organisationsebene gleichzeitig aktiv. Die Exekutive dominiert anfänglich auch den „neuen“ Präventionsbereich, doch wird ihr dies zunehmend von der steigenden Zahl „neuer“ ExpertInnen in der Drogenhilfe streitig gemacht, deren präventive Arbeit andere Ziele verfolgt: Statt an der Verhinderung jeglichen Konsums illegaler Substanzen außerhalb des medizinischen Systems – dem strafgesetzlich vorgegebenen Ziel – sind sie überwiegend an der Verminderung von Risiken orientiert, die mit dem Konsum konkreter Substanzen und mit verschiedenen Konsumtechniken und -stilen verbunden sind, also an gesundheits- und sozialpolitischen Zielen.

1980 erfolgt ein Einschnitt: Die Drogenprävention wird gesetzlich verankert und von der strafrechtlich bestimmten Spezial- und Generalprävention getrennt. In der Novelle zum SGG aus diesem Jahr wird der Gesundheitsminister beauftragt, für die „Ausarbeitung und Durchführung eines Gesundheitserziehungskonzeptes mit dem Ziel der Aufklärung über die Gefahren des Suchtgiftmissbrauches Sorge zu tragen“ und werden die Bundesländer in die Verantwortung für die Präventionsarbeit einbezogen. Bis die präventiven Aktivitäten auf Bundes- und Länderebene auch nur ansatzweise koordiniert und professionalisiert werden, vergehen jedoch noch weitere 10 bis 15 Jahre: 1986/87 werden in Tirol und Vorarlberg die ersten Arbeitsstellen für primäre Suchtprävention geschaffen, 1989 wird die „Arbeitsgemeinschaft für Suchtprävention“ gegründet, vorerst als lose Interessensvereinigung für österreichische Fachleute aus den verschiedensten Institutionen (Koller 2000).

In Wien kommt es in den Jahren des Aufbaus und der Professionalisierung der Primärprävention im Drogenbereich zu einem Konflikt zwischen den traditionell – an Abstinenz und Abschreckung – orientierten PräventionsanbieterInnen und den „neuen“. Der Konflikt wird von den Medien aufgegriffen und erreicht Ende der 80er, Anfang der 90er Jahre einen Höhepunkt. Zwischen den Konfliktlinien stehen die Schulen, deren Präventionsaktivitäten bis dahin an den strafrechtlich vorgegebenen Prämissen orientiert waren, die sich nun aber zunehmend der Risikominderung zuwenden. Der erste Drogenkoordinator der Stadt Wien, Peter Hacker, fasst die Entwicklung im Rückblick folgendermaßen zusammen: „... *ich glaube, dass es uns gelungen ist, von diesem moralischen oder ausschließlich sicherheitspolitischem Zugang zu einem pädagogischen ... zu kommen ..., dass uns der Sprung von der Drogenprävention zur Suchtprävention gelungen ist*“ (Interview Hacker).

Der grundlegende Wandel der Präventionsarbeit folgt in Wien jenem der drogenpolitischen Steuerungsmechanismen Ende der 80er, Anfang der 90er Jahre: Als auch in Wien Drogenpolitik auf regionaler Ebene verankert und eine entsprechende Organisation – der Drogenkoordinator der Stadt Wien und sein Büro – eingerichtet wird, werden von hier aus rasch Initiativen gesetzt, um die präventiven Aktivitäten im eigenen Einflussbereich zu koordinieren, auszubauen, zu professionalisieren und einheitlich auszurichten: unter dem Titel der „Suchtprävention“ eben – und im Gegensatz zur Drogenprävention.

Suchtprävention ist der neue Begriff für die neue, nun auch „emanzipierte“ und professionalisierte Präventionsarbeit, die auf die Vorbeugung unerwünschter Folgen der Drogennutzung konzentriert, aber nun zusätzlich auch alle Arten von psychoaktiven Substanzen, und nicht substanzgebundene Süchte einbezieht (Uhl, Springer 2000). Mit dem offiziellen Wechsel der inhaltlichen Ausrichtung der Prävention ändern sich die eingesetzten Modi nochmals, sie sind nun auf die „Vermittlung umfassender, psychosozialer Kompetenzen“ konzentriert (Fellöcker, Franke 2000).

Professionalisierung und Institutionalisierung: Eine eigene Organisation für Suchtprävention in Wien

Für die Präventionsarbeit in Schulen waren am Pädagogischen Institut der Stadt Wien Anfang der 90er Jahre Aus-, Weiter- und Fortbildungscurrricula für Suchtprävention für Angehörige verschiedener Berufsgruppen entwickelt worden. Außerdem waren das Gesundheitsförderungszentrum und einige private Anbieter in der Suchtprävention aktiv geworden. Die Aktivitäten richteten sich vor allem an „Schlüsselpersonen“, daneben sah das erste Wiener Drogenkonzept auch einige wenige (sekundär)präventive Maßnahmen für Betroffene vor (Springer, Uhl 1996, Koller 2000). Mitte der 90er Jahre wurde die Suchtprävention auf eigene Beine gestellt: 1994/95 etablierte der Drogenkoordinator der Stadt Wien die erste eigenständige Organisation.

Die „**Informationsstelle für Suchtprävention**“ (ISP) wird an der Magistratsabteilung 15 im Dezernat V errichtet, das den Namen „Suchtprävention und medizinische Drogenangelegenheiten“ erhält. Mit der Konzepterstellung wird die Sozialarbeiterin und Psychotherapeutin Silvia Franke beauftragt, die in der aufsuchenden Drogenarbeit tätig war. Als Streetworkerin war sie – wie viele in der Drogenhilfe Beschäftigte – auch präventiv aktiv geworden und hatte unter anderem Präventionsworkshops für SchülerInnen abgehalten. Sie kann als Repräsentantin der „neuen Präventionsszene“ gelten, die sich im Laufe der 80er Jahre im Rahmen der regionalen Drogenhilfe herausgebildet hatte und die der polizeilichen Präventionsarbeit kritisch gegenüberstand.

Silvia Franke wird auch die erste Leiterin der ISP, die 1995 offiziell die Arbeit aufnimmt. Es ist die dritte regionale Suchtpräventionseinrichtung in Österreich: 1993 war SUPRO in Vorarlberg, 1994 das Institut für Suchtprävention in Linz gegründet worden, gleichzeitig wird die „Suchtpräventionsstelle der Kärntner Landesregierung“ etabliert. Franke wird von der Gemeinde Wien angestellt, die die Informationsstelle zur Gänze subventioniert.

1997 folgt die zweite präventive Initiative der Wiener Drogenkoordination, die medial weit spektakulärer ist als die Gründung der ISP: das „**wissenschaftliche Pilotprojekt ChEck iT!**“ wird gemeinsam vom Drogenkoordinator Hacker, dem Pharmakologen Schmid, dem VWS-Mitarbeiter Harald Kriener und dem Sozialarbeiter und VWS-Geschäftsführer Schinnerl aufgebaut. Im Rahmen des „pill testing programmes“ werden kostenlos anonyme Substanzanalysen, persönliche Beratung, schriftliche Informationen (Broschüren, Homepage u.a.) und alkoholfreie Getränke im Sinne des „safer use“ angeboten. ChEck iT! wird 1997 zwei mal eingesetzt, 1998 viermal, 1999 fünf mal, 2004 etwa zehnmal. Das Projekt, das für eine neue Szene von „gut funktionierenden“ KonsumentInnen (Kriener 2000, S. 218) entwickelt wurde, wird auch in andere Bundesländern eingeladen. Angesiedelt wird ChEck iT! nicht in der ISP, sondern beim Verein Wiener Sozialprojekte, wodurch es offiziell als niederschwellige – sekundärpräventive – Maßnahme und nicht als (primär)präventives Projekt eingestuft wird (Schinnerl 2000).

Folgende Vorteile des Projektes werden genannt: (1) es werden viele erreicht, (2) viele informiert (3), soziodemographische Daten gesammelt (4) und chemische Analysen gemacht, durch die Wissen erworben wird, auf dessen Basis Warnungen ausgesprochen werden können (Interview Kriener).

ChEck iT! basiert auf einem drogenpolitischen Konsens auf Landes- und Bundesebene: „Pill testing is part of the official Vienna drug policy that was passed by majority decision. The basis for on site pill testing are official statements by the Ministry of Justice and the Ministry of Social Affairs and Health declaring pill testing a legal procedure, if it is done by a scientific institution. No illicit substances may be touched or handled by the project members, for giving back or passing on illicit substances would be a violation of the Austrian law on controlled substances. ChEck iT! has a good working base with the local police who support the preventive measures of the project: the police are present at raves where ChEck iT! offers chemical analysis, but they do not concentrate their actions on visitors of ChEck iT!“ (Kriener et al. 2001). Jene, die Pillen testen lassen, bekommen die getesteten Substanzen also nicht zurück. Andererseits schützt der Besuch des Programms nicht nur vor gefährlichen Substanzen, sondern auch vor polizeilichen Kontrollen.

Zurück zur „Informationsstelle für Suchtprävention“: Sie wird **im Jahr 2001 als „Institut für Suchtprävention“** vom Fonds Soziales Wien übernommen (seit 2006, dem Jahr der neuerlichen Reorganisation der Drogenkoordination untersteht sie der „Sucht- und Drogenkoordination Wien [SDW], die Eigentum des Fonds Kuratorium Psychosoziale Dienste Wien [PSD] ist). 2001 beträgt die Zahl der MitarbeiterInnen 4 Fachkräfte und eine Kanzleikraft (Uhl, Springer 2002), 2002 sind es 5 Fachkräfte und 1 Sekretärin, 2004 sind es inklusive der Leiterin 7. Trotz der teils privatwirtschaftlichen Struktur darf das ISP keine Gewinne erzielen.

2002 übernimmt Harald Kriener, der ChEck iT! 4 Jahre geleitet hat, die Leitung des ISP. Der Leitungswechsel signalisiert einen weiteren Emanzipationsschub der Prävention im Feld der Drogenarbeit, da Kriener zwar mit betreuungsbedürftigen DrogennutzerInnen gearbeitet hat, aber vor allem aus der (sekundär)präventiven Arbeit mit „gut funktionierenden“ KonsumentInnen kommt. Ende 2003 erhält das ISP eine neue Leitung, Barbara Strunz, die auch für das Projektmanagement Gesundheitsförderung verantwortlich ist. Der Ansatz, an MultiplikatorInnen gerichtete Standardprogramme der Lebenskompetenzförderung und der Frühintervention anzubieten, wird weiter verfolgt. (Die Reorganisation der Drogenkoordination im Jahr 2006 führt dann auch zur abermaligen Reorganisation des ISP.)

Das Konzept der Informationsstelle/des Instituts für Suchtprävention

Der Drogenkoordinator wollte eine Informationsstelle schaffen, die MitarbeiterInnen hatten noch ehrgeizigere Ziele. Das erste Konzept zielte auf „primäre Suchtprävention mit Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Bildungsarbeit“. Es war nicht primär auf die Verhinderung des Drogenkonsums gerichtet, sondern wollte (auch) Konsumrisiken verringern, Aktivitäten gegen „Marginalisierung“ und „Ghettoisierung“ eingeschlossen. Man wollte an bestehende Angebote anknüpfen:

„Aufgabe der vier Fachkräfte ist die qualitative und quantitative Entwicklung und Weiterbildung des suchtpräventiven Angebotes in Wien“. Schließlich wollte man „... mit ganzen Systemen (arbeiten), beispielsweise Teams oder Schulgemeinschaften, weil dadurch eine größere Gruppe von Menschen betroffen ist, und sich auf diese Weise Suchtvorbeugung auch strukturell orientieren kann“. Und man wollte die Betroffenen „empowern“, das heißt, man wollte „Möglichkeiten (aufzeigen), auch mit schwierigen Lebenssituationen und Konflikten konstruktiv umzugehen“ (Franke 2000).

In dem anlässlich dieser Studie durchgeführten Interview mit Silvia Franke meint diese rückblickend: „*Die Errichtung der Suchtpräventionsstellen war ein wichtiger Schritt, weil dadurch drogenpolitische Ansätze und Haltungen einer größeren Anzahl von Leuten über die pädagogische Arbeit vermittelt werden konnten. ... Ich glaube, dass in Bezug auf die Breitenwirkung von Prävention die Einstellung der normalen Leute sehr wichtig ist, wie weit sie Angst haben vor dem Thema, was sie eigentlich darüber wissen.*“

Der zweite Leiter setzte auf „wissenschaftlich fundierte Prävention“ und orientierte sich vor allem an US-amerikanischer Literatur: „*Ich halte das für das einzige sinnvolle, weil überprüfbare, da ist Amerika fünf oder zehn Jahre voraus, und zwar in Bezug auf alle Staaten in Europa. ...*“ (Interview Kriener).

In dem, vom zuständigen Ministerium herausgegebenen Überblick über die „Professionelle Suchtprävention in Österreich“ aus dem Jahre 2002 wird das ISP schließlich folgendermaßen charakterisiert: „Das ISP ist eine Einrichtung der primären Suchtvorbeugung. Sie steht allen an Primärprävention und Suchtfragen interessierten Personen als Auskunftsstelle und Fortbildungseinrichtung zur Verfügung ... Ein wichtiger Aspekt ist die Stärkung von Ressourcen auf regionaler Ebene ... Zentrale Schwerpunkte sind ... Fachberatung und Schulung von Multiplikatoren, Weiterbildung von Fachleuten ... Unterstützung von und Vernetzung mit präventiven Projekten ... Installierung eines Arbeitskreises für Präventionsfachleute, Sammlung und Dokumentation ... Herausgabe von Informationsmaterial sowie Erstellung eines ReferentInnenpools“ (Uhl, Springer 2002).

Wie die kurze Schilderung zeigt, zielt die Primärprävention in Wien konzeptuell vor allem auf die Beeinflussung des Wissens und der Kommunikation über Drogen, Drogenkonsumenten und drogenbezogene Risiken und Probleme und auf die Stimulierung und Vernetzung suchtpräventiver Initiativen und einschlägiger Einrichtungen. Jugendliche – DrogennutzerInnen wie NichtkonsumentInnen – stehen im Vordergrund. Es werden keine Projekte zur Nachfragerreduktion durchgeführt, die Angebotsreduktion bleibt der Polizei überlassen.

Das Institut für Suchtprävention hat keine Monopolstellung

Wie im gesamten Drogenbereich, so treten auch in der Prävention die „neuen“ Einrichtungen nicht einfach an die Stelle der „alten“, sie etablieren sich zusätzlich. Die Veränderungen, die ihre Etablierung nach sich zieht, sind schwer zu erfassen. So haben die „neuen“ Einrichtungen zuerst die Polizei und dann die Drogenhilfe

in der Primärprävention auf der „Nachfrageseite“ in den Hintergrund gedrängt, wenn auch keinesfalls verdrängt. Die auf die „Angebotsseite“ gerichtete Präventionsarbeit verblieb ohne Einschränkungen bei der Exekutive und der Justiz (im Gegensatz zu den Niederlanden beispielsweise).

In den Hintergrund getreten sind auch die primärpräventiven Aktivitäten des Bundes, eine klare Arbeitsteilung und Zusammenarbeit mit den regionalen Einrichtungen ist jedoch nicht zu erkennen. So wird auf Bundesebene möglicherweise mehr (kostspielige) Öffentlichkeitsarbeit durchgeführt – zum Beispiel vom Unterrichtsministerium die Kampagne „No Drugs“ im Jahr 1999, von der man in Wien explizit Abstand nahm. Präventionsinstitute in anderen Bundesländern (Vorarlberg und Kärnten) haben allerdings großangelegte Kampagnen organisiert. Und auch der vom zuständigen Ministerium geförderte Dachverband der Suchtpräventionsstellen ist im Jahr 2000 mit einer Broschüre an die Öffentlichkeit getreten. Die Öffentlichkeitsarbeit sei wichtig, wird von Seiten der Präventionsinstitute argumentiert, um der Fehl- und Schiefinformation der Medien gegenzusteuern, die mehr über die Drogenmafia als über den erweiterten Suchtbegriff und die suchtpräventive Arbeit informierten, und immer mehr Werbung für alkoholische Getränke übernahmen (Deutzenhauser 2000). Das Fazit scheint dennoch zu sein, dass die „Öffentlichkeitsarbeit“ als Aufgabe des Bundes gilt und dass sich die regionalen Suchtpräventionsstellen auf die Gesundheitsförderung und die „strukturelle Weiterbildung“ konzentrieren.

Das Institut für Suchtprävention der Stadt Wien ist also Teil eines nationalen Netzwerkes, aber es ist auch Teil eines regionales Netzwerkes, das teils vor seiner Gründung bestand, teils aber auch erst von ihm ins Leben gerufen wurde und zu dem folgende, beispielhaft ausgewählte Einrichtungen gehören:

Forum Suchtprävention

Das Forum Suchtprävention ist eine Dachorganisation, der es gelungen ist, einen „*Zusammenschluss sehr vieler Einrichtungen und Organisationen, die im weiteren Sinne mit Suchtprävention zu tun haben, herbeizuführen. Zu diesen Organisationen zählen der Verein Dialog, das Drogenkompetenzzentrum der MA 11, das Pädagogische Institut der Stadt Wien mit dem dort verankerten Gesundheitsförderungszentrum, die Kriminalpolizeiliche Beratung, ChEck iT! und andere*“ (Interview Kriener). Außer dem Kriminalpolizeilichen Beratungsdienst gehört dem Forum Suchtprävention keine Organisation oder Initiative an, die den repressiven Kontrollorganisationen Polizei, Justiz oder Strafvollzug zugehörig ist oder nahe steht, obwohl in den 90er Jahren auch hier suchtpräventive Maßnahmen – beispielsweise die Gründung „Drogenfreier Zonen“ im Strafvollzug – gesetzt wurden.

Der Kriminalpolizeiliche Beratungsdienst (KBD): „Wir sind nur ein kleines Rad oder in manchen Fällen sind wir auch Motor, das kommt darauf an“

1993 wurde das Kriminalpolizeiliche Beratungszentrum gegründet und anfänglich acht Beamte für Suchtprävention eingestellt, heute sind allerdings nur drei einschlägig tätig. Die suchtpräventive Arbeit des KBD unterscheidet sich wenig

von jener anderer suchtpräventiver Einrichtungen. Man ist vor allem im „*Jugendbereich unterwegs, in Schulen, in Jugendzentren, bei der Lehrlingsausbildung in Firmen*“ und in Jugendszenen, die sich lokal konzentrieren. Pro Jahr werden etwa 50 Schulen erreicht und in diesen LehrerInnen, Eltern und SchülerInnen. Die KlientInnen von Drogenberatungsstellen werden allerdings gemieden: „*Die Klientel dieser Einrichtungen ist schon stark im Drogenmilieu drinnen ... Das Offizialprinzip, bei Übertretung der Gesetze muss angezeigt werden, behindert uns, mit den Abhängigen zu arbeiten, denn die sind immer im Graubereich des Kreislaufs, kaufen, verkaufen, konsumieren. Im Bereich der Schule habe ich es in der Regel nicht mit Vorbestraften und schwer Abhängigen zu tun.*“ Außerdem schult der KBD mit Jugendlichen arbeitende Beamte als „Multiplikatoren“ und versucht öffentliche Konflikte präventiv zu lösen: „*In der Polizei glaubt man, dass – geht man mit zwei Rottweilern durch den Park – dort Ruhe sein wird. Das ist eine typische Ansicht unserer Polizei, aber das Problem ist nicht gelöst. Wir als Präventionsabteilung gehen zu den Gruppen im Park hin und versuchen durch Kontaktaufnahme und durch Einwirkung eine Problemlösung zu finden.*“ (Interview Jedelsky). In der Polizei nimmt der KBD laut eigenen Aussagen eine marginale Position ein (siehe Teil II).

Polizeiliche Suchtprävention

Eignete sich die Polizei – in Gestalt des KBD – die neuen professionellen Formen der Suchtprävention an, blieben Reste der alten Präventionstätigkeit auf der Nachfrageseite wenig verändert bestehen. Sie hat heute jedoch eine noch marginalere Stellung bei der Polizei: „*Es gibt eine Sonderform der Suchtprävention, bei der uniformierte Beamte in die Schulen gehen, freiwillig, wenn sie Zeit haben neben dem Streifendienst ... Für mich ist dieses System nicht optimal, es war eine Zwischenlösung, wenn einer sich meldet, stellen wir ihm unser Know-how zur Verfügung.*“ Und: „*Das Problem haben dann diese Beamten, denn wenn sie z.B. bei einem Besuch im Jugendheim draufkommen, dass mit Drogen gehandelt wird, dann steht ja im Gesetz drinnen, dass eine Anzeige erstattet werden muss. Wenn es nur Missbrauch ist, dann muss es nur der Gesundheitsbehörde gemeldet werden, keine Anzeige*“ (Interview Jedelsky).

Zusammenfassung

Die neue, professionelle Suchtprävention entsteht mit der Einbindung der Länder in drogenpolitische Aufgaben: Sie ist auf die Nachfrageseite spezialisiert und konzentriert sich auf die Beeinflussung alltäglicher Kommunikation und zwischenmenschlicher Beziehungen – der aktuellen und potentiellen (jugendlichen) DrogennutzerInnen und ihrer unmittelbaren wie mittelbaren Umwelt, also letztlich der gesamten Region in der sie tätig ist.

Anders betrachtet: Im Gegensatz zur „alten“ Spezial- und Generalprävention, aber auch zur Öffentlichkeitsarbeit (durch Kampagnen etwa, oder Informationsbrochüren), zielt die neue, regionale Suchtprävention auf den informellen, privaten Bereich. Sie reagiert dabei auf ein wachsendes Vakuum, das von zwei Prozessen genährt wird: Zum einen werden die Strukturen des informellen, privaten Bereichs

– nicht zuletzt jene der Familie – durch die zunehmende Individualisierung und Mobilisierung aufgelöst, sie bieten immer weniger Orientierung und Entscheidungshilfe, vor allem wenn es um neue Risiken geht. Zum anderen verlieren auch die staatlich-nationalen Strukturen zugunsten der internationalen an Bedeutung („Globalisierung“), was den Einzelnen ein Mehr an Orientierungs- und Entscheidungsfähigkeit abverlangt. Die regionale Suchtprävention übernimmt Aufgaben aus beiden Bereichen: Sie bietet sich als verlässliches Gegenüber an, informiert über Risiken, benennt Probleme und unterstützt bei – individuellen, wie strukturellen – Lösungen.

Die Orientierung, die die neue Suchtprävention anbietet, unterscheidet sich von jener ihrer Vorgänger in zumindest einem wesentlichen Aspekt: Sie ist von ihrem Anspruch her „wissenschaftlich“ – und nicht normativ – und sie will in die Verhaltenswahl nicht unmittelbar eingreifen: Ihr Ziel ist die Entwicklung von Selbstkontrollen. Ob das angesprochene Vakuum auf diese Weise tatsächlich gefüllt werden kann, ist eine andere Frage.

In der Entwicklung der Suchtprävention lassen sich Phasen ausmachen, die teils jenen der Behandlung und Betreuung, teils jenen der regionalen Drogenverwaltung und -politik folgen: So waren noch am Beginn der Beobachtungsperiode ausschließlich die Polizei und die Gerichte – staatliche Organisationen – für die Prävention auf Nachfrage- wie auf Angebotsseite zuständig, die „Abschreckung“ von jeglichem nicht ärztlich angeordneten Konsum betrieben. **In den 70er Jahren – in der ersten Phase – werden sowohl auf staatlicher, wie auf regionaler Ebene neue Formen von Prävention eingesetzt, vor allem die „Öffentlichkeitsarbeit“,** die sich ausschließlich an die Nachfrageseite wendet, aber – wie die Behandlung – strafrechtlich vorgegebenen (Abstinenz) Zielen verpflichtet bleibt.

Die zweite Phase – die 80er Jahre – ist durch die gesetzliche Verankerung und Etablierung der „neuen“ Prävention neben der General- und Spezialprävention bestimmt und durch den ihr folgenden Konflikt zwischen den „traditionellen“, strafrechtlich bestimmten und den „neuen“ Ansätzen. Wie die etwa zur gleichen Zeit ausbrechenden Konflikte im Behandlungsbereich ist der „Präventionskrieg“ ein Kampf um die Ziele und Modi der Drogenarbeit: „Abstinenz“ oder „Risikominimierung“ lauten die gegensätzlichen Ziele hier wie dort und als Modi stehen „Abschreckung“ versus „Empowerment“ zur Diskussion, wobei das letztere der „Leidensminderung“ in der Behandlung entspricht, die sich etwa zur gleichen Zeit gegenüber der „Heilung“ durchsetzt. Anzumerken bleibt, dass der schadensbegrenzende Zugang in der Primärprävention mit den gesetzlichen Rahmenbedingungen weit schwerer zu vereinbaren ist als in der Behandlung (Springer 2000).

In den 90er Jahren – der dritten Phase – emanzipiert sich die Prävention organisatorisch und professionell auch von der Drogenhilfe und sie wird zur Suchtprävention. Ihre Eigenständigkeit, wie jene der Drogenverwaltung, ist allerdings nicht immer gleichermaßen gesichert: Am Beginn des neuen Jahrtausends wird sie zumindest in Wien teilweise der Gesundheitsförderung eingegliedert, doch wird ihre Autonomie schon wenige Jahre später (2006) wieder hergestellt.

Festzuhalten bleibt, dass die Suchtprävention nur ein „Player“ im Präventionsbereich bleibt. Neben ihr sind mehr als je zuvor die auf die „äußere Welt“ der Drogen und Drogenmärkte spezialisierten, polizeilichen und gerichtlichen Kontrollagenturen tätig, mit dem Anspruch vorzubeugen, auch wenn ihnen trotz offizieller Zuständigkeit diese Fähigkeit zunehmend abgesprochen wird. Anders ausgedrückt: Die Etablierung der Suchtprävention signalisiert auch die gesellschaftliche Überzeugung, dass die sicherheitsstaatlichen Kräfte (das staatliche Gewaltmonopol) in Zeiten der Globalisierung nicht mehr in der Lage sind, den Schutz der Bürger zu gewährleisten, und dass der Einzelne lernen muss, sich selbst zu schützen.

1.3. *Die Verwaltung*

Entwicklungsgeschichte Teil 1: Die Drogenverwaltung ist durch internationale und nationale Bedürfnisse bestimmt

Ziel der internationalen Suchtgiftabkommen ist es, die Produktion, den Verkehr und den Konsum von Suchtgiften auf ein „erlaubtes“ Maß zu beschränken. Hierzu sind sowohl internationale, wie auch nationale Kontrollbehörden vonnöten. Die zentrale Organisation der Suchtgiftkontrollen in Österreich war seit der Ratifizierung der internationalen Abkommen jeweils das Bundesministerium, das für gesundheitliche Agenden zuständig war. Auf regionaler Ebene sind die Bezirksverwaltungsbehörden für die Kontrollen zuständig. Sie kooperieren mit dem zuständigen Bundesministerium. Die Bezirksverwaltungsbehörden – in Wien die Magistratsabteilung, die für das Gesundheitswesen zuständig ist – und das zuständige Ministerium bilden somit den ursprünglichen Kern der „Drogenverwaltung“, von der dieser Abschnitt handelt.

Durch die Novellierung des österreichischen Suchtgiftgesetzes im Jahr 1971 – die im Einklang mit den internationalen Abkommen stand (mit der „Einheitskonvention“ – „Single Convention“ von 1961), wurden die Aufgaben der nationalen wie der regionalen Kontrollorgane erheblich ausgeweitet: Auf regionaler Ebene kam zur Kontrolle der Verordnungen und der Abgabe von suchtgifthältigen Arzneien in Apotheken und Krankenanstalten die Aufgabe hinzu, DrogennutzerInnen zu begutachten, sie gegebenenfalls medizinisch zu kontrollieren und zu behandeln, darüber Aufzeichnungen zu führen und sie an das zuständige Ministerium weiterzuleiten. In Wien – wie in den meisten anderen Bundesländern – wurde die neue Aufgabe anfänglich von derselben Behördeneinheit wahrgenommen, die für die bis dahin anstehenden Suchtgiftkontrollen verantwortlich war und es noch immer ist: von der Magistratsabteilung 15, zuständig für das Gesundheitswesen und für Soziales. Sie wurde allerdings an anderer Stelle angesiedelt: Die Begutachtung, Kontrolle und Behandlung von DrogennutzerInnen fiel dem Referat für Psychohygiene – oder auch dem Psychohygienischen Dienst – zu, der in der Zwischenkriegszeit für die ambulante Betreuung psychisch Kranke gegründet worden war. Dieser etablierte 1972 hierfür eine eigene Einrichtung: Die Wiener Zentralstelle für Suchtkrankenhilfe, die sich zunehmend „verselbstständigte“ (Pernhaupt 1980).

Die Wiener Psychiatriereform im Jahre 1979 ordnete sowohl die stationäre, wie auch die ambulante psychiatrische und psychosoziale Versorgung der Bundeshauptstadt neu (Rudas 1980): Der psychohygienische Dienst wurde dabei in den regionalisierten „Psychosozialen Dienst (PSD)“ überführt, die Zentralstelle wanderte vom 2. in den 9. Wiener Gemeindebezirk und weitete ihren Tätigkeitsbereich aus: Man begann mit der Angehörigen- und Öffentlichkeitsarbeit und mit der Schulung von Amts- und SchulärztInnen. Die amtsärztliche Begutachtung und die dabei gegebenenfalls angeordneten medizinischen Kontrollen verblieben in der MA 15, in einer Abteilung, die vom Volksmund den Namen „Pissstelle“ erhielt (Höld 2004). Anders ausgedrückt: Die Psychiatriereform hinterließ deutliche Spuren auch im Drogensektor. Die Behandlung und Betreuung emanzipierte sich von den (gesetzlich angeordneten) Kontrollen – also nicht nur vom strafrechtlichen Bereich, wie im vorigen Abschnitt dargelegt, sondern auch von der „Drogenverwaltung“ –, sie wurde zur „Drogenhilfe“, die ihren Aufgabenbereich sogleich erheblich ausweitete. Dies generierte neue Verwaltungsbedürfnisse auf Bundesebene, aber nun vor allem auch auf regionaler Ebene.

Das neue Bedürfnis entstand einerseits aus der Bereitstellung von Bundesmitteln für die Entfaltung der Drogenhilfe in Österreich: Durch die Suchtgiftgesetznovelle von 1980 wurde die Förderung von Drogenhilfeeinrichtungen durch den Bund vorgesehen, die „Anerkennung“ einer Einrichtung im Sinne des SGG setzte allerdings ihre etwa 50%ige Finanzierung durch das Land, in dem sie tätig war, voraus. Um dem Bund Einblicke in die Drogenhilfe und in die Drogensituation der Länder zu gestatten, und umgekehrt, um die Interessen der regionalen Drogeneinrichtungen beim Bund zu vertreten, wurde die Position des „Drogenbeauftragten“ geschaffen oder – so er schon auf Landesebene existieren sollte – gefestigt. Die Drogenbeauftragten der Länder trafen ab Mitte der 80er Jahre regelmäßig mit VertreterInnen der Ministerien zusammen, im Laufe der Jahre entstand daraus das Bundesdrogenforum (Ruschak 2004). Der/die Drogenbeauftragte war üblicherweise ein/eine VertreterIn der Landesregierung oder -verwaltung, in der Bundeshauptstadt wich man (bis heute) davon ab. Erster Drogenbeauftragter der Stadt Wien wurde der Psychiater Ernst Gabriel, ärztlicher Direktor des Psychiatrischen Krankenhauses der Stadt Wien, der einzigen gemeindeeigenen Einrichtung, die für DrogennutzerInnen vor Entwicklung der Drogenhilfe zur Verfügung gestanden war.

Das neue – regionale – Ordnungsbedürfnis entstand andererseits aber auch unmittelbar aus der Entfaltung der Drogenhilfe – in ihr selbst oder bei den politisch Verantwortlichen. Denn die Entfaltung führte die Betreuenden immer tiefer in die Drogenszene und deren Probleme und damit zu inhaltlichen Konflikten um die „richtigen“ Behandlungsziele, sie hatte aber auch Rivalität und mangelnde Kooperation zur Folge. So trafen in Oberösterreich VertreterInnen von Drogenhilfeeinrichtungen schon Mitte der 70er Jahre zu freiwilligen Gesprächen zusammen. Aus ihrer Mitte ging der regionale „Drogenkoordinator“ Manfred Ruschak hervor, der 1980 von der Landessanitätsdirektion angestellt wurde, um nun hauptberuflich die Drogenarbeit im Land zu koordinieren. In Wien verlief die Entwicklung umgekehrt: Von der Gemeinde war zwar ein Drogenbeirat eingerichtet worden, ein „*ExpertInnengremium*“ (Interview Franke), dem VertreterInnen aller Drogeneinrichtungen angehörten (8 bis 10 Personen) und das sich alle ein bis zwei

Monate traf. Dennoch spitzten sich im Laufe der 80er Jahre die Konflikte in der Drogenhilfe zu. Bürgermeister Zilk und Gesundheitsstadtrat Rieder – als früherer Pressesprecher des Justizministers mit Drogenfragen seit Anfang der 70er Jahre bestens vertraut – nahmen sich der Wiener Drogenfrage an: 1990 wurde die erste Drogenkommission bestellt mit der Aufgabe, ein Drogenkonzept auszuarbeiten („... Österreichweit das erste Drogenkonzept“ wie später vermerkt werden wird – Wiener Drogenbericht 1996). 1992 wird die darin empfohlene Verwaltungsstruktur umgesetzt: Der erste Drogenkoordinator der Stadt Wien wird ernannt, es ist Peter Hacker, ein Mitarbeiter von Zilk, er wird vorerst im Büro des Bürgermeisters, später im Büro des Gesundheitsstadtrates angesiedelt. Als Drogenbeauftragter wird nun Alexander David berufen, der ärztliche Leiter der ersten „emanzipierten“ ambulanten Drogeneinrichtung. Schließlich wird ein erweiterter Drogenbeirat bestellt. Die Neuerungen stellen einen Einschnitt in der Wiener Drogenpolitik und -verwaltung dar: Nun erst lässt sich im engeren und eindeutigeren Sinn von Drogenpolitik und Drogenverwaltung der Stadt Wien sprechen.

Entwicklungsgeschichte Teil 2. Die Wiener Drogenverwaltung

Gemäß dem ersten Drogenkonzept besteht die Wiener Drogenverwaltung aus einem Drogenbeirat, dem der Gesundheitsstadtrat vorsitzt und dem unter anderen „Vertreter aller patientenbetreuenden Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe im Raum Wien an(gehören). Aufgabe des Drogenbeirates ist es vor allem, aktuelle Probleme im Bereich der ambulanten und stationären Betreuung zu diskutieren und entsprechende Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen“ (Wiener Drogenbericht 1992/ 93).

Der Drogenbeauftragte berät als unabhängiger Fachmann die Stadt in allen drogenspezifischen Fachfragen – insbesondere im Bereich der Prävention und der sozialen und medizinischen Behandlung und Betreuung von Drogenkranken – und er vertritt die Stadt Wien in Drogenangelegenheiten nach außen: Seine „Tätigkeit ... umfasst den Kontakt zu sämtlichen politischen, administrativen und therapeutischen Bereichen der Stadt Wien, die mit Drogenangelegenheiten befasst sind, weiters den Kontakt zu den Bundesministerien für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz, für Unterricht und Kunst, für Inneres und für Justiz, zu den Drogenbeauftragten der anderen Bundesländer, zur Ärztekammer, zu den Sozialversicherungsträgern, zum Stadtschulrat für Wien, sowie zu internationalen Organisationen, soweit sie Bedeutung für die Drogenarbeit Wiens haben“ (Wiener Drogenbericht 1992/93).

Der Drogenkoordinator – Bediensteter der Wiener Stadtverwaltung mit Sonderaufgaben – ist mit der Ausarbeitung, Abstimmung und Umsetzung der im Gemeinderat beschlossenen Maßnahmen betraut. Er verfügt über die für Drogenangelegenheiten zur Verfügung stehenden Mittel der diversen Magistratsabteilungen. „Weiters ist er beauftragt, in enger Zusammenarbeit mit dem Drogenbeauftragten, das funktionelle Zusammenwirken von mit Drogenangelegenheiten befassten Stellen und Einrichtungen zu verbessern. Ein Arbeitsschwerpunkt ist auch seine Mitwirkung an der Ausarbeitung von Vorschlägen, an Präventivmaßnahmen und der Information der Öffentlichkeit über Drogenangelegenheiten“ (Wiener Drogenbericht 1992/93).

Als weitere – wenn auch nicht im Drogenkonzept verankerte – Instanz werden auf Wunsch der Bezirksvorsteher BezirksräteInnen für Drogenfragen installiert: Damit soll in jedem Bezirk für eine/n informierte/n AnsprechpartnerIn gesorgt sein, der/die als Kontaktperson für den Drogenkoordinator fungiert, „um in bezirks-spezifischen Fragen an Problemlösungen mitzuarbeiten. In Arbeitssitzungen aller Bezirksräte für Drogenangelegenheiten gemeinsam mit dem Drogenkoordinator werden verschiedene Aspekte und Probleme diskutiert und es kommt dadurch auch zu einem Erfahrungsaustausch zwischen den einzelnen Bezirken“ (Wiener Drogenbericht 1992/93).

Die spezielle Wiener Drogenverwaltung wird kurz nach ihrer Etablierung weiter ausgebaut: So wird Mitte der 90er Jahre an der MA 15 das Dezernat V „Suchtprävention und Medizinische Drogenangelegenheiten“ geschaffen, dem die „behördlichen und medizinischen Drogenangelegenheiten“ (Begutachtung von Angezeigten, medizinische Kontrolle und Behandlung) zugeordnet werden und an dem auch die neu gegründete Informationsstelle für Suchtprävention und der neu geschaffene Spitalsverbindungsdienst für Drogenabhängige „Contact“ errichtet werden.

Fünf Jahre nach der Etablierung der speziellen Wiener Drogenverwaltung kann der Drogenkoordinator der zweiten Drogenkommission sehr positiv über die Entwicklung jener Bereiche berichten, die von der ersten als „kritisch“ eingestuft worden waren: So konnte in den fünf ersten Jahren die „offene Szene“ am Karlsplatz beruhigt werden; das Betreuungsangebot wurde modifiziert, um dem Risikokonsum Jugendlicher Rechnung zu tragen; die Angebote der Langzeittherapie wurden vermehrt und damit die Wartezeiten verringert; die Engpässe bei der ambulanten Behandlung wurden beseitigt, durch die Ausweitung bestehender Angebote – unter anderem der Substitutionsbehandlung – und durch die Gründung neuer Einrichtungen und Projekte; die Ausgaben der Gemeinde für die Suchthilfe wurden insgesamt kräftig gesteigert; die Prävention wurde organisatorisch verankert; und schließlich wurde die Vernetzung im Dienste der Prävention vorangetrieben, wobei vor allem die 1992 geschaffene Einrichtung der „Bezirksräte für Drogenfragen“ positiv hervorgehoben wird (Hacker, 2000a).

Die angesprochene zweite Drogenkommission, die 1997 vom Wiener Gemeinderat eingesetzt wurde und in den Jahren 1997 und 1998 tagte, bildet den Auftakt für eine grundlegendere Umgestaltung der Wiener Drogenverwaltung. Im Jahr 2000 beschließt der Wiener Gemeinderat die Schaffung eines Fonds zur Bündelung aller Aktivitäten in Sachen Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe. Das Büro des Drogenkoordinators wird 2001 zum teils privatrechtlich organisierten „Fonds Soziales Wien – Suchtprävention und Koordination der Suchtkrankenhilfe“, dem auch das Dezernat V „Suchtprävention und Medizinische Drogenangelegenheiten“ mit ihren drogenbezogenen Organisationseinheiten zugeschlagen wird. Das Referat V/2 „Behördliche und Medizinische Drogenangelegenheiten“ wird dabei zum „Institut für Suchtdiagnostik“, die Informationsstelle für Suchtprävention zum Institut für Suchtprävention, beide erhalten einen erweiterten Aufgabenbereich. Teil der neuen Organisation wird auch der Spitalsverbindungsdienst „Contact“ (ehem. MA 15, Referat V/3) und das Team Focus (ehemals bei der MA 11 und MA 12

angesiedelt). Der Drogenkoordinator, gleichzeitig Geschäftsführer des FSW, kann noch einen weiteren Machtzuwachs verzeichnen: Statt der Befugnis, über die für Drogenangelegenheiten gewidmeten Mittel verschiedener Magistratsabteilungen entscheiden zu können, erhält er nun diese Mittel direkt.

Der Fonds Soziales Wien bleibt allerdings keine drogenspezifische Einrichtung: Eineinhalb Jahre nach seiner Gründung fällt ihm beispielsweise die Umsetzung von allgemeinen Gesundheitsförderungsmaßnahmen („Ein Herz für Wien“) und ab Ende 2002 das Wiener Programm für Frauengesundheit zu. Bis März 2003 hatte der Drogenkoordinator gleichzeitig die Geschäftsführung des FSW inne, es zeichnen sich keine maßgeblichen Veränderungen ab. Die ändert sich, als im Frühjahr 2003 absehbar wird, dass weitere umfangreiche Aufgabenbereiche hinzukommen werden. Die drogenbezogenen Angelegenheiten werden nun in einem eigenen Fachbereich zusammengefasst. Die Fachbereichsleitung übernimmt Michael Dressel, der mit der Drogenarbeit engstens vertraut ist. Er hat unter anderem den Ganslwirt aufgebaut und die zweite Drogenkommission organisiert. Der Fachbereichsleiter „Sucht und Drogen“, der – wie sein Vorgänger – die Mittel für Drogenprävention und Drogenhilfe unmittelbar verwaltet, wird vom Bürgermeister zum Drogenkoordinator ernannt, es fallen auch bei ihm der „Drogenverwaltungs-“ und der „drogenpolitische Auftrag“ zusammen. Seit der Erweiterung des FSW im Jahre 2004 hatte der neue Drogenkoordinator den Suchtbereich in einen umfangreichen, teils privatrechtlich organisierten „Sozialbereich“ einzupassen. (Im Juli 2006 wurde die Drogenkoordination allerdings wieder autonom: sie wurde als „Sucht und Drogenkoordination Wien“ [SDW] in eine gemeinnützige GmbH [SDW] umgewandelt, deren Eigentümer der Fonds Kuratorium Psychosoziale Dienste [PSD] ist).

Die konzeptuelle Ebene: Das erste und zweite Wiener Drogenkonzept

1990 und 1991 wird das erste Wiener Drogenkonzept von der ersten Wiener Drogenkommission erarbeitet. Es handelt sich um ein Gremium aus „.... mehr als 60 Fachleuten aus dem Bereich der Wiener Drogenarbeit, des Stadt Schulrates, der Jugendwohlfahrt, des Gesundheitsamtes, Vertreter der Ärzte- und Apothekerkammer, der Bundespolizeidirektion Wien, der Bundesministerien für Gesundheit, Inneres, Justiz und Unterricht, sowie Vertreter aller, damals im Gemeinderat vertretenen politischen Parteien ...“ (Wiener Drogenbericht 1992/93). Das Drogenkonzept 1992, das vom Gemeinderat einstimmig beschlossen wird, wird im Wiener Drogenbericht 1992/93 veröffentlicht, in dem auch schon seine Umsetzung vorgestellt wird. 1996 legen der Drogenkoordinator und der Drogenbeauftragte der Stadt Wien einen weiteren Drogenbericht (Wiener Drogenbericht 1996) vor, der seinerseits die Grundlage für die zweite Wiener Drogenkommission bildet, die 1997 einberufen wird. In der Zusammensetzung entspricht die zweite Drogenkommission in etwa der ersten, im Umfang übertrifft sie sie bei weitem. Der Drogenkoordinator spricht von „.... über 100 Expertinnen und Experten, (die) gemeinsam mit Vertretern aller politischen Parteien die vielen Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum behandelt haben“ (Hacker 2000). Das zweite Drogenkonzept, das in der Folge mit großer Mehrheit im Wiener Gemeinderat beschlossen wird, wird auf der Basis dieser Verhandlungen formuliert, es ist als „.... Ergebnis

eines ausführlichen – und letzten Endes konsensualen – Diskussionsprozesses zu verstehen“. In der Folge werden die beiden Konzepte kurz vorgestellt und dann miteinander verglichen.

Das erste Wiener Drogenkonzept 1992

Einleitend werden vier Ziele formuliert:

- (1) „Vor dem Hintergrund der europaweit drohenden Zunahme des Drogenmissbrauchs haben wir uns ... zum Ziel gesetzt, vor allem Jugendliche und deren Eltern dabei zu unterstützen, erst gar nicht in die Situation zu kommen, drogenabhängig zu sein ...“.
- (2) „Selbstverständlich wollen wir darüber hinaus auch weiterhin allen helfen, mit dem Drogenmissbrauch Schluss zu machen und wieder aus der Drogenabhängigkeit herauszukommen – oder zumindest mit ihrer Situation fertig zu werden“.
- (3) „... hat ... die Stadt den Drogen den Kampf angesagt und nicht den Drogenabhängigen. Dazu gehören auch die verstärkten Maßnahmen gegen den Drogenhandel, der aus der gesundheitlichen und sozialen Schädigung anderer seinen miesen Profit zieht.“
- (4) „Schließlich tragen wir auch den Bedürfnissen der Bevölkerung Rechnung, die ... nicht das geringste mit Drogen zu tun hat. Wir wollen (sie) ... davor schützen, durch Begleiterscheinungen des Drogenmissbrauchs unzumutbar belästigt oder sogar gefährdet zu werden“.

Den vier Zielen entsprechen die vier Säulen der Wiener Drogenpolitik: Prävention, medizinische Versorgung, soziale Maßnahmen und Sicherheit. Als Kerngedanke des Konzeptes wird genannt: „Hilfe für Drogenkranke – strafrechtliche Behandlung des Drogenhandels.“

Wie wiederholt hervorgehoben wird, charakterisierten den „Wiener Weg der Drogenpolitik“ aber nicht so sehr die Ziele, sondern die Zusammenarbeit der verschiedenen Bereiche: „Die neue Qualität ... liegt darin, dass diese verschiedenen Bereiche eng miteinander verknüpft und gut aufeinander abgestimmt funktionieren ... In organisatorischer Hinsicht sind die neu geschaffenen Einrichtungen des Wiener Drogenkoordinators, des Wiener Drogenbeauftragten und des Drogenbeirates Ausdruck dieser integrierten und integrierenden Drogenpolitik“.

Das zweite Wiener Drogenkonzept 1999

Die Bildung der zweiten Drogenkommission und „Kurskorrekturen“ werden bereits im Wiener Drogenbericht von 1996 angekündigt. Im Bericht werden auch schon die neuen drogenpolitischen Schwerpunkte sichtbar. Noch deutlicher als im ersten wird der besondere Stellenwert der „zweiten drogenpolitischen Säule“ und ihr umfassender Charakter hervorgehoben. So heißt es unter anderem, dass „Hilfe statt Strafe bei Drogenkonsum“ angebracht sei „im Sinne einer Entkriminalisierung des Drogenkonsums“, dass man auf „Methodenvielfalt“ setze und dass „soziale Maßnahmen integrierter Bestandteil dieses Betreuungskonzeptes“ sind. Gleichzeitig wird allerdings die Spezialisierung kritisch konnotiert. „Ziel aller Maßnahmen ist es:

- (1) die Arbeit mit Drogenabhängigen im breiten sozialen und medizinischen Netz der Stadt zu integrieren. Der Ausbau von spezialisierten Einrichtungen und Projekten darf nicht dazu führen, dass Drogengefährdete und Drogenabhängige in diese Einrichtungen abgeschoben werden.
(2) Ebenso gilt es, Mitglieder der Gesellschaft, die an den sozialen Rand geraten, wieder in die Gesellschaft zu integrieren und Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine soziale Gefährdung so weit wie möglich verhindern“.

Und neben der zweiten Säule gewinnt die erste an Profil: „Suchtprävention wurde auf eine pädagogische Grundlage gestellt, die breite fachliche Zustimmung findet. Es werden Schlüsselpersonen, die auf die individuellen und altersspezifischen Bedürfnisse von Jugendlichen und jungen Erwachsenen eingehen können, ausgebildet. Der konkreten Arbeit dieser Schlüsselpersonen mit Zielgruppen wird der Vorzug gegenüber undifferenzierten Großprojekten gegeben.“

Die im Drogenbericht von 1996 angesprochenen Themen Re-Integration – der Drogenhilfe, wie der DrogennutzerInnen – und Prävention werden im Drogenkonzept von 1999 genauer ausgeführt. So ist gleich eingangs von den „Grundsätzen integrierter Drogenpolitik“ die Rede, davon dass es „der gesellschaftspolitischen Tradition in Wien (entspricht), durch soziale Maßnahmen Randgruppen zu integrieren und ihre Ausgrenzung zu verhindern“ und von der „... Integration der Beratung und Betreuung von Suchtkranken in das breite soziale und medizinische Netz der Stadt Wien“.

Die Prävention wird wesentlich genauer als 1992 bestimmt als „... Bestandteil einer umfassenden Gesundheitsförderung ... (die) eine ganzheitliche Sichtweise (erfordert) und ... im Rahmen eines ganzheitlichen Prozesses umgesetzt werden (muss) ... Bildungs- und jugendpolitische Maßnahmen bilden dafür den notwendigen Handlungsrahmen. Suchtprävention darf nicht auf punktuelle Maßnahmen und Abschreckungsmethoden reduziert werden. Sie muss eine öffentliche Sensibilisierung erzielen und langfristig wirken“. Es lassen sich nun auch konkrete Organisationen nennen, die präventiv tätig werden: die Informationsstelle für Suchtprävention, die „Expertenwissen“ zur Verfügung stellt und zu einem Institut für Suchtprävention ausgebaut werden soll, und das Forum Suchtprävention.

Daneben werden auch noch andere Themen sichtbar: so ist in den verschiedensten Zusammenhängen nun immer wieder von „Suchtverhalten schlechthin“ die Rede, zum Beispiel vom „unkritischen Konsum von Tabletten“, aber auch von der „missbräuchlichen Verwendung von Medikamenten, Alkohol und Nikotin“. Und es wird darauf eingegangen, dass „zwischen Suchtkrankheit, sozialer Desintegration und Verelung ... enge Zusammenhänge (bestehen), wobei Sucht oft das Symptom einer tiefergehenden Störung ist“.

Ein neues Thema wird auch bei der Sicherheit angeschnitten. Der Drogenhandel, zu dessen Verfolgung auch im zweiten Drogenkonzept ein „klares Bekenntnis“ abgelegt wird, wird nun häufig als „organisierter Drogenhandel“ apostrophiert und mit „organisierter Kriminalität und Geldwäsche“ in Verbindung gebracht. Auch wird neben dem objektiven dem „subjektiven Sicherheitsgefühl“ der Bevölkerung Aufmerksamkeit geschenkt.

Die Drogenpolitik wird Ende der 90er Jahre also breiter definiert, lässt sich festhalten, sie will Gesundheitsförderung, Randgruppenpolitik, Suchtpolitik und Sicherheitspolitik umfassen und gemäß den selbst gewählten integrativen Grundsätzen auch teils in diesen Bereichen aufgehen. Die Verbreiterung wird auch in den Absichten zur Vernetzung sichtbar, zur „.... Zusammenarbeit auf österreichischer und internationaler Ebene“.

Das erste und das zweite Drogenkonzept im Vergleich

Wird im ersten wie im zweiten Konzept die „Hilfe für Drogenkranke“ neben der „Verfolgung des Drogenhandels“ in den Vordergrund gerückt, wird sie im zweiten darüber hinaus in einen „ganzheitlichen Rahmen“ eingebettet, in dem neben den medizinisch-psychiatrisch-therapeutischen Maßnahmen für Kranke soziale und rehabilitative Maßnahmen für „Desintegrierte“ und „Exkludierte“ ebenso ihren Platz finden, wie präventive für „Unwissende“ und „Gefährdete“. Die medizinisch-psychiatrisch-therapeutische Hilfe wird durch entsprechende Angebote ergänzt, das erweiterte Hilfsangebot auf eine erweiterte Zielgruppe ausgerichtet und schließlich wird die Absicht ausgesprochen, es in bestehende – nicht spezialisierte – Hilfsangebote zu integrieren, es mit anderen Worten zu „normalisieren“.

In beiden Konzepten wird die Zusammenarbeit und die Vernetzung im Drogenbereich durch die Drogenverwaltung in den Vordergrund gerückt: Dies verweist auf – hin und wieder offen angesprochene – Konflikte, nicht nur im integrativen, sondern auch zwischen dem integrativen und dem repressiven Bereich und auf der Ebene der Gemeindepolitik, wie vermutlich auch der darunter liegenden Bezirkspolitik. Die Drogenverwaltung wird als Einrichtung konzipiert, die den Eigeninteressen und der Eigenlogik der beteiligten Organisationen entgegenwirken, sie bändigen, neutralisieren und steuern soll.

In dieselbe Richtung weist die Professionalisierung und Verwissenschaftlichung der Drogenfrage, die unter anderem durch die Einladung einer wachsenden Zahl von „ExpertInnen“ zu den Verhandlungen der Drogenkommission angezeigt wird. Im zweiten Drogenkonzept wird vor allem auf die Pädagogik als leitende Wissenschaft im „Drogenvorfeld“ gesetzt, mit der Aufgabe, die bis dahin von der Drogenhilfe und der Polizei entwickelten präventiven Maßnahmen zu bündeln, neu zu gestalten und den öffentlichen Drogendiskurs zu durchdringen. Wie die Zentralisierung der Verwaltung, ist auch die Professionalisierung als Strategie zu sehen, soziale und politische Konflikte als „Sachfragen“ zu bestimmen und auf sachlicher Ebene auf sie zu reagieren.

Nochmals hervorzuheben ist die sich konzeptuell abzeichnende Integration der Drogenfrage in allgemeine soziale Probleme (Randgruppen, Jugend, Gesundheit, Sicherheit) einerseits, wie der Drogenhilfe in das allgemeine Gesundheits-, Sozial- und Ausbildungssystem andererseits, die mit der organisatorischen Entwicklung Hand in Hand geht.

Die Entwicklungsphasen der Drogenverwaltung

Die Wiener Drogenverwaltung wird 1992 etabliert. Aus österreichischer Perspektive besehen, ist das vergleichsweise spät: in Oberösterreich beispielsweise wurde der Drogenkoordinator mehr als 10 Jahre früher bestellt. Der Drogenkoordinator der Stadt Wien bekommt – im Gegensatz etwa zum oberösterreichischen – zusätzlich auch einen expliziten politischen Auftrag und nicht zuletzt deshalb kann sich die Drogenverwaltung sehr rasch entwickeln: 10 Jahre nach der Einsetzung des Drogenkoordinators sind ihm die wichtigsten drogenspezifischen Einrichtungen der Gemeinde unterstellt, verfügt er über die wesentlichsten der Drogenarbeit gewidmeten Mittel, und liegt ein bereits einmal revidiertes Drogenkonzept vor. Außerhalb seines unmittelbaren Einflussbereiches bleibt der alte, ursprünglich „international-nationale Kern“ der Drogenverwaltung – die Kontrolle der Arzneimittelgebarung der Apotheken sowie der Verschreibung von Arzneimitteln durch Ärzte. Er bleibt in der Magistratsabteilung für das Gesundheitswesen (Willner 1997/98). Außerhalb seines Einflussbereiches bleiben aber natürlich auch die polizeilichen und juridischen, für die Drogenkontrolle zuständigen Einrichtungen, die in der Kompetenz des Bundes und nicht der Länder liegen.

Auf den ersten Blick scheint sich die Wiener Drogenverwaltung nur rasch entfaltet zu haben, um im neuen Millennium in der, nun teils privatrechtlich organisierten Sozialverwaltung und -versorgung der Gemeinde aufzugehen. Die „soziale Einbettung“ der Drogenfrage lässt sich auf konzeptueller Ebene beobachten – seit Ende der 90er Jahre werden neben den illegalen Drogen (legale) Suchtmittel aller Art beachtet –, wie auf organisatorischer: Als das im Wiener Gesundheitsressort angesiedelte Büro des Drogenkoordinators zu dem in vielen Belangen autonomen Fonds Soziales Wien umgestaltet wird, wird der Drogenbereich durch dessen bald darauf folgende Erweiterung zu einem Fachbereich unter anderen. Allerdings erfolgt schon 2006 eine erneute Umwandlung der Wiener Drogenverwaltung in eine eigenständige GmbH im Rahmen eines anderen Fonds (des Kuratoriums für Psychosoziale Dienste). Und gleichzeitig wird ihre Zuständigkeit für legale Suchtmittel offiziell verankert, wie der neue Name „Sucht- und Drogenkoordination“ zeigt.

Wie in anderen Bereichen, so lässt die Entwicklung der speziellen Drogenverwaltung Phasen erkennen, die einer eigenen Logik folgen: **Die erste Phase, die in den 70er und 80er Jahren fällt, lässt sich als „Vorgeschichte“ kennzeichnen**, als Periode, in der zwar einzelne Drogengremien auf Gemeindeebene etabliert wurden (zuerst eine „Begutachtungsstelle“, später ein Drogenbeauftragter und eine Drogenkommission), in der aber keine eigenständige regionale Drogenverwaltung entstand. Die wesentlichen Beratungen fanden in dieser Zeit im sozialpartnerschaftlich zusammengesetzten „Alkohol- und Drogenbeirat“ statt, der am für Drogenfragen verantwortlichen Ministerium angesiedelt war und dessen Entscheidungen er anleiten sollte. Ursprünglich war er ein Beirat gewesen, der für Alkoholfragen zuständig war, doch hatte er 1971 nach einem Widerstand auch die Drogenfragen übernommen (Eisenbach-Stangl 1991). In der Phase der „Vorgeschichte“ der Wiener Drogenverwaltung hatten also nationale Gremien den Vorrang vor regionalen. Dies änderte sich zu Beginn der 90er Jahre, wobei der

Wechsel durch die Auflösung des Alkohol- und Drogenbeirates auf Bundesebene im Jahr 1991 signalisiert wurde.

Die 90er Jahre – genauer die Zeit zwischen 1992 und 2001 – waren dann die Phase der „Entfaltung der Wiener Drogenverwaltung“, in der diese begann, die „integrativen Kontrollen“ – Behandlung, Betreuung, Rehabilitation, Schadensminderung, Gesundheitsförderung – auf lokaler Ebene aufeinander abzustimmen und ihre Position gegenüber den „repressiven Kontrollen“ – polizeiliche Verfolgung, Verurteilung – zu stärken. Anders ausgedrückt: Die Gemeinde begann in dieser zweiten Phase, die gemeindeeigenen Aufgaben im Gesundheits- und Erziehungsreich einheitlich zu verwalten und selbstständig zu steuern. Die Einbeziehung der – national und international organisierten und gesteuerten – repressiven Kontrollen gelang hingegen bestenfalls ansatzweise, wie unter anderem an der Geschichte von ChEck iT! (s.u.) ablesbar ist. Trotzdem rückte die Drogenhilfe den DrogennutzerInnen und ihren Bedürfnissen in dieser Phase erheblich näher.

Auf der lokalen Ebene trifft die Drogenverwaltung aber nicht nur die DrogennutzerInnen und deren vielfältige Probleme, sie trifft dort auch verwandte Probleme, wie zum Beispiel andere „Süchte“. Die **dritte Phase, die etwa zu Beginn des neuen Jahrtausends einsetzte und „Integration der Wiener Drogenverwaltung in den Sozial- und Gesundheitsbereich“** genannt werden könnte – oder auch „Normalisierung“ – ist also in der zweiten Phase bereits angelegt. Da sie jung ist, muss sie hier notgedrungen stiefmütterlich behandelt werden. Erwähnt sei nur, dass die „Integration“ und „Normalisierung“ von „Entpolitisierung“ und „Kommodifizierung“ begleitet werden, ein Wandel, der durch die Auslagerung der Drogenverwaltung in teils privatrechtlich organisierte Fonds gefördert wird: Durch die unmittelbare Zuständigkeit der Drogenverwaltung für das „Drogenbudget“ der Gemeinde, wird dieses (öffentlicht) sicht- und begrenzbar, Drogenpolitik wird auch wirtschaftliche Kalkulation. Zum Leidwesen nicht weniger Professioneller, wie noch zu zeigen sein wird.

Die Drogenfrage wird also kurze Zeit – in den 90er Jahren – als eigenes (politisches) Thema etabliert, um dann wieder zunehmend in anderen Themen aufzugehen. Dabei wurde sie umformuliert: sie wurde vom Strafrecht teilweise abgelöst, und von einer moralischen Frage zu einer rationalen, die mit medizinisch-therapeutischen, sozialpolitischen und pädagogischen Mitteln beantwortet wurde. Die „regionale“ Umformulierung konnte nur partiell gelingen: „Über“ der regionalen Politik sind die (an Bedeutung verlierende) nationale und die (an Bedeutung gewinnenden) internationalen Politiken (der EU und der UNO) aktiv, in deren Steuerungsbereich die repressiven (Drogen)Kontrollen angesiedelt sind. Der – regionalen – Formulierung der Drogenfrage werden hier Grenzen gesetzt, wenn der derzeit gegebene Rahmen auch Widersprüche zulässt, wie unter anderem auch das Beispiel der Wiener Drogenverwaltung und -politik belegt.

Die regionale Drogenverwaltung und -politik hat eine zweite Seite, jene, die der lokalen Bevölkerung zugewandt ist, und von dieser her besehen, ist die Einrichtung einer speziellen regionalen Drogenverwaltung, ihre Einbettung in die

Bezirke und in die neuerdings teils privatrechtlich organisierte Sozial- und Gesundheitsverwaltung eine gelungene Befriedungsmaßnahme. Denn die Bündelung der integrativen Drogeneinrichtungen durch die regionale Drogenverwaltung machte eine bis dahin unbekannte Durchdringung der Drogenszene (durch die Drogenhilfe), wie des gesamten lokalen Drogendiskurses (durch die präventive Arbeit) möglich, durch die der Drogenkonsum von einer Rebellion zu einer Krankheit, die DrogenräterInnen mehrheitlich zu Drogenopfern (von Aarburg, Stauffacher 2004) werden.

2. Der nationale drogenpolitische Rahmen

2.1. Die staatliche Gesetzgebung – Phasen der strafrechtlichen Drogenpolitik in Österreich

Entscheidende Vorgaben für die lokale Drogenpolitik kommen von der (wiederum international beeinflussten) nationalen Gesetzgebung und Rechtspraxis. Auf diese Vorgaben kann und muss vor Ort – auf kommunaler Ebene – aufgebaut und reagiert werden, sie werden dort aufgenommen und überformt. Wenn wir uns mit der kommunalen Drogenpolitik in Wien befassen, ist daher die österreichische Politik der Suchtgift/mittelgesetzgebung zumindest im Überblick darzustellen.

Es ist hier nicht der Platz für eine detaillierte historisch-rechtsgenetische Untersuchung. In erster Linie geht es um eine Überblicksdarstellung der Gesetzgebungsresultate, die den Rahmen lokaler Politik verändern. Versuche der Einflussnahme seitens der Wiener Politik auf den nationalen Gesetzgebungsprozess und deren Erfolg geben Hinweise auf die Harmonisierung und Interferenzen zwischen staatlicher und kommunaler Drogenpolitik. Auf solche Hinweise auf Wiener Interventionen in die Gesetzgebung wird sich die nachfolgende Behandlung der Novellen zu Suchtgift- und Suchtmittelgesetz im Untersuchungszeitraum beschränken müssen.¹

Die Untersuchungszeit nach Rechtsanwendungssindikatoren, nach der realen polizeilichen und gerichtlichen Praxis des Suchtmittelrechts zu untergliedern (zu phasieren), kann zu einem wieder anderen Ergebnis führen als eine Gliederung nach drogen(straf)rechtlichen Gesetzesänderungen. Die Rechtsanwendungspraxis ist ja ihrerseits als das Produkt einer eigenständigen Auseinandersetzung der RechtsanwenderInnen mit den gesetzespolitischen Vorgaben zu verstehen. Die gegliederte Darstellung des Gesetzesvollzugs durch Polizei, Staatsanwaltschaften und Gerichte ist daher Gegenstand der nachfolgenden Kapitel.

1 Die Quellen, die dafür genutzt wurden, waren die Aktenbestände des BMJ im Zusammenhang mit Novellen zum SGG/SMG seit dem Jahr 1970.

Die österreichische Suchtgift/mittelgesetzgebung seit 1971 im Überblick

In den Untersuchungszeitraum fallen insgesamt fünf substantielle Novellierungen bzw. Neufassungen des Suchtgiftgesetzes aus dem Jahr 1951. Sie verweisen in der Regel auf „Trendwechsel“ bzw. auf „Pendelschläge“ zwischen – vergröbert ausgedrückt – einer strafrechtlich prohibitiven, repressiven Orientierung auf der einen Seite und einer entkriminalisierenden (divisionellen), rehabilitativen Ausrichtung auf der anderen.²

In Schlagworten bzw. in einer stark verknüpften Charakteristik der Rechtsreformen, lassen sich die relevanten Gesetzeswerke und damit die Trendwenden zunächst so darstellen:

- Das SGG 1951, Ausgangspunkt der Betrachtung, dient (ohne eigentlichen Problemanlass, abstrakt) der Prohibition bzw. Repression gegen jeglichen Drogenkontakt (auch gegen Besitz kleinsten Mengen zum Eigenbedarf, unabhängig von Absicht/Tatsache des Inverkehrsetzens, die zuvor Kriterium der Kriminalisierung waren).
- Die SGG-Novelle 1971 bringt die Einführung von „Diversion“ (der bedingten Anzeigenzurücklegung) bei reinen „Konsumdelikten“ und die erste systematische Involvierung des Gesundheits-/Behandlungssystems, sie ist eine spezifische Reaktion auf eine „Überkriminalisierung“ Jugendlicher.
- Die SGG-Novelle 1980 engt die Diversion wieder ein, impliziert eine uningeschränkte Pathologisierung (einen Gesundheitspolizeiansatz, aber ohne Ausweitung der Strafen), ist zu lesen als polizeilich und medizinisch konsensuale „generalpräventive“ Reaktion auf eine Anzeigenwelle und neue Drogenphänomene.
- Die SGG-Novelle 1985 zielt auf Strafverschärfung gegen Nicht-Süchtige, betont die Süchtigkeit/Krankheit als strafrechtliches Differenzierungsmerkmal, bringt „medizinisch realistische“ Mengenbestimmung mit sich (der Novelle liegt keine Anzeigenwelle zugrunde, sie hat symbolische Funktion und wird nicht mehr von einem Konsens zwischen polizeilichem und medizinischem System getragen).
- Das SMG 1997 ist ein „Gesundheitsgesetz“, bietet eine medizinisch/therapeutische Erweiterung der Diversion, reiht Behandlung vor Strafe (ungeachtet einer Anzeigenwelle), ist ein vor allem den therapeutischen Handlungsbedarf berücksichtigendes und deckendes Gesetz.
- Die SMG-Novelle 2001 hingegen ist ein „Justizgesetz“ mit Strafverschärfung im oberen Bereich, einer leichten Einschränkung der Diversion, begleitet von einer Mengengrenzenenkung (auf Verordnungsweg), stellt eine symbolische Gegenbewegung zum SMG 1997 dar.

Um das Bild zu präzisieren und die gesetzlichen Neuregelungen differenzierter zu bewerten, seien folgende Dimensionen in die Betrachtung einbezogen:

- Substanz/Verbotsliste
- Mengengrenzen (Flexibilität und Enge von Grenzmengendefinitionen)

2 Von „Paradigmenwechseln“ im Vollsinn zu sprechen, scheint im Bereich der hybriden, multifunktionalen Suchtmittelgesetzgebung übertrieben.

I. Die Formierung der Wiener Drogenpolitik

- Toleranzgrenzen (für Verfahrensbeendigung durch Diversion, Strafaufschub/umwandlung)
- nach Substanz
- nach Straftatbestand/Tat- und Tätertypus
- Strafdrohungen
- Meldepflichten/Pflichtbefreiung
- Bewährungsfristen/Probezeiten
- Behandlungszwang/Wahlfreiheit
- Akzeptanz therapeutischer Methoden/Einrichtungen
- Kostenübernahme

Eine Reform bringt in der Regel nicht auf allen diesen Dimensionen Bewegung. Selten sind alle getroffenen Maßnahmen „gleichsinnige“, zumeist sind sie von „gegensinnigen“ untermischt. Sowohl eine Ausweitung der Verbotsliste als eine Reduktion der strafatbestimmenden Mengen, eine Einschränkung der prozessualen Entkriminalisierung (Diversion), eine Anhebung der Strafrahmen, eine perfektere Registrierung, eine Ausdehnung der Probezeiten, verstärkter Behandlungszwang bei gleichzeitig verkürztem Angebot anerkannter staatlich finanziert Behandlungsmethoden, all das trifft in keinem der beobachteten Novellierungsfälle zusammen – ebenso wenig wie je alle in die Gegenrichtung weisenden Veränderungen. Sehr oft oszilliert die Entwicklung und mischen sich prohibitiv-repressive und diversionelle und therapeutische Züge derselben.

Die Erstellung einer Tafel für jede der einzelnen SGG/SMG-Novellen, in der die Richtung der Veränderung gegenüber der zuvor geltenden Rechtslage auf jeder dieser Dimensionen verzeichnet ist, führt zu folgendem Ergebnis:

Kategorien	Veränderungen: SGG-Novelle 1971 im Vergleich zu SGG 1951	
	Richtung prohibitiv-repressiv	Richtung diversionell-therapeutisch
Substanz/Verbotsliste	„psychedelische Drogen“	
Mengengrenzen		„Wochenration“ als Divisionsgrenze
Toleranzgrenzen Substanz		
Toleranzgrenzen Tatbestand	Werbeverbot eingeführt	Besitz von Eigenbedarf „prozessual entkriminalisiert“
Strafdrohung		
Meldung/Registrierung		Polizei an Gesundheitsbehörde
Bewährungsfristen		1 Jahr bis zur endgültigen Einstellung
Behandlungszwang	als Divisionsbedingung neu, aber individuell zu bestimmen	
Methodenauswahl		nur medizinische
Kostenübernahme		

Kategorien	Veränderungen: SGG-Novelle 1980 im Vergleich zu SGG 1971	
	<i>Richtung prohibitiv-repressiv</i>	<i>Richtung diversionell-therapeutisch</i>
Substanz/Verbotsliste	Mohnstroh, Cannabispflanze (seit SGG-Novelle 1977, die sonst irrelevant, außer SÜST-Einführung)	Bedingte Einstellung auch durch das Gericht möglich
Mengengrenzen	geringe Menge statt Wochenration, Grenzmengen niedrig festgelegt	
Toleranzgrenzen Substanz		
Toleranzgrenzen Tatbestand		
Strafdrohung		
Meldung/Registrierung	erweitert (auch eingestellte Straffälle) ans BMSGU, Schule, Militär einbezogen	
Bewährungsfristen	verdoppelt für § 9a	
Behandlungszwang	Allgemeine Behandlungsverpflichtung; Pathologisierung auch des Konsums „weicher Drogen“	
Methodenauswahl		Anerkannte Einrichtungen auch für soziale Methoden, Bewährungshilfe
Kostenübernahme		Eingeführt für Unversicherte

Kategorien	Veränderungen: SGG-Novelle 1985 im Vergleich zu SGG 1980	
	<i>Richtung prohibitiv-repressiv</i>	<i>Richtung diversionell-therapeutisch</i>
Substanz/Verbotsliste		
Mengengrenzen		realistischere Grenzmengen, bes. bei THC; weitere Mengengrenzen zur Tatbestandsqualifizierung
Toleranzgrenzen Substanz		
Toleranzgrenzen Tatbestand		Diversion auch bei Weitergabe geringer Menge
Strafdrohung	diverse Erhöhungen auf maximal 20 Jahre (bisher 10), außer für Süchtige	(Freiheits-)Strafaufschub und Strafumwandlung für/nach Behandlung; Abschaffung von zusätzlichen Finanzstrafen (Doppelbestrafung)
Meldung/Registrierung	Abschaffung der Meldepflicht von Krankenanstalten für freiwillige Patienten	
Bewährungsfristen		Strafaufschub (Haftstrafen bis 2 Jahre) für Behandlung
Behandlungszwang		
Methodenauswahl		
Kostenübernahme		Entfall von Beschränkungen

I. Die Formierung der Wiener Drogenpolitik

Kategorien	Veränderungen: SGG-Novelle 1997 im Vergleich zu SGG 1985	
	Richtung prohibitiv-repressiv	Richtung diversionell-therapeutisch
Substanz/Verbotsliste	Psychotrope Stoffe, Vorläufersubstanzen	
Mengengrenzen		Korrektur restriktiver Rechtssprechung durch Verordnung
Toleranzgrenzen Substanz		für Cannabis entfällt Krankheits- annahme / Behandlungszwang (gg. Maßnahmenhypertrophie)
Toleranzgrenzen Tatbestand		großzügigere Verfahrenseinstellung (fakultativ bei nicht geringen Mengen, Beschaffungskriminalität); erweiterter Strafaufschub (auch U-Haft, Geld- strafe)
Strafdrohung		
Meldung/Registrierung		Entfall der Anzeigepflicht der Gesund- heitsbehörde bei Auflagenerfüllung
Bewährungsfristen		
Behandlungszwang		s.o. Substanztoleranz; Abstinenzzielverzicht
Methodenauswahl		Schmerztherapie, Substitutionstherapie, Psychotherapie verankert
Kostenübernahme		dafür gesichert

Kategorien	Veränderungen: SGG-Novelle 2001 im Vergleich zu SGG 1997	
	Richtung prohibitiv-repressiv	Richtung diversionell-therapeutisch
Substanz/Verbotsliste		
Mengengrenzen	Absenkung bei Heroin von 5 auf 3g per Verordnung (höher als gem. OGH!)	
Toleranzgrenzen Substanz		
Toleranzgrenzen Tatbestand	Diversion nur noch fakultativ; Süchtigkeitsnachweis vor Anwendung von Strafmilde; Ausdehnung des Propagandaverbots	
Strafdrohung	Lebenslang als Höchststrafe, Strafun- tergrenzenanhebung bei „Bandendelikt“	
Meldung/Registrierung		
Bewährungsfristen		
Behandlungszwang		
Methodenauswahl		
Kostenübernahme		

Zum politischen Kontext der Reformschritte

Die SGG-Novelle 1971: Diese weichenstellende Novellierung des SGG hat eine kurze Vorgesichte und anhaltende Nachwirkungen. Erst seit diesem Jahr existiert eine SPÖ-Alleinregierung, die nicht von der Duldung durch Parlamentarier anderer Fraktionen abhängig ist. Eine „Große Strafrechtsreform“ zählt zu den vorrangigen Anliegen der neuen Regierung, eine Novelle zum SGG gehört zunächst nicht dazu. Dennoch passiert sie 1971, im gleichen Jahr wie die „Kleine Strafrechtsreform“, die eine materielle Entkriminalisierung von „abweichenden“ Lebensformen geringer „Sozialschädlichkeit“ (Homosexualität, „Vagabundage“, Prostitution) bringt und eine Phase grundlegender Strafrechtsreformen einleitet. Die Pathologisierung von Kriminalität und die Medikalisierung des Strafrechts erhalten im StGB 1974 („Große Strafrechtsreform“) einen neuen hohen Stellenwert. Die Schaffung des Maßnahmenvollzugs u.a. für Alkohol- und Drogenabhängige ist Ausdruck dafür. Die SGG-Novelle 1971 steht damit am Beginn eines kriminalrechtspolitischen Trends, der ihre praktische Anwendung befördert.

Eine parlamentarische Anfrage der ÖVP-Abgeordneten (Justizpolitiker) Moser, Suppan, Hauser und Gen. vom 21.5.1970 an Justizminister Broda beruft sich auf einen Appell einer Konferenz der Landesjugendreferenten an die zuständigen Behörden, geeignete Maßnahmen gegen das Übergreifen der „Rauschgiftwelle“ auf Österreich zu treffen (BMJ GZ 18.291-9c/70). Gefragt wird, ob die gesetzlichen Bestimmungen ausreichen würden und die Strafrechtsreform Strafverschärfungen gegen Rauschgifthändler vorsehe. In der Anfragebeantwortung wird auf fehlende Mitteilungen der Gerichte über unzureichende Strafen verwiesen und *dagegen* „... die Frage gestellt, ob Strafbestimmungen gegen den illegalen Konsum von Rauschgift in geringen Mengen überhaupt wünschenswert sind; man erschwert nämlich dem von einer Sucht Bedrohten den Weg zum Arzt, wenn er fürchten muß, daß er im Zusammenhang damit in ein Strafverfahren verwickelt werden könnte. Wir werden hier jedenfalls die internationale Entwicklung im Auge behalten.“ Erwähnt wird eine einschlägige Konferenz der Europäischen Justizminister im Europarat, deren Berichterstatter (Dänemarks konservativer Justizminister) einerseits den illegalen Handeln mit besonders strengen Strafdrohungen bekämpfen will, andererseits gegenüber den Süchtigen, die keinen Handel betreiben, „eher andere als strafrechtliche Mittel zur Entwöhnung einzusetzen“ empfiehlt.

Innerhalb Österreichs geht die politische Anregung zur Einschränkung der Strafbarkeit des Suchtmittelbesitzes von Süchtigen in geringen Mengen (zur Deckung des Eigenbedarfs) auf die gf. Vorsitzende des Vereins für Bewährungshilfe und soziale Jugendarbeit, Elisabeth Schilder, zurück (BMJ GZ 18.191-9c/70). Sie tritt mit ihrem Vorschlag auch im Namen der TeilnehmerInnen einer Enquête der Frauenarbeitsgemeinschaft im BSA „Über Suchtgifterkrankungen von Jugendlichen“ auf. Daran hätten neben namhafter Wiener Psychiatern (Strotzka, Spiel, Sluga, Pernhaupt) auch VertreterInnen des Jugendamtes und der Erwachsenenfürsorge der Stadt Wien teilgenommen. Nach Verhandlungen mit dem Bundesministerium für soziale Verwaltung wurde die Entkriminalisierung des Konsums an eine Überprüfung des Behandlungsbedarfs und an die allfällige notwendige Behandlung des Süchtigen geknüpft (§ 9a SGG der Regierungsvorlage) (vgl. Schilder 1980).

Mit der Zustimmung zur Novelle zum SGG im Sozialausschuss des NR am 21.6.1971 war auch der Entschließungsantrag der ÖVP-Abgeordneten (SozialpolitikerInnen) Hubinek (bis 1970 im Wiener Landtag), Kern und Bayer und Gen. vom 5.5.1971 (II-1135 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des NR, XII. GP) erledigt. In diesem Antrag wird die Erweiterung der Suchtgiftliste um psychotrope („psychedelische“) Substanzen wie LSD und Mescalin begrüßt und zugleich auf die Gefahr aufmerksam gemacht, dadurch würde der Kreis verfolgter Jugendlicher vergrößert. „Jugendliche, die zum Teil nur aus Neugierde oder aus Protest gegen die Welt der Erwachsenen Rauschgift nehmen, als Kriminelle abzustempeln, heißt am Problem vorbeigehen. Eine Abänderung der Strafbestimmungen ist schon aus diesem Grunde notwendig.“ Das Absehen des Staatsanwalts von der Strafverfolgung nach ärztlicher Untersuchung findet damit einen Allparteienkonsens, die Rufe nach Strafverschärfung verklingen daneben vor dem Hintergrund der allgemeinen Strafrechtsreformüberlegungen zu dieser Zeit.

In dieser Novelle ist erstmals in Österreich ein rechtliches Instrument der „Diversion“ eingebaut, ein Begriff, der als solcher erst in den späten 90er Jahren angewendet wird. Anders als bei § 42 StGB („Freispruch“ wegen Geringfügigkeit der Straftat, woran sich keine sanktionsalternative soziale Intervention knüpft, eingeführt 1974) handelt es sich bei § 9a SGG 1971 um eine „intervenierende Diversion“. Eine solche findet erst mit dem JGG 1988 und der Strafprozessnovelle von 1999 in die Jugend- bzw. in die allgemeine Strafrechtspflege Eingang.

Die SGG-Novelle 1980: Ab dem Jahr 1978, gegen Ende des 3. Kabinetts Kreisky und mit dem allmählichen Ende des allgemeinen Strafrechtsreformkonsenses (vgl. Pilgram 1986), werden auch erste „parlamentarische Beschwerden“ gegen das SGG laut. In einer Anfrage von FPÖ-Abgeordneten vom 16.9.1978 wird der systematische Missbrauch von § 9a SGG durch kleine HändlerInnen kritisiert, in einem gemeinsamen Initiativantrag von ÖVP- und FPÖ-Abgeordneten vom 20.2.1980 wird ein Rückbau dieser Bestimmung auf die engeren Grenzen des § 42 StGB gefordert (eine allgemeine Verfahrenseinstellungs- und Freispruchbestimmung für Bagatelldelikte). Im Hintergrund dieser Entwicklungen stehen eine Veränderung der Drogenszene und -problematik, das In-Erscheinung-Treten von Langzeitkonsum(entInnen) von härteren Drogen und Drogentodesfälle einerseits und Koordinationsdefizite bei den gesundheits-, sicherheits- und justizbehördlichen Maßnahmen andererseits. Im Vorwort zur kommentierten SGG-Ausgabe (Foregger/Litzka 1980) werden „eine Vielzahl von Todesfällen“ sowie die Enttäuschung mit der „bedingten Verfahrenseinstellung“ als Reformmotive in den Mittelpunkt gestellt: „*Die Verfahrenseinstellung wurde vielfach als Anrecht ohne Gegenleistung missverstanden, die ärztliche Behandlung und Überwachung war nicht ausreichend gewährleistet und die Kommunikation zwischen den zuständigen staatlichen Stellen klappte oft nicht.*“

In den zwei ExpertInnenhearings und Beratungen im Gesundheitsuntermausschuss zur SGG-Novelle wurde von medizinisch-psychiatrischer Seite Kritik an dem Begriff der „geringen Menge“ von Suchtgift geübt, der – anders als die „Wochenration“ – individuelle Gewöhnungs- und Bedarfsdifferenzen vernachlässige, darüber hinaus die Kontroll- und „Anzeigeverpflichtungen“ für BehandlerInnen

zurückgewiesen. Von Seite der polizeilichen ExpertInnen wurden eher der Mangel rechtlicher Regelungen für Verfolgungsmaßnahmen (verdeckte Ermittlungen, Scheinankäufe, Personendurchsuchung etc.) moniert, im Prinzip sicherheitspolizeirechtliche Ergänzungen gefordert, von richterlicher Seite die Möglichkeit der bedingten Verfahrenseinstellung mit Behandlungsweisungen begrüßt. Fast alle ExpertInnen stammten aus Wien und argumentierten mit dem städtischen Erfahrungshintergrund, ein spezifischer kommunaler Einfluss auf die 80er-Novelle ist jedoch nicht erkennbar.

Im Endergebnis bringt das Gesetz ein Signal, dass die bedingte Anzeigenzurücklegung anders meint als die Freigabe des Konsums und ein strikt geregeltes Informationsaustauschverfahren aller Behörden vorsieht (vgl. Erlass des BMJ vom 17.7.1980 betreffend die SGG-Novelle 1980, JAB1 1980/18), das es DrogengebraucherInnen erschweren soll, durch die Maschen der Strafrechts zu rutschen. Anzeigenzurücklegungen und Verfahrenseinstellungen setzen nun eine Auskunftseinholung bei der SÜST voraus, ob eine solche „Wohltat“ schon einmal gewährt wurde, die gesundheitsbehördliche Untersuchung hat nun durch einen „mit Fragen des Suchtgiftmissbrauches hinreichend vertrauten Arzt/Ärztin“ zu erfolgen und die zur Behandlung Verpflichteten haben sich ihre Therapie von der Behandlungseinrichtung für Staatsanwaltschaft oder Gericht regelmäßig bestätigen zu lassen. Zwar sind die Behandlungsinstitutionen selbst nicht anzeigepflichtig, aber sie sind nun stärker eingebunden in eine rechtliche Kontrolle des Rehabilitationsfortgangs. Auf der anderen Seite sollen Behandlungsmaßnahmen nicht an der Mittellosigkeit von Personen scheitern und übernimmt die Justiz Behandlungskosten, falls keine Versicherung dafür aufkommt. Bemerkenswert auch, dass die Hegemonie medizinischer Behandlungseinrichtungen und -formen beendet wird und auch sozialarbeiterische Betreuung, namentlich durch die „Bewährungshilfe“ (die auch eine der ersten spezialisierten Einrichtungen – Change – führt) als Option betrachtet wird.

Die SGG-Novelle 1985: Ein Initiativantrag von ÖVP-Abgeordneten zum NR (Wiesinger u.a.) vom 26.9.1982 eröffnet einen Reigen solcher Initiativen (seitens der FPÖ-Abg. Ofner u.a. vom 31.1.1983, ÖVP-Abg. Hubinek u.a. vom 1.6.1983), die Strafrahmenerhöhungen und polizeiliche Kompetenzerweiterungen im Bereich des SGG verlangen. Das BMJ unter der Ministerschaft Ofner antwortet im Sommer 1983 mit einem Ministerialentwurf, der ab Herbst in einem Justizuntermausschuss verhandelt wird. Eine Dreiparteieneinigung im Justizausschuss dauert bis zum März 1985. Am längsten strittig bleiben dabei nicht die Anhebung der Strafrahmen für Drogenhandel (sie werden teilweise verdoppelt), wohl aber die „strafsatändernde Wirkung des Kriteriums der Nicht-Süchtigkeit bei gewerbsmäßiger und bandenmäßiger Begehung“ (die Oppositionspartei ÖVP will „Süchtigkeit nur im Wege eines gesetzlichen Milderungsgrunds“ berücksichtigt wissen) sowie die Konzentration der Zuständigkeit für Suchtgiftdelikte auf einige wenige Bezirksgerichte (am Sitz von Gerichtshöfen) (vgl. BMJ GZ 703.01/109-II2/84).

Im Ergebnis wird die Divisionsmöglichkeit auch bei gewissen Weiterabedelikten geschaffen, der Strafaufschub bei Strafen bis zu 2 Jahren zu Behandlungszwecken und die nachträgliche Strafumwandlung geschaffen sowie Doppelbe-

strafungen nach SGG und FinStG beseitigt. Dies geschieht mit ausdrücklichem Verweis auf den Suchtgiftbericht der Bundesregierung 1982/83 (zur Evaluation der SGG-Novelle 1980), die Suchtgiftenquete 1984 (BMJ 1984) und die Ausschussberatungen: „Uneinbringliche Vermögensstrafen, die nach dem Suchtgiftgesetz und dem Finanzstrafgesetz kumulativ neben Freiheitsstrafen verhängt werden, haben sich als äußerst problematisch erwiesen. Die im Nichteinbringungsfall vollzogenen Ersatzfreiheitsstrafen vereiteln den Erfolg kostspieliger Betreuungsmaßnahmen und werden von den Verurteilten oft nicht als Folge der Tat, sondern ihrer Mittellosigkeit angesehen und tragen darüber hinaus die Gefahr in sich, daß der Verurteilte versucht, die verhängte Strafe durch neuerliche Suchtgiftdelinquenz zu finanzieren.“ (vgl. BMJ GZ 703.01/109-II2/84) Darin sowie in der erweiterten Kostenübernahme für einen weiteren Bereich der Suchtgiftkriminalität, die Bundesförderung für Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (unabhängig von Zuschüssen der Gebietskörperschaften) und in der Abschaffung der Meldepflicht von Krankenanstalten an die SÜST bei freiwilligen PatientInnen (vgl. BMJ 1983) zeigt sich die durchaus vorhandene Sensibilität des strafverschärfenden Gesetzes für die Bedürfnisse der Rehabilitation und ihrer Institutionen. Das Gesetz, ebenso wie der Umstand, dass die große Enquete der Bundesregierung zum Thema am 18. und 19.1.1984 von Innenminister Karl Blecha ausgerichtet wird, spiegeln auch die politische Koalitionssituation der Zeit.

Bei dieser Enquete, wie schon in den Ausschusssitzungen, wurde in Hinblick auf die Ausdehnung des Drogenhandels von den Polizeiexperten sogar eher entdramatisiert und wurden von einigen GesundheitsexpertInnen neue Themen wie die stärkere Differenzierung zwischen Substanzen oder Drogensubstitution offen und nüchtern angesprochen. Die damals noch bestehende Zurückhaltung gegenüber Ersatzdrogen zeigt sich auch in einer Stellungnahme des „Österreichischen Arbeitskreises zur kommunikativen Drogenarbeit“, dem auch VertreterInnen aller wichtigen Wiener Drogenberatungs- und -behandlungseinrichtungen angehören und die u.a. dem BMJ zugeht (BMJ-GZ 703.001/99-II 2/84). Nur unter engen Voraussetzungen will man sich mit entsprechenden Angeboten anfreunden.

Ein sehr spezifischer Wiener Input zur Suchtgiftgesetzreform stammt schon vom 20.12.1983 in der Form einer Stellungnahme des „Wiener Drogenbeirates“ (Beirat für Fragen des Drogenmissbrauchs und der Drogenabhängigkeit der Geschäftsgruppen Bildung, Jugend, Familie und Gesundheit und Soziales) zu den Initiativanträgen von FPÖ/SPÖ bzw. ÖVP betreffend die Novellierung des SGG, übermittelt durch die Amtsführenden Stadträte für Gesundheit und Soziales, Alois Stacher, und für Bildung, Jugend, Familie, Vizebürgermeister Gertrude Fröhlich-Sandner. Darin heißt es: „Von den wegen Verstoßes gegen die Suchtgiftbestimmungen erfolgenden Anzeigen betrifft eine überwiegende Mehrheit (rund 70%) ausschließlich den Cannabismissbrauch. Der Wiener Drogenbeirat hält es für **unbedingt notwendig**, die unterschiedliche Eignung der sogenannten ‚weichen‘ und der sogenannten ‚harten‘ Substanzen, eine Sucht hervorzurufen (unterschiedliche Gefährdungseignung), in der Form eines **differenzierten Strafsatzes** für die unterschiedlichen Substanzengruppen – im Sinne der Verhältnismäßigkeit – zu berücksichtigen. Die unterschiedlichen **Grenzmengen** berücksichtigen die unterschiedliche Gefährdungseignung der Substanzen nicht in ausreichender Weise. Die

Sekundärschäden in der Folge wegen Cannabismisbrauch verhängter Strafen übertreffen oftmals die primäre Gefährdung durch die Droge selbst; insbesondere zieht die bewirkte Vorstrafe **massive soziale Benachteiligungen** nach sich. Nach dem Dafürhalten des Wiener Drogenbeirats liegt in den vorliegenden Initiativanträgen die Gefahr einer Überkriminalisierung der Probierer und Konsumenten mit allen sozialen und kriminogenen Folgen.“ (BMJ-GZ 703.001/94-II2 1/84) In seinen Antwortschreiben widerspricht der Justizminister und hausintern wird auf die Single Convention und die UN-Commission on Narcotic Drugs verwiesen, deren Gefährlichkeitsbestimmung von Drogen verbindlich sei.

Diese Stellungnahme des Wiener Drogenbeirats hat offenbar einen Zeitzünder, der im September 1984 nach einem landesgerichtlichen Verfahren gegen einen Suchtgifthändler losgeht. Das Gericht hatte Sachverständige (die Psychiater Peter Hermann und Günther Pernhaupt) die Gefährlichkeit von Cannabis beurteilen lassen. Dabei wird bekannt, dass sich ihr Urteil mit jenem des Wiener Drogenbeirats deckt. Gesundheitsstadtrat Stacher und Gesundheitsminister Steyrer, die „ihre“ Experten zitieren, werden von den Massenmedien (insbesondere der Neuen Kronen Zeitung) schlagzeilend zu Befürwortern der Haschisch-Freigabe erklärt. Davon distanzieren sich schließlich alle Beteiligten in Presseaussendungen, zusätzlich Bürgermeister Helmut Zilk „Haschisch bagatellisieren – dafür ist in Wien kein Platz“ (Neue Kronen Zeitung vom 15.9.1984). Auch der Drogenbeirat sieht sich veranlasst zu differenzieren. Haschisch solle nicht fälschlich als Suchtgift bezeichnet werden, doch gäbe es durchaus Konsumformen, die schädigend seien.

Parallel zu den ExpertInnenstimmen artikuliert sich zu Beginn der 80er Jahre in Wien eine autonome Jugendbewegung – deutlich manifest in der vorübergehenden Besetzung eines Hauses in der Gassergasse im 5. Bezirk –, die auch eine Initiative zur Haschischlegalisierung (INHALE) einschließt. Ihr gegenüber besteht eine gewisse jugendpolitische Handlungsunsicherheit. Die „drogenpolitischen“ Aktivitäten dieser Jugendlichen sind z.B. Anlass für einen gemeinsamen Antrag aller Fraktionen der Bezirksvertretung Margareten, die zuständigen Behörden (auch das BMJ) zur Überprüfung der Rechtmäßigkeit des Treibens aufzufordern (BMJ-GZ 703.001/82 2/83), dennoch dauert die politische Positionierung gegenüber dieser Gruppen und deren nicht zuletzt drogenpolitische Zurückweisung einige Zeit.

Dieser punktuelle Misserfolg der „Wiener“ Intervention in den Gesetzgebungsprozess mag einer der Auslöser für die Anstrengungen der Koordinierung und Formierung einer einheitlichen Wiener Drogenpolitik gewesen sein.

Das SMG 1997: Diese Neufassung des Gesetzes hat eine längere Vorgeschichte und mehrere Wurzeln. Schon 1991 wird in Justiz- und Gesundheitsministerium (unter den Ministern Nikolaus Michalek und Harald Ettl) mit Vorbereitungen zu einer Novellierung begonnen, deren Motive noch länger zurückreichen. Schon im Herbst 1987 wurde auf der Grundlage von Empfehlungen des „Beirats zur Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs und anderer Suchtmittel“ vom Bundeskanzleramt ein Erlass betreffend orale Substitutionsbehandlung von i.v. Drogenabhängigen herausgegeben, der auch im Strafvollzug umgesetzt sein wollte. Im

Zuge dessen kristallisierte sich zunächst im Strafvollzug selbst der Bedarf nach Erweiterungen des § 23a SGG (Strafaufschub zur Behandlung) heraus. Im gleichen Jahr wurden vom OGH zwei Urteile gefällt, mit denen die „Grenzmenge“ für Heroin (auf 1,5g: 11 Os 18/87-6, vom 24.3.87) und die „geringe Menge“ bei THC herabgesetzt wurden. Diese Rechtspolitik stimulierte im Gesundheitsressort Überlegungen in Richtung einer „Verordnungsermächtigung für den BMG in Bezug auf die Mengenbegriffe im SGG“ sowie zur „positiven Diskriminierung der geringen Menge Cannabis in § 17 SGG“.

Begründet werden diese Überlegungen von den SachbearbeiterInnen im BMG so: „Das Suchtgiftgesetz verwendet in seinen Straftatbeständen unbestimmte Gesetzesbegriffe, soweit sie sich auf Suchtgiftmengen beziehen. ... Der im Gesundheitsressort eingerichtete Beirat zur Bekämpfung des Missbrauchs von Alkohol und anderen Suchtmitteln sollte daher im Zusammenhang mit der SGG-Novelle 1985 die Mengenbegriffe praxisgerechter gestalten ... 1987 wurden in zwei Entscheiden des OGH die vom Beirat festgesetzte und nachvollziehbar begründete Grenzmenge für Heroin sowie die geringe Menge von Tetrahydrocannabinol ... erheblich gesenkt. Die Begründungen dafür waren mit dem medizinisch-naturwissenschaftlichem Sachverstand nicht nachvollziehbar.“ Für die Sonderbehandlung von Cannabis wird mit einer Befragung unter Amtsärzten argumentiert: „... die Mehrheit der Amtsärzte sah eine Behandlungsnotwendigkeit in höchstens einem Zehntel der Fälle als gegeben, wobei dieser niedrige Prozentsatz auf dem Überwiegen von Probierern bzw. Konsumenten weicher Drogen (Cannabis) beruht“ (BMJ-GZ 703.024/1-II 2/91).

Dass diese Überlegungen im Juli 1991 in die Medien kommen (zuerst in der AZ vom 18.7.), in denen eine Haschischlegalisierung 1993 vorhergesagt wird, bevor das BMI in den Reformprozess einbezogen ist, verzögert weitere Entwicklungen. Das Reformvorhaben weckt bereits in einem frühen Stadium auch das Interesse der Wiener Politik. Der amtsführende Stadtrat für Gesundheit und Spitalswesen Sepp Rieder wendet sich am 14.1.1993 in einem Schreiben besorgt an den Justizminister: „Vom Bundesverband der Elternkreise Drogengefährdeter und Drogenabhängiger wurde ich dieser Tage wieder mit sehr massiven Äußerungen und Vorbehalten auf die geplante Novelle des Suchtgiftgesetzes aufmerksam gemacht. Auch unter Fachleuten kursieren darüber bereits verschiedenste Meinungen und Gerüchte. ... Der Drogenbeauftragte und der Drogenkoordinator der Stadt Wien und ich ... werden in letzter Zeit auch von den Medien immer öfter um unsere Stellungnahme zur geplanten Novelle befragt. Ich ersuche ... daher dringlichst, die geplanten Maßnahmen mit den Notwendigkeiten der Stadt Wien abzustimmen, um zu gewährleisten, dass die Drogenpolitik von Bund und Stadt Wien auch weiterhin gemeinsam getragen werden kann“ (BMJ-GZ 703.024/8-II 2/93). In weiterer Folge wird der Gedankenaustausch zwischen BMJ und Gemeinde Wien intensiviert und findet noch vor Ablauf des Begutachtungsverfahrens über eine Novelle zum SGG am 7.2.1995 eine Erörterung derselben im Rahmen des Wiener Drogenbeirats und im Beisein eines Vertreters des BMJ (Gerhard Litzka) und einiger VertreterInnen der Richterschaft und der Staatsanwaltschaft statt. Im Zentrum der Erörterungen stand dabei die Ausgestaltung des Strafaufschubs nach § 23a SGG

(Einflussmöglichkeit des Gerichts auf die Art der Therapie, Kontrollmöglichkeiten hinsichtlich des Therapiefortschritts und Kommunikation zwischen Gericht und therapeutischer Einrichtung). (BMJ-GZ 703.024/30-II.2/1995)

In den Stellungnahmen des Amts der Wiener Landesregierung an das Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz zu Novellierungsentwürfen am 28.2.1995 (MD-79-1 bis 3/95) und am 9.4.1996 (MD-VfR – 210/96) zeigen sich keine wesentlichen Differenzen in der kriminal- und gesundheitspolitischen Zielsetzung mehr (sieht man von den Regelungen über Verkehr und Gebarung bei Vorläufersubstanzen ab), wohl aber hinsichtlich der Kostenabschätzung (Unmöglichkeit wegen fehlender Verordnungsentwürfe), Mitwirkungs- und Kostentragungspflichten. Der Ausschluss einer Einrichtungsförderung durch den Bund, falls anonym (und niederschwellig) behandelt wird, und für psychosoziale Beratung und Betreuung in Einheit mit gesundheitsbezogenen Maßnahmen wird heftig beansprucht, wie überhaupt die höhere Beanspruchung der Gebietskörperschaften als Krankenanstalten- und Sozialhilfeträger beklagt wird.

Die Verhandlungen über das neue SMG erweisen sich als insbesondere mit den Bundesländern und wegen der Kostenfragen schwierig. Es bedarf gemeinsamer Sitzungen von VertreterInnen der Länder sowie des Gesundheits- und Justizressorts und eines gemeinsamen Schreibens (bundespolitischen Drucks) der Gesundheitsministerin Christa Krammer und des Justizministers Nikolaus Michalek an die Landeshauptleute. Darin wird auf neue internationale Verpflichtungen zur Kontrolle psychotroper Stoffe und Vorläufersubstanzen verwiesen, wobei hier von nur wenigen Normübertretungen ausgegangen wird. Der wünschenswerte Ausbau der Therapieeinrichtungen könne und werde nur nach Maßgabe der Budgetmittel von Bund wie Ländern voranschreiten, wird beruhigt. Die Bezirksverwaltungsbehörden würden ferner im Bereich der Cannabis-Erstkonsumenten in großer Zahl von Stellungnahmepflichten befreit. Die subsidiäre Kostentragung durch den Bund (bei Therapie statt Strafe) beträfe nunmehr auch Psychotherapie und psychologische Behandlung, nicht aber soziale Betreuung. Die Kooperation bei der Erstellung der Durchführungsverordnungen wird zugesagt (BMJ-GZ 703.024/66-II 2/1996).

Nach Antworten und Einwendungen u.a. des Landeshauptmanns von Wien, Michael Häupl, wird eine Anfrage an den Verfassungsdienst des BKA erwogen, wie weit die Behandlung und Betreuung suchtgiftabhängiger RechtsbrecherInnen in Gesetzgebung und Vollziehung sowie Kostenbelastung Bundessache sei (BMJ-GZ 703.024/68-II.2/1997).

Im Endeffekt wird ein Gesetz realisiert (mit den Stimmen der Koalitionsparteien SPÖ und ÖVP am 16.4.1997 im NR beschlossen), das sehr weitgehend den gesundheits- und behandlungsorientierten Positionen der Wiener Drogenpolitik Rechnung trägt, das aber dennoch angesichts der zunehmend angespannten budgetären Situation der öffentlichen Haushalte nicht im Konsens mit dem Land Wien beschlossen und wirksam wird. Es legt mit offenen bzw. strittigen Kompetenzfragen den Keim für Konflikte in der Durchführung von Therapiemaßnahmen in Alternative zur (Haft-)Strafe.

Die SMG-Novelle 2001: Ihre Vorgesichte ist wesentlich kürzer. Eine massiveres Vorgehen gegen Suchtmitteldelikte ist Bestandteil des Koalitionsüber-einkommens der ÖVP-FPÖ-Regierung. Umgesetzt wird dies mit einer knappen Novelle, welche die „Balance zwischen repressiven und gesundheitspolitischen Maßnahmen“ nicht nur durch Höchststrafenkorrekturen im obersten Bereich verschiebt (nun bis zu Lebenslang), wie im Entwurfstext dem BMJ gegenüber (GZ 703.037/2-II 2/2000) beteuert wird. Durch Anhebung der Strafuntergrenzen im Bereich der Mittelkriminalität, durch parallele Absenkung der Grenzmenge von 5 auf 3g bei Heroin, durch strengere Überprüfung der Suchtmittelabhängigkeit als strafssatzreduzierendes Kriterium sowie durch die Einschränkung der vorläufigen Anzeigenzurücklegung (sie ist in keinem Fall mehr obligatorisch) wird der Verfolgungsdruck auf alle Kategorien von SuchtmittelstraftäterInnen erhöht. Ein „mäßiger Anstieg der Häftlingszahlen“ wird in den Erläuterungen des Entwurfs zu den finanziellen Auswirkungen in Kauf genommen.

Die Stellungnahme des Amts der Wiener Landesregierung, abgestimmt mit jener des Drogenkoordinators, vom 12.10.2000 (MD-VfR – 1506/2000) ist negativ, bleibt aber wie die überwiegend kritischen bis ablehnenden Stellungnahmen im Begutachtungsverfahren wirkungslos. Die Erhöhung der Strafdrohungen in einem Hochstrafenland wie Österreich wird als präventiv überflüssig und unbegründbar bezeichnet – unter Hinweis auf die ExpertInnen des Wiener Drogenbeirats. Verwiesen wird auf stabile Zahlen von Anzeigen im Bereich des Suchtgifthandels. Vermisst werden spezialpräventive Maßnahmen. Die Einschränkung von Behandlungsmöglichkeiten für schwer Süchtige durch die Grenzmengenabsenkung sowie die Mindeststrafehöhung wird als Schritt weg vom Grundsatz „Therapie statt Strafe“ charakterisiert. Auch auf die Bedrohung der freien Fachdiskussion und Aufklärung über psychotrope Substanzen durch die Änderungen des § 29 SMG wird aufmerksam gemacht.

2.2. Die Rechtsanwendung

Das praktische Ergebnis strafrechtlicher Drogenpolitik lässt sich an den diversen polizei- und justizstatistischen Daten ermessen. Sie zeigen sowohl das Resultat polizeilicher Anstrengungen, verbotenen Verkehr mit Drogen zu verfolgen – mit Zahlen über Straftaten und StraftäterInnen, welche der Staatsanwaltschaft angezeigt werden –, als auch das Resultat justizieller Überprüfung und Verarbeitung polizeilichen Inputs durch Anklagebehörden und Gerichte – an Zahlen über verurteilte und sanktionierte DrogenstraftäterInnen. Diese kriminal- und rechtspflegestatistischen Daten machen den „Erfolg“ kriminalisierenden Handelns auf den verschiedenen Ebenen der Strafverfolgung zwischen Polizei und Strafvollzug sichtbar und werden nachfolgend im Mittelpunkt der Darstellung der Drogenpolitik von Exekutive und Justiz stehen.

Beeinflusst werden die kriminalstatistisch abgebildeten Handlungsergebnisse polizeilicher und justizieller Institutionen nicht nur vom sich verändernden

gesetzlichen Auftrag und der Entwicklung der Kriminalität, in diesem Fall der Drogenszene, ihrer Erscheinungsformen, Ausdehnung und Gewohnheiten. Eine wichtige Rolle beim Zustandekommen der Kriminalisierungsresultate spielt der Einsatz von Ressourcen, spielen Entscheidungen, dem „Drogenproblem“ insgesamt bzw. bestimmten Phänomenen, Risiken und deren VerursacherInnen oder Leidtragenden praktisches Augenmerk zu schenken, dafür bestimmte Anteile an personellen und sachlichen Mitteln und wirksame Methoden zum Einsatz zu bringen. Die Daten reflektieren nicht zuletzt strategische Entscheidungen, nach welchen Grundsätzen und Prioritäten eine prinzipiell selektive Rechtsdurchsetzung und Strafverfolgung geschehen soll.

Während es relativ gut möglich ist, das Produkt polizeilicher und justizieller Praxis des SGG/SMG zur Darstellung zu bringen, ist es eine äußerst schwierig zu klärende Frage, wie repräsentativ das kriminal- und rechtspflegestatistische Bild und dessen Veränderungen für die gesellschaftliche Drogenwirklichkeit sind. Der Grund dafür liegt darin, dass die Institutionen der Polizei und Justiz es nicht gewohnt sind, Veränderungen ihrer Rechtsanwendungspraxis explizit zu machen, sie überhaupt als (drogen)politische Entscheidungen zu verstehen und/oder gar zu legitimieren. Daher wird sich die nachfolgende Darstellung der Rechtsanwendungspraxis durch Polizei und Justiz weitgehend auf die kriminalstatistischen Quellen stützen müssen. Dennoch wird davor auch der Versuch unternommen werden, einige Erkenntnisse über organisatorische (organisationspolitische) Entscheidungen und Maßnahmen darzulegen, welche den SGG/SMG-Vollzug nicht minder tangiert und beeinflusst haben mögen als die Gesetzesnovellen als solche.

Die Polizei

Organisationspolitik

Ein Strafrecht, welches – wie das österreichische – dem Legalitätsprinzip gehorcht, lässt der Polizei im Grunde wenig Spielraum, das Strafrecht anzuwenden. Sie muss prinzipiell nach einer lückenlosen Erfassung und Anzeige von Normverstößen trachten. Auch kleinste Vergehen, die nicht zu verfolgen das Gesetz der Staatsanwaltschaft und dem Gericht durchaus gestattet, darf die Polizei eigentlich nicht ignorieren. Diese Rechtsphilosophie bringt die Polizei hierzulande (stärker noch als in anderen Rechtsordnungen mit opportunistischen Rechtsgrundsätzen) in eine problematische Lage permanenten Versagens und letztlich unerfüllbarer Erfolgskriterien. Sie hat und beklagt denn auch immer unzureichende Mittel und Kompetenzen und muss versuchen, stets mehr davon zu erreichen.

Das gelingt ihr am ehesten dort, wo auch Öffentlichkeit und Politik sicherheitspolitischen Handlungsbedarf sehen bzw. wo denselben polizeilicherseits ein solcher vermittelt werden kann. Die Drogenkontrolle erweist sich für die Polizei offenbar als ein Feld, auf dem der Öffentlichkeit aus verschiedenen Gründen Ausstattungsmängel, deren negative Folgen, ebenso wie Vorschläge zur Abhilfe durch besondere sachliche und rechtliche Mittel relativ gut nahe gebracht werden können.

Die Drogenpolitik ist insofern ein Bereich strategischer Polizeientwicklungspolitik, von dieser überhaupt nicht losgelöst zu betrachten. Es darf auch nicht übersehen werden, dass das Recht, die Organisation, die Technik und Ausbildung der Polizei allgemein von Bedeutung für die Umsetzung der Drogengesetze gewesen sind und vice versa die „Drogenpolizei“ von großer Relevanz für die allgemeine polizeiliche Organisationsentwicklung. Doch wie die Drogengesetzgebung kann hier auch die „Drogenpolizei“-Geschichte im Beobachtungszeitraum dieser Studie nicht detailliert genau analysiert und nicht mehr als in einigen Strichen dargestellt werden.³

Ein konstantes Kernelement der Organisation der „Drogenpolizei“ in Österreich ist über den gesamten Untersuchungszeitraum die „Zentralstelle zur Bekämpfung der Suchtgiftkriminalität“ (später Suchtmittelkriminalität), ZBS, in der Generaldirektion für die öffentliche Sicherheit im Bundesministerium für Inneres (bis zur Errichtung des Bundeskriminalamts die Abteilung II/D/8 des BMI). Variabel sind hingegen deren Ausstattung mit operativen Kräften und die Verfügbarkeit von weiteren zentralen kriminalpolizeilichen Diensten für die operative Arbeit. Variabel sind ferner die dezentrale, regionale Ausdifferenzierung drogenpolizeilicher Strukturen sowie die allgemeine Ausbildung der Sicherheitsexekutive in Drogenfragen.

Die ZBS erfüllte im Wesentlichen national und international koordinierende sowie analytische und Ausbildungsfunktionen, ehe sie auch eine eigene operative Ermittlungseinheit mit besonderen Aufgaben erhielt. Die spezialisierte drogenpolizeilich operative Tätigkeit war zunächst bei den Bundespolizeidirektionen der Länder, in Wien beim Sicherheitsbüro, also bei der kriminalpolizeilichen Zentralstelle für schwerwiegende Kriminalität angesiedelt. Von dort aus diffundierte die Drogenpolizei zunehmend auch in dezentrale örtliche Dienststellen.

In Wien war ein Suchtgiftreferat des Sicherheitsbüros, welches in den 50er Jahren mit 4 bis 5 Personen besetzt war und sich mit kriegsbedingt Suchtkranken und der Apothekenüberwachung beschäftigte, 1962 sogar aufgelöst worden. Erst 1968 wurde neuerlich eine Suchtgiftgruppe eingerichtet. Für das Jahr 1976 beschreibt Prießnitz, damals Leiter dieser Einheit, in einem Vortrag vor der Österreichischen Gesellschaft für Strafrecht und Kriminologie die Arbeitssituation so: „Die anfallenden Akten müssen von 6 Beamten erledigt werden. Eine Durchbrechung des bisher gehandhabten alleinigen Kompetenzgrundsatzes wurde seit 1972 durch die Einschulung sogenannter Suchtgiftkriminalbeamter der Bezirkspolizeikommissariate erreicht. Diese werden der Suchtgiftgruppe des SB zur Einschulung 1 Monat dienstzugeteilt und haben die Aufgabe, sozusagen das Vorfeld zu sensibilisieren. Es sollen durch sie vor allem jene Unzahl von Hinweisen und Meldungen weggearbeitet werden, wo lediglich der Verdacht eines *Suchtgiftmissbrauchs*

3 Arbeiten, die eine Übersicht über die Organisationsstrukturen geben würden, in denen von der Sicherheitsexekutive Drogenkriminalität insgesamt bearbeitet wurde und wird, liegen leider nicht vor. Die folgende Rekonstruktion der drogenpolizeilichen Strukturen und ihrer Reform kann sich nicht auf ein systematisches Studium von Primärquellen stützen. Es liegt ihr eher anekdotisches, sekundäres Quellenmaterial zugrunde. Dazu gehören die offiziellen Sicherheits- und Suchtgift/mittelberichte des Innenressorts. Daneben wurden die Zeitschrift „Öffentliche Sicherheit“ des BMI sowie eine Bibliografie polizeibezogener wissenschaftlicher Studien (inklusive Abschlussarbeiten der Sicherheitsakademie) ausgewertet. Schließlich konnten auch Interviews herangezogen werden, die im Zuge des Projekts mit Polizeimitarbeitern geführt worden waren.

behauptet wird“ (Prießnitz 1976). Aufgabe dieser Suchtgiftkriminalbeamten war ferner die eines Drahts zwischen Szene und Sicherheitsbüro, die Beobachtung von Treffpunkten und Lokalen, die Kontaktpflege zu Informanten und die „Spaltung“ von KonsumentInnen und HändlerInnen, um an letztere heranzukommen: „Eine Erleichterung der polizeilichen Arbeit wurde durch die Novelle 1971 gebracht. Es besteht nunmehr die Möglichkeit, die Mitteilungsfreudigkeit beim Erstanfäller dadurch zu heben, dass man ihn auf die ‚Goldene Brücke‘ der §§ 9a und 9b des Suchtgiftgesetzes hinweisen kann“ (Prießnitz 1976).

Eine Stärkung der Zentralstelle und Konzentration der Drogenpolizei erfolgte 1981 mit der Aufstellung der „Einsatzgruppe zur Bekämpfung der Suchtgiftkriminalität“ (EBS) als Teil der ZBS. Es handelt sich hier um die älteste Spezialeinheit des BMI auf kriminalpolizeileichem Gebiet. „Oberste Aufgabe der ihr angehörenden Beamten ist die verdeckte Fahndung. Das Sammeln von Informationen aus der Suchtgiftszene, die Kontaktsuche mit Suchtgifthändlern und -konsumenten und die Beischaffung von Erkenntnissen, die zum Einschreiten durch die örtlich zuständigen Sicherheitsdienststellen führen, sind weitere Aufgaben“ (Sicherheitsbericht 1981). Angaben über die ursprüngliche und zunehmende Stärke dieser Einsatzgruppe sind aus den Sicherheitsberichten nicht zu gewinnen. Aus Anlass des 20-jährigen Bestands der Gruppe im Jahr 2001 schreibt die „Öffentliche Sicherheit“ (ÖS) von aktuell 40 aktiven BeamtenInnen, aufgeteilt auf 5 Gruppen, eine davon zuständig für Wien, die anderen für je zwei Bundesländer. Relevant für die Gründung sei ein Rechtsgutachten des BMJ gewesen, wonach der „Scheinkauf“ von Suchtgift rechtlich gedeckt und nicht unter die „Agent-Provokateur-Bestimmung“ (§ 25 StPO) falle. Damit veränderte sich die Qualität verdeckter Ermittlungen im Bereich organisierten Drogenhandels und wuchsen die Qualifikationsanforderungen an die Beamenschaft. Sie wurden durch Ausbildung der führenden Beamten der EBS in der BRD erfüllt. Die EBS ist Mitglied in der „International Working Group for Undercover Police Units“ und steht in regelmäßigm Kontakt mit MitarbeiterInnen des Büros der US-amerikanischen Drug Enforcement Agency (DEA) in Wien.

Der Sicherheitsbericht 1981 vermittelt auch den Eindruck einer Aus- und Fortbildungsoffensive innerhalb und außerhalb des Exekutivbereichs durch die ZBS zu dieser Zeit. „In Seminaren wurden etwa 800 Polizeibeamte mit der gegenständlichen Problematik vertraut gemacht, eine Schulung für weibliche Kriminalbeamte des ganzen Bundesgebietes durchgeführt, Referate anlässlich der Schulärztetagung in Strobl und Vorträge vor Berufsschuldirektoren und -lehrern, der sozialwissenschaftlichen Arbeitsgemeinschaft, dem Stadtschulrat für Wien und der Bundesakademie für Sozialarbeit gehalten. Zusätzlich erfolgten Fachvorträge vor interessierten Organisationen“ (Sicherheitsbericht 1981). Hier wird eine Art Themenführerschaft angedeutet. Im eigenen Ressortbereich wird höhere Aufmerksamkeit beansprucht und auf das Drogenproblem gerichtet, gegenüber diversen Öffentlichkeiten wird hohe Fachkompetenz präsentiert. In späteren Berichten tritt man diesbezüglich bescheidener auf.

In den Sicherheitsberichten der Jahre 1986 bis 1993 sind vorübergehend eigene Kapitel über „Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheitsverhältnisse in Wien“ enthalten. Daraus erfährt man von „Suchtgiftstreifen“ in der Bundeshauptstadt,

die seit dem 22.5.1980 zusätzlich zu jenen des Sicherheitsbüros durchgeführt werden. Sie erfolgen im Zusammenwirken von Sicherheitswache, Sicherheitsbüro und Kriminalbeamten des jeweiligen Bezirks. Über die Häufigkeit dieser Streifen und das Ausmaß der offensichtlichen Intensivierung der entsprechenden Drogenkontrollmaßnahmen erfährt man allerdings nichts Näheres.

Weitere tiefer gehende Organisationsveränderungen zeichnen sich bei der „Drogenpolizei“ nicht vor den 90er Jahren ab. Sie haben mit zwei unterschiedlichen Entwicklungen zu tun. Zum einen forciert die Professionalisierung und Ausdifferenzierung der Drogenarbeit außerhalb der Polizei einen ebensolchen Prozess innerhalb der Exekutive, zum anderen verändern die sicherheitspolitischen Herausforderungen nach der Ostgrenzöffnung (vgl. das Thema „Organisierte Kriminalität“) die polizeiliche Annäherung auch an die Suchtmittelkriminalität.

Zum einen hat sich inzwischen eine Szene von medizinischen und sozialen Experten und Einrichtungen formiert, welche die Exekutive zur Auseinandersetzung mit neuen Konzepten für das Herangehen an das Drogenproblem zwingt und ihre Definitionsmacht über den Bereich beschneidet. Die unzureichende Trennung, die ursprüngliche Gleichsetzung von Repression und Abschreckung mit Prävention bei der Polizei stellt ihre Expertise infrage und führt zu einer Ausdifferenzierung beider Bereiche auch innerhalb der Sicherheitsexekutive. Das Sicherheitspolizeigesetz (SPG), als solches 1991 nach langem Ringen verabschiedet und am 1.1.1993 in Kraft, verzichtet nicht darauf, der Polizei genuin kriminalpräventive Aufgaben (die „vorbeugende Gefahrenabwehr“, insbesondere durch das Mittel der Beratung) zuzuschreiben, es reduziert sie nicht auf repressive Kriminalitätsbekämpfung und bietet so eine Grundlage auch für neue präventive Aktivitäten auf dem Gebiet der Drogen. Man findet die Lösung, diese Aktivitäten – jedenfalls in Wien – dem Kriminalpolizeilichen Beratungsdienst (KBD) zuzuordnen. Auch wenn die kriminalpolizeiliche Beratung in Sachen Drogen vergleichsweise schmal ausgestattet bleibt und in der Folge nicht expandiert, wird vom KBD ein wesentlicher Teil des öffentlichen Auftretens der Polizei übernommen, während hier z.B. die Bedeutung der ZBS zurückgeht.

Der KBD richtete 1993 in Wien ein Beratungszentrum ein, das 1994 acht zusätzliche Beamte für die Suchtprävention erhielt, von denen jedoch vier in die „Gewaltprävention“ wanderten. Obwohl im Wiener Drogenkonzept für die Primärprävention in Schulen PolizeimitarbeiterInnen keine Rolle zugedacht ist, orientiert sich die Arbeit des KBD an diesem Drogenkonzept und an der Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen. Um diese Arbeit wirkungsvoller zu gestalten wurde seitens des KBD versucht, Standards für die polizeiliche Suchtprävention zu formulieren, einen Stock von Sicherheitswache- und KriminalbeamtenInnen für eine Tätigkeit an Schulen auszubilden bzw. diese durch MitarbeiterInnen der Einrichtung P.A.S.S. ausbilden zu lassen und polizeiliche Aktivitäten in diesem Bereich an das Absolvieren dieser Ausbildung zu knüpfen (dazu existiert ein entsprechender Erlass des BMI). Aus einer Untersuchung von Stipsits (2002) geht allerdings hervor, dass von 66 TeilnehmerInnen dieser fünftägigen Grundseminare „Suchtprävention richtig durchgeführt“ im Untersuchungsjahr 2001 höchstens ein Drittel aktiv wurde. Die befragten Beamten erklären das mit geringer Nachfrage von Seiten der Schul-

gemeinschaften, unzureichender Vorbereitung auf die Aufgabe und mangelnder Unterstützung durch die Organisation (geringe Zeitressourcen).

Die gestiegene Rezeptivität der Polizei gegenüber externen drogenpolitischen Entwicklungen in der Drogenarbeit ist an den Inhalten der Zeitschrift „Öffentliche Sicherheit“ in den späten 80er und frühen 90er Jahren ablesbar. Als paradigmatisch dafür können ein Schwerpunkttheft der ÖS im Mai 1989 und ein ausführlicher Bericht über das erste Wiener Drogenkonzept im Erscheinungsjahr 1991 angesehen werden. Das bezeichnete Themenheft z.B. präsentiert verschiedene Ansätze sozialer und therapeutischer Drogenarbeit, allen voran jenen des Grünen Kreises. Heft 10/1991 der ÖS gibt Gesundheitsstadtrat Sepp Rieder unter dem Titel „Der Weg zurück“ breiten Raum, das erste Wiener Drogenkonzept darzustellen. Er wird mit den Worten zitiert: „Der Kampf gegen die Suchtgefahren soll nicht zum Kampf gegen die Süchtigen werden.“ Die Suchtkrankenhilfe, die Nicht-Diskriminierung der Suchtkranken, ihre sozialversicherungsrechtliche Besserstellung, die soziale Reintegration und die Prävention von Sekundärschäden (AIDS, Begleitkriminalität) z.B. durch das Methadonprogramm werden in den Vordergrund gestellt. Der Sicherheitsexekutive wird in diesem Beitrag allein die Unterbindung des Imports, die Angebotsreduktion zugewiesen. Hingewiesen wird auf die beabsichtigte Bestellung eines Drogenbeirats und eines Drogenkoordinators, nicht zuletzt um die Arbeit im Sozial- und Therapiebereich mit jener der Exekutive abzustimmen. Die Berücksichtigung von Anliegen und von Koordinationsanforderungen aus dem Gesundheits- und Sozialsystem ist für die Sicherheitsexekutive mit ihrem repressiven Primärauftrag nicht selbstverständlich. Für das Funktionieren niederschwelliger Einrichtungen der Drogenarbeit und Harm-Reduction-Programme ist sie aber unerlässlich. Durch Drogenkommission und Drogenbeirat gewinnt die (freiwillige) Einbindung der Polizei in Konsultationen über koordinierte kommunale Drogenarbeit nun an Systematik.

Die andere Linie der polizeilichen Organisationsentwicklung zu Beginn der 90er Jahre steht im Zusammenhang mit sicherheitspolitischen Sorgen seit der Ostgrenzenöffnung und mit verstärkten internationalen und nationalen Maßnahmen zur Bekämpfung der Organisierten Kriminalität (OK). Das Thema OK war bereits medial etabliert, ehe es etwas verzögert seinen polizeiorganisatorischen und schließlich erst strafrechtlichen Niederschlag findet (Kuschej/Pilgram 1998). In der Gruppe II/D (Kriminalpolizei) des BMI wird vor dem Hintergrund eines Bedrohungsszenarios („Kriminalität aus dem Osten“) per 1.1.1993 eine weitere spezielle Einheit, die EDOK (Einsatzgruppe D zur Bekämpfung Organisierter Kriminalität) geschaffen, vergleichbar den älteren Spezialeinheiten EBS und EBT (Einsatzgruppen zur Bekämpfung der Suchtgiftkriminalität bzw. des Terrorismus). Bei der EDOK ressortiert ab 1994 die Meldestelle für Geldwäsche, welche nach einer Strafgesetznovelle 1993 („Geldwäschereigesetz“) und einer Novelle zum Kreditwesengesetz eingerichtet wird. Das „Geldwäschereigesetz“ gründet ursprünglich in internationalen Bemühungen, Kapital aus dem illegalen Drogenhandel ausfindig zu machen und vor dem Eindringen in den regulären Wirtschaftskreislauf zu beschlagnahmen.⁴ Gleichzeitig wird mit diesem Gesetz aber erstmals eine Strafbestimmung gegen die „Mitgliedschaft in kriminellen Organisationen“ – nicht nur des Drogenhandels und überhaupt unabhängig von

konkreten Tathandlungen inkriminierbar – eingeführt (§ 278a StGB). Die Verfolgung der „Geldwäsche“ löst sich damit organisatorisch von der Bekämpfung des internationalen Drogenhandels. Zugleich beginnt mit ihr der Aufbau einer breiteren Organisation sowie die Schaffung von erweiterten Maßnahmen und rechtlichen Handhaben gegen Organisierte Kriminalität. Das Strafrechtsänderungsgesetz (StrRÄG) 1996, das auch das SPG und das Fernmeldegesetz tangiert, konkretisiert und vermehrt die Strafbestimmungen gegen derartige Kriminalität und eine Novelle zur Strafprozessordnung 1997 führt, in Hinblick auf die Erfordernisse der OK-Bekämpfung, besondere Ermittlungsmaßnahmen ein. Sie sind unter den Schlagworten „Lauschangriff“ und „Rasterfahndung“ bekannt geworden. Dazu kommen Zeugenschutzregelungen und die „Legendenbildung“ für Ermittlungsbeamte. Diese Instrumente verändern auch die Drogenkriminalitätsbekämpfung im engeren Sinne ganz wesentlich.

Im gleichen Zeitraum mehren sich die Anzeichen für eine neue Qualität internationaler polizeilicher Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Drogenbekämpfung. Im Österreichischen Sicherheitsbericht gibt es ab 1994 so genannte „Lagebilder“ zur Suchtgiftkriminalität, jeweils mit einem internationalen Kapitel und einem über die Situation in Österreich, die in der Regel etwas weniger dramatisch gezeichnet wird als die allgemeine Lage. Im Juli 1996 wurde vom Europäischen Rat den EU-Mitgliedstaaten, zu denen Österreich inzwischen zählte, die Ratifizierung eines Übereinkommens über die Errichtung eines Europäischen Polizeiamtes (der „Europol-Konvention“) empfohlen. Ziel des Übereinkommens war: „die Leistungsfähigkeit der zuständigen Behörden der Mitgliedstaaten und ihre Zusammenarbeit zu verbessern in Hinblick auf die Verhütung und die Bekämpfung des Terrorismus, des illegalen Drogenhandels und sonstiger schwerwiegender Formen der internationalen Kriminalität, sofern tatsächlich Anhaltspunkte für eine kriminelle Organisationsstruktur vorliegen und von den genannten Kriminalitätsformen zwei oder mehrere Mitgliedstaaten in einer Weise betroffen sind, die aufgrund des Umfangs, der Bedeutung und der Folgen der strafbaren Handlungen ein gemeinsames Vorgehen der Mitgliedstaaten erfordert“ (Oberleitner 1998). Organisatorische Grundstrukturen für EUROPOL wurden aber schon früher mit der seit Jänner 1994 bestehenden Europol Drug Unit (EDU) geschaffen, der sukzessive andere EUROPOL-Agenden angelagert werden, primär aber eben die Erarbeitung von Lagebildern und strategischen Empfehlungen obliegt.

Im Sicherheitsbericht 1997 wird die internationale Zusammenarbeit erstmals ausführlich, und namentlich die mit den österreichischen Verbindungsbeamten bei der EDU als „besonders nutzbringend“ dargestellt. „Die aktive Mitarbeit in den einschlägigen Arbeitsgruppen im Rahmen der Europäischen Union bzw. des Schengener Vertragswerkes, ... stellt einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der internationalen Kooperation im Bereich der Suchtgiftbekämpfung dar. Es

4 Bereits am 25. September 1989 trat Österreich dem „Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen“ (Wiener Übereinkommen, 19. Dezember 1988) bei, worin entsprechende Maßnahmen verlangt werden. Am 10. Juli 1991 unterzeichnete es ein Übereinkommen des Europarats „über das Waschen, das Aufspüren, die Beschlagnahme und die Einziehung von Erträgen aus Straftaten“ (Europaratsübereinkommen, 8. November 1990). Darüber hinaus beteiligte sich Österreich an einer ExpertInnengruppe im Rahmen des Weltwirtschaftsgipfels 1989, die ein Programm gegen Geldwäscherei ausarbeitete („Financial Action Task Force on Money Laundering“ – FATF).

handelt sich dabei insbesondere um die säulenübergreifenden EU-Arbeitsgruppen ‚Horizontale Drogen-Gruppe‘ und ‚Multidisziplinäre Gruppe‘ (zur Verbesserung der Bekämpfung Organisierter Kriminalität), um die EU-Ratsarbeitsgruppe ‚Drogen und Organisierte Kriminalität‘ und um die ständige Arbeitsgruppe ‚Betäubungsmittel‘ gemäß Art. 70 des Schengener Durchführungsübereinkommens.“

Die Internationalisierung führt im Polizeimedien „Öffentliche Sicherheit“ zu neuen Vergleichssituationen. Darüber hinaus erfährt man etwas über die Ausstattung der Wiener Drogenpolizei, die – gemessen an vergleichbaren Städten – in ungünstigem Licht erscheint: „31 Kriminalbeamte versehen in den Suchtgiftabteilungen des Wiener Sicherheitsbüros Dienst. In München (1,2 Millionen Einwohner) sind 75 Kriminalisten gegen den Drogenmissbrauch eingesetzt, in Zürich (700.000 Einwohner) 55 und in Berlin (3,2 Millionen Einwohner) 160 Beamte“ (ÖS, 1996, Heft 6, 7). Im Zusammenhang mit der Schilderung eines „klassischen Falls von OK“ bzw. eines Erfolgs der so genannten „Sonderkommission Jambo“ gegen „organisierte Suchtgiftbanden aus Schwarzafrika“ (ÖS, 1998, Heft 5) bekommt man zu lesen, dass von den rund 28.000 eingetragenen Akten des Wiener Sicherheitsbüros der größte und ein wachsender Teil den Suchtgiftsektor beträfe und dass mehr als die Hälfte aller vom Sicherheitsbüro Festgenommenen auf das Konto der 5 Gruppen von DrogenfahnderInnen dort gehe. Am Ende des Untersuchungszeitraums (2003) spricht unser Interviewpartner Peter Jedelsky von rund 70 Personen, die derzeit allein im nunmehrigen Kriminalamt Wien (das Sicherheitsbüro ist aufgelöst) gegen Drogen(begleit)kriminalität ermitteln, abgesehen von den zentralen Organisationseinheiten und Einsatzgruppen beim BMI. Das bedeutet in Summe eine Expansion seit den 70er Jahren, die in etwa jener der Strafanzeigen entspricht.

Die seit 1998 geltenden erweiterten Ermittlungskompetenzen der Exekutive bei Fällen Organisierter Kriminalität (BGBI.Nr. 105 vom 19.8.1997) werden von einer „Sondereinheit Observation“ SEO bei der Generaldirektion für die Öffentliche Sicherheit im BMI (seit 1.1.2003 beim Direktor des Bundeskriminalamts, BKA) ausgeübt. Ihr obliegt „die Überwachung nichtöffentlichen Verhaltens und nichtöffentlicher Äußerungen von Personen unter Verwendung technischer Mittel zur Bild- und Tonaufzeichnung ohne Kenntnis der Betroffenen“.⁵ Diese Sondereinheit wird 1998 ins Leben gerufen und 1999 erstmals aktiv. Seither wird auch in den Sicherheitsberichten (wenngleich eher unsystematisch) darüber berichtet, wie häufig von Polizeistellen Anträge auf solche „Späh- und Lauschangriffe“ gestellt werden, wie oft und in welchen Fällen ihnen nachgekommen wird und wie oft nicht (weil mit konventionellen Mitteln das Auslangen gefunden wird, das Ziel zu unspezifisch bleibt etc.).

Der erste und 1999 einzige Große Lauschangriff sowie 2 von 5 ausgeführten Aktionen dieses Typs im Jahr 2000 gelten Fällen der Drogenkriminalität. Die

5 Die SEO deckt nur einen speziellen Teil der neu hinzugekommenen besonderen Ermittlungsmaßnahmen ab, nicht die „Rasterfahndung“, den automations- und programmgesteuerten Datenabgleich, den Zeugenschutz und die Legendierung verdeckter Ermittler. Erst per 1.8.1999 wird im Bereich der Gruppe II/D des BMI eine Abteilung II/16 eingerichtet, ein Aufbaustab ZKD – Zentrale Kriminalpolizeiliche Dienste. Die nachfolgenden Sicherheitsberichte zeigen eine zunehmende Anwendung von Zeugenschutz- und Legendierungsmaßnahmen, ohne sie Kriminalitätsbereichen zuzuordnen.

so genannte „Operation Spring“ wird im SB 1999 folgendermaßen qualifiziert: „Der erste große Lauschangriff in Österreich, der sich gegen eine vorwiegend schwarzafrikanische Tätergruppe wegen des Verdachtes der kriminellen Organisation und des bandenmäßigen Suchtmittelhandels richtete, wurde mit Beschluss der Ratskammer des Landesgerichtes für Strafsachen Wien angeordnet. ... Durch die Auswertung der Audio- und Videoaufnahmen ... konnten 61 mutmaßliche Drogendealer, die eindeutig suchtmittelrelevante Gespräche und Handlungen im Audio- und Videoüberwachungsbereich führten bzw. setzten, zugeordnet und ... identifiziert werden. Am 27.5.1999 wurden in einer konzentrierten Aktion unter Federführung des Sicherheitsbüros in mehreren österreichischen Bundesländern die vom LG für Strafsachen Wien erteilten Haft- und Hausdurchsuchungsbefehle vollzogen. Insgesamt wurden bei der Amtshandlung mehr als 100 Personen wegen des Verdachts der Mitgliedschaft in einer kriminellen Organisation, wegen bandenmäßigen Suchtgifthandels und wegen anderer Delikte verhaftet oder festgenommen. Mehrere Kilogramm Suchtmittel (Heroin und Kokain) und Bargeld in Millionenhöhe wurden sichergestellt.“ Den Tätern hätte bislang nur der Besitz geringer Suchtmittelmengen nachgewiesen werden können, die Mitgliedschaft in einer kriminellen Organisation erst durch die neuen Überwachungsmethoden (SB 1999).⁶

Insgesamt wird in der Periode der 90er Jahre von der Polizei den „Strukturermittlungen“ offiziell immer höchste Bedeutung zugeschrieben und werden wiederholt die Schwierigkeiten betont, mit den bestehenden gesetzlichen und technischen Mitteln in die (Finanz-)Strukturen krimineller Organisationen vorzudringen. Es gelingt der Polizei auch, das Ermittlungsinstrumentarium beträchtlich auszuweiten, viel für den Schutz von Vertrauenspersonen und verdeckten Ermittlern ebenso wie für die technische Observation zu erreichen. Diesen Erfolg hätte man offenbar gerne mit der Operation Spring gekrönt. Sie hat jedoch in weiterer Folge bloß gezeigt, wie aufwändig und schwierig es dennoch bleibt, die gerichtliche Strafverfolgung in solchen Causen solide vorzubereiten und den illegalen Drogenverkehr durch Attacken auf Teilstrukturen wirksam einzudämmen. Im Interview mit dem für die „Operation Spring“ verantwortlichen Beamten des Wiener Sicherheitsbüros artikuliert dieser eine gewisse Frustration mit der kritischen öffentlichen und gerichtlichen Würdigung der Aktionsresultate.

Das Ausrufen der neuen Zero-Tolerance-Strategie gegenüber dem offenen Straßenhandel könnte eine Reaktion auf diese Schwierigkeiten und Enttäuschungen sein. Dass sich die Polizei auch wieder offiziell der „Kleinkriminalität“ im Drogenbereich widmen will, wurde von BM Ernst Strasser anlässlich der Präsentation

6 Eine noch wesentlich größere Aktion gegen Drogenkriminalität erfolgte in Wien indessen noch mit konventionellen Mitteln 1991. In der ÖS 1993 (Heft, 18-22) wird in einem Beitrag mit dem Titel „Gefährliches Gift. Im Vorjahr starben in Wien erstmals mehr Menschen an illegalen Drogen als im Straßenverkehr“ darüber berichtet: „Im Vorjahr gelang der Sicherheitsexekutive der bisher größte Schlag gegen Drogendealer. Gemeinsam mit der Einsatzgruppe des Innenministeriums zur Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität (EBS) gelang es den Beamten des Sicherheitsbüros, ein Drogenkartell zu zerschlagen. Der Akt umfasst bereits 27 Bände. Insgesamt ermittelte man 444 Tatverdächtige. Die Kriminalisten nahmen 177 Personen fest, 130 davon sind derzeit noch in Untersuchungshaft. Nach 50 weiteren wird noch mittels Haftbefehlen gefahndet. Mehr als 240 Wohnungen und Häuser wurden über richterlichen Auftrag durchsucht. Die meisten davon in Wien ...“ (S. 21)

des Suchtmittelberichts 2002 am 9.4.2003 zum Ausdruck gebracht (vgl. „Neue Strategie gegen Drogen“: ÖS, 2003, Heft 5-6, 15-16). Dort verkündete er verstärkte Maßnahmen gegen Straßenhändler, die Zerschlagung von offenen Drogenszenen und auch ein striktes Nein zur Freigabe „weicher“ Drogen als Ziele seiner Politik. Tatsächlich hat die Polizei nie aufgehört (nie aufhören können), auch den Drogenbesitz in kleinen Mengen und zum Eigenbedarf zu verfolgen. Die Entwicklung der Vorgangsweisen dabei zu schildern, wird im Allgemeinen jedoch nicht der Mühe wert befunden. Die polizeiliche Kriminalisierung des Drogengebrauchs und Drogenhandels auf unterem Niveau erscheint in den Ausführungen zur polizeilichen Drogenpolitik die längste Zeit eher en passant entweder als wichtiges Vorprodukt (als Voraussetzung, um an größere Organisationsstrukturen heranzukommen), oder als Abfallprodukt von „Strukturermittlungen“, der Versuche zur Kriminalisierung des organisierten Drogenhandels. Nunmehr scheint ihr wieder ein gewisser eigenständigen Wert zugesprochen zu werden.

Statistische Daten zur polizeilichen Drogenpolitik – die Anzeigentwicklung in Wien und Österreich im Vergleich

Für polizeiliche Anzeigen von Suchtmitteldelikten und Tatverdächtigen an die Strafverfolgungsbehörde existieren zwei unterschiedliche Quellen: Die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS, für den gesamten Untersuchungszeitraum) und (ab 1975) die Jahresberichte der Zentralstelle für die Bekämpfung der Suchtgift/mittelkriminalität (ZBS).⁷

In beiden Fällen handelt es sich um Anzeigestatistiken, d.h. nicht-angezeigte Kriminalität bleibt in ihnen unberücksichtigt, und um Anzeigestatistiken in einem besonderen Sinn. In den meisten Kriminalitätsbereichen gehen Anzeigen überwiegend auf die Initiative von Geschädigten zurück und registriert die Polizei fremde Wahrnehmungen. DrogenabnehmerInnen und -gebraucherInnen fühlen sich nicht als solche und sind selbst von Strafe bedroht. Daher ist der Drogenkriminalitätsbereich einer, in dem die Polizei überwiegend proaktiv ist, ihr Tätigwerden von sich aus entscheidet. Das Anzeigenvolumen liegt hier weitaus stärker als anderswo in der Ingerenz der Exekutive selbst. Insofern lässt sich von Anzeigen nach dem SGG/SMG berechtigt als Indikator für Drogenpolitik der Polizei sprechen.

Verbrechens- und Vergehensanzeigen

In einem ersten Schritt geht es darum, die Dynamik der Anzeigentwicklung im Untersuchungszeitraum für Wien darzustellen. Beim Vergleich mit den Bundesländern interessiert zunächst, ob die angezeigten SG/SM-Straftaten in der Bundeshauptstadt ein anderes Gewicht haben, gemessen an der juristischen Qualifikation

7 Eine Verwendung der PKS ist angesagt für die Zeit vor 1975 und dort, wo eine Relation zu anderen Statistiken hergestellt werden soll, die nach dem gleichen Prinzip erstellt werden. Das ist vor allem die Gerichtliche Kriminalstatistik (der Verurteilungen, gezählt nach verurteilten Personen). Der Arbeit mit den Daten der Jahresberichte der ZBS ist jedoch im Allgemeinen der Vorzug zu geben, weil nur sie eine Differenzierung nicht nur nach der juristischen Qualifikation (Verbrechen vs. Vergehen), sondern auch nach involvierten Substanzen und Erst- vs. Wiederholungsanzeigen (von Personen) enthalten.

Aus der Fülle der statistischen Datensammlung im Rahmen des Forschungsprojektes (vgl. Eisenbach-Stangl, Pilgram et al. 2005) kann in dieser Publikation nur ein kleiner Ausschnitt präsentiert werden. Auf die Wiedergabe der Tabellen zu den Grafiken muss aus Platzgründen verzichtet werden.

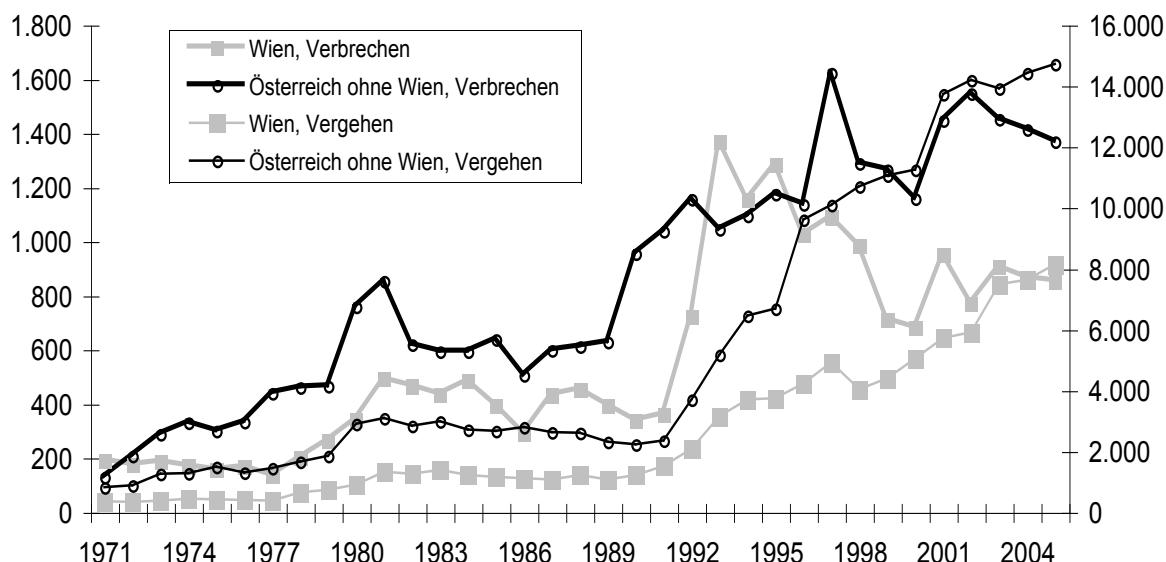
als „Verbrechen“ vs. „Vergehen“. Vergehensanzeigen überwiegen, sie sind Anzeigen wegen Besitzes von nicht ausreichenden Mengen, um Drogenhandel größerer Stils zu unterstellen, also Anzeigen wegen „Konsums“ oder „Kleinhandels“ mit illegalen Drogen. Verbrechensanzeigen betreffen „Schwerkriminalität“ in dem Sinne, dass Suchtmittelmengen in einer Menge in Verkehr gebracht wurden, die geeignet wäre, eine größere Anzahl von Personen gesundheitlich zu gefährden.

Wenn der Anteil von Verbrechensanzeigen hoch ist bzw. ansteigt, kann dies auf strengere gesetzliche Normen sowie auf eine Konzentration der polizeilichen Strafverfolgung auf gravierende Straftaten bzw. auf Versuche und größere Erfolge hinweisen, diese den Tatverdächtigen auch als solche nachzuweisen. Ist hingegen der Anteil von Vergehensanzeigen im Steigen begriffen, so kann dies auf eine Lockerung der gesetzlichen Normen hindeuten, aber auch auf eine Praxis der Exekutive, auch Konsumdelikte nicht zu ignorieren bzw. sich in der Verfolgung von Drogenhandelskriminalität auf die „Störung“ des Drogengeschäfts durch „kleine Kriminalisierungen“ zu beschränken bzw. sich dank der Verteilerstrategien weitgehend damit abfinden zu müssen.

Zwischen 1971 und 2005 haben sich die Anzeigen nach dem SGG/SMG in Wien und in den Bundesländern etwa versiebzehnfacht. Das Ausgangsniveau der angezeigten Drogenkriminalität war im Basisjahr 1971 außerhalb Wiens niedriger. Damals entfielen auf Wien (mit 22% der österreichischen Bevölkerung) 47% aller Anzeigen nach dem SGG im Bundesgebiet (60% aller Verbrechensanzeigen und 30% aller Vergehensanzeigen). Die Bundesländer haben im Beobachtungszeitraum zweimal (in der ersten Hälfte der 70er Jahre und der zweiten Hälfte der 90er Jahre) „nachgeholt“ und die Überrepräsentation Wiens in der Drogenkriminalitätsstatistik hat sich dadurch jeweils verringert. 2001 lebten in Wien nur mehr 19% der ÖsterreicherInnen und erfolgten hier auch nur mehr 30% der Anzeigen nach dem SMG. Aus einer mehr als doppelt so hohen Belastung mit Anzeigen nach dem SGG ist eine noch um 50% über dem Durchschnitt der Bundesländer liegende geworden. In den letzten vier Jahren sorgte jedoch eine neuerliche Anzeigenwelle in Wien wieder für einen 36%-Anteil Wiens an den in Österreich angezeigten DrogenstraftäterInnen.

Die Anzeigenentwicklung ist jedoch keine lineare. Auf dynamische Phasen folgen solche der Stabilisierung der Anzeigen auf einem bestimmten Niveau, zeitweise sogar leicht rückläufige Entwicklungen. Nach dem Boom der späten 60er Jahre gibt es in Wien ab 1971 eine Periode der Beruhigung bei den Anzeigen (in den Bundesländern hält der Anstieg dagegen länger an). Erst in den Jahren ab 1977 und bis 1981 zeigt sich wieder eine massive Anzeigenzunahme (eine Verdoppelung bis Verdreifachung der Zahlen). Wien geht dabei wieder etwas voran und behält den Vorsprung über ein ganzes Jahrzehnt, in dem die polizeilichen Anzeigen nach dem SGG aber insgesamt leicht zurückgehen. Die Entwicklung ab etwa 1990 wiederum stellt alle früheren Anzeigewellen in den Schatten. In Wien hat sich die Anzeigenzahl seither mehr als versechsfacht, in den Bundesländern mehr als verfünfacht (wobei die Kurve hier sowohl etwas später, dafür zunächst noch steiler ansteigt als in Wien, aber auch früher, ab 2001 wieder abflacht).

Abb. 3: SGG/SMG Anzeigen nach Verbrechen und Vergehen in Wien und Österreich, 1971-2005



Quelle: 1971-1974: Polizeiliche Kriminalstatistik (BMI); ab 1975: Jahresberichte der Zentralstelle für die Bekämpfung der Suchtgift/mittelkriminalität (BMI).

Anm.: Die Jahresberichte weisen generell etwas höhere Zahlen aus als die Polizeiliche Kriminalstatistik, werden hier aber in Hinblick auf die nur in den Jahresberichten gegebene Substanzinformation herangezogen.

Stellt man an die Daten die Frage, was sie über polizeiliche (Umsetzung von) Drogenpolitik namentlich in Wien aussagen, geben sie immerhin ein paar erste Anhaltspunkte. In den 70er Jahren wird die mit der SGG-Novelle 1971 eingeleitete „Liberalisierung“ des Umgang mit DrogennehmerInnen von der Exekutive offenbar in Wien eher als in den Bundesländern akzeptiert. Anzeigezahlen steigen nicht und die Ermittlungen gehen nicht sehr in die Tiefe. Man begnügt sich in zunehmendem Maß mit Vergehensanzeigen, quasi mit „Warnschüssen“. Am Übergang zu den 80er Jahren verändert sich diese Haltung. Die Toleranz gegenüber der „Wochenration“ wird (in Exekutive und Politik übereinstimmend) infrage gestellt und es wird insgesamt wieder mehr Drogenkriminalität und auch mehr davon als „Schwerkriminalität“ angezeigt. Möglicherweise ist es auch die Tätigkeit der neuen Spezialeinheit EBS im BMI, die bewirkt, dass in den frühen 80er Jahren der Anteil der Verbrechensanzeigen noch relativ konstant und hoch bleibt. Der Knick 1985/1986 könnte mit den durch das SGG 1985 bzw. durch die auf dem Verordnungsweg durch das BMSG veränderten Mengengrenzen zu tun haben, welche die Rechtsprechung des OGH alsbald wieder „korrigierte“. Den impliziten Auftrag des SGG 1985, zwischen Drogenkonsum- und Drogenhandelskriminalität in großem Stil deutlicher zu differenzieren und sich auf letztere zu konzentrieren, findet man eher in den Daten aus den Bundesländern, nicht aber jenen aus Wien verwirklicht. Eine Ausnahme stellen die Jahre 1992 und 1993 dar, in denen in Wien nicht nur sprunghaft mehr nach dem SGG angezeigt wird, sondern auch mehr an Verbrechenskriminalität. Suchtgiftkriminalität wird hier demonstrativ als (international) organisierte Schwerkriminalität sichtbar gemacht. Danach geht

die absolute Zahl der jährlichen Verbrechensanzeigen nach dem SGG/SMG in Wien bis 2000 jedoch kontinuierlich zurück (anders als in den Bundesländern), während die Vergehensanzeigen weiterhin zunehmen. Die Strategie, die (offene) Drogenszene massiv zu stören, macht sich in der Kriminal(anzeigen)statistik für Wien somit früher bemerkbar als in der offiziellen Programmatik und stärker als Angriffe auf die inneren Strukturen des organisierten Drogenhandels, wofür in den späten 90er Jahren bessere rechtliche und technische Voraussetzungen geschaffen wurden.

Anzeigen nach Substanzen

Die Jahresberichte der ZBS des BMI vermerken die Personenanzeigen auch untergliedert nach den Substanzen, mit denen den Angezeigten der eine oder andere verbotene Umgang vorgeworfen wird. Die Aufschlüsselung der Substanzen wird im Lauf der Zeit zunehmend feiner, die Substanzliste – auch gesetzlich bedingt – länger. Wird eine Person im Zusammenhang mit verschiedenen Substanzen auffällig bzw. angezeigt, so wird die Anzeige (in den substanzbezogenen Berichtsteilen) mehrfach registriert. Die Summe der nach Substanzen differenzierten Anzeigen übertrifft die Gesamtzahl der angezeigten Personen (der Personenanzeigen).⁸ Aufgrund der methodisch wenig durchdachten und problematischen Datenstruktur der Jahresberichte der ZBS ist mit den entsprechenden Daten vorsichtig umzugehen.

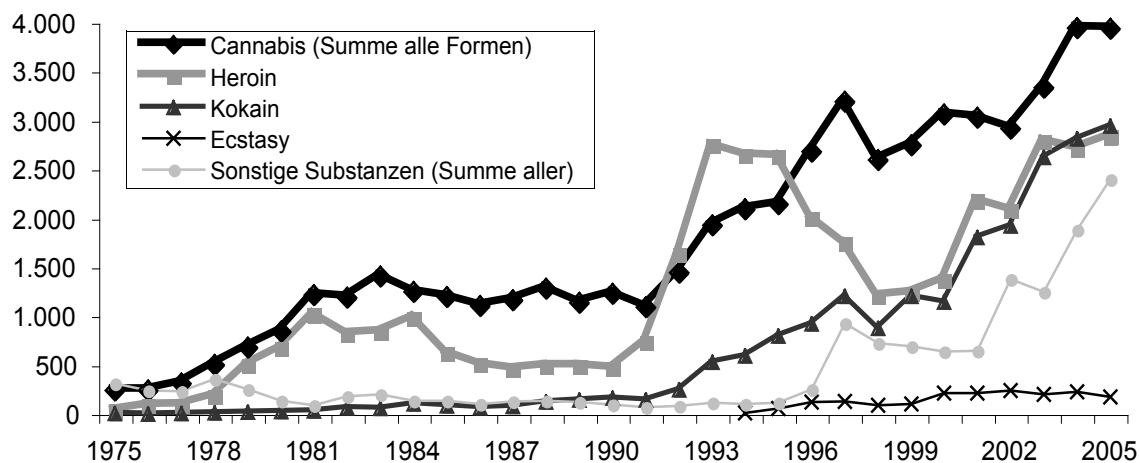
Zunächst ist festzustellen, dass sich die Anzeigenkurven, wenn man nach inkriminierten Substanzen differenziert, nicht sehr stark unterscheiden – sieht man von neuen Substanzen ab, die erst im Lauf der Zeit auftauchen und verboten werden. Die Wachstumsphasen der späten 70er und frühen 90er Jahre betreffen im Prinzip alle bekannten Substanzen. Das gilt für Wien und die Bundesländer, wobei hier doch eine Reihe von Differenzen bemerkbar wird. In Wien werden in den beiden „Kriminalisierungsphasen“ in höherem Maße KonsumentInnen der „harten Drogen“ Heroin (zum Teil anstelle anderer Opiate; in der 2. Phase auch KokainkonsumentInnen) getroffen, in den Bundesländern dagegen überwiegend solche der „weichen Drogen“ Cannabis (in der 2. Phase auch Ecstasy). Deren Verfolgung steht außerhalb der Bundeshauptstadt stets deutlich im Vordergrund, während sie in Wien immer von deutlich geringerer Bedeutung war.

Die auf Heroin bezogenen Anzeigen sind stärkeren Schwankungen unterworfen als die cannabisbezogenen. Im Laufe der 80er Jahre (zwischen 1981 und 1986) halbieren sich die Anzeigen im Zusammenhang mit Heroin in Wien, während jene im Zusammenhang mit Cannabis nur mäßig abnehmen. Auch zwischen 1993 und 1998 findet eine ähnliche Verminderung der polizeilichen Anzeigen wegen

⁸ Das Ausmaß der Überschreitung ist abhängig von Konsummustern (der „Politoxikomanie“ in medizinischer Begrifflichkeit), polizeilicher Rechercheakribie, dem Grad der Differenzierung der Stoffgruppen und der gesetzlichen Länge der Suchtmittelliste. Aufgrund von möglichen Mehrfachzählungen von NutzerInnen (KonsumentInnen, HändlerInnen) von verschiedenen verbotenen Substanzen kann aus den differenzierten (auch nach Alter der Angezeigten und Deliktsschwere) substanzbezogenen Berichtstabellen leider nicht beantwortet werden, wie viele Personen ausschließlich wegen Cannabis angezeigt werden. (Gleiches gilt für ausschließliche OpiatnutzerInnen/-händlerInnen.) Ebenso wenig ist zu beantworten, wie viele Personen mit welchen Substanzkombinationen betreten werden, denn solche Kombinationen werden leider nicht ausgewiesen.

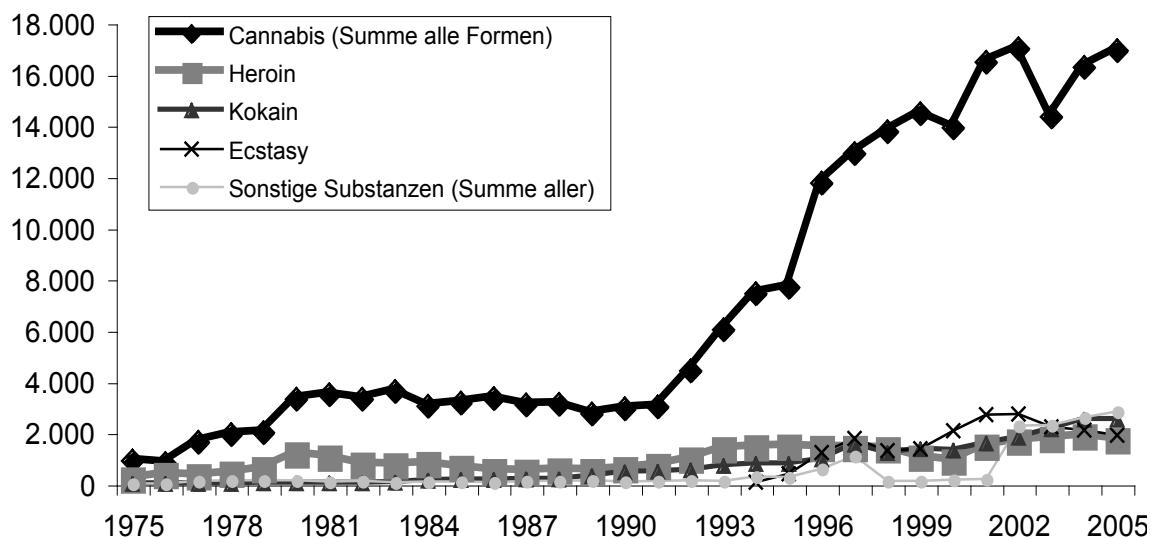
Verkehrs mit Heroin statt. Während in den Bundesländern fast ausschließlich Cannabisanzeigen die expansive Anzeigenentwicklung auch noch in den 90er Jahren tragen, sind es in Wien nach 1992 auch Kokainanzeigen und nach 1998 nur noch Kokain und auch wieder Heroin. In den Jahren nach 2002 kommt es (nur) in Wien zu einem Anzeigenwachstum, das alle Substanzen betrifft, in dieser Phase insbesondere auch suchtmittelhaltige Medikamente.

Abb. 4: Anzeigen (Personen) nach dem SGG/SMG, nach Substanzen, Wien, 1975-2005



Quelle: Vgl. Abb. 3.

Abb. 5: Anzeigen (Personen) nach dem SGG/SMG, nach Substanzen, Österreich ohne Wien, 1975-2005



Quelle: Vgl. Abb. 3.

Wenn man die Veränderung der polizeilichen Verfolgungspolitik nach Substanzen getrennt beschreiben will, so hat die Kriminalisierung von Cannabis aber auch in Wien nie nachgelassen, sondern vielmehr in den Perioden der späten 70er und frühen 90er Jahre immer mit der primären Verfolgung „härterer“ Suchtmittel mitgezogen. Man muss bedenken, dass in Wien in der Mitte der 80er Jahre, in denen die Drogenkriminalisierung allgemein stagnierte, immerhin 8 von 10 wegen eines Suchtgiftvergehens Angezeigte (zumindest auch) wegen Cannabis belangt wurden, und rund 6 von 10 der wegen eines Suchtgiftverbrechens Angezeigten. (Am Ende des Untersuchungszeitraums sind es immer noch 5 bzw. 3 bis 4 von 10 Angezeigten.) Auch wenn andere Substanzen stärker im Blickpunkt stehen, so passiert im Hintergrund nach wie vor die polizeiliche Umsetzung des gesetzlichen Cannabisverbots. In den Bundesländern wird bei den Angezeigten (sowohl wegen Verbrechens als auch Vergehens) relativ häufiger eine Mehrzahl verbotener Substanzen „gefunden“ und zur Anzeige gebracht. Es scheint dort penibler recherchiert zu werden, nicht zuletzt auch nach Cannabis. Dessen Verfolgung wird offenbar nicht vernachlässigt.

Als „Leitdroge“ der ersten beiden Kriminalisierungsphasen (Ende der 70er und zu Beginn der 90er Jahre) in Wien erscheint indessen das Heroin. In beiden Fällen scheint neuen „Marktplätzen“ in der Stadt, breiterem und billigerem Angebot und neuen Anbietergruppen polizeilicherseits zunächst einmal gegengesteuert zu werden, und zwar auch durch Maßnahmen gegen die KonsumentInnen selbst. Die polizeiliche und strafrechtliche Abwehr reagiert früh oder sogar zuerst auf die Verfügbarkeit von Heroin (in der 1. Phase aus dem Nahen Osten bzw. europäischen Zielländern wie den Niederlanden, in der 2. aus der osteuropäischen Nachbarschaft), ehe gesundheitliche und soziale Einrichtungen entstehen und Alternativen schaffen. Die kommunal unterstützte und programmierte Versorgung Suchtkranker lässt die „Kriminalisierung“ zumindest der KonsumentInnen von Heroin zurücktreten (anders als die Kriminalisierung der nicht so krank gesehenen Cannabis- oder KokainkonsumentInnen, deren sich Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialsystems nicht in gleicher Weise annehmen). Werden in den Jahren um 1980 und 1992 bis 1994 rund 5 von 10 Vergehensangezeigten nach dem SGG (auch oder primär) im Zusammenhang mit Heroin kriminalisiert, sind es 1987 bis 1990 und 1997 bis 2000 kaum mehr als 2 von 10. (Diese Anteile betragen in diesen Jahren in den Bundesländern jeweils weniger als die Hälfte.)

Obwohl es Anzeichen von zeitweilig zunehmender Zurückhaltung gegenüber den „DrogenklientInnen“ des Gesundheits- und Sozialsystems auf Seiten der Wiener Polizei gibt, so gibt es in Wien doch noch äußerst viele Anzeigen gegen BesitzerInnen/VertreiberInnen auch kleiner Heroinmengen, neuerdings auch von Ersatzdrogen. Über die Hälfte aller entsprechenden Anzeigen in Österreich (wie auch der entsprechenden Kokainanzeigen) stammt immer noch aus der Stadt Wien. Im Vergleich dazu sind es nur rund ein Sechstel der Cannabisanzeigen und ein Zwölftel der Ecstasyanzeigen. Auch wenn man davon ausgehen kann, dass im städtischen Bereich die Verbreitung von Heroin und Heroinabhängigkeit wesentlich größer sind als am Lande, so sprechen die Zahlen jedenfalls nicht für eine ähnlich höhere Toleranz der Wiener Polizei (im Vergleich zu jener in den Bundesländern) gegenüber Heroinkranken, wie sie in deren Umgang mit Cannabis- oder Ecstasy-Konsum sichtbar wird.

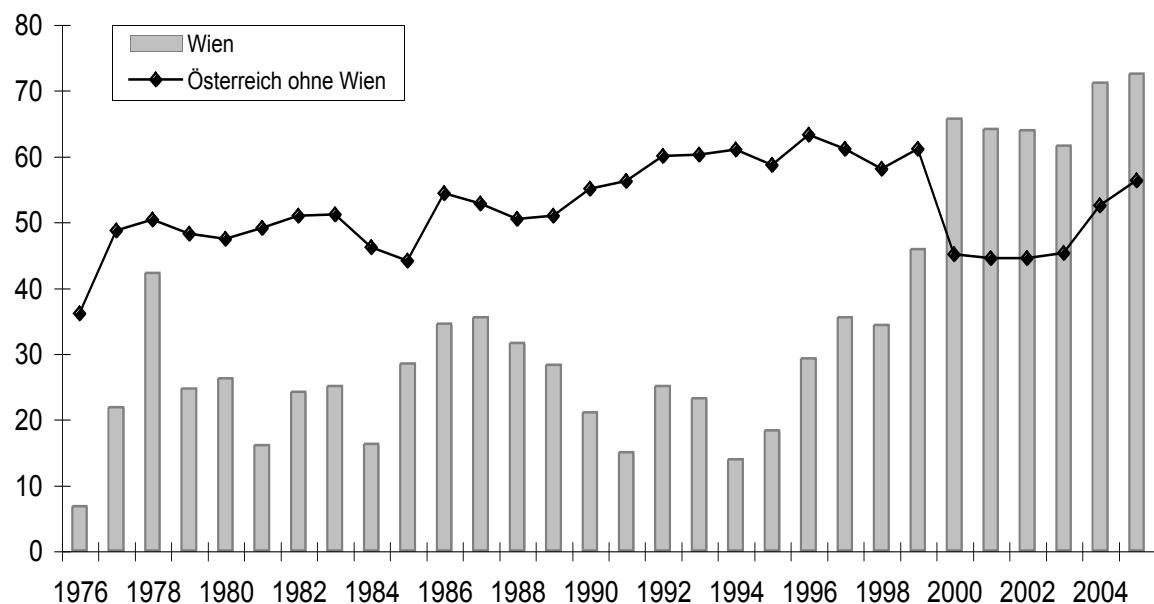
Erstanzeigen und Wiederholungsfälle

Die Jahresberichte der ZBS des BMI differenzieren die Anzeigen nach dem SGG/SMG gegen Personen ab 1976 nach dem Merkmal „Erstanzeige“ und Anzeige gegen „WiederholerInnen“. Dieses Merkmal der Anzeige bekannter und neuer Personenkreise ist allerdings nur über die Gesamtheit der Straftatbestände nach dem SGG/SMG und über alle ermittelten TäterInnen hin ausgewiesen. Deliktsqualifikation, Alter, Geschlecht und Staatsbürgerschaft der angezeigten Personen können hier nicht kontrolliert werden.

Das Verhältnis zwischen Erstanzeigen und Anzeigen gegen bereits „polizeibekannte“ Personen ist ein interessanter Indikator: Liegen die Erstanzeigen höher und steigen sie schneller, so wird eine neue Szene polizeilich erfasst, quasi „angebohrt“, liegen die Wiederholungsanzeigen höher und steigen sie schneller wird eine bekannte Szene intensiver verfolgt bzw. bedrängt. Unterschiede zwischen Wien und Restösterreich würden auf unterschiedliche Polizeistrategien verweisen.

In Wien ist der Anteil der Erstanzeigen fast über den gesamten Untersuchungszeitraum geringer als der Anteil von Anzeigen gegen WiederholungstäterInnen nach dem SGG/SMG. (Erst ab 2000 dominieren Erstanzeigen, wohl im Zusammenhang mit der intensiven Verfolgung der personell „fluiden“ Straßenhandelsszene.) Fast durchwegs umgekehrt verhält es sich in den Bundesländern. Hier sind die Hälfte oder mehr der Anzeigen wegen Drogenstraftaten Erstanzeigen, ein fast doppelt so hoher Anteil wie in Wien. Nach 1994 jedoch beginnt der Anteil Erstangezeigter in Wien kontinuierlich zu steigen, von 14 auf 66%. Am Ende der Untersuchungsperiode ist er in der Bundeshauptstadt sogar größer als im übrigen Bundesgebiet, wo zuletzt die Anzeigen von Wiederholungsfällen steigen.

Abb. 6: Erstanzeigen, Wien und Österreich ohne Wien, 1976-2005



Quelle: vgl. Abb. 3.

Die beiden ersten großen Kriminalisierungswellen des Untersuchungszeitraums treffen in Wien interessanterweise zunächst fast ausschließlich bereits bekannte StraftäterInnen („Wiederholer“), die letzte nach 2000 hingegen vor allem ErsttäterInnen. An polizeilich Erstauffälligen gemessen, nimmt die Zahl der Drogenstraf- täterInnen hier zwischen 1978 und 1982 und auch danach bis 1991 de facto nicht zu. Nur bereits „polizeibekannte“ Personen kommen zu wiederholten Malen in die Mühlen der Strafverfolgung. Nach den Höhepunkten der beiden Kriminalisierungsperioden (ab 1985 und ab 1998) sinkt die Zahl der Anzeigen gegen Wiederholungstäter in Wien nicht nur in relativen, sondern auch in absoluten Zahlen. In den Bundesländern dagegen sind es die Erstanzeigen, welche die zweite Kriminalisierungsquelle überwiegend und die erste zumindest ebenso sehr ausmachen wie Anzeigen von Wiederholungsfällen. Hier erstrecken sich die Ermittlungen zu beiden Zeiten stärker auf neue Kreise von DrogennehmerInnen. Erst zuletzt geht der stärkere Anzeigeanstieg außerhalb Wiens auf ein zuvor nur aus Wien bekanntes Verfolgungsmuster zurück, auf zunehmende Wiederholungsanzeigen gegen schon bekannte Drogenstraf- täterInnen.

Die Statistik erlaubt es nach 1979, hier nach Substanzen zu differenzieren. Die in Abb. 6 dargestellten Kurvenverläufe sind – auf unterschiedlichen Niveaus – vor allem bei den Anzeigen wegen Verkehrs mit Cannabis oder mit Kokain anzutreffen. Beim Heroinanzeigen dagegen fällt auf, dass hier der Anteil der Erstanzeigen, der „Neuzugänge“ unter den polizeilich Kriminalisierten, am geringsten von allen Drogenanzeigen ist. Hier wird von vornherein am stärksten unter Wiederholungsttern „gefischt“, deren Verhalten sich dadurch offenbar kurzfristig auch nicht so leicht ändern lässt. Dies gilt bis Mitte der 90er Jahre. Danach steigen die Zahl und der Anteil der verfolgten ErsttäterInnen schneller als im Bereich der anderen Drogen.

Was für die Rolle der polizeibekannten Drogenstraf- täterInnen in der ersten und vor allem in der zweiten Kriminalisierungsphase des Untersuchungszeitraums gesagt wurde, trifft vor allem auf HeroingebraucherInnen zu. Die Zahl der nicht erstmaligen Anzeigen im Zusammenhang mit Heroin versechsacht sich in Wien zwischen 1990 und 1994 (im übrigen Bundesgebiet verdreifacht sie sich). Dass die wegen Heroins Angezeigten danach in Wien nicht noch massiver zurückgehen, als sie es tun, hat mit den zunehmenden Erstanzeigen gegen Personen zu tun, die die nun veränderte und fluktuierende Heroin-Kleinhandelsszene frequentieren und die dabei selbst nicht zu den Heroinabhängigen zu zählen sind.

Nationalität, Alter und Geschlecht bei Tatverdächtigen nach allgemeinem Strafrecht und SGG/SMG

Sowohl die Jahresberichte der ZBS als auch die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) enthalten eine Anzahl von Daten zu Alter, Geschlecht und Nationalität der ermittelten TäterInnen, allerdings ohne Bezug zur Bevölkerungszahl. Ein Vergleich zwischen Wien und dem Rest des Bundesgebietes nach Merkmalen der ermittelten TäterInnen ist ohne diesen Bezug jedoch nur eingeschränkt interpretierbar. Ein höherer Anteil einer bestimmten Merkmalsgruppe an Drogenstraf- täterInnen könnte mit stärkerer Beteiligung derselben am Drogengeschehen (bzw. mit vermehrter

Aufmerksamkeit der Kontrollinstanzen), oder aber mit einem höheren Anteil in der jeweiligen Bevölkerung zusammenhängen.

Da die Berechnung von Kriminalitätsbelastungsziffern (nach Alters-, Geschlechts- und Nationalitätengruppen) mit einem enormen statistischen Aufwand verbunden wäre, beschränkt sich die Betrachtung in diesem Projekt auf einen Vergleich der Anteile wegen Suchtgift/mitteldelikten polizeilich Angezeigter („ermitelter TäterInnen“) an allen nach dem StGB und seinen Nebengesetzen Angezeigten. Damit lässt sich – unabhängig von der regionalen Anzeigenbelastung – zumindest beantworten, welche Bedeutung die Verfolgung der Drogenkriminalität im Rahmen der allgemeinen polizeilichen Kriminalitätskontrolle der Bevölkerung insgesamt und spezifischer Gruppen (Jugendlicher/Erwachsener, von Männern und Frauen, ÖsterreicherInnen und Fremden in Wien und in den Bundesländern) hat.

Es zeigt sich zunächst, dass die oben aufgezeigten Entwicklungsschübe bei den Anzeigen wegen Drogendelikten nicht bloß allgemeine Kriminalitätsentwicklungen widerspiegeln. Zwar sind die Perioden der späten 60er Jahre, des Übergangs zu den 80er Jahren und die frühen 90er Jahre auch genau die Zeiten allgemeinen Wachstums bei Kriminalitätsanzeigen und Tatverdächtigenzahlen. Die Anzeigen nach SGG/SMG übertreffen jedoch dieses allgemeine Wachstum sehr deutlich.

Der Anteil der DrogenstrftäterInnen an allen Angezeigten ist in Wien meist, wenn auch nicht durchwegs höher als in den Bundesländern. Er steigt in Wien zwischen 1967 und 1971 von 0 auf 1,4%, bleibt bis 1977 konstant und verdreifacht sich dann bis 1982 auf fast 3,8%. In den Bundesländern verläuft der Anstieg zwischen 1968 und 1980 zunächst flacher, dafür kontinuierlicher von 0 auf 2,6%. In den Jahren 1977 bis 1980 stellen DrogenstrftäterInnen in der Bundeshauptstadt wie in den Bundesländern etwa den gleichen Anteil an allen polizeilich ermittelten StraftäterInnen. D.h. die Bundesländer sind in der Drogenkriminalitätsstatistik nicht stärker unterrepräsentiert als auch sonst in der allgemeinen Kriminalstatistik (Personen/Tatverdächtigenzählung). Mit ca. 80% der Bevölkerung stellen sie nur knapp 70% der StraftäterInnen. 1980 bis 1982 stellt sich der Abstand zwischen Wien und den Bundesländern wieder her, um dann bis 1991 unverändert zu bleiben. Wegen Drogenstrftaten Verfolgte spielen in dieser Zeit in Wien durchgehend eine etwas größere Rolle. Zwischen 1992 und 1995 zeigt sich ein ähnliches Bild wie in den frühen 70er Jahren, als der DrogenstrftäterInnenanteil in Wien doppelt so hoch war wie in den Bundesländern. 1993 z.B. war in den Bundesländern nur jede/r 26. (3,9%), in Wien jede/r 13. (7,9%) aller polizeilich ermittelten TäterInnen ein/e wegen einer Drogenstrftat Angezeigte/r. Die Drogenkriminalität schiebt sich in Wien in der ersten Hälfte der 90er Jahre sehr stark und rasch in den Vordergrund polizeilicher Ermittlungsarbeit, in den Bundesländern dauert es bis 1998, bis DrogenstrftäterInnen die Polizei dort in ähnlicher Weise okkupieren wie in Wien. 2001/02 kommt in Wien jede/r 9. (11,7%), 2005 jede/r siebente (13,7%), außerhalb Wiens nach 2000 ca. jeder 10. aller polizeilich angezeigten Personen aus dem „Drogenmilieu“.

I. Die Formierung der Wiener Drogenpolitik

Tabelle 1: Anteil der Anzeigen (Personen) nach dem SGG/SMG an allen Anzeigen nach dem StGB u. Nebengesetzen, und Anteil Wiens an allen Anzeigen nach SGG/SMG und StGB an allen Anzeigen in Österreich, 1961⁹-2005

Jahr	% SGG/SMG an allen Anzeigen nach StGB u. Nebengesetzen				% Wien an allen Anzeigen in Ö.	
	Österreich	Wien	Österreich ohne Wien	Anteil in Wien als Vielfaches des Anteils in Restösterreich	SGG/SMG	StGB
1961	0,1	0,3	0,0	13,8	81,7	24,4
1962	0,1	0,2	0,0	8,1	73,0	25,0
1963	0,1	0,1	0,0	2,2	42,9	25,2
1964	0,0	0,0	0,0	0,9	22,4	23,9
1965	0,0	0,0	0,0	0,6	16,7	23,9
1966	0,0	0,0	0,0	0,6	15,9	23,2
1967	0,0	0,0	0,0	1,5	31,6	23,3
1968	0,1	0,2	0,0	6,6	67,6	24,1
1969	0,2	0,3	0,1	1,7	35,9	24,3
1970	0,5	0,7	0,4	1,6	34,8	25,0
1971	0,8	1,4	0,6	2,3	36,6	19,8
1972	0,8	1,3	0,7	1,9	31,8	20,0
1973	1,1	1,5	1,0	1,5	26,4	19,6
1974	1,2	1,6	1,1	1,5	27,2	19,9
1975	1,4	1,6	1,4	1,2	23,5	20,8
1976	1,4	1,6	1,3	1,2	25,9	22,3
1977	1,4	1,4	1,4	1,1	23,8	22,7
1978	1,8	2,1	1,7	1,2	27,0	23,5
1979	1,9	2,2	1,7	1,3	27,6	23,1
1980	2,6	2,5	2,6	1,0	23,9	24,6
1981	2,8	3,2	2,7	1,2	29,0	25,1
1982	2,7	3,8	2,3	1,6	34,7	24,8
1983	2,8	3,7	2,5	1,5	34,1	25,4
1984	2,5	3,5	2,2	1,5	34,6	25,5
1985	2,5	3,2	2,3	1,4	32,4	25,4
1986	2,4	3,0	2,2	1,4	31,1	24,4
1987	2,5	3,0	2,3	1,3	30,5	25,5
1988	2,6	3,5	2,3	1,5	34,8	26,0
1989	2,4	3,2	2,1	1,5	34,8	25,7
1990	2,1	2,9	1,9	1,6	33,2	24,2
1991	2,5	3,3	2,2	1,5	31,7	23,8
1992	3,4	5,2	2,7	1,9	39,1	25,2
1993	4,8	7,9	3,8	2,1	42,7	26,1
1994	5,5	7,5	4,8	1,5	35,6	26,3
1995	5,8	8,1	4,9	1,6	37,1	26,4
1996	7,4	8,9	6,9	1,3	31,3	26,0
1997	8,1	10,1	7,3	1,4	33,7	26,9
1998	7,7	8,7	7,4	1,2	29,1	25,9
1999	7,7	8,2	7,6	1,1	27,1	25,4
2000	8,5	9,7	8,0	1,2	29,0	25,3
2001	10,3	11,9	9,8	1,2	29,2	25,3
2002	10,3	11,7	9,8	1,2	28,5	25,0
2003	9,3	12,8	8,2	1,6	35,0	25,5
2004	9,8	12,8	8,8	1,5	34,9	26,9
2005	10,3	13,7	9,0	1,5	35,9	27,0

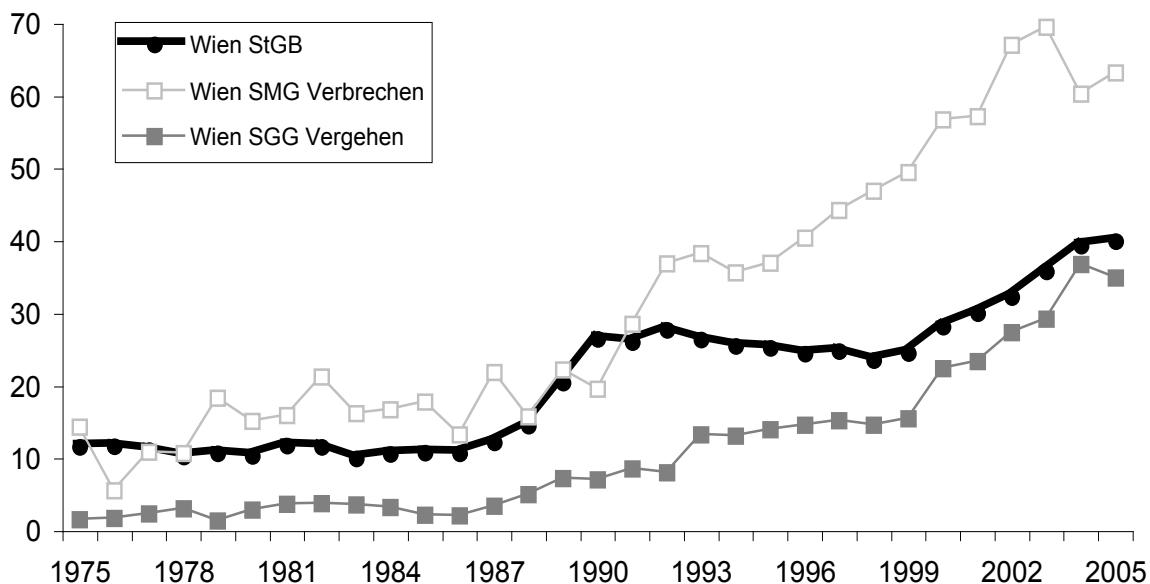
Quelle: 1961-2000: Polizeiliche Kriminalstatistik Österreichs (BMI), 2000-2005: Kriminalitätsbericht (BMI).

Ann.: Die Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik 1975 sind, wie in der Einleitung hierzu erläutert wird, wegen des Beschlusses des StGB 1975 höchst unsicher. Die Statistik enthält Daten nach StGB und Strafgesetz 1945. Ähnliches gilt für die Angaben für das Jahr 2000, in dem eine Umstellung auf elektronische Eingabe erfolgte. Die neue Statistik bezieht sich auf die Monate Februar bis Dezember. Der Jänner ist gesondert ausgewiesen und wurde hinzuaddiert.

9 Zahlen für Wien werden ab 1961 ausgewiesen.

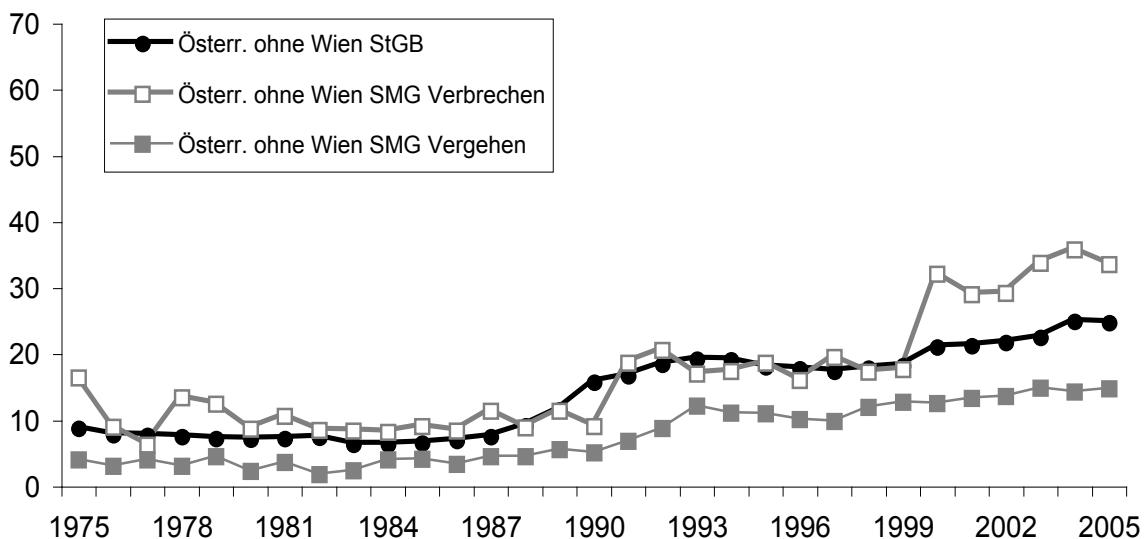
StraftäterInnen fremder Nationalität machen unter den Angezeigten in Wien von 1975 bis 1987 kaum mehr als 10% aus, in den Bundesländern noch darunter. Zwischen 1988 und 1990 kommt es zu einem sprunghaften Anstieg dieses Anteils in Wien auf 27% (in den Bundesländern auf 16%, bis 1993 auf 19%). Nach 1999 gibt es nochmals einen Zuwachs dieses Anteils in Wien bis auf 40%, sonst in Österreich auf 25%. Unter den DrogenstraftäterInnen insgesamt sind Fremde dagegen durchgehend schwächer präsentiert, vor allem weil sie bei den überwiegenden Vergehens- bzw. Konsumdelikten selten aufscheinen, und das (bis in die frühen 90er Jahre) wiederum besonders in Wien. Bei den Verbrechens- bzw. schweren Drogenhandelsdelikten waren ausländische StaatsbürgerInnen unter den Angezeigten in den Bundesländern bis Ende der 90er Jahre kaum stärker vertreten als bei der Kriminalität im Allgemeinen. In Wien spielten Fremde in der Drogenverbrechenskriminalität stets eine etwas größere Rolle, wobei nach 1992 bis 1999 ihr Anteil nur noch bei den ermittelten DrogenstraftäterInnen (Verbrechen), nicht aber bei den sonstigen ermittelten StraftäterInnen weiter wächst. 1997 bis 2005 ist er bei den eines Verbrechens nach dem SMG Tatverdächtigten immer annähernd doppelt so hoch wie bei allen anderen Straftatverdächtigten. 2003 beträgt er 70% (36% bei den Kriminalitätsangezeigten allgemein). Bei den Vergehen nach dem SMG hören nach 2000 ausländische StaatsbürgerInnen auf, unterrepräsentiert zu sein, vermutlich weniger aufgrund von Drogenkonsumdelikten als vielmehr aufgrund ihrer Beteiligung am Drogenkleinhandel und von dessen forcierter Verfolgung.

Abb. 7: Anteil Fremder an Tatverdächtigen nach SGG/SMG und StGB (und Nebengesetzen), Wien, 1975-2005



Quelle: Polizeiliche Kriminalstatistik (BMI), ab 2000: Kriminalitätsbericht (BMI).

Abb. 8: Anteil Fremder an Tatverdächtigen nach SGG/SMG und StGB (und Nebengesetzen), Österreich ohne Wien, 1975-2005



Quelle: vgl. Abb. 7.

In Wien ist die polizeilich erfasste Drogenschwerkriminalität damit seit jeher in höherem Maß „Fremdenangelegenheit“ als die Kriminalität im Allgemeinen (ab den frühen 90er Jahren ausgeprägter denn je), die Drogenkleinkriminalität in sehr viel geringerem Ausmaß (zumindest bis Mitte der 90er Jahre). In den Bundesländern ist die erfasste Drogenkriminalität länger in etwa jenem Maß „Fremdenangelegenheit“ wie die Kriminalität im Allgemeinen (zumindest bis 1999) und die Drogenkleinkriminalität zwar auch in geringerem Ausmaß, doch anfänglich (bis 1993) ist die Unterrepräsentation Fremder hier nicht so deutlich, zuletzt dagegen stärker als in Wien.

Man könnte sagen, dass sich die polizeiliche Verfolgung im Bereich der Drogenkriminalität vor allem gegen eine (von außen so betrachtete) Konstellation fremder Täter (= Großhändler, Pusher)/österreichisches Opfer (= KonsumentIn, Abhängige/r) richtet, mehr als sonst bei der Kriminalitätskontrolle, und das in Wien und gegen Ende der Untersuchungsperiode ausgeprägter als außerhalb der Hauptstadt und zu Beginn der Beobachtungszeit.

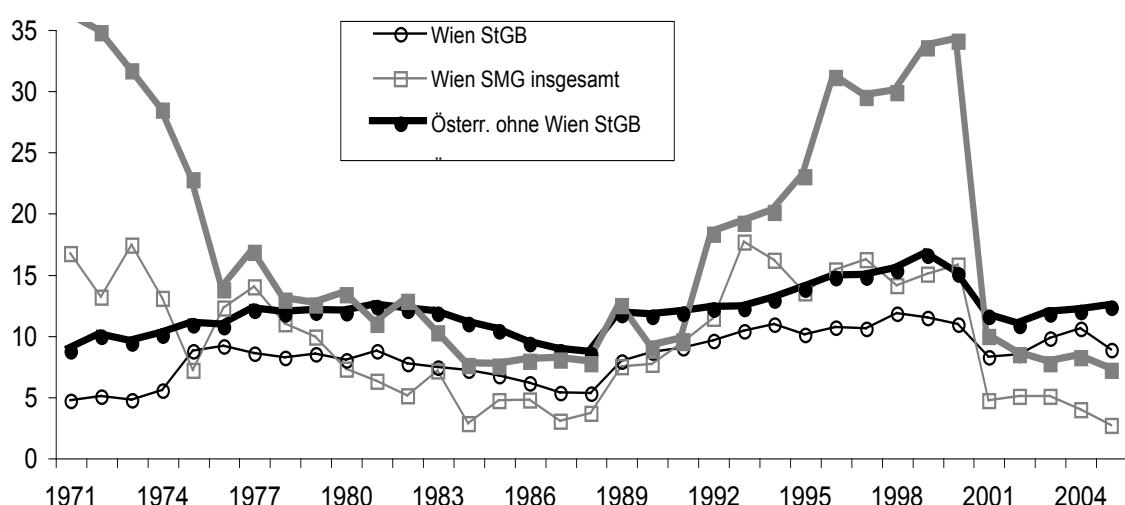
Der Anteil Jugendlicher unter den wegen eines Drogendelikts Angezeigten liegt in Wien mit Ausnahme der 80er Jahre und der Jahre nach 2000 über dem Anteil Jugendlicher an den Straftatverdächtigen insgesamt. Drogenkriminalität, mit der sich die Polizei befasst, ist vor allem in den 70er Jahren, aber auch zwischen 1993 und 2000 zu einem relativ hohen Anteil „Jugendkriminalität“. In der ersten Phase des Wachstums von Anzeigen nach dem SGG, am Übergang zu den 80er Jahren, sinkt der Jugendlichenanteil unter den polizeilich Kriminalisierten, werden zunehmend ältere Personen nach dem SGG verfolgt. In der zweiten Wachstumsphase in den 90er Jahren ist dies nicht so. Hier werden nicht nur insgesamt zunehmend

mehr Personen wegen eines Drogendelikts angezeigt, sondern auch zu einem wachsenden Anteil Jugendliche.¹⁰

In den übrigen Bundesländern ist das Bild ein Ähnliches, doch ist der „Jugendeinschlag“ der polizeilichen Strafverfolgung in den 70er und 90er Jahren ungleich stärker. In Wien erreicht der Jugendlichenanteil an den nach SGG Angezeigten in diesen Perioden nie die 20%-Marke, in den übrigen Bundesländern mehrmals mehr als 35%. Nur in den 80er Jahren gleichen sich hier die Verhältnisse überall.

In den frühen 70er und späten 90er Jahren, in denen Drogenkriminalität wie sonst nie als Jugendkriminalität in Erscheinung tritt, ist der Jugendlichenanteil selbst bei den wegen Verbrevchensdelikten nach SGG/SMG Angezeigten überdurchschnittlich, höher als die polizeilich registrierte Beteiligung Jugendlicher an Straftaten insgesamt. Das gilt für Wien wie die Bundesländer.

Abb. 9: Anteil Jugendlicher an Tatverdächtigen nach SGG/SMG und StGB (und Nebengesetzen), Wien/Österreich ohne Wien, 1971-2005



Quelle: vgl. Abb. 7.

Was die Involviering von Frauen in die Drogenkriminalität betrifft, kann hier auf eine Studie von Pilgram, Stummvoll (2005) zurückgegriffen werden. Die Entwicklungskurven bei den Anzeigen gegen Frauen nach dem SGG/SMG verlaufen nicht wesentlich anders, als sie sich insgesamt darstellen, wobei die erste Anzeigenwelle am Übergang zu den 80er Jahren einen leicht zunehmenden Frauenanteil zeigt, die zweite in den 90er Jahren einen sinkenden. Der Entwicklungstrend in der ersten Periode gilt vor allem für die Bundesländer, der in der zweiten für Wien

10 Der Knick von 1988 zu 1989 und von 2000 zu 2001 hat zum einen mit der Veränderung der Altersgrenzen im JGG zu tun (zwischen 1989 und 2000 zählen auch die 18-<19jährigen strafrechtlich zu den Jugendlichen), der zweite Knick zum anderen vermutlich auch mit einer Änderung der polizeistatistischen Zahlweise, die nun nicht mehr von den bei vielen Fremden nicht überprüfbar Altersangabe des Tatverdächtigen ausgeht. Dadurch fällt der Anteil jugendlicher Verfolgter nach SMG unter den Jugendlichenanteil in der Gesamtkriminalität.

stärker. (Während der ersten Anzeigenwelle sieht man auch einen wachsenden Anteil von Mädchen unter den jugendlichen Angezeigten sowie von Frauen unter den wegen schwerer Drogendelikte oder auch wegen des Umgangs mit „harten“ Drogen Angezeigten. Eine zusätzliche regionale Differenzierung erlauben die Daten hier allerdings nicht.)

Die Justiz

Die strafrechtliche Drogenpolitik wird wesentlich durch die Justiz, durch Staatsanwaltschaft und Gerichte, mitgeprägt. Zum einen werden Berufsvertreter aus der Staatsanwaltschaft und Richterschaft als Experten im Gesetzgebungsprozess auch im Bereich des Suchtmittelrechts aktiv und gehört, zum anderen bestimmen sie die Rechtswirksamkeit der polizeilichen Kriminalisierungspraxis und damit die Anwendung des jeweils geltenden Rechts in letzter Instanz. Die Rolle von StaatsanwältInnen und RichterInnen in der Suchtmittelgesetzgebung zu rekonstruieren, hätte im Rahmen dieses Projekts zu weit geführt. Eine Auseinandersetzung mit der justiziellen Rechtsanwendungspraxis des SGG/SMG ist jedoch auch im vorliegendem Projekt möglich gewesen. Zumindest die Handlungsresultate der Justizakteure können hier dargestellt werden, wenn auch nicht auf die zugrunde liegende Judikatur eingegangen werden kann.

Im Prinzip stellen das Strafrecht, so auch SGG und SMG, die Möglichkeit zur Verfügung, Verfahren aus verschiedenen Gründen abzubrechen oder gänzlich einzustellen. Verfahren können aber auch bloß „bedingt“ eingestellt, d.h. probeweise auf ein „außergerichtliches Gleis“ gehoben werden (an die Gesundheitsbehörde delegiert, es kann, in moderner Sprache, „Diversion“ praktiziert werden), oder es können schließlich eine förmliche Verurteilung und eine bestimmte Strafe aus einer ganzen Palette von Sanktionen ausgesprochen werden.

Die Optionen Zurücklegung der Anzeige durch die Staatsanwaltschaft und bedingte Verfahrenseinstellung durch das Gericht waren ursprünglich spezifisch suchtgiftgesetzliche. (Sie werden hier in der Folge, wenn von beiden gemeinsam die Rede ist, unter „bedingter Verfahrenseinstellung“ begrifflich zusammengefasst.) Sie existierten im Bereich des SGG schon lange, bevor sie im JGG 1983 für Jugendstrftaten generell eröffnet wurden und mit dem Diversionsgesetz 1998 schließlich Eingang auch in das allgemeine Strafrecht fanden. Diese „bedingte Verfahrenseinstellung“ interessiert zunächst deshalb besonders, weil sie – obwohl ihrerseits gebunden an gesetzliche Voraussetzungen – die Verbotsnormen de facto wesentlich lockert. Die gesetzlichen Verbotsnormen und das Legalitätsprinzip in der österreichischen Rechtsordnung gestatten es zwar nicht der Sicherheitsexekutive, bei einem Straftatverdacht über die Befassung der Justiz zu befinden, wohl aber hat die Justiz seit der SGG-Novelle 1971 ein Instrumentarium der „prozesualen Entkriminalisierung“ an der Hand. Die Praxis der Anzeigenzurücklegung bzw. der Verfahrenseinstellung bestimmt (neben der Freispruchpraxis), welcher Anteil der polizeilich ermittelten StraftäterInnen de facto formell kriminalisiert (rechtsfolgewirksam verurteilt) und sanktioniert wird.

Über den durchaus extensiven Gebrauch der „bedingten Einstellung“ gibt der jährlich von BMI und BMJ herausgegebene Sicherheitsbericht seit 1989 (rückblickend bis 1981) rudimentär Auskunft. Dieser basiert auf den Daten der Suchtgiftüberwachungsstelle (SÜST), wohin Staatsanwaltschaften und Gerichte ihre entsprechenden Verfahrensschritte melden. Die Information bleibt jedoch äußerst unbefriedigend, weil die Zurücklegungen weitestgehend undifferenziert dargestellt werden. Nicht zuletzt fehlt eine regionale Aufgliederung.¹¹ Die Darstellung der justiziellen Praxis wird insofern fragmentarisch bleiben müssen.

Ob Verfahren bis zu einer Verurteilung fortgeführt werden und zu welchen Sanktionsmitteln gegriffen wird, die Urteils- und Strafzumessungspraxis, liegen in hohem Maß im Ermessen der erkennenden Gerichte. Über rechtskräftige gerichtliche Verurteilungen und verhängte Strafen wird periodisch in der Gerichtlichen Kriminalstatistik (GKS, herausgegeben von der Statistik Austria) berichtet. Aus nicht nachvollziehbaren Gründen bietet diese zum Unterschied von der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) und den Jahresberichten der Zentralstelle zur Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität ebenfalls keine annähernd ausreichende Aufgliederung nach Regionen bzw. Gerichtssprengeln. Eine Verurteilungsstatistik für Wien existiert daher leider nicht. Das gilt auch für Verurteilungen nach dem SGG/SMG.¹²

Nichtsdestoweniger werden in diesem Abschnitt einige ausgewählte Verurteilungsdaten für Österreich insgesamt aufgearbeitet. Sie illustrieren zum einen, den polizeilichen Daten gegenübergestellt, den Grad der „Selektivität“ der justiziellen Strafverfolgung bzw. den Grad der justiziellen Verifizierung polizeilicher Sichtweisen und Praxis. Die Differenz zwischen polizeilichen Anzeigen (gegen Personen) und gerichtlichen Verurteilungen sagt etwas darüber aus, für wie substantiell und verfolgungsbedürftig Anklagebehörden und Gerichte polizeiliche Vorwürfe erachten.

Zum zweiten illustrieren die ausgewählten Daten aus der GKS (die unbedingten und teilunbedingten Freiheitsstrafen im Bereich der Straftaten nach dem SGG/SMG) die Sanktionspraxis gegenüber den justiell „ernst genommenen“ Straftaten und -täterInnen. Damit kann mehr gezeigt werden als die variierende „Strenge“ der Gerichte gegen DrogenstraftäterInnen: Wenn bei hohen und steigenden Zahlen polizeilich angezeigter Personen auch noch sowohl die Rate der Verurteilungen als auch jene der strengsten Strafen (der freiheitsentziehenden Sanktionen) steigt, weist dies auf eine über alle Instanzen – von der Sicherheitsexekutive, über die Staatsanwaltschaft bis zum Gericht hin – gleichsinnig verschärfte

11 Im Zuge dieses Projekts ist daher eine Abfrage bei der SÜST bzw. der Suchtmitteldatenbank des Gesundheitsministeriums gestartet worden. Sie wurde bedauerlicherweise ihres Umfangs wegen jedoch nicht beantwortet.

12 Erst seit 1976 existiert eine nach den vier OLG-Sprengeln des Landes (der OLG-Sprengel Wien umfasst neben Wien die Bundesländer Niederösterreich und Burgenland) regional nur äußerst grob differenzierte Statistik – nicht publiziert, aber abrufbar über die ISIS-Datenbank der Statistik Austria. Für Wien sind aus der GKS keine gesonderten Daten erhältlich. Die Daten der SÜST bzw. der Suchtmitteldatenbank des Gesundheitsministeriums wurden bisher nicht als Quelle für eine regionalisierte Verurteiltenstatistik genutzt, obwohl dies dank der gesetzlichen Meldepflichten auch der Gerichte an die Gesundheitsbehörde grundsätzlich möglich sein sollte.

Verfolgungspolitik hin. Auch in die Gegenrichtung ist eine zwischen all diesen Stellen übereinstimmende Tendenz denkbar. Häufig aber entspricht einer strikter werdenden Verfolgungspraxis einer Instanz eine Lockerung der Verfolgung bei nachfolgenden, oder umgekehrt.

Anmerkungen zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der SGG/ SMG-Anwendung durch die Justiz

Die organisatorischen Rahmenbedingungen, unter denen AkteurInnen der Rechtsprechung das SGG/SMG anwenden, und deren Veränderung im Untersuchungszeitraum sind – ebenso wie im Fall der Sicherheitsexekutive – nicht systematisch dokumentiert oder bereits untersucht und aufgearbeitet. Personalressourcen, Ausbildung, rechtliches Instrumentarium können auch hier als mögliche intervenierende Einflussfaktoren auf die Rechtsanwendung nicht wirklich kontrolliert werden. Es ist aber davon auszugehen, dass solche organisatorische Faktoren im Bereich der Justiz eine doch geringere Rolle spielen als im Bereich der Polizei.

Da Staatsanwälte und Richter im Wesentlichen reaktiv und nicht wie die Polizei proaktiv agieren, ist die Frage der staatsanwaltschaftlichen und richterlichen Personalkapazität weniger ausschlaggebend dafür, wie tief die Strafverfolgung ins Drogenmilieu vordringt. Im Bereich der Verfahrens- und Verhandlungsführung haben sich die rechtlichen Kompetenzen ebenfalls weniger verändert als im Bereich der polizeilichen Ermittlungsverfahren. Allgemeine sanktionsrechtliche Neuerungen indessen können sehr wohl in die Praxis des Drogenstrafrechts hineinwirken. Im Untersuchungszeitraum liegen immerhin zwei der größten Sanktionsrechtsreformen, die es in der 2. Republik gab. So hat zuerst die „Große Strafrechtsreform“, das StGB 1974, die Freiheitsstrafe ab Mitte der 70er Jahre insgesamt und die unbedingte im Besonderen generell stark zurückgedrängt. Das Strafrechtsänderungsgesetz 1987 wiederum hat die teilbedingten Strafen eingeführt und die Reichweite bedingter Straf- und Strafrestnachsicht erweitert. Diese beiden Reformdaten müssen bei der Interpretation der justiziellen Praxis des Drogenstrafrechts daher mitberücksichtigt werden.

Die Ausbildung des juristischen Personals in Drogenfragen beschränkt sich zunächst auf die allgemeine strafrechtliche Qualifizierung und ist darüber hinaus nicht durch Vorschriften geregelt. Allerdings werden Drogenstrafsachen sowohl auf bezirksgerichtlichem wie landesgerichtlichem Niveau inzwischen zumeist in Spezialabteilungen und von Personen behandelt, die dadurch regelmäßig damit zu tun haben, im städtischen Bereich heute zum Teil sogar ausschließlich. (Es gibt aber auch Ausnahmen. Am Wiener Jugendgerichtshof z.B. wurde diese Spezialisierung auf Verfahren nach dem SGG/SMG bewusst unterlassen.) Woher zuständige StaatsanwältInnen und RichterInnen ihr Fachwissen in Sachen Drogen beziehen, hängt von ihnen und den Qualifikationsangeboten ab. Solche kamen ursprünglich vor allem gezielt aus dem Bereich der Polizei (der Zentralstelle zur Bekämpfung der Suchtgift/mittelkriminalität, s.o.), inzwischen verstärkt auch aus anderen Einrichtungen der Drogenarbeit, namentlich jenen in der Justiz selbst (JA Favoriten, VBSA/Neustart, Change etc.). Eine Recherche über die Motive und Expertise des Personals der gerichtlichen Fachabteilungen existiert allerdings für

keinen Zeitpunkt im Untersuchungszeitraum der Studie, geschweige denn für die gesamte Untersuchungsperiode.

Da bei Staatsanwaltschaften und Gerichten insbesondere an kleineren Orten immer nur wenige Personen mit Drogenstrafsachen befasst sind, ist der „persönliche Faktor“ nicht zu vernachlässigen. So kann es vorkommen, dass eine Untersuchung aus den frühen 80er Jahren (Eisenbach-Stangl/Pilgram 1982) die SGG-Praxis in Innsbruck als wesentlich strenger zeigt als jene in Wien, ganz im Gegensatz zu allen sonstigen Befunden zum Ost-West-Gefälle in der Strafenpolitik.

Auch wenn Spezialabteilungen für Drogenstrafsachen eine verbreitete und traditionelle Tatsache sind, gibt es hier doch Variation und sind spezifische Geschäftsverteilungen an den Gerichten für die Praxis des SGG/SMG möglicherweise von Belang. Es macht wahrscheinlich einen Unterschied aus, ob neben Drogenfällen auch andere Strafsachen verhandelt werden und welche, ob etwa (am Bezirksgericht) nur oder hauptsächlich Lebensmittelrechtsverletzungen, oder (am Landesgericht) etwa Fälle organisierter Schwerkriminalität. Einer unserer Gesprächspartner (seit 1980 Vorsitzender eines Suchtgiftsenats am Straflandesgericht Wien) berichtet, am Anfang seiner Laufbahn als einer von vier Richtern in ähnlicher Funktion monatlich 3 oder 4 Suchtgiftprozesse geführt zu haben, heute als einer von acht Richtern ca. 10 entsprechende Prozesse. Daneben prozessiere er kaum noch in anderen Strafsachen (Interview Stockhammer). Unter dieser Konstellation muss sich eher der Eindruck dramatischer Entwicklungen und eines Abwehrbedarfs einstellen, als wenn Fälle auf mehrere (allgemeine) Abteilungen aufgeteilt werden. In der Staatsanwaltschaft am Landesgericht Wien wiederum wurde nach Auskunft einer weiteren Gesprächspartnerin das Suchtgiftreferat als solches aufgelöst und werden derzeit nur noch Akten einer gewissen Größe dem nunmehrigen Suchtgift-OK-Referat (mit derzeit 4 MitarbeiterInnen) zugeteilt, während alle anderen Akten an die allgemeinen Referenten verteilt werden (Interview Stranzinger). Unter dem Spezialisierungsdruck angesichts komplexer polizeilicher Verbrechensanzeigen gibt es nun im „unteren“ Drogendeliktsbereich (bei Vergehen nach dem SMG) auch wieder eine partielle Spezialisierung bei der Wiener Staatsanwaltschaft.

Es macht auch einen signifikanten Unterschied, ob jugendliche VerbrechensstraftäterInnen nach dem SGG/SMG vor irgendeinem/-einer JugendrichterIn eines Jugendgerichtshofes stehen, oder ob für sie nicht einmal mehr eine Jugendabteilung des Straflandesgerichts zuständig ist, sondern inzwischen dank Geschäftsverteilung eine auf Drogenstraftaten Erwachsener spezialisierte Gerichtsabteilung (Mitteilung im Interview Jesionek). Informationen zu derartigen organisatorischen Faktoren könnten zwar dem besseren Verständnis von Veränderungen der regionalen justiziellen Praxis dienen, liegen aber nicht systematisch vor.

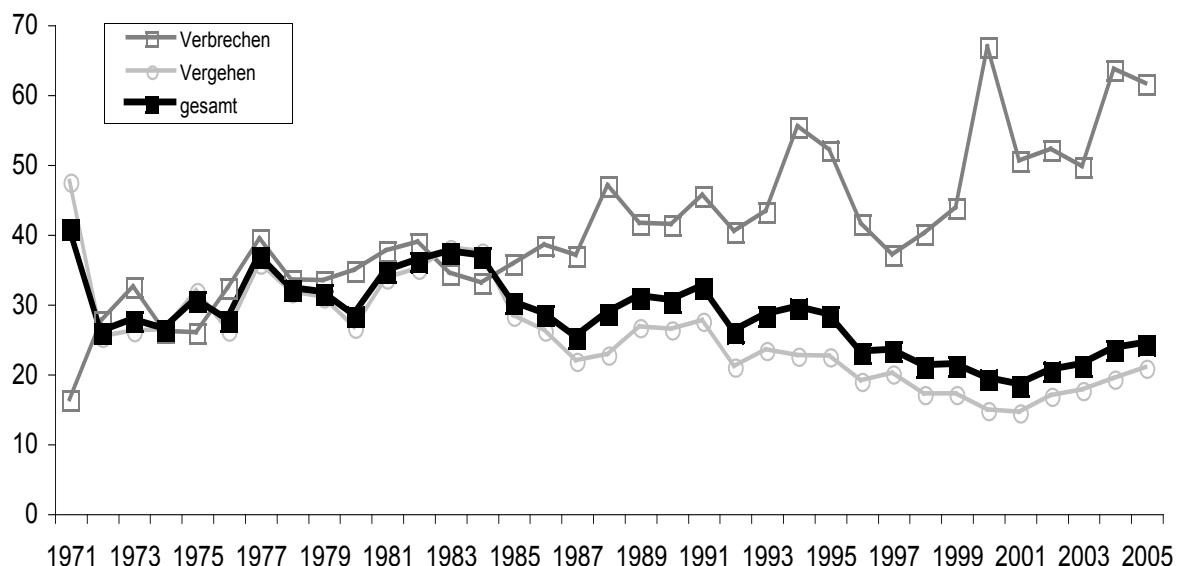
Der Anteil Verurteilter an den Angezeigten nach SGG/SMG, der Anteil gravierend Sanktionierter an den Verurteilten

Die GKS zählt alle Verurteilungen (verurteilte Personen) innerhalb eines Jahres. Erfolgt eine Verurteilung wegen unterschiedlicher Straftatbestände, wird sie unter

dem „führenden Delikt“ (das ist das am stärksten sanktionsbewehrte) registriert.¹³ Verurteilungsdaten (der PKS) können bei gegebener Datenlage immer nur auf Personenanzeigen (PKS) aus dem gleichen Jahreszeitraum bezogen werden. Die Zahl Verurteilter je 100 Tatverdächtiger im selben Jahr gibt insofern nicht die exakte „Verurteilungsrate“ für einen Jahrgang polizeilich angezeigter Tatverdächtiger wieder, bestimmt diese nur näherungsweise.¹⁴

Der Anteil der Verurteilten an den ermittelten DrogenstraftäterInnen ist am Beginn des Untersuchungszeitraums mit 41% am höchsten, am Ende beträgt er nur noch 25% (2001 sogar nur 18%). Dabei ist die Entwicklung bei den Vergehen und Verbrechen gegenläufig. Die relative Zahl von Vergehensverurteilungen sinkt. Zwar verachtfacht sich die absolute Zahl dieser Verurteilungen innerhalb von 30 Jahren, doch bei den wegen Vergehens nach dem SGG/SMG Angezeigten gibt es in diesem Zeitraum eine Verzwanzigfachung. Die Verbrechensverurteilungen nach dem SGG/SMG steigen hingegen relativ stärker als die entsprechenden polizeilichen Anzeigen. Das weist darauf hin, dass heute der Verbrechensbeurteilung der Exekutive auf gerichtlicher Seite – aus welchen Gründen immer – häufiger gefolgt wird. (Ein Grund dafür könnte eine verbesserte polizeiliche Evidenzbeschaffung, ein anderer eine größere gerichtliche Entschiedenheit sein, strafrechtliche Präventionsmittel auszuschöpfen.)

Abb. 10: Gerichtlich Verurteilte und Anteil verurteilter an polizeilich ermittelten Tätern nach SGG/SMG , Österreich, 1971-2005



Quellen: Polizeiliche Kriminalstatistik (BMI); Gerichtliche Kriminalstatistik (Statistik Austria).

13 Erfolgt eine Verurteilung wegen eines geringfügigen Delikts in Verbindung mit der Verurteilung wegen einer anderen schweren Straftat, wird sie statistisch „unterdrückt“. Wird eine Person mehrmals jährlich verurteilt, wird sie mehrfach gezählt.

14 Weil zwischen Anzeige und Verurteilung geraume Zeit vergehen kann, werden „Verurteilungsraten“ in Perioden steigender Anzeigenzahlen tendenziell unterschätzt, in Perioden sinkender Anzeigen überschätzt.

Die Entwicklung verläuft jedoch nicht linear. Insbesondere § 9a der SGG-Novelle 1971, die Einführung der „bedingten Einstellung“, erweist sich als schlagartig wirksam, Verurteilungen wegen geringfügiger Drogenvergehen zu vermeiden. Bald danach, in den späten 70er und in der ersten Hälfte der 80er Jahre kommt es aber eher wieder zu einem Anstieg der Verurteilungsraten sowohl bei Verbrechen als auch Vergehen nach dem SGG. Erst mit der SGG-Novelle 1985 und den zugehörigen Mengenverordnungen zeigt sich ein nachhaltiger Trend zur „Diversion“, zur zunehmenden gerichtlichen Schonung von polizeilich angezeigten KonsumentInnen illegaler Drogen. Durchaus im Sinne der damaligen Gesetzesreform gewinnt ab Mitte der 80er Jahre die gerichtliche Verfolgung schwerer Drogenstraftaten an Nachdruck. Dabei stechen einige Jahre (1994/95 und 2000) hervor, in denen auf die polizeilich nach SGG/SMG Angezeigten besonders viele Verbrechensverurteilte entfallen.

Tabelle 2: Anzeigenzurücklegungen/Verfahrenseinstellungen (§17 SGG / §§ 35/37 SMG), sonstige Verfahrenseinstellungen nach StPO und Verurteilungen nach SGG/SMG

Jahr	Ermittelte Tatverdächtige nach PKS Verbrechen	Vergehen	Angezeigte gesamt laut PKS	Verurteilungen gesamt	Bedingte Einstellungen	Sonstige Einstellungen, Freisprüche	pro 100 Angezeigte		
							Verurteilungen	bedingte Einstellungen	Sonstige Einstellungen
1981	1.095	4.133	5.228	1.803	1.259	2.166	34,5	24,1	41,4
		1.085	3.958	5.043	1.817				
1983	1.110	4.029	5.139	1.917	1.337	1.885	37,3	26,0	36,7
		1.051	3.708	4.759	1.746				
1985	989	3.672	4.661	1.403	1.631	1.627	30,1	35,0	34,9
		774	3.573	4.347	1.238				
1987	891	3.430	4.321	1.083	2.192	1.046	25,1	50,7	24,2
		968	3.453	4.421	1.260				
1989	1.082	2.969	4.051	1.252	2.235	564	30,9	55,2	13,9
1990	894	2.839	3.733	1.131	1.802	800	30,3	48,3	21,4
1991	1.105	3.440	4.545	1.469	2.106	970	32,3	46,3	21,3
1992	1.531	5.116	6.647	1.720	2.526	2.401	25,9	38,0	36,1
1993	2.203	7.278	9.481	2.683	2.631	4.167	28,3	27,8	44,0
1994	2.222	8.928	11.150	3.275	3.446	4.429	29,4	30,9	39,7
1995	2.164	9.362	11.526	3.261	4.395	3.870	28,3	38,1	33,6
1996	2.481	12.577	15.058	3.454	5.248	6.356	22,9	34,9	42,2
1997	2.800	13.585	16.385	3.797	5.817	6.771	23,2	35,5	41,3
1998	2.724	13.106	15.830	3.327	7.468	5.035	21,0	47,2	31,8
1999	2.431	13.441	15.872	3.359	7.030	5.483	21,2	44,3	34,5
2000	1.429	15.463	16.892	3.240	8.098	5.554	19,2	47,9	32,9
2001	2.288	18.797	21.085	3.862	12.088	5.135	18,3	57,3	24,4
2002	2.139	19.510	21.649	4.394	8.950	8.305	20,3	41,3	38,4
2003			21.405	4.532	9.023	7.850	24,1	42,2	36,7
2004			24.336	5.706	9.666	8.964	21,2	39,7	36,8
2005			25.089	6.058	11.660	7.371	23,4	46,5	29,4

Quellen: Polizeiliche Kriminalstatistik (BMI); Gerichtliche Kriminalstatistik (Statistik Austria); Sicherheitsberichte der Bundesregierung (BMI, BMJ)

Die Tabelle veranschaulicht, dass in der zweiten Hälfte der 80er Jahre (nach der SGG-Novelle 1995) die „bedingten Verfahrenseinstellungen“ zur dominierenden justiziellen Reaktion in Suchtgiftstrafsachen werden. Anfang der 90er Jahre, zu einer Zeit explodierender polizeilicher Anzeigen nach dem SGG, zeigen sich Staatsanwaltschaften und Gerichte zunehmend zögerlich, dem polizeilichen Vorgehen zu folgen. Ein zunehmender Anteil an Verfahren wegen Verstößen nach dem SGG wird von der Justiz unbedingt eingestellt oder mit einem Freispruch beendet. Die polizeilich beigebrachte Evidenz scheint oft nicht auszureichen, eine Verurteilung oder Sanktion (oder selbst nur eine Untersuchungs- und Behandlungsweisung) zu rechtfertigen. Nach den gesetzlichen Reformen der 90er Jahre, nach den erweiterten Ermittlungsbefugnissen der Exekutive einerseits und dem behandlungsfördernden SMG 1997 andererseits nehmen diese vorbehaltlosen Verfahrenseinstellungen jedoch wieder ab und bedingte Verfahrenseinstellungen wieder zu. 2001 werden maximale 57 von 100 Anzeigen nach dem SMG so erledigt und nur noch minimale 18 von 100 per Strafurteil. Dies könnte durchaus auf die neuen gesetzlichen Möglichkeiten und Signale zurückzuführen sein. (Nach 2001 ist dieser Trend gestoppt.) Die ab 1998 detaillierteren Daten aus den Sicherheitsberichten zeigen, dass die bedingten Verfahrenseinstellungen durch die Gerichte einen wesentlich geringeren Stellenwert haben als die vorläufigen Anzeigenzurücklegungen durch die Staatsanwaltschaften. Weiters zeigt sich, dass in den letzten Jahren ein Viertel bis ein Fünftel der Anzeigenzurücklegungen ohne Einholung einer gesundheitsbehördlichen Stellungnahme erfolgen, weil lediglich Cannabisgebrauch vorliegt.

Was hinsichtlich der Differenz zwischen Angezeigten und Verurteilten gesagt wurde, gilt für die Population der jugendlichen DrogenstraftäterInnen im Besonderen. Bei ihnen wirken sich die SGG-Novellen 1971 und 1985 noch deutlicher in der Neigung der Gerichte aus, polizeiliche Kriminalisierung zu relativieren und Verfahren „abzuleiten“.

Der insgesamt wachsende Stellenwert der Drogenkontrolle im Rahmen der strafrechtlichen Sozialkontrolle, die zunehmende Okkupation der Strafjustiz mit der Durchsetzung von Drogenverboten wird nicht nur am steigenden Anteil von nach dem SGG/SMG Angezeigten und Verurteilten an allen Angezeigten bzw. Verurteilten sichtbar. Auch die überdurchschnittliche Bedeutung der Freiheitsstrafe bei Drogenstraftaten und die zunehmende Inanspruchnahme der Vollzugsanstalten zur Sanktionierung von DrogenstraftäterInnen sind bemerkenswert. Während bei Verurteilungen nach dem allgemeinen Strafrecht zu Beginn der 90er Jahre durchschnittlich 11% zu einer (zumindest teil-)unbedingten Freiheitsstrafe geführt haben, waren es bei Verurteilungen wegen eines Suchtmitteldelikts stets dreimal so viele. Am Ende des Jahrzehnts bleibt trotz Einführung der Diversion ins allgemeine Strafrecht noch immer eine große Differenz bestehen. Die Wahrscheinlichkeit einer freiheitsentziehenden Sanktion liegt für verurteilte DrogenstraftäterInnen bei rund 40% und bei anderen Verurteilten bei etwas über 20%.

Tabelle 3: Teil/unbedingte Freiheitsstrafen bei Verurteilungen nach SGG/SMG, Österreich, 1990-2001

Jahr	Absolutzahlen		% - Anteil teil-/unbedingte Freiheitsstrafe bei			
	Bestrafte (teil/unbe- dingte Frei- heitsstrafe)		Verurteilten nach StGB insgesamt	Verurteilten nach dem SGG/SMG		
	SGG/SMG insgesamt	Verbrechen	Vergehen	insgesamt	Verbrechen	Vergehen
1990	353	267	86	11,2	31,2	11,5
1991	475	385	90	10,6	32,3	9,5
1992	601	485	116	11,2	34,9	10,8
1993	925	775	150	11,5	34,5	8,8
1994	1.108	931	177	12,4	33,8	8,8
1995	1.123	890	233	11,7	34,4	11,1
1996	1.033	782	251	12,2	29,9	10,5
1997	1.056	757	299	12,2	27,8	11,0
1998	1.073	727	346	12,7	32,3	15,5
1999	1.052	742	310	13,4	31,3	13,5
2000	952	623	329	18,6	29,4	14,4
2001	1.238	826	412	20,7	32,1	15,2
2002	1.286	759	527	21,6	29,3	16,1
2003	1.510	825	685	22,4	33,3	20,4
2004	2.291	1.053	1.238	24,1	40,2	29,1
2005	2.490	1.008	1.482	23,8	41,1	31,1

Quelle: Gerichtliche Kriminalstatistik (Statistik Austria)

Der Anteil der DrogenstraftäterInnen an allen zu einer (teil-)unbedingten Freiheitsstrafe Verurteilten vervierfacht sich annähernd während der 90er Jahre infolge der intensivierten polizeilichen Verfolgung von Drogendelikten. 1990 sind 4%, 2001 15% aller verhängten nicht gänzlich nachgesenen Freiheitsstrafen solche, die wegen einer Drogenstrafat ausgesprochen wurden. Dieses Anteilswachstum vollzieht sich vor allem während der frühen 90er Jahre. Erst nach 1999 kommt es zu einer weiteren Steigerung des Anteils der DrogenstraftäterInnen an allen StraftäterInnen, am wenigsten und zuletzt bei den Angezeigten, zuerst (2000) bei den Verurteilten und etwas später (2001) auch bei den mit Freiheitsentzug Bestraften. Gerichte reagieren ab dem Jahr 2000 wieder deutlich strenger auf polizeiliche Suchtmittelanzeigen bzw. Angezeigte als in den Jahren davor. Die SMG-Novelle 2000 (Anhebung der Höchststrafe auf „Lebenslang“) scheint hier eine gewisse indirekte Wirkung entfaltet zu haben.

Bei Jugendlichen stellt sich die Situation etwas anders dar. Unter den jugendlichen Tatverdächtigen steigt die Zahl der DrogenstraftäterInnen in den 90er Jahren noch kontinuierlicher und stärker, von 2% 1990 auf 26% 1999. Danach fällt sie aus Gründen der Änderung der strafrechtlichen Altersgrenze (von 14-19 auf 14-18 Jahre) radikal ab. Bei den jugendlichen Verurteilten gibt es bis 1997 eine gleichsinnige Entwicklung, danach gegensinnige Entwicklungen, vermutlich bedingt durch die differierende Altersbeurteilung Jugendlicher durch Polizei und Gerichte. Die erste Hälfte der 90er Jahre ist auch eine Periode, in der sich der Anteil von

DrogenstraftäterInnen unter den insgesamt wenigen jugendlichen Strafgefangenen von 0,3% auf über 11% vervielfacht und weit schneller steigt als Anzeigen und Verurteilungen Jugendlicher wegen Verstößen gegen das SMG. Nach 1995 schwächt sich dieses rigide gerichtliche Vorgehen gegen verurteilte jugendliche DrogenstraftäterInnen wieder ab.

Welche dieser Trends der justiziellen Praxis im Bereich des Drogenstrafrechts für Wien wie für das übrige Bundesgebiet gelten, kann nicht exakt beantwortet werden. Da Wien aber einen überproportionalen Anteil an der polizeilich und gerichtlich verfolgten Drogenkriminalität hat, ist anzunehmen, dass die Wiener Entwicklungen nur graduell von den hier für Österreich dargestellten abweichen, ja bestimmd für das Gesamtbild sein dürften.

Nur in Einzelfällen kann dies durch Studien belegt werden. Der seit dem Jahr 2000 zunehmende Einfluss von Drogenstraftäten bzw. des gerichtlichen Umgangs mit DrogenstraftäterInnen auf die Belagsentwicklung im österreichischen Strafvollzug, die Tendenz verschärfter Verfolgung und Bestrafung von polizeilich ermittelten (vor allem jugendlichen) DrogenstraftäterInnen z.B. gehen fast ausschließlich auf Entwicklungen in Wien zurück. Dies zeigt eine Analyse von elektronischen Gefangenpersonaldaten, die es als solche erst seit 2000 gibt, für den Sicherheitsbericht 2002 der Bundesregierung (Pilgram 2003). Diese Daten liegen für sämtliche Justizanstalten, darunter auch für Gerichtliche Gefangenenhäuser in Wien vor. Während die Zahl der Zugänge zu Justizanstalten in Wien innerhalb von 2 Jahren, zwischen 2000 und 2002, um 29,5% wächst, stagniert sie im übrigen Bundesgebiet. Bei den Jugendlichen beträgt die Zunahme in Wien sogar 74%, je zur Hälfte auf osteuropäische Diebstahls- und auf schwarzafrikanische Drogenstraftäter zurückgehend. (Die geringere Zunahme jugendlicher Gefangener in den Bundesländern wird durch einen Rückgang in den höheren Altersgruppen kompensiert und betrifft fast nur österreichische StaatsbürgerInnen mit einer breiten Palette von Delikten.)

Zwischen der Besonderheit des Wiener Drogenmarkts, dass er in einem hohen Ausmaß von schwarzafrikanischen Tätern versorgt wird und diese einen zunehmenden Teil der polizeilich angezeigten Straftäter ausmachen, einerseits und steigenden Haftzahlen vor allem in der Bundeshauptstadt andererseits besteht ein Zusammenhang. Er wird nicht zuletzt durch die strafgerichtliche Praxis hergestellt. Wie eine kleine, aber sorgfältige Untersuchung von Kravagna (2005) über Urteile in Suchtmittelverfahren am Straflandesgericht Wien aufzeigt, riskieren schwarzafrikanische Beschuldigte weitaus eher und längere Untersuchungshaften und Haftstrafen als „weiße“. Dabei wurden möglichst alle juristisch strafzumessungsrelevanten Faktoren (z.B. Suchtgiftmengen, Vorstrafen, Organisationsbezug etc.) kontrolliert. Offenbar fordert nicht allein die Drogenkriminalität als solche, sondern fordern auch bestimmte Täterschaften Strafgerichte zu besonderen Maßnahmen heraus. Das strafjustizielle „Backing“ der Exekutive ist bei einem Täertypus, wie er sich zuletzt in Wien präsentierte bzw. hier präsentiert wird, wieder stärker als in der zweiten Hälfte der 90er Jahre.

Der Strafvollzug

Im Strafvollzug befindet man sich drogenpolitisch in einer Situation, die jener der Kommunen in gewisser Weise vergleichbar ist. Die Gesetzeslage und die Rechtsanwendung durch Sicherheitsexekutive und Gerichte bestimmen, an wem welche Maßnahmen oder Sanktionen nach dem SGG/SMG zu vollziehen sind. Wenn diese Vorentscheidungen inadäquat sind, sind nicht nur die Verurteilten, sondern auch die Institution Strafvollzug betroffen. Es bleibt dabei Sache des Strafvollzugs, diese Probleme mit seinen eigenen begrenzten Gestaltungsmitteln zu bewältigen. Für eine Einflussnahme auf die gesetzlichen und verfolgungspolitischen Rahmenbedingungen bestehen nur mäßige Chancen.

Wie der vorangegangene Abschnitt gezeigt hat, spielen Verurteilungen zu Freiheitsstrafen wegen Verstößen gegen Normen des SGG/SMG eine zunehmende Rolle. Ein wachsender Anteil von Freiheitsstrafen wird wegen Delikten im Zusammenhang mit Drogen angetreten (zuletzt schon jede vierte Strafe!). Daran haben die Einführung von Diversion (bedingter Anzeigenzurücklegung/bedingter Verfahrenseinstellung) sowie der ermöglichte Strafaufschub zum Zwecke der Behandlung bzw. der mögliche nachträgliche Strafverzicht bei deren Erfolg (§ 39 SMG, „Therapie statt Strafe“) nichts grundsätzlich geändert.

Zu Beginn der Untersuchungsperiode, in den frühen 70er Jahren, wird im damaligen Bezirksgerichtlichen Gefangenenumfang Wien-Favoriten, der späteren Sonderanstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher erstmals (auf freiwilliger Basis) eine Behandlungsgruppe für drogenabhängige Rechtsbrecher zusammengestellt (Ranefeld 1979). In Zusammenarbeit mit der Psychiatrischen Universitätsklinik werden Vorbereitungen für die Errichtung einer Maßnahmenvollzugsanstalt getroffen. Die rechtliche Grundlage dafür bietet das StGB 1974 (in Kraft per 1.1.1975) und die Konstruktion des § 22, der vorbeugenden Maßnahme für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher – eingeführt neben Maßnahmen für geistig abnorme Rechtsbrecher (§ 21 Abs. 1 und Abs. 2 StGB) sowie für gefährliche Rückfalltäter (§ 23 StGB). Hierbei handelt es sich allesamt um Maßnahmen der „Sicherung“, welche im Zuge der Großen Strafrechtsreform das undifferenzierte traditionelle „Arbeitshaus“ ablösen sollten. Gefangene, die aufgrund ihrer Persönlichkeit, darunter aufgrund einer Sucht, eine besondere Gefahr darstellen, sollten weiterhin über die Strafzeit hinaus angehalten werden können. Zur „Milderung“ und Rechtfertigung dieses schwerwiegenden Eingriffs in persönliche Rechte sollte ihnen nun jedoch mehr als bisher im Strafvollzug üblich an Behandlung und sozialer Unterstützung auf dem jeweiligen Stand der Wissenschaft angeboten werden.

Die Maßnahmenvollzugsanstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher in Wien Favoriten steht insofern in der Tradition des „Arbeitshauses“, als zunächst vor allem Alkoholiker die Eingewiesenen darstellen. Aus den veröffentlichten Statistiken (Gerichtliche Kriminalstatistik und Statistische Übersicht über den Strafvollzug) lassen sich keine Informationen über den Anteil alkoholkranker und sonstiger Süchtiger unter den Zugängen oder den Insassen der Justizanstalt Favoriten gewinnen. Eine Studie aus dem Jahr 1976 (Gratz) zeigt jedoch, dass sich unter den ersten 88 Eingewiesenen mehrheitlich, nämlich 50, Alkoholkranke

befinden. Inzwischen habe sich das Verhältnis umgekehrt bzw. gäbe es vor allem Mischformen der Sucht (Interview Kahl).

Mit einer Kapazität von 80 Haftplätzen ist die Justizanstalt Favoriten, auch wenn diese Plätze zu Beginn zu einem geringeren Teil für Drogenabhängige genutzt werden, lange Zeit die größte „Behandlungseinrichtung“, die bis in die 80er Jahre mehr „Betten“ bietet als der freie Behandlungssektor insgesamt (vgl. Eisenbach-Stangl 2003). Die Behandlungsverpflichtung im Maßnahmenvollzug wird auch insofern ernst genommen, als das Behandlungspersonal zwischen 1972 und 1979 von einem teilzeitbeschäftigte Psychiater auf 14 therapeutische Betreuer verschiedenster medizinischer und sozialpädagogischer Professionen anwächst (Ranefeld 1979).

Das allgemeine Maßnahmenkonzept der „Behandlung unter Zwang“ ist beim § 22 StGB zwar nur abgeschwächt gültig: Die Maßnahme kann nur bei Strafen von weniger als 2 Jahren verhängt werden (längere Strafen böten per se genügend Gelegenheit zur „Entwöhnung“), die Maßnahme darf höchstens 2 Jahre dauern, ihr Vollzug soll möglichst mit der Strafzeit beginnen, sodass er diese höchstens um 2 Jahre übersteigen kann, und der Maßnahmenvollzug muss Aussicht auf Erfolg bieten. Da zwischen den Behandlern, Justizwache und Vollzugsgerichten kein Konsens über die Erzwingung der Behandlung durch Anhaltung über die Strafzeit hinaus herstellbar ist, ist das ursprüngliche, von sozialtechnokratischem Behandlungsoptimismus getragene Konzept des Maßnahmenvollzugs für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher „eindrucksvoll danebengegangen“ (Interview Werdenich). Eine Studie zum Behandlungserfolg von 111 bis 1978 Entlassenen aus der Justizanstalt Favoriten belegt mit 76% Wiederverurteilten (davon zwei Drittel wegen Verstößen nach dem SGG) den „Misserfolg“ der Maßnahme (Salem, Werdenich 1981). Die Konsequenz ist eine bessere Abklärung der Behandlungsbereitschaft und der Behandlungsfähigkeit der Aufgenommen und die Konzentration auf ein Angebot „freiwilliger Entwöhnungsbehandlung“ gemäß § 68a Strafvollzugsge- setz (StVG). Es dauert allerdings bis in die 90er Jahre, dass ein Exponent der Vollzugsverwaltung von § 22 StGB als „totem Recht“ sprechen kann (Interview Kahl: „Vor zehn Jahren hatten wir noch 70 bis 80 Maßnahmenvollzüge, jetzt sind es konstant 20 bis 23.“) und von einer de facto Umwandlung der Justizanstalt Favoriten zu einem Behandlungszentrum für Suchtkranke unter den Insassen des österreichischen Strafvollzugs.¹⁵

Eine andere Konsequenz der Desillusionierung über die Zwangsbehandlung Drogenabhängiger, aber auch über die Grenzen, hochwertige Behandlungsangebote im Vollzug selbst bereit zu stellen, ist die 1985 geschaffene Möglichkeit des Strafaufschubs zur Durchführung einer geeigneten Behandlung der Abhängigkeit außerhalb des Strafvollzugs. Die Übernahme der Kosten entsprechender Behandlungsmaßnahmen für gerichtliche Verurteilte leistet einen Beitrag zur Erweiterung auch des „freien“ Behandlungssystems für Drogenabhängige im Lande.

15 Den relativen Bedeutungsverlust des Maßnahmenvollzugs an entwöhnsungsbedürftigen Rechtsbrechern signalisiert auch der Umstand, dass Verurteilungen nach § 22 StGB seit 1990 in der Gerichtlichen Kriminalstatistik nicht mehr gesondert ausgewiesen werden.

Die Ausweitung der Behandlungskapazitäten im Vollzug in der Justizanstalt Favoriten und in anderen Anstalten bleibt jedenfalls seit den 80er Jahren hinter dem Anstieg der nach SGG/SMG (oder wegen Begleitkriminalität) Verurteilten und Inhaftieren deutlich zurück. Die Zahl als solcher ausgewiesener „Behandlungsplätze“ für Drogenabhängige im Strafvollzug stagniert seit 1980 (vgl. Eisenbach-Stangl 2003). Seither beträgt sie 110 in Favoriten, davon 20 für Frauen (dazu kamen nach 1995 kleinere Abteilungen in vier weiteren Justizanstalten im Bundesgebiet, darunter in Innsbruck und Stein), obwohl sich die Zahl inhaftierter DrogenstrafteurerInnen allein seit 1990 mehr als versechsfacht hat. Ob dies ein Hinweis auf eine „Verleugnung“ und „Vernachlässigung“ der Abhängigenpopulation in den Justizanstalten ist (nach dem „Scheitern“ des hochfliegenden Maßnahmenkonzepts), kann mangels von Daten über tatsächlich Drogenabhängige unter Gefangenen sowie über die Verfügbarkeit und Annahme unspezifischer medizinischer, psychotherapeutischer oder sozialpädagogischer Dienstleistungen des Strafvollzugs durch die Betroffenen nicht wirklich beantwortet werden. Es muss hier offen gelassen werden, welcher Anteil der zu Freiheitsstrafen Verurteilten – ob sie eine Maßnahme nach § 22 StGB erfahren oder nicht – jeweils Bedarf nach einer Behandlung oder Betreuung im Zusammenhang mit Drogenproblemen gehabt hätte und wie viele Drogenkranke im „Normalvollzug“ ohne entsprechende gesundheitliche Rehabilitationsangebote einfach „untergingen“.

Hinsichtlich der Schätzungen von Drogenabhängigen im Vollzug sind sich die befragten Experten uneins. Während ein Sachbearbeiter im BMJ für den Maßnahmenvollzug (Interview Kahl, 303-304) von inzwischen einen Dritt Süchtigen unter den Inhaftierten im Wiener Raum ausgeht, argwöhnt der langjährige Leiter der Justizanstalt Favoriten (Interview Werdenich) „Zweckpessimismus“.

Im Gegensatz zu diversen anderen Maßnahmen für Drogenabhängige im Vollzug existieren Zahlen über die stark zunehmende Zahl an Substituierten in den Gefängnissen. Von unseren Interviewpartnern (Werdenich, Kahl) werden für Mitte der 90er Jahre ca. 150, für 2000 ca. 300 und heute (2004) rund 550 Gefangene in Substitution kolportiert (ohne die Untersuchungshäftlinge, somit ca. 10% der Strafgefangenen). Der Substitutionserlass des Gesundheitsministerium aus 1987, der die Substitutionspraxis auf eine geordnete Grundlage stellte, wurde erst 1991 durch einen Erlass des BMJ zur Substitution im Strafvollzug spezifiziert, obwohl auch hier die Methadonabgabe bereits 1988 in allen Anstalten ermöglicht worden war. In der gültigen Fassung aus 1997 bestimmt der Erlass, dass Personen zu substituieren seien, die schon vor Haftantritt Ersatzdrogen bekommen haben. Zugelassen wird nun aber auch die erstmalige Substitution in Haft, wenn auch unter strenger Voraussetzung als sonst, und die Verwendung von anderen Substanzen als Methadon (Morphine, Kodein etc.).

Mit einer gewissen Zurückhaltung und Zeitverzögerung wurde das Abstinenzparadigma also auch im Strafvollzug offiziell aufgegeben. Damit wird das Zwangsmodell Maßnahmenvollzug für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher noch ein Stück weiter obsolet und wenden sich die Behandlungsüberlegungen im Strafvollzug in zwei Richtungen: Zum einen wird (in Favoriten seit 1990) die Kombination zwischen medikamentöser und psychotherapeutischer Behand-

lung von Abhängigen (mit vielfach psychiatrischer Symptomatik), oder auch: das Behandlungsangebot für Substituierte weiterentwickelt. Zum anderen führt die „Normalisierung“ der Drogen im Vollzug, die Präsenz von Drogenerfahrenen und von (Ersatz-)Drogengebrauch in den Anstalten, zu präventiven Überlegungen, zur Einführung der „Drogenfreien Zonen“ (DFZ) im Vollzug. Begonnen wurde 1995 mit 20 Plätzen in der Justizanstalt Hirtenberg. Nunmehr sind es dort 200 (etwa zwei Drittel der Anstalt). Daneben wird eine Außenstelle (Dornbirn) der Justizanstalt Feldkirch komplett als DFZ geführt und verfolgen mehrere Anstalten ähnliche Ansätze (Interview Kahl). Hinter diesen Abteilungen steht eine vielschichtige Konzeption. Man will einerseits den Konsumverzicht in einer drogenfreien Umgebung erleichtern, andererseits die Drogenkontrolle im Vollzug dadurch verbessern, dass man Gefangene durch Vergünstigungen zur Kooperation daran gewinnt. Die Auseinandersetzung mit Drogen, Drogennormen und Drogenverhalten wird dadurch forciert, aber auch die Auseinandersetzung mit der drohenden „Spaltung“ des Strafvollzugs und mit der Notwendigkeit von Maßnahmen für den verbleibenden Teil der Anstalt und Häftlinge erforderlich.

Eine Evaluation der DFZ in Hirtenberg zeigt, dass die relativ günstigen Rückfallsresultate zwar grobteils dem Interesse von minderbelasteten Gefangenen an diesen Sonderabteilungen und deren Fähigkeit, die Bedingungen zu erfüllen, geschuldet sind, dass aber die Zufriedenheit der Gefangenen und Beamten im drogenfreien Vollzug (bei letzteren objektivierbar an weniger Krankenständen) deutlich höher ist. (vgl. Berlach-Pobitzer, Schmied, Spirig 2004). Trotz positiver Erfahrungen mit DFZ kam es zu keiner längerfristigen Absicherung durch die vorgesetzte Behörde (BMJ), und die Umsetzung blieb weitgehend der wechselnden Initiative einzelner Anstalten überlassen.

3. Initiativen Betroffener – Aktivitäten der „Zivilgesellschaft“

Private Initiativen im Drogenbereich – oder auch: drogenbezogene Aktivitäten der Zivilgesellschaft – sind in Österreich im Allgemeinen, wie in Wien im Besonderen selten und sie scheinen darüber hinaus – relativ wie absolut – noch seltener zu werden. Einerseits gehen sie neben der wachsenden Vielfalt der Maßnahmen auf Bundes-, Länder- und Kommunalebene seit Beginn der Beobachtungsperiode zunehmend unter, andererseits verringerte sich parallel zum überwältigenden Ausbau der öffentlichen Drogeneinrichtungen in den letzten 30 Jahren vermutlich auch ihre Zahl. Letzteres trifft zumindest auf die Initiativen Betroffener in Wien zu, die im Folgenden – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – kurz dargestellt werden. Als Betroffene werden DrogennutzerInnen und ihre Angehörigen bestimmt.

Aus Zeit- und Budgetgründen konnten im Rahmen der vorliegenden Studie weder auf die immer wieder aufflackernden Initiativen zur Legalisierung von Cannabis systematisch eingegangen werden (wie etwa auf INHALE in den 80er Jahren),

noch auf Aktivitäten im weiteren Sinn Betroffener, wie zum Beispiel auf Bürgerinitiativen gegen die Errichtung von Drogeneinrichtungen in der Nachbarschaft. Leider: denn es ist davon auszugehen, dass sowohl die Legalisierungsbewegungen, wie auch die Bürgerinitiativen in den letzten 30 Jahren intensiver, sichtbarer und drogenpolitisch gewichtiger waren, als die drogenbezogenen Aktivitäten jener Betroffenen, die hier diskutiert werden.

Aktivitäten von DrogennutzerInnen

Im Gegensatz zu anderen Städten – etwa Amsterdam und Frankfurt am Main – blieben die spärlichen drogenpolitischen Initiativen von DrogennutzerInnen in Wien eng an die sich rasch entfaltende Drogenhilfe angelehnt: Ende der 70er, Anfang der 80er Jahre wurde der „**Verein ehemaliger Drogenabhängiger**“ (VED) aktiv, eine Vereinigung gegründet von PatientInnen der ersten Wiener Drogenstation, die die Langzeitbehandlung erfolgreich beendet hatten – abstinent geworden waren – und die zum Teil im Half Way House des API beschäftigt waren. Die Gruppe, der 10 bis 15 Personen angehörten, hatte ihre Treffen im gerade gegründeten Dialog. Ziel des Vereins war es, eine mit öffentlichen Geldern unterstützte, offene Selbsthilfegruppe zur Nachbetreuung von DrogenpatientInnen aufzubauen, es wurde nicht erreicht. Aber immerhin fanden viele Mitglieder Arbeitplätze in der Drogenhilfe. Anfang der 80er Jahre löste sich der VED auf.

Seine Auflösung war möglicherweise mit der Etablierung des „**Arbeitskreises für kommunikative Drogenarbeit**“ (ÖAKDA) verbunden, der 1981 als Diskussionsforum österreichischer Drogeneinrichtungen gegründet wurde und aus dem Anfang der 90er Jahre der „**Österreichische Verein für Drogenfachleute**“ (ÖVDF) hervorging. Die Angehörigen des VED, die in der Drogenhilfe tätig wurden, waren im ÖAKDA willkommen, da die „BehandlerInnenszene“ dieser Zeit große Nähe zu DrogennutzerInnen entwickelte.

In und für Wien wurde Mitte der 80er Jahre ein weiterer kurzlebiger Verein gegründet, dem Betroffene angehörten. Sein Name ist bereits in Vergessenheit geraten: Er hieß entweder „**Verein für humane Drogenpolitik**“ oder „**Verein für akzeptierende Drogenarbeit**“. Gründungsmitglieder waren Wiener StreetworkerInnen (u. a. Silvia Franke) und Bodo Presslich, der Leiter der Drogenambulanz der Psychiatrischen Universitätsklinik in Wien, Mitglieder waren von den Streetworkern Betreute und erste Substituierte. Nach Amsterdamer Vorbild forderte man den Aufbau eines Ersatzdrogenprogramms und die Entkriminalisierung von Cannabis. Die Ziele des Vereins wurden durch die offizielle Einführung der Substitutionsbehandlung im Jahr 1987 zum Teil erfüllt, er löste sich kurz darauf auf.

Wurden DrogennutzerInnen schon bei der Gründung des ÖAKDA nur mehr vereinzelt und in untergeordneten Positionen aktiv, verschwanden sie noch später gänzlich aus drogenpolitischen Vereinigungen: Die neuen zivilgesellschaftlichen Aktivitäten im Drogenbereich sind an professionellen Zugehörigkeiten orientiert, was dazu führt, dass das Feld berufsgruppenmäßig zerfällt. So wurde in Wien seit Beginn der 90er Jahre ein Verein von Psychiatern gegründet, die in der Dro-

genhilfe tätig sind, und neben anderen schlossen sich auch die praktischen Ärzte zusammen, die DrogennutzerInnen behandeln.

Aktivitäten von Angehörigen von DrogennutzerInnen

Die aktuellen Aktivitäten von Angehörigen von DrogennutzerInnen sind nur beschränkt beschreibbar: Die meisten Informationsquellen – das Internet, die Telefonseelsorge der Caritas und das Selbsthilfeverzeichnis des Fonds Gesundes Österreich: SIGIS – erwiesen sich als unverlässliche Quellen (Kranzl 2005). So verweist die Telefonseelsorge auf zwei, nicht mehr existierende Angehörigengruppen, und ist im SIGIS nur der Dachverband der österreichischen Elternkreise vermerkt. Zu den Hürden bei der Recherche addieren sich die Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme: Nur eine der beiden Angehörigeninitiativen, die schließlich gefunden wurden, war zu einem Informationsgespräch bereit, die zweite verweigerte es. Die schwierige Informationsbeschaffung und die unvollständige Information verweisen auf die Instabilität der Angehörigeninitiativen, aber auch auf ihre Marginalität, die die soziale und (drogen)politische Position der Angehörigen von DrogennutzerInnen spiegelt.

Drogenbezogene Aktivitäten von Angehörigen sind so gut wie ausschließlich Aktivitäten von Eltern von DrogennutzerInnen, genauer von deren Müttern. Dies ist nicht selbstverständlich, wie die Selbsthilfe im Bereich der „legalen Süchte“ zeigt: Bei den – durchschnittlich älteren – Alkoholkranken werden, außer den Betroffenen selbst, vor allem die PartnerInnen – genauer: die Partnerinnen – aktiv. Auch das Geschlecht und die familiäre Position der AktivistInnen sind mitzudenken, beschäftigt man sich mit der Instabilität und Marginalität der drogenbezogenen Angehörigeninitiativen in Wien.

Eine Mutter gründete die erste Selbsthilfegruppe für Angehörige im Jahr 1978: Ihre Tochter war kurz zuvor in der Türkei im Zusammenhang mit ihrem Drogenkonsum gestorben (Interviews E1a und E1b). Sie erhielt den Namen „**Hilfs- und Beratungsstelle für Drogengefährdete und deren Angehörige**“ und wurde vermutlich bald darauf von der Zentralstelle für Suchtkrankenhilfe organisatorisch unterstützt, eine der ersten Einrichtungen der Wiener Drogenhilfe, die begann, sich der Eltern von DrogennutzerInnen anzunehmen. Kurz darauf wurde – wiederum von einer Mutter – eine zweite Gruppe gegründet, sie erhielt den Namen „**Elternkreis Drogenabhängiger und Drogengefährdeter**“. In beiden Fällen waren die Eltern drogenabhängiger Kinder die Zielgruppe, ihnen sollten Informations- und Gesprächsmöglichkeiten eröffnet werden, drogenpolitische Anliegen standen im Hintergrund. Beide Gruppen wurden in den „**Österreichischen Bundesverband der Elternkreise**“ aufgenommen, der in der ersten Hälfte der 80er Jahre als Plattform für Elternvereine in Österreich gegründet wurde (Stitz 1986).

Ende der 70er, Anfang der 80er Jahre wird eine dritte – bereits prominent erwähnte – Angehörigeninitiative tätig, bei der die drogennutzenden Kinder im Vordergrund stehen: der 1979 gegründete Verein „**Selbsthilfe gegen Sucht**“ mit der Sektion Dialog, in der DrogennutzerInnen ehrenamtlich betreut wurden. Wie

erwähnt, wurde die Sektion Dialog 1982 in einen eigenständigen Verein umgewandelt, der als Träger der Beratungsstelle gleichen Namens nach wie vor aktiv ist und dem auch heute noch Eltern von Drogenabhängigen angehören (Dialog o.J.). „**Der Dialog**“ ist zweifellos die bekannteste Angehörigeninitiative, die als solche in der Öffentlichkeit allerdings kaum in Erscheinung tritt.

Mitte der 80er Jahre wurde eine weitere – vermutlich auch heute noch aktive – Gruppe gegründet, die „**Selbsthilfe der Eltern und Angehörigen von suchtkranken Menschen**“, mit dem Ziel, „Abhängigen, ihren Familien, Partnern oder Freunden umfassend zu helfen, um sie wieder zu einem zufriedenen, erfüllten Leben zu führen“ (Arge Selbsthilfe Österreich 2005). Sie bietet Einzel- und Gruppengespräche für Eltern und Informationen über Sucht und Co-Abhängigkeit an. Der Verein schottet sich nach außen ab und ist auch nicht bereit mit der zweiten, heute noch aktiven Angehörigengruppe zusammenzuarbeiten.

Mitte der 80er Jahre war die Gründerzeit bereits zu Ende. Die beiden erstge nannten Elternvereine lösten sich spätestens in den 90er Jahren auf, an ihre Stelle trat 1996 der „**Elternkreis Wien – Verein zur Förderung von Suchtprävention und Selbsthilfe**“, der auch nicht Betroffenen offen steht und von einem Nicht-Betroffenen – einem pensionierten Kriminalbeamten – ins Leben gerufen wurde. Dem Gründer/Obmann fiel bald darauf auch die Leitung des Österreichischen Bundesverbandes der Elternvereine zu, mit dem der Elternkreis Wien zunehmend verschmolz, nicht zuletzt, weil der erstere stark an Bedeutung verlor: Der Elternkreis Wien ist der einzige Verein, der dem Bundesverband heute noch angehört, der Bundesverband wurde aus diesem Grund im Jahr 2000 für physische und juristische Personen geöffnet.

Wie die Geschichte der Angehörigenvereine, spiegeln die aktuellen Aktivitäten des Elternkreises Wien die schwierige Lage der Angehörigen von DrogennutzerInnen. Sie sind räumlich, wie inhaltlich gesplittet: An einem der zwei Standorte findet im Abstand von zwei Wochen eine Angehörigengruppe statt, in der persönliche Probleme anhand therapeutischer Techniken mit einer dem Verein angehörenden Gruppenleiterin bearbeitet werden, am anderen wird einmal pro Monat zu Vorträgen und anschließenden Diskussionen mit ExpertInnen eingeladen. Außerdem unterstützt der Verein Projekte der Suchtprävention in Wien, wie im Produzentenland Kolumbien. Und schließlich wird er – in Übereinstimmung mit seinen Statuten – in der Öffentlichkeit aktiv: Unter anderen wurden Unterschriften für die Errichtung einer „Gedenkstätte für Opfer des Drogenmissbrauchs“ im Resselpark gesammelt, mit der das Gedenken an die Drogentoten und die Drogenprobleme gefördert werden sollte. Die Initiative war durch eine deutsche Gedenkstätte angeregt worden, wurde aber auch durch die Erfahrung stimuliert, dass DrogennutzerInnen die Bestattung im familiären Grab verweigert worden war.

Der Elternkreis Wien, der alle hilfesuchenden Angehörigen mit kostenlosem Rat und Tat zu unterstützen sucht, versteht sich als überparteilich. Er hat zur Zeit rund 110, überwiegend betroffene Mitglieder („99% Frauen“ – Interview E3) und erhält sich durch Mitgliedsbeiträge, durch Spenden und durch Förderungsmittel

des Fonds Soziales Wien. Er wird unter anderem auch von zwei Kirchen unterstützt, die Räumlichkeiten zur Verfügung stellen, und kooperiert eng mit einer Drogenhilfeeinrichtung – dem P.A.S.S. (Interview E3).

Fazit: Angehörige von DrogennutzerInnen werden in Drogenangelegenheiten äußerst selten außerhalb der Familie aktiv, und wenn sie aktiv werden, suchen sie vor allem andere Betroffene zum organisierten Austausch. Sie lehnen sich dabei gerne an Einrichtungen der Drogenhilfe an. Nur im Ausnahmefall wurden Eltern in Wien drogenpolitisch aktiv, gründeten eine eigene Drogeneinrichtung oder betrieben Öffentlichkeitsarbeit. Es war nur folgerichtig, dass Einrichtungen der Drogenhilfe (aktuell etwa vier) begannen, Angehörigen außer Beratung, Betreuung und Behandlung (die etwa ein Drittel ihrer Arbeitzeit beansprucht), auch spezielle Gruppen anzubieten. Auch hier sind es vor allem die Mütter, die das Angebot in Anspruch nehmen („90%“ – Interview Mittasch 2006). Wie bei den selbstorganisierten Gruppen geht es bei den „fremdorganisierten“, professionell geleiteten Gruppen um die (Wieder)Entdeckung des „eigenen Lebens“ und um die Bewältigung der doppelten Entfremdung des Kindes: durch die Drogenproblematik einerseits, durch deren professionalisierte Bearbeitung andererseits (Interview Mittasch 2006, siehe dazu auch Teil III)

Zusammenfassung

Private Initiativen/zivilgesellschaftliche Aktivitäten sind in Wien im Drogenbereich rar, wenn auch davon auszugehen ist, dass sie in der Großstadt häufiger stattfinden, als in den anderen – ländlicheren – Bundesländern (Fellöcker 2005). Zielen die in diesem Kapitel nicht dargestellten Initiativen – die drogenbezogenen Bürgerinitiativen und die Legalisierungsbewegung – direkt auf die politische Sphäre und den von ihr geschaffenen „Bewältigungsapparat“, wird durch die hier beschriebenen Aktivitäten der private – persönliche und familiäre – Rahmen vor allem mit der Absicht überschritten, sich mit anderen Betroffenen systematisch auszutauschen. Die Betroffenen, deren Initiativen hier zur Sprache kommen, artikulieren also ihre Interessen kaum öffentlich und sie bleiben eng mit der Drogenhilfe und den ihr zugehörigen Professionellen verbunden. Als wichtige Ursache hierfür zeichnet sich zum einen das Ausmaß und die Art der Drogenproblematik ab: Es handelt sich so gut wie ausschließlich um Personen, die persönlich mit „harten“ Drogen und mit Drogenabhängigkeit konfrontiert sind. Zum anderen – und damit zusammenhängend – ist die mehrfache Stigmatisierung von „harter“ Drogennutzung und „harten“ DrogennutzerInnen zu berücksichtigen (Stichworte: krank, kriminell, asozial), die häufig in sozialer Isolation mündet und die Angehörigen miteinbezieht (dazu auch Teil III).

Auffällig ist, dass sich die Initiativen der Betroffenen nicht gleichmäßig über den Beobachtungszeitraum verteilen, und dass sie sich in der zweiten Hälfte der 70er und der ersten Hälfte der 80er Jahre häufen. Zum Verständnis der Entwicklung ist es auch hier hilfreich, sie in Phasen zu unterteilen und den Versuch zu unternehmen, auch die Legalisierungsbewegung und die so genannten Bürgerinitiativen einzubeziehen.

Vor der „internationalen Drogenwelle“ – in der ersten Phase – organisierten und artikulierten sich DrogennutzerInnen und ihre Angehörigen nicht, der Drogenkonsum zwischen 1945 und 1965 blieb ein privates (heimliches) und persönliches Phänomen. In der zweiten Phase – zwischen 1965 und 1975 – schlug dies ins Gegenteil um: Mit der „Zweiten Jugendbewegung“, mit der die „internationale Drogenwelle“ verbunden war, wurde jeglicher Drogenkonsum zum politischen Protest, zum demonstrativen Aufbegehren gegen die ältere Generation, gegen deren Lebenshaltungen und Lebensweisen.

In der Folge teilen sich die Initiativen der Betroffenen: In den bis heute anhaltenden Legalisierungsinitiativen für Cannabis wird der jugendliche Protest weitergetragen, in den hier besprochenen Initiativen von DrogennutzerInnen und Angehörigen, die zwischen 1975 und 1985 stattfanden und sich auf Betreuung und Behandlung konzentrierten, ist die Anerkennung der Medikalisierung der Drogenfrage wahrzunehmen, die sich zu dieser Zeit in Wien langsam durchzusetzen begann. In dieser dritten Phase traten die Betroffenen als ExpertInnen auf, die danach strebten, die sich langsam entwickelnde Drogenhilfe zumindest mitzugestalten. Ermöglicht wurde dies nicht nur dadurch, dass die Drogenhilfe noch wenig ausgebaut war, auch die Haltung der Professionellen dieser Zeit hat wesentlich dazu beigetragen: Wie in anderen Abschnitten (z.B. auch Teil II) im Detail gezeigt wird, war die Nähe (die Identifikation) zwischen Behandelten und Behandelnden in dieser Zeit groß, kommunizierte man quasi in selber Augenhöhe mit den dazugehörigen Vor- und Nachteilen.

Die Zeit zwischen 1985 und 2000 ist die Phase der Professionalisierung der Drogenakteure, die Phase, in der sich die Wiener Drogenverwaltung etablierte und der Ausbau der Drogenhilfe weiter vorangetrieben wurde. Die Aktivitäten der Betroffenen versiegten parallel dazu langsam, vermutlich aber traten erst in dieser vierten Phase die Bürgerinitiativen vermehrt auf, die sich gegen konkrete Drogenphänomene und drogenpolitische Vorhaben wandten, wie zum Beispiel gegen die „Drogenszene am Karlsplatz“ (Teil III) und gegen „den Ganslwirt“.

Die fünfte und letzte Phase, die sich ausmachen lässt, ist eine Phase des Verstummens aller zivilgesellschaftlichen Aktivitäten: Die Einrichtungen der Drogenhilfe wurden von der Wiener Bevölkerung weitergehend angenommen, die Legalisierungsbewegung ließ sich in den „Hanfshops“ nieder (Interviews U11 und U12) und die „harten“ DrogennutzerInnen und ihre Angehörigen richteten sich als KlientInnen der ausgebauten Drogenhilfe ein und ließen sich von den Professionellen versorgen. Was aus den Interviews mit den „harten“ DrogennutzerInnen und ihren Angehörigen, die in Teil III dargestellt werden, hervorgeht, ist allerdings, dass sich die Betroffenen in naher Zukunft als chronische PatientInnen bzw. als Angehörige chronischer PatientInnen emanzipieren („mündig“ werden) könnten, die über die Behandlung und ihre Wirkungen zumindest ebenso, wenn nicht besser Bescheid wissen als die Behandelnden.

4. Der Konsum illegaler Drogen, die KonsumentInnen und die Drogenszene

Die illegalen Drogen haben seit Beginn der Beobachtungsperiode kontinuierlich große öffentliche und mediale Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen vermocht. Be trachtet man ihren Gebrauch im Rahmen des Konsums anderer psychoaktiver Mittel, nehmen sie allerdings eine weniger prominente Position ein: Sie finden sich an letzter Stelle. Genauer: Sie teilen sich die letzte Stelle mit den Psychopharmaka, wobei nur die Hanfprodukte (vor allem Haschisch und Marihuana) an die „Reichweite“ der ersten herankommen (Eisenbach-Stangl 2005). Anzumerken bleibt, dass es sich bei den illegalen Drogen und den Psychopharmaka um Gruppen von Substanzen handelt, die einander stark überlappen, so dass häufig nur der Konsumkontext darüber entscheidet, ob der Gebrauch einer Substanz als medizinisch angeordnete gesundheitsfördernde (oder zumindest leidensmindernde) oder als verbotene gesundheitsgefährdende Handlung zu betrachten ist.

Trotz – oder wegen? – der öffentlichen und medialen Aufmerksamkeit für illegale Drogen liegen über die Entwicklung des Konsums in Österreich nur bruchstückhafte Daten vor. Die wenigen Studien, die Informationen über die Konsumsituation in Wien in den beiden ersten Jahrzehnten der Beobachtungsperiode enthalten, sind in einer Übersichtstabelle im ersten Abschnitt zusammengestellt. Fast ausschließlich handelt es sich dabei um Studien über Jugendliche. Mitte der 90er Jahre – nach der Etablierung der Wiener Drogenverwaltung – verbessert sich die Datenlage grundlegend.

Im Auftrag des Drogenkoordinators werden seit 1993 die so genannten Suchtmittelstudien im Abstand von zwei Jahren durchgeführt. Die ausführende Einrichtung ist seit Beginn das IFES, wodurch Kontinuität in der Durchführung wie in der Aufbereitung der Daten gegeben ist. Die Suchtmittelstudien beinhalten neben Einstellungsfragen zu drogenpolitischen Maßnahmen auch einige Fragen zum Konsum von illegalen wie von legalen Substanzen, Fragen, die im Lauf der Jahre ausgebaut und präzisiert wurden. Befragt wurden von Beginn an alle Wiener ab dem 15. respektive ab dem 16. Lebensjahr. Zu Recht: die Jugendlichen der 70er Jahre waren erwachsen geworden und mit ihnen waren die Drogenerfahrungen in die Gesellschaft diffundiert. Die Ergebnisse der Suchtmittelstudien werden in den Abb. 11-13 zusammengefasst, besondere Aufmerksamkeit wird den geschlechts-, alters- und bildungsspezifischen Unterschieden, also grundlegenden sozialen Differenzen, geschenkt.

Der soziale Kontext des Drogenkonsums war noch seltener Gegenstand wissenschaftlicher Forschung als der Konsum und die KonsumentInnen: Die Studien, die sich mit den Konsumkontexten und ihrer besonderen Ausprägung, der „Drogenszene“, befassen, sind rar. Ihre Ergebnisse werden kurz im dritten Abschnitt zusammengefasst. Im letzten Abschnitt schließlich kommen die im Laufe dieser Studie interviewten DrogennutzerInnen als InformantInnen über die Drogensituation in Wien und ihre Entwicklung zu Wort: Obwohl die Drogensituation kein Kernthema der Gespräche gewesen war, erwiesen sie sich in dieser Hinsicht als

sehr ergiebig. Die transkribierten Interviews wurden einer thematischen begrenzten Sekundäranalyse unterzogen, deren Ergebnisse hier in möglichster Kürze vorgestellt werden.¹⁶

Die Entwicklung des Suchtmittelgebrauchs in Wien seit Beginn der 70er Jahre: die Jugendstudien

Tabelle 4: Zumindest einmalige Erfahrungen mit Suchtmitteln in Wien, in Prozent der Befragten, Studien seit 1970

Jahr und Art der Erhebung, AutorInnen	Stichprobe	Substanzen	Anteil der Erfahrenen*
Österreich/ Wien 1971 Schriftliche Befragung (Bodzenta 1971)	15+18j. SchülerInnen, alle Schultypen repräsentativ	Drogen allgemein	4%
Wien 1980 Schriftliche Befragung (Eisenbach-Stangl 1984)	15+17j. SchülerInnen, alle Schultypen repräsentativ	Cannabis LSD Opate inkl. Mohntee Kokain Weckmittel u.ä. Schlafmittel u.ä.	8% 2% 1% 1% 3% 4%
Österreich/ Wien 1984 Mündliche Befragung (Springer, Uhl, Maritsch 1987)	15-40 Jährige repräsentativ	Haschisch	27%
Wien 1988 – 1990 Schriftliche Befragung (Dür u.a. 1990)	14-19 Jährige Jugendgruppen und Jugendzentren	Haschisch Heroin Kokain LSD	22% 2% 3% 2%
Wien 1992 Schriftliche Befragung (Springer u.a. 1993)	15-17 Jährige MittelschülerInnen	Drogen allgemein	21%
Wien 1996 (Bohrn, Bohonnek 1998)	13-18j. SchülerInnen	Haschisch Ecstasy LSD Kokain Heroin	21% 4% 3% 2% 1%

Quelle: Siehe das Literaturverzeichnis.

* Die Prozentsätze wurden aufgerundet.

Obwohl die Studien nicht unmittelbar miteinander vergleichbar sind, lässt sich aus der Tabelle ablesen, dass die Wiener Jugendlichen seit Beginn der 70er Jahre mehr oder minder kontinuierlich zunehmend Erfahrungen mit illegalen Drogen gesammelt haben, und dass es sich dabei überwiegend um Cannabis handelt. Opate stehen konstant an letzter Stelle, andere illegale Substanzen – Kokain, LSD, Ecstasy und andere Amphetamine – liegen nur wenig darüber.

¹⁶ Der entsprechende Abschnitt baut auf der eigenständig von Franziska Haydn verfassten Diplomarbeit auf.

Die steigenden Erfahrungen mit Cannabis haben sich vermutlich nicht in einem ebenso wachsenden regelmäßigeren Konsum niedergeschlagen – nach dem in den Studien häufig gar nicht gefragt wurde –, wiewohl davon auszugehen ist, dass auch die Zahl der regelmäßigeren KonsumentInnen von Haschisch und Marihuana im Laufe der Jahrzehnte zugenommen hat.

**Die Wiener Suchtmittelstudien im Auftrag des Drogenkoordinators,
1993 – 2005**

In den Suchtmittelstudien werden Erfahrungen mit und Konsum von illegalen Substanzen gemeinsam mit dem von Psychopharmaka erhoben. Seit der ersten Studie wird nach den Erfahrungen mit „Hanfprodukten, wie z.B. Haschisch und Marihuana“, „Opiaten, z.B. Opium, Morphin, Heroin, Methadon“ „Kokain“ und „anderen verbotenen Drogen, z.B. LSD“ gefragt, 1997 wurden zusätzlich „Ecstasy“ und „Amphetamine, Speed“ in die Liste aufgenommen. Die Ergebnisse erbringen kurz zusammengefasst, dass – wie bei den oben zitierten Jugendstudien – nur bei den Hanfprodukten Erfahrungen in relevantem Ausmaß vorliegen (vgl. Abb. 10). Die Erfahrungen mit allen anderen Substanzen sind – auf der Ebene der Wiener Bevölkerung betrachtet – so gering, dass sie sich nicht in nennenswerten Anteilen abbilden. Zum relativ seltenen Gebrauch kommt, dass die KonsumentInnen der genannten Drogen durch Repräsentativerhebungen aus den verschiedensten Gründen nur schlecht erreichbar sind und dass – aufgrund der negativen Bewertung und Kriminalisierung der Substanzen – Befragte mit Erfahrungen dazu tendieren werden, diese zu verschweigen.

Tabelle 5: Der Anteil der WienerInnen, die „irgendwann einmal schon selbst eines der folgenden Mittel genommen haben“, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr*), 1993-2005

Jahr	Hanfprodukte, wie z.B. Haschisch, Marihuana	Ecstasy**)	Amphetamine, Speed**)	Opiate, z.B. Opium, Morphium, Heroin, Methadon	Kokain	Andere verbotene Drogen, z.B. LSD
	in %	in %	in %	in %	in %	in %
1993	5	-	-	-	-	1
1995	7	-	-	1	1	1
1997	12	2	2	2	1	2
1999	11	1	1	1	2	2
2001	14	1	1	1	1	2
2003	16	2	2	1	3	2
2005	17	2	2	2	2	2

Quelle: 1993-2005: Suchtmittel-Monitoring (IFES)

*) In den Erhebungen von 1993 und 1995 wurde die Wohnbevölkerung ab dem 14. Lebensjahr befragt, ab 1997 jene ab dem 15. Lebensjahr.

**) „Ecstasy“ und „Amphetamine, Speed“ wurden erst 1997 in die Befragung aufgenommen.

Tabelle 5 zeigt darüber hinaus, dass die Angaben über Erfahrungen mit Hanfprodukten sich seit 1993 etwa verdreifacht haben. Der Anstieg der Erfahrungen

mit Hanfprodukten ist bei Männern und Frauen gleichermaßen zu beobachten, was dazu führt, dass das Geschlechterverhältnis mit etwa 2 Cannabis-erfahrenen Männer pro Cannabis-erfahrener Frau gleich bleibt (vgl. Tab. 6).

Tabelle 6: Der Anteil der Wiener Männer und Frauen, die über Erfahrungen mit Hanfprodukten verfügen und das Geschlechterverhältnis, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr*), 1993-2005

Jahr	Anteil der Männer in %	Anteil der Frauen in %	Verhältnis Männer : Frauen
1993	7	3	2,3
1995	9	5	1,8
1997	16	9	1,8
1999	13	9	1,4
2001	18	11	1,6
2003	21	11	1,9
2005	21	13	1,6

Quelle: 1993-2005: Suchtmittel-Monitoring (IFES)

*) vgl. Anmerkung zu Abb. 11

Betrachtet man die Angaben über Erfahrungen mit Hanfprodukten nach Altersgruppen, wird ersichtlich, dass sie in allen Altergruppen gestiegen sind (vgl. Tab. 7). Die AutorInnen der Suchtmittelstudien führen dies auf die „Enttabuisierung“ des Cannabis zurück. Sie schreiben: „Die vergleichsweise doch deutlich niedrigeren Werte aus der ersten Hälfte der 90er Jahre haben die damalige tatsächliche Nutzerpopulation zweifellos unterschätzt, da die Bereitschaft einen Hanfkonsum zuzugeben, damals noch deutlich weniger ausgeprägt war, als dies jetzt der Fall ist. Dieser vor allem in den letzten Jahren spürbar gewesene Enttabuisierungsprozess im Zusammenhang mit den sogenannten ‚weichen‘ Drogen wird auch von der Bevölkerung wahrgenommen und als durchaus zutreffend bestätigt“ (IFES 2002). Dieser gelungenen Interpretation ist lediglich hinzuzufügen, dass die Enttabuisierung, die auch in anderen Ländern festzustellen ist (vgl. z.B. Parker et al. 1998, Kuntsche 2002), dazu geführt haben könnte, dass tatsächlich auch Ältere häufiger damit beginnen, Cannabisprodukte zu probieren.

Tabelle 7: Der Anteil der mit Hanfprodukten Erfahrenen bei den WienerInnen, nach Alterskategorien, ab dem 14. resp. 15. Lebensjahr*), 1993-2005

Jahr	14 resp. 15-29 Jahre in %	30-39 Jahre in %	40-49 Jahre in %	50-59 Jahre in %	60+ Jahre in %
1993	7	9	9	-	-
1995	16	13	5	1	-
1997	26	18	13	3	1
1999	29	14	7	3	1
2001	31	22	15	6	1
2003	39	23	18	5	-
2005	34	29	16	7	-

Quelle: 1993-2005: Suchtmittel-Monitoring (IFES)

*) vgl. Anmerkung zu Abb. 10

Tabelle 7 zeigt aber auch, dass Cannabis eine Drogen von Jüngeren geblieben ist. Diese Feststellung wird bestärkt, wirft man einen Blick auf den Konsum von Hanfprodukten in den letzten 3 Jahren. Rund vier Fünftel der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die Erfahrungen mit Cannabis haben, geben auch einen rezenteren Konsum an, wenn auch nur äußerst selten „fast ständigen“ Gebrauch. Von den 30 bis 50-jährigen Hanferfahrenen sind es dann nur mehr ein Drittel bis die Hälfte, die Cannabis auch in den letzten 3 Jahren gebraucht haben, die Zahl der noch älteren Cannabiserfahrenen ist zu klein, um sinnvolle Aussagen treffen zu können. Die Ergebnisse der Studie von 2003 weisen darauf hin, dass in den letzten Jahren der rezentere Konsum in allen Altersgruppen zurückgeht. Anders ausgedrückt: die steigenden Erfahrungen mit Cannabis sind in erster Linie einmalige oder seltene Probiererfahrungen, sie gehen zunehmend selten in häufigeren und regelmäßigeren Konsum über. Oder auch: Die Zahl der regelmäßigeren CannabiskonsumentInnen dürfte in den letzten Jahren stagniert haben.

Betrachtet man die Erfahrungen mit Hanfprodukten nach der Bildung und der Berufstätigkeit, ergibt sich folgendes: Cannabis vermag in erster Linie jene zu interessieren, die sich in höherer Ausbildung befinden, das sind SchülerInnen und StudentInnen, aber möglicherweise zieht die Substanz auch jene an, die die Matura oder eine akademische Ausbildung abgeschlossen haben und bereits berufstätig sind. In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, dass unter den polizeilich Registrierten CannabiskonsumentInnen auch in Wien stets prominent vertreten waren. Die Frage, ob der soziale Hintergrund der von der Polizei aufgegriffenen CannabiskonsumentInnen mit dem hier skizzierten aller Cannabiserfahrenen korrespondiert, oder ob vorzugsweise unterprivilegierte Jugendliche und junge Erwachsene im Zusammenhang mit Cannabis kriminalisiert werden, kann nur als eigene Forschungsfrage gestellt werden.

Der Gebrauch einer psychoaktiven Substanz – illegal, wie legal – schließt den Gebrauch einer anderen nicht aus, es sind starke Überlappungen zu beobachten und es bilden sich immer wieder neue „Konsumkombinationen“ aus. Es bedürfte einer Sonderauswertung der Suchtmittelstudien, um den Mehrfachkonsum und seine Entwicklung zu erfassen. Da dies im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist, soll auf ein Ergebnis verwiesen werden, dass die AutorInnen der Suchtmittelstudien 2001 herausgearbeitet haben. Sie haben untersucht, wie viele Wienerinnen und Wiener Erfahrungen mit zumindest einer der genannten illegalen Drogen oder einem der genannten Psychopharmaka gemacht haben, und festgestellt, dass der Anteil der Erfahrenen zugenommen hat. Hatten 1993 noch 61% der Befragten keine Erfahrungen mit den genannten Substanzen, so waren es 2001 nur mehr 51%. „Jede/r zweite Wiener/-in über 15 Jahren hat somit zumindest schon einmal eines der genannten Mittel eingenommen“ (IFES 2002). Und sie fügen dem hinzu, dass dies primär auf eine höhere Verbreitung im Medikamentenbereich zurückzuführen ist. Anders ausgedrückt: Die „Reichweite“ der illegalen Drogen, aber vor allem der Psychopharmaka ist in den letzten 10 Jahren größer geworden, die genannten Substanzen sind in die Bevölkerung diffundiert und haben begonnen, sich neben alkoholischen Getränken und Rauchwaren (die nicht in die Untersuchung einbezogen waren) niederzulassen.

Der gesellschaftliche Kontext des Konsums

Aus einer Studie aus dem Jahr 1980 geht hervor, dass ein beträchtlicher – der größere? – Teil des illegalen Drogenkonsums von Jugendlichen in privaten Wohnungen – mit FreundInnen, PartnerIn oder auch allein – stattfindet. Ein vermutlich kleinerer Teil des Drogenkonsums findet im Freundes- und Bekanntenkreis in der Öffentlichkeit – in einem Lokal oder im Freien – statt (Eisenbach-Stangl 1984). Unter besonderen Bedingungen verdichten sich die Konsumorte und -partner zu „Drogenszenen“, die über die unmittelbar Beteiligten hinaus Bekanntheit erlangen und daher auch leicht zu Handelsplätzen werden.

Drogenszenen haben sich seit Beginn der Drogenwelle in Wien gebildet: Anfänglich in legendären Diskotheken und in öffentlichen Parks – am Theseustempel im Volksgarten –, später – in den 80er Jahren – prominenter als autonome Jugendbewegung, die ein Haus in der Gassergasse besetzte und eine Initiative zur Cannabislegalisierung ins Leben rief und als „offene Szene“ am Karlsplatz, einem zentralen öffentlichen Verkehrsknotenpunkt. Die „offene Szene“ und das öffentliche Ärgernis, das sie erregte, waren – wie erwähnt – ein wichtiger Anstoß zur Formierung der Wiener Drogenpolitik im engeren Sinn, zur Etablierung einer einheitlichen Verwaltung einerseits, zur Neuordnung der Betreuung und Behandlung andererseits, die bald Wirkung zeigten: „*Die Situation der offenen Drogenszene hat sich massiv verändert, massiv verschoben, vergessen ist nur alles einfach irrsinnig schnell, wie da am Karlsplatz Richtung TU mehrere hundert Junkies gesessen sind jeden Tag*“ (Interview Hacker).

Die „offene Szene“ hat sich – wie in einer Studie aus der ersten Hälfte der 90er festgestellt wird – durch die vielfältigen Interventionen zwar nicht aufgelöst, doch „dezentralisierte ... und etablierte (sie) sich an diversen Orten“ (Uhl, Springer 1997). Das U-Bahnnetz war dabei ein wichtiger Orientierungsfaden, doch blieb die Bildung neuer kleiner Drogenszenen nicht auf U-Bahnstationen beschränkt, es wurden unter anderem auch Lokale und die Umgebung von Drogenbetreuungseinrichtungen „besetzt“.

Drogenszenen sind also seit den 90er Jahren (wieder?) über Wien verstreut, sie sind – nicht zuletzt als Reaktion auf polizeiliche Aktivitäten – mobil und wechseln – immer häufiger? – ihre Standorte. Außerdem scheinen sie sich zunehmend nach sozialem Hintergrund und nach Substanzen zu segregieren: So bildete sich in der zweiten Hälfte der 90er Jahre im ersten Wiener Gemeindebezirk an einer U-Bahnstation eine multikulturelle Szene, die am Ende des Jahrzehnts zu einer Szene schrumpfte, der fast ausschließlich Jugendliche und junge Erwachsene der „Zweiten Generation“ mit vorwiegend ungeklärtem Aufenthaltsstatus angehörten (Yalcinkaya et al. 1999) und die vorwiegend Haschisch und Marihuana konsumierten. Am Karlsplatz finden sich heute hingegen primär opiatabhängige Angehörige aller Altersgruppen, aus benachteiligten sozialen Lagen (Hiess 2005). Die Verschärfung der polizeilichen Kontrollen im neuen Jahrtausend dürfte die Dispersion und Mobilität der Szenen nochmals beschleunigt haben.

Wien, mit seinen „verstreut-offenen“ Drogenszenen unterscheidet sich von anderen europäischen Großstädten, deren Drogenszenen mehrheitlich verborgen sind (Korf, Nottelman 1998). Die Wiener Drogensituation unterscheidet sich aber gleichzeitig in immer geringerem Maße von jener der anderen Bundesländer, da der Heroinkonsum stagniert, wenn nicht abnimmt und Ecstasy aus einer abgegrenzten Szene zunehmend in die gesamte Bevölkerung diffundiert (Haas 1997/98).

Die Entwicklung der Drogensituation aus „interner“ Sicht

Die DrogenkonsumentInnen, die für die vorliegende Studie interviewt wurden, wurden unter anderem explizit danach gefragt, wie sie die Entwicklung der Drogensituation in Wien sehen. Wichtige Informationen über die Veränderungen der Konsumgewohnheiten, der „Szene“ und ihres Zusammenhalts und des Marktes wurden aber häufig auch quasi nebenbei gegeben. Viele KonsumentInnen strukturieren die Entwicklung in Phasen, über die große Einigkeit herrscht: „*Bis jetzt war es halt so, dass jedes Jahrzehnt und jede Musikbewegung auf einer Droge begründet war. Die 60er und 70er ... Jahre war LSD ... die späten 70er und 80er Jahre ... damals war Heroin eine echte Kultdroge ... Die 90er sind Koks ...*“ (U8). Diese Phasen werden im Folgenden beibehalten.

Die 60er und 70er Jahre: „Es war halt Haschisch, und Gras und LSD....“ (U5)

Neben Cannabis und LSD spielte nur noch der Alkohol eine nennenswerte Rolle – Kokain, Amphetamine, Psychopharmaka, codeinhältige Medikamente und Rohopium waren zwar vorhanden aber marginal. Der Drogenkonsum war Bestandteil einer unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen verbreiteten alternativen Ideologie, der auch der Musikgeschmack, die Kleidung, das sexuelle Verhalten, wie das Verhältnis zu älteren Generationen unterworfen waren: „*Es war ja Revolution. Sex and Drugs and Rock and Roll, trau keinem über 30 – denn jeder der über 30 war, war kriegsgeschädigt*“ (Kl8). Man konsumierte gelegentlich in ausgewählten (Musik)Lokalen, in denen die illegalen Substanzen auch erworben werden konnten, vor allem aber in den zu dieser Zeit beliebten privaten Wohngemeinschaften. Die Szene war klein, man kannte einander („*Eine große Familie*“ – Kl7) und konsumierte gemeinsam, was auch bedeutete, dass ein hohes Maß an informeller Kontrolle gegeben war: „*Jeder hat gewusst, ein LSD Trip kann bis zu 24 Stunden, manchmal sogar länger, dauern und da hat man dann schon auch aufgepasst aufeinander*“ (U3). Aber damit waren natürlich nicht alle Probleme beseitigt: „... das heißt nicht, dass wir alles gesunde Leute waren, die rebelliert haben, sondern ich glaube wir hatten schon massive Probleme“ (Kl1).

Die Qualität der Substanzen war schwankend, aber sie waren erschwinglich. Psychopharmaka konnte man ohne Probleme über Ärzte und aus Apotheken beziehen, Cannabis und LSD in einschlägigen Lokalen von österreichischen Dealern, die sie selbst importierten und die selbst konsumierten. Man erwarb meist größere Mengen, teilte mit Freunden oder gab an sie weiter. Straßenkäufe waren die Ausnahme und galten als risikoreiches Unternehmen für „Anfänger“ (U6).

Das Ende der 70er Jahre und die 80er: „Die späten 70er und 80er Jahre ...

David Bowie und so, das war das Heroin Zeitalter“ (U8)

Mit dem Heroinkonsum steigt der Medikamentenkonsum – Amphetamine, Benzodiazepine und Barbiturate (Kr1 und Kr2) – und wird als „Heroinersatz“ aus Mohnkapseln angefertigter Opiumtee eingesetzt: „... haben wir meistens aus einem Laden extrem starke peruanische Mohnkapseln gehabt, so ganz kleine und die haben wir über 2 Jahre neben her genommen. Da hast Du sicher sein können, du hast keinen Kracher ...“ (Kl4). Als „Heroinersatz“ dienen auch codeinhältige Medikamente, und sobald die Substitutionsbehandlung offiziell eingesetzt wird, findet sich das anfänglich verabreichte Mittel – Methadon – gleich auf dem Schwarzmarkt: „Also ich hab's ... zum ersten Mal genommen, da muss das Methadon gerade herausgekommen sein. Und da ist die Ware (das Heroin – die AutorInnen) schlechter geworden und da war das Methadon besser und haben viele Leute dann nur noch Methadon gekauft ... und das Methadon war leichter zu kriegen ... weil man hat nicht immer das Geld, dass man sich das Heroin aufstellt“ (Kr9). Mit dem Heroin steigt einerseits das Risikobewusstsein der NutzerInnen, nehmen andererseits aber auch die Risiken des Drogenkonsums zu (Überdosierungen, Krankheiten wie Hepatitis C).

Parallel zum Aufstieg des Heroins differenzieren sich „die Szenen“ entlang der gebrauchten Substanzen: „Ich hab keinen gekannt damals, der harte Drogen verkauft hat. Die Szenen waren streng getrennt“ (U7). Die Differenzierung folgt aber auch dem Ausmaß der Randständigkeit und der Marginalisierung der KonsumentInnen: „Da hat es ja auch immer Klassenunterschiede gegeben: ... die wirklichen Junkies ... die nur Morphin und Heroin genommen haben ... und diese Mischtypen, die ... noch mit Schlafpulver aufgefettet haben“ (Kl2). In der Heroinszene geht der soziale Zusammenhalt zunehmend verloren: „Es ist nur darum gegangen aufzustehen, um Drogen zu konsumieren oder Geld aufzustellen um Drogen aufzustellen“ (Kl4) und es kommt zu Gewalttätigkeiten (Kr2). Die NutzerInnen vereinzeln und konsumieren alleine, als Ort der Begegnung bleibt nur der Markt.

Anfänglich ist die Qualität des Heroins gut, aber der Preis hoch: Verfügen die KonsumentInnen nicht über die nötigen Ressourcen und können sie ihren Konsum nicht ausreichend kontrollieren – etwa mit Hilfe der Ersatzdroge Opiumtee – wird die Beschaffung zum Problem und rückt die Illegalität (die Prostitution, der Diebstahl) nahe. Aber auch die illegalen Handlungen können die Versorgung nicht immer gewährleisten, denn der Heroinmarkt ist nicht verlässlich: „Zu meiner Zeit konnte man Drogen nicht immer kaufen, das war absolut unmöglich, da gab es oft tagelange Engpässe“ (Kl1). Unter anderem werden die Engpässe auf polizeilichen Razzien am kleinen Schwarzmarkt zurückgeführt (Kl7). Langsam aber beginnt der Markt sich zu diversifizieren und zu professionalisieren: So bilden sich einerseits Straßenmärkte, anderseits streng abgeschottete Privatmärkte für die integrierten und kontrollierten KonsumentInnen: „Ich hätte ... nie irgendwo auf der Straße was gekauft. Es sind auch alles Leute, die im Beruf stehen und das halt als kleinen Kick nebenbei machen“ (U6). Und die Märkte diversifizieren sich auch nach den Substanzen: „Die Tabletten hat man am Karlsplatz bekommen,

LSD von Freunden, die man gut gekannt hat ... Heroin und Kokain hat man nur bekommen, wenn man jemanden gekannt hat. Diejenigen, die es sich am Karlplatz beschafft haben, das waren Idioten, die haben entweder schlechte Ware bekommen oder es war nur ein Schmäh drin“ (U7).

Mit der Diversifizierung und der Professionalisierung des Schwarzmarktes beginnt der „Anstand“ zu erodieren, der bis dahin in der vorwiegend privaten Szene geherrscht hatte: „*Als wir begonnen haben, war das ... innerhalb des Freundeskreises und es hat so etwas wie Anstand geherrscht. Natürlich hat es auch kleinere Betrügereien gegeben ... vor allem unter jenen, die heroinsüchtig waren ... Aber ... die damals Älteren haben schon ein bisschen auf uns Junge geachtet, die haben nicht um jeden Preis an uns verkauft“ (Kl1).*

Die 90er Jahre: „Bis 95 war's Koks, dann ist Ecstasy gekommen ...“ (U8)

Neben Kokain und Ecstasy wird nun auch Cannabis immer populärer, Heroin hingegen wird zunehmend durch die Substitutionsmittel ersetzt, die in immer größeren Mengen auf den Schwarzmarkt gelangen, billiger sind und deren Qualität gesicherter ist. Sie werden vorwiegend intravenös gebraucht: „*Die wenigsten nehmen es regulär. Das sind großteils ältere Leute, die sagen o.k., ich finde mich damit ab, ich nehm' das einfach in der Früh und am Abend oral ein. Aber das sind vielleicht 20%“ (Kr8).* Im Übrigen steigt auch der polytoxe Konsum, was auf die Substitution zurückgeführt wird: „*Ersatzdrogen haben nicht den Effekt, den Heroin hat, da wird dazukonsumiert, damit es einen Kick gibt, meist Alkohol oder Tabletten“ (Kr6).* Und: „*Und eigentlich ist es schlimmer geworden, wie ich ins Methadon Programm eingestiegen bin. Weil da hab ich dann das Heroin nicht mehr gespürt und hab dann angefangen, Tabletten zu nehmen und Kokain“ (Kr12).* Der steigende Mischkonsum schlägt sich in wachsenden gesundheitlichen Problemen nieder: „*Das ist dann so weit gegangen, dass ich gesagt habe, ich muss etwas unternehmen, ich bin dann zig mal im Spital gelandet, mit Blutvergiftung, Überdosis und so weiter und so fort“ (Kl4).*

Die Szenen wachsen, sie differenzieren sich weiter, werden unübersichtlich und neue – wie die „Partyszene“ – kommen hinzu. Insgesamt ist zu beobachten, dass sich die Veränderungen beschleunigen und die „Globalisierung“ Einzug hält (U9). In die Heroin-Straßenszene kehrt im Zuge dieser Veränderungen die Gewalt ein: „*Ich bin selten unbewaffnet gewesen, wenn ich irgendwie ein bissl ein deppertes Geschäft gemacht hab, ein bissl mehr gekauft hab oder so, einfach zum Selbstschutz“ (Kr7).*

Kokain aber vor allem Heroin werden am Straßenmarkt immer billiger, aber auch immer schlechter: „*In den 90er Jahren ist es ... immer billiger geworden, jedes Jahr um 200 Schilling“ (Kr7).* Auch die Substitution erleichtert das Leben der KonsumentInnen, denn die verschriebenen Substitutionsmittel lassen sich gut verkaufen: „*Du bist raus mit deinen Rezepten und hast die gleich verkauft. Im Garten dort“ (Kr3).* Die „gehobene“ Kokainszene zieht sich weiter in ihren privaten Markt zurück, in dem KonsumentIn und HändlerIn identisch bleiben, die Cannabisszene macht sich selbstständig: Hier wird zunehmend Selbstangebautes

verkauft und zahlreiche neue Lokale – sogenannte „Hütten“ – machen auf: „... so kleine Lokale, die von außen entweder ausschauen, wie irgendein altes Cafe, wo man eigentlich nicht denkt, dass man da reingehen würde ... jede halbe Stunde gibt es Massenabfertigung, bekommst du dein Gras und bezahlst und gehst wieder ... Aber die 18 Jahre Grenze halten sie alle ein. Ich werde immer nach dem Ausweis gefragt ... Das ist mit der Polizei abgemacht“ (U2).

Die Öffnung des Eisernen Vorhangs und die Globalisierung macht sich auch am Markt bemerkbar: „Anfang der 90er Jahre waren dann mehr Türken, Jugoslawen, Perser und dergleichen ... Ausländer generell, nur noch vereinzelt Österreicher“ (Kr7). Die österreichischen KonsumentInnen übernehmen die Position von ZwischenhändlerInnen, die im Auftrag unbekannter Großhändler aus dem In- und Ausland verkaufen (Kl4, Kr4, U9). Der „Anstand“ sinkt folgerichtig weiter: „Es wird ständig beschissen. Das war nicht immer so extrem, aber es wird schlimmer“ (Kr3). Und parallel dazu nehmen die Aktivitäten der Polizei – unter anderem in Form von Razzien – zu, vor allem in der „Partyszene“, wenn sie auch zu dieser Zeit nicht gegen die „EndverbraucherInnen“ gerichtet sind (Kr7). Das schärfere Vorgehen der Polizei wird als Reaktion auf die zunehmende Gewalt in der Straßenszene betrachtet: „Aber das ist eher durch die Angst der Polizisten bedingt ... dass einer Schusswaffen dabei hat oder irgendwen absticht“ (Kl4).

Nach der Jahrtausendwende: „Es ist alles nur mehr egoistisch ... jetzt ist es nur noch die Profitgier“

Die Palette der konsumierten Substanzen ändert sich nicht entscheidend: So setzt sich Marihuana gegenüber dem Haschisch durch – „weil es bei uns selbst gezogen ist und weil es viel hochprozentiger ist als Dope“ (U6). Außerdem werden nun Heroin und Kokain gemischt (sind bereits in Kugeln gemischt erhältlich) und steigt der Mischkonsum generell weiter (Kr12). Das bringt natürlich neue Probleme mit sich, da man – vor allem beim Konsum abgepackter Mischware – die Wirkung nicht abschätzen kann: „Wissen Sie wie viel Kokain da drinnen war? Die haben das genau ausgetestet. 2%, genau, der Rest war Novocain, Amphetamine. Dann waren drinnen Barbiturate, Benzis, Tranquillizer und noch irgendetwas. Rattengift war glaube ich auch noch dabei“ (Kl6). Und „... da ist alles verpackt gewesen und du hast nicht reinschauen können. Früher ... hab ich gewusst, was ich kauf. Und das kann ich heutzutage nicht mehr“ (Kr9, ähnlich U5 und Kl10).

Die KonsumentInnen, meint man des Weiteren, würden immer jünger und das in allen „Szenen“ (U1, Kr3, Kr7) und der Konsum immer öffentlicher, vor allem von Cannabis: „Dass sie sich immer weniger scheissen und unten bei der U-Bahn stehen mit dem Ofen ...“ und: „Aber man kommt immer mehr drauf, dass eigentlich eh alle Leute rauchen ... auch die normalen Leute sind nicht mehr negativ eingestellt und die normalsten Leuten, die man auf der Straße sieht, die kiffen auch“ (U2).

Am wesentlichsten aber verändert sich der Markt, der sich weiter differenziert und weiter wächst, am sichtbarsten auf der Straße: „Erstens einmal waren eben die ganzen Schwarzen auf der Straße, plötzlich, das hat es vorher einfach nicht

gegeben. Und ... heute ist es ein bisschen eine Tragödie in dieser Stadt, dass man leichter zu Heroin und Kokain kommt, als zu Haschisch ... In jeder Straßenbahn kannst Du mehr oder weniger Heroin und Koks kaufen, aber du kannst nicht in jeder Straßenbahn Haschisch kaufen, da sind alle Hütten, alle Lokale einfach dicht mittlerweile“ (U5). Auf der Straße sinken Preis und Qualität weiter: „Also ich weiß wie gutes Koks wirkt und hätte noch nie vergleichbares in einem dieser Kugel entdeckt“ (U5). Daneben gibt es teure Privatmärkte für die Kaufkräftigeren und zunehmend Privatversorgung nicht nur beim Cannabis: „Es gibt ja bei uns in Wien so viele schöne Gruppierungen, da gibt es das Negerheroin und genauso ... bekomme ich 60% Heroin ... es ist nur eine Frage des Geldes“ (Kl6). Und: „Die Menschen beginnen sich selbst zu versorgen auf diesem Sektor. Die basteln alles selbst und züchten alles in die Höhe“ (U6).

Mit dem Einzug der professionellen, selbst nicht konsumierenden Dealer auf dem Schwarzmarkt – oder auch mit der Professionalisierung zumindest des Straßenschwarzmarktes – sinkt der „Anstand“ weiter und auch der Zusammenhalt in der Szene: „Also früher hat es das nicht gegeben, wenn einer einen Turkey gehabt hat, hat ihm ein anderer geholfen. Es war mehr Zusammenhalt, das gibt's überhaupt nicht mehr“ (Kl6). Neben dem Markt wird auch die härtere und unberechenbarere Gangart der Polizei seit der politischen Wende im Jahr 1999 für den Verlust des Zusammenhaltes verantwortlich gemacht: „Die müssen mehr Erfolge vorzeigen. Ob sie wen mit einem Gramm oder einem Kilo erwischen, ist ihnen egal. Hauptache sie erwischen einen. Es ist auf jeden Fall strenger geworden. Auch wie die Polizisten mit den Leuten umgehen, dass sie härter vorgehen“ (U6). Das härtere Vorgehen der Polizei führt wiederum dazu, dass man die „billigen Tabletten ... vom Karlsplatz“ kauft, mit denen man „einfach viel länger auskommt“ (Kl12).

Schlussbemerkungen

Die hier zusammengestellten Daten indizieren zum einen, dass das Ausmaß der Erfahrungen mit illegalen Drogen – vor allem aber mit Cannabis – im Beobachtungszeitraum unter den Jugendlichen in Wien zugenommen hat, und – damit im Zusammenhang – das Ausmaß der Drogenerfahrungen in der Gesamtbevölkerung. Anders ausgedrückt: Die Drogenerfahrungen diffundierten in die Wiener Bevölkerung, vorrangig handelt es sich dabei um Erfahrungen mit Cannabis. Gleichzeitig ist die Enttabuisierung des Drogenkonsums – wiederum vor allem des Gebrauchs von Cannabis – zu beobachten, und damit einhergehend die Auflösung der entsprechenden Drogenmilieus. Rund um neue Substanzen und neue Substanzkombinationen – zuerst Heroin, dann Kokain und Ecstasy, wie auch Mischkonsum, unter anderem mit Substitutionsmitteln – entstehen andererseits aber auch neue Szenen, die sich laufend diversifizieren. Der auffälligste Kern der NutzerInnen „härterer“ und „harter“ Drogen, der sich in den 80er Jahren in der offenen Szene am Karlsplatz traf, ist heute in zerstreuten und segregierten halboffenen „Szenen“ beheimatet. Von ihnen scharf geschieden finden sich diverse private Drogenmilieus, die sich zunehmend aus hochwertiger heimischer Produktion und zumeist über eigene private Märkte versorgen, auf denen wie am Beginn der „internationalen Drogenwelle“ KonsumentIn und HändlerIn zusammenfallen. Die Straßenszenen werden hingegen durch die Straßenmärkte versorgt, auf denen immer billigere

Waren, immer schlechtere Qualität angeboten werden. Sie werden in kleinen und kleinsten Mengen von Straßenhändlern vertrieben, die professionell in dem Sinn sind, als sie selbst nicht konsumieren und die sich in immer größerem Maße aus globalen Randgruppen rekrutieren.

5. Zusammenfassung: Phasen der Wiener Drogenpolitik

Wie lassen sich durch spezielle Konzepte und durch bestimmte Konstellationen von Maßnahmen gekennzeichnete sozio-politische Phasen voneinander abgrenzen? Victor Klemperer, der die Durchsetzung faschistischer Ideologie und Herrschaftsformen erlitt und beobachtete, verglich den Wechsel politischer Phasen mit einem Gassspeicher: „Man zünde ein winziges Flämmchen an. Lässt man dann Wasser einlaufen, so entzündet sich in einem gegebenen Moment explosiv („schlagartig“) eine ganze Flammenreihe und erhitzt sehr schnell das durchströmende Wasser ... Als Einzelflämmchen ist *jede* Idee in fast jeder Zeit vorhanden. Die Rasseidee, der Antisemitismus, die kommunistische Idee, die nationalsozialistische, der Glaube, der Atheismus – jede Idee. Wie kommt es, dass plötzlich eine von diesen Ideen eine ganze Generation erfasst und dominiert?“ (1995)

Nun ist Drogenpolitik selbstverständlich nicht mit totalitärer Gesellschaftspolitik vergleichbar – unter anderem hat sie im Leben der Einzelnen und der Gesellschaft weit weniger Gewicht – und drogenpolitische Phasen wechseln einander auch nicht so heftig und grundlegend ab, wie die Zustände eines Gassspeichers. Aber es ist wichtig stets im Auge zu behalten, dass neue Konzepte nicht alle gültigen zur Gänze ersetzen, dass die letzteren in gewissem Ausmaß und in gewisser Form erhalten bleiben und dass die neuen zumeist nicht so neu und einmalig sind, wie sie präsentiert werden. Die Konstruktion von Phasen ist daher ein fragiles Unternehmen, und das Durchsetzen neuer Konzepte und neuer Maßnahmen lässt viele Fragen offen. Nach dieser Mahnung zur Vorsicht lassen sich fünf Phasen der Drogenpolitik in Wien unterscheiden.

Bei der Bildung der Phasen, die sich interessanterweise gut in die Abfolge der Jahrzehnte fügt, wurde die Entwicklung der folgenden Teilsysteme berücksichtigt: des Behandlungs- und Betreuungssystems, inklusive der Prävention, der regionalen Drogenverwaltung, des gesetzlichen Rahmens inklusive der wichtigsten Erlasse, des Polizeiapparats und der polizeilichen Aktivitäten, der gerichtlichen Sanktionen, wie der DrogennutzerInnen/der Drogenszene und der konsumierten Substanzen.

Phase 1. Die Zeit vor „1968“: Nationale Anpassung und Repression

Die Innovationen im Drogenbereich beschränkten sich in dieser Phase auf die – mehr oder minder verzögerte – Anpassung der österreichischen Gesetzgebung an die internationalen Abkommen (Pilgram 1992). So war bei Beginn der „internatio-

nalen Drogenwelle“ Ende der 60er Jahre das letzte internationale Abkommen – die „Einheitskonvention“ von 1961 – noch nicht ratifiziert, in der erstmals präventive, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen neben den punitiven vorgesehen waren (Erben, Kodek, Pipal 1980). Das österreichische Suchtgiftgesetz blieb dementsprechend rein repressiv. Der Wandel der internationalen Drogenpolitik, der sich in der Einheitskonvention niederschlägt, hatte sich bis zu diesem Zeitpunkt auch noch nicht auf den praktischen Umgang mit drogenbezogenen Problemen ausgewirkt: Personen, die im Zusammenhang mit illegalen Substanzen auffällig wurden, wurden in dieser Phase entweder mit Strafen bedacht oder mit dem Entzug in einer psychiatrischen Anstalt, dem vermutlich eine Zwangseinweisung voranging und dem wahrscheinlich sehr rasch die Entlassung folgte. Die regionale Ebene war nur insofern in die drogenpolitischen Maßnahmen einbezogen, als die Bezirksverwaltungsbehörden dazu verpflichtet waren, Aufzeichnungen über den Verkehr mit – etwa die ärztliche Verordnung von – den inkriminierten Substanzen zu tätigen und an die verantwortliche Bundesbehörde/das verantwortliche Bundesministerium weiterzuleiten.

Die Zahl der von den drogenpolitischen Maßnahmen betroffenen Personen war sehr gering: Zwischen 1948 und 1968 wurden 320 Personen verurteilt, pro Jahr durchschnittlich 16. Fast ein Drittel der SuchtgiftäterInnen hatte einen medizinischen Beruf oder war Angehörige/Angehöriger einer Person mit medizinischem Beruf, etwa die Hälfte der Verurteilten hatte wegen einer physischen Krankheit erstmals zu einer illegalen Droge gegriffen. Ein Drittel der StraftäterInnen war weiblich, das Durchschnittsalter der Frauen lag bei 34 Jahren, jenes der Männer bei 32. Bei den DrogentäterInnen handelte es sich also überwiegend um abweichende (aus ihren Rollen fallende) Angehörige des medizinischen Systems, in dem die meisten, dem Suchtgiftgesetz subsumierten Substanzen als Medikamente eingesetzt werden und sie fanden sich auf Seiten der BehandlerInnen, wie auf Seiten der Behandelten. Den Charakteristika der DrogentäterInnen entsprachen die der bevorzugten Drogen und der Drogendelikte: Es waren Heptadon und Morphinum, die mit Hilfe gestohlener oder gefälschter Rezepte aus der Apotheke bezogen wurden (Graßberger 1969).

Fazit: In der ersten drogenpolitischen Phase, in der die Drogennutzung geringfügig und wenig sichtbar war, war lediglich ein spezielles Gesetz ausdifferenziert, das mehr oder minder rasch dem jeweiligen Stand der internationalen Abkommen angepasst wurde. Der Schwerpunkt der vorgesehenen und gesetzten drogenpolitischen Maßnahmen lag auf dem Versuch, den Kontakt zu den inkriminierten Substanzen zu unterbinden, und jene, die ihn dennoch herstellen, mit vorhandenen Zwangsmitteln (Freiheitsentzug, Entzug) von ihnen zu trennen. Es differenzierten sich weder ein Drogendiskurs noch regionale Drogenpolitiken aus.

Phase 2. Die 70er Jahre: Strafe und (Zwangs)Behandlung

Ende der 60er Jahre – mit der „internationalen Drogenwelle“ und der „Zweiten Jugendbewegung“ – begannen sich die DrogennutzerInnen grundlegend zu ändern: Es handelte sich nun um überwiegend männliche Jugendliche und junge Erwachsene aus geordneten Verhältnissen, die neue Drogen (vor allem Haschisch

und Roh-Opium) konsumierten, die sie teils selbst importierten (Graßberger 1969, Sluga, Spiel 1968). Die Welt der Erwachsenen reagierte rasch auf das neue Phänomen „der Gammler“, die die herrschende gesellschaftliche Ordnung ablehnten (Sluga, Spiel 1968).

Durch eine Novelle des Suchtgiftgesetzes aus dem Jahr 1971, die einer ersten öffentlichen Diskussion über illegale Drogen folgt, wird in beschränktem Maß „Behandlung statt Strafe“ eingeführt: Anzeigen oder das Strafverfahren gegen Personen, die illegale Drogen im Ausmaß einer „Wochenration“ für den Eigenverbrauch erworben und besessen hatten, müssen nun zurückgelegt oder eingestellt werden, die Betroffenen müssen sich allerdings einer Begutachtung durch die Bezirksverwaltungsbehörde unterziehen und – entsprechend deren Anordnungen – eventuell auch einer Behandlung oder Kontrolle (Schilder 1980). Damit ist die aktive Teilnahme der regionalen Gesundheitsbehörden an den drogenpolitischen Maßnahmen gefordert.

Noch im selben Jahr wird die erste spezielle Behandlungseinrichtung für DrogenkonsumentInnen in Wien gegründet, der bald darauf weitere folgen. Die erste Drogeneinrichtung ist eine ambulante Beratungsstelle, die gefährdeten Jugendlichen und deren Angehörigen Information und Betreuung anbietet, ihre Aufgaben werden jedoch bald auf die Nachbetreuung von Personen, die aus dem Behandlungsvollzug entlassen wurden, reduziert. 1972 wird die erste stationäre Drogeneinrichtung in Wien-Kalksburg mit 9 Betten eröffnet, die Zahl ihrer Betten bis Ende der 70er Jahre verdoppelt. Für die Behandlung sind 12 Monate vorgesehen (Pernhaupt 1980).

Zur gleichen Zeit wird Behandlung in den Strafvollzug eingeführt und 1975 die „Sonderanstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher“ mit 80 Plätzen in Wien gegründet, in die nur StraftäterInnen, deren Freiheitsstrafe zwei Jahre nicht übersteigt, eingewiesen und aufgenommen werden können (Gratz, Werdenich 1980). Die Sonderanstalt hat in dieser Phase zweimal so viele Behandlungsplätze wie alle stationären Einrichtungen der „freien Drogenhilfe“ in Österreich zusammen und mehr als viermal so viele wie die Drogenstation in Wien.

Der einsetzenden Spezialisierung der Behandlung auf regionaler Ebene und im überregionalen Strafvollzug, entsprach die Spezialisierung in der Polizei zuerst auf regionaler, dann auf nationaler Ebene: Bereits 1968 wurde in Wien eine operative Suchtgiftgruppe im Sicherheitsbüro eingerichtet, das Innenministerium folgt Anfang der 70er Jahre mit der Gründung der „Zentralstelle zur Bekämpfung der Suchtgiftkriminalität“. Sie hat die Aufgabe auszubilden und national und international zu koordinieren, wie auch jährlich eine Suchtgiftstatistik zu publizieren, in der – im Gegensatz zur Polizeistatistik – nicht nur die führenden, sondern alle Suchtgiftdelikte aufgezeichnet werden. Da diese Statistik im gesamten Beobachtungszeitraum die einzige, kontinuierlich fortgeführte Dokumentation bleibt, ist sie hier als „führende“ Statistik im Drogenbereich zu betrachten. Allerdings werden in dieser Periode auch schon die ersten epidemiologischen Studien über das „Drogendunkelfeld“ durchgeführt.

Die Zahl der von den drogenpolitischen Maßnamen – genauer: den polizeilichen – erreichten Personen explodierte in dieser Phase: So stieg die Zahl der Angezeigten um etwa 400 % gegenüber den Vorjahren (Pilgram 1980, Eisenbach-Stangl 2003). Rund 60% der DrogenstraftäterInnen hatten ausschließlich Cannabis besessen, erworben oder gehandelt, bei etwa einem Drittel waren Opiate im Spiel, wobei Heroin eine untergeordnete Rolle spielte. Im Dunkelfeld hatte Cannabis einen noch höheren Stellenwert. Etwa ein Drittel aller Angezeigten wurde verurteilt (Pilgram 1980).

Fazit: In der zweiten Phase werden – angeregt durch eine Novelle des österreichischen Suchtgiftgesetzes – spezifische, drogenbezogene Maßnahmen unter dem Vorzeichen der Repression im medizinischen wie im polizeilich-juristischen Bereich entwickelt: Auf Bundesebene sind Spezialisierungen der Polizei und des Strafvollzugs zu beobachten, in Wien (und in geringerem Maße auch in anderen Bundesländern) werden die ersten speziellen Behandlungseinrichtungen gegründet. Die Behandlung ist langfristig und stationär, sie findet überwiegend mit Freiheitsstrafe gekoppelt statt und zielt auf Drogenfreiheit ab, die ambulante Betreuung wird ihr untergeordnet. Der einsetzende ExpertInnendiskurs zeigt, dass die neuen AkteurInnen teils mit den gesellschaftskritischen Anliegen der DrogennutzerInnen identifiziert sind (vgl. Teil II). Durch die Einbeziehung des auf Länderebene organisierten Gesundheitssystems in die Drogenkontrollen wird das Fundament für die Entwicklung regionaler Drogenpolitiken gelegt.

Phase 3. Die 80er Jahre: Diversifizierte Behandlung und Strafe

In den 80er Jahren bleibt Cannabis die bei weitem bevorzugte Droge, doch nimmt die Attraktivität von Heroin deutlich zu. Da der Westen Österreich mit Drogen weit besser versorgt ist als der Osten, greifen die Wiener HeroinkonsumentInnen bis Ende der 80er Jahre häufig auf Mohnstroh zurück. Die KonsumentInnen ändern sich mit den Drogen: Die Behandelnden sprechen übereinstimmend von einer Klientel, die älter, deprivierter und marginalisierter sei als in der Phase zuvor, die unter diversen Krankheiten (Komorbidität) leide und anfällig sei für ansteckende Krankheiten, inklusive HIV und AIDS. Auch die polizeilich angezeigten DrogenstraftäterInnen werden älter (Eisenbach-Stangl, Burian 1998).

Grundlegende Änderungen sind auch bei den drogenpolitischen Maßnahmen zu beobachten, zu denen – wie schon in der vorigen Phase – das Gesetz den Auftakt gibt: Am Beginn der dritten Phase schreibt das Suchtgiftgesetz die medizinische Begutachtungspflicht für alle DrogennutzerInnen fest und verpflichtet sie zur medizinischen Kontrolle und Behandlung, wenn die Gutachtenden dies für nötig erachten. Außerdem wird „Behandlung statt Strafe“ ausgeweitet. Nun kann auch bei StraftäterInnen, die zu einer Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren verurteilt wurden, die Strafe wegen einer Behandlung aufgeschoben oder umgewandelt werden. Schließlich wird Abhängigkeit als Milderungsgrund bei Straftaten anerkannt. Für die Durchführung der vorgesehenen Maßnahmen wird eine neue Art von Einrichtung geschaffen: die „Anerkannten Einrichtungen“, die auch aus Bundesmitteln finanziert werden. Sie müssen mit einem Arzt/einer Ärztin zusammenarbeiten, der/die hinreichend mit Suchtfragen im illegalen Drogenbereich vertraut ist und

sie müssen die Meldepflichten an das für Drogenfragen zuständige Ministerium erfüllen.

Die Kapazität der „freien Drogenhilfe“ beginnt jene des Behandlungsvollzuges zu übersteigen: Ende der 80er Jahre ist sie in ganz Österreich doppelt so hoch (Eisenbach-Stangl 2002). In Wien übersteigt die Zahl der Betten in der „freien Drogenhilfe“ die Zahl der Plätze in der Sonderanstalt – die für ganz Österreich „zuständig“ ist – etwa um das Eineinhalbache (rund 170 Betten vs. 110 Plätze). Mitte der 80er Jahre übernimmt das Bundesministerium für Justiz die Kosten der Behandlung von StraftäterInnen in der „freien Drogenhilfe“.

Die „freie Drogenhilfe“ wird ausgebaut, und sie wird professionalisiert und diversifiziert. Besonders die ambulante Drogenhilfe profitiert von dieser Entwicklung: Ihre Kapazität beginnt die der stationären zu übersteigen. Die neuen Behandlungsangebote sind zunehmend niederschwellig: 1980 wird Streetwork etabliert (Nittmann 1980), in der zweiten Hälfte der 80er Jahre folgt das Ersatzdrogenprogramm (das ab 1991 auch in Gefängnissen zumindest eingeschränkt angeboten wird), am Ende der Phase wird der Ganslwirt eröffnet (Schinnerl 2001).

Die geschilderte Entwicklung beruht auf einem grundlegenden Wandel des Krankheitsbildes und der Therapieziele: Statt einer ansteckenden Krankheit wird die Drogenabhängigkeit nun als komplexe, chronische Krankheit konzipiert und Abstinenz rückt zu Gunsten von „Leidensminderung“ („Harm Reduction“) in den Hintergrund. Der Wandel drückt sich in heftigen persönlichen, professionellen und medialen Konflikten aus (Hauser, Haller 1988, Eisenbach-Stangl, Burian 1998), die auch das präventive Feld ergreifen, das in dieser Phase beginnt, sich aus dem Polizei- und dem Behandlungsbereich auszudifferenzieren.

Der Ausbau der „freien Drogenhilfe“ führt zum kräftigen Zuwachs von DrogenpatientInnen. Damit verbunden geht der Anteil der Verurteilten an den Angezeigten von einem Drittel auf ein Viertel zurück, und werden die bedingten Verfahrenseinstellungen zur dominierenden justiziellen Reaktion. Anders ausgedrückt: die durch die Novelle des SGG im Jahr 1985 kräftig vorangetriebene „Diversion“ beginnt zu greifen.

Das zunehmende Gewicht der Drogenhilfe bei den individuellen Kontrollen stärkt die regionalen Kräfte, in deren Kompetenz die Gesundheitsangelegenheiten liegen, in der Drogenpolitik. In Wien – wie in anderen Bundesländern – wird ein Drogenbeauftragter ernannt, der das Land gegenüber dem Bund in Drogenfragen vertritt (unter anderem, wenn es um die Vergabe der Bundesmittel für die Anerkannten Einrichtungen geht). Und es wird ein Drogenbeirat gebildet, dem VertreterInnen aller Drogenhilfe-Einrichtungen angehören, und der beginnt, sich in die Gesetzgebung auf nationaler Ebene einzumengen, um gesundheitspolitischen Anliegen stärkeres Gewicht zu verleihen. Die regionale Ebene wird auch durch den gesetzlichen Auftrag angesprochen, ein Gesundheitserziehungskonzept auszuarbeiten und durchzuführen, mit dem Ziel „über die Gefahren des Suchtmissbrauches“ aufzuklären (SGG von 1980).

Die polizeilichen Aktivitäten rücken in dieser Phase beim konkreten „Drogenmanagement“ in Wien zwar in den Hintergrund – die Zahl der Angezeigten stagniert auf lokaler wie im Übrigen auch auf nationaler Ebene –, doch schreiten im Bereich der Polizei auf Bundesebene der Ausbau, die Spezialisierung und die Professionalisierung fort: Hier wird 1981 die erste operative Spezialeinheit gegründet, die „Einsatzgruppe zur Bekämpfung der Suchtgiftkriminalität“, sie wird im Ausland geschult und international vernetzt. Eine Untergruppe wird in Wien eingesetzt. Die Polizei erhält überdies erweiterte Kompetenzen im Drogenbereich: Stichworte „verdeckte Fahndung“ und „Scheinkauf“.

Fazit: In den 80er Jahren treten das Heroin und die sozial, psychisch und physisch verelenden HeroinkonsumentInnen in den drogenpolitischen Vordergrund. In derselben Periode übernimmt der Behandlungs- und Betreuungssektor die Führung bei der Problemdefinition, wie bei der Bestimmung der Kontrollmodalitäten und -ziele: Leidensmindernde Maßnahmen treten an die Seite der Abstinenzbehandlung. Die Zahl der DrogenkonsumentInnen, die (auch) im „freien Drogensektor“ betreut werden, übersteigt nun jene, die (ausschließlich) durch das polizeilich-juridische System erfasst werden. In soziologischer Begrifflichkeit ausgedrückt, ist eine „Medikalisierung“ der Drogenfrage zu beobachten, die mit der Diversifizierung und Professionalisierung der Drogenbehandlung einhergeht. Die Entwicklung wird, wie im Jahrzehnt davor, durch das Suchtgiftgesetz stimuliert und dürfte in Wien stärker ausgeprägt sein als in den anderen Bundesländern. Die Medikalisierung ermöglicht die Formierung von regionalen Drogenpolitiken, etwas verzögert entsteht auch in Wien der Kern einer eigenen Drogenverwaltung. Parallel dazu, aber auf Bundesebene und auf der Grundlage anderer Gesetze, wächst, professionalisiert und internationalisiert sich auch die „Drogenpolizei“. Ihre Kompetenzen und ihre Reichweite werden außerdem durch neue, drogenspezifische Fahndungsbefugnisse ausgeweitet. Eine drogenspezifische polizeiliche Einsatzgruppe interveniert auch auf der lokalen Ebene. Der Drogendiskurs in den Medien bleibt von der Polizei bestimmt, der ExpertInnendiskurs wird in dieser Phase heftig und konfliktreich, inter- wie intraprofessionell.

Phase 4. Die 90er Jahre: Lokale Integration, überregionale Exklusion

Die „freie Drogenhilfe“ wird in dieser Periode noch beschleunigter ausgebaut: Die Zahl der Betten in österreichischen Einrichtungen verdoppelt sich nochmals und die Kapazitätsausweitung der ambulanten Einrichtungen – insbesondere der Ersatzdrogenbehandlung – schreitet in noch größerem Ausmaß fort. Die Diversifizierung, Spezialisierung und Professionalisierung erreicht nun auch die „Randbereiche“ der Drogenhilfe, die bis dahin von den Behandelnden und der Polizei wahrgenommen worden waren: Die primäre Prävention einerseits, die soziale und berufliche Rehabilitation andererseits. Damit verbunden treten neue, anderen Professionen zugehörige DrogenexpertInnen auf: vor allem PädagogInnen und SozialarbeiterInnen (Springer 2003).

Die primärpräventiven Aktivitäten, die auf der regionalen Ebene bis dahin vor allem von der Polizei und der Drogenhilfe wahrgenommen worden waren, werden nun in einer eigenen Einrichtung angesiedelt – in Wien, wie in allen anderen

Bundesländern – und damit regional verankert. Die präventiven Ziele und Mittel ändern sich grundlegend, der Wandel wird durch eine neue Begrifflichkeit signalisiert: Waren bei der bisherigen „Drogenprävention“ die illegalen Substanzen und der verbotene Umgang mit ihnen im Vordergrund gestanden, geht es bei der neuen „Suchtprävention“ um die Vermeidung unerwünschter Konsumfolgen bei allen psychotropen Substanzen. Um die Reichweite zu steigern, werden neue pädagogische Konzepte (z.B. „MultiplikatorInnen“) und neue technische Mittel (z.B. das Internet) eingesetzt und der außerschulische und der Arbeitsbereich stärker angesprochen. Außerdem werden auch die präventiven Angebote diversifiziert und neuen KonsumentInnengruppen angepasst, wie etwa das „Pillentestprogramm“ „ChEck iT!“, das KonsumentInnen von „Party- oder Tanzdrogen“ vor Ort die chemische Analyse und Beratung anbietet.

Die Suchtprävention greift auf Polizei und Strafvollzug über: In einer eigenen kleinen Einrichtung wird die Wiener Polizei suchtpräventiv tätig (Karazman-Morawetz 2002) und im Strafvollzug werden „Drogenfreie Zonen“ eingerichtet: Häftlinge, die einen Vertrag unterzeichnen, in dem sie sich verpflichten, weder legale noch illegale Drogen zu konsumieren und sich entsprechenden (Harn)Kontrollen zu unterwerfen, bekommen im Gegenzug Hafterleichterungen. Die Drogenfreien Zonen werden vor allem von Inhaftierten in Anspruch genommen, die nie Drogen konsumiert haben (Spirig 2000). Die neuen suchtpräventiven Botschaften erreichen allerorts Personen, die bis dahin noch keine Drogenkontakte hatten und sie beabsichtigen den „Abschreckungsdiskurs“ durch einen „Risikodiskurs“ zu ersetzen.

Hinter dem beschleunigten Ausbau der Drogenhilfe und der Emanzipation und Professionalisierung von Rehabilitation und Prävention steht die in den 90er Jahren auf- und ausgebauten Wiener Drogenverwaltung, deren Mittelpunkt der 1992 eingesetzte Drogenkoordinator und sein Büro bilden, die eng mit dem Drogenbeauftragten zusammenarbeiten. Auf Bezirksebene stehen als KooperationspartnerInnen die „BezirksrätlInnen für Drogenfragen“ zur Verfügung. Der Drogenbeirat verliert als drogenpolitisches Steuerungselement an Bedeutung, in ihm sind nun alle mit Drogenfragen befassten Stellen und Einrichtungen – inklusive der, im Gemeinderat vertretenen Parteien – repräsentiert. Im Laufe der vierten Phase werden unter anderem zwei Drogenkonzepte erstellt und vom Gemeinderat beschlossen und es wird ein Suchtmittelmonitoring eingeführt, das im Abstand von zwei Jahren wiederholt wird: Dabei werden die Meinungen der WienerInnen zur lokalen Drogenpolitik sowie ihre Konsumgewohnheiten bei legalen wie illegalen Substanzen erhoben. Schließlich wird die mehrfache Vernetzung der diversen Drogeneinrichtungen vorangetrieben und werden nicht zuletzt auf diese Weise die intra- und interprofessionellen Konflikte der 80er Jahre beruhigt. Die regionale drogenpolitische Steuerung ist finanziell unterfüttert: Der Drogenkoordinator verfügt über den Großteil der für Drogenangelegenheiten vorgesehenen Mittel der Stadt.

Parallel zum Ausbau und zur Diversifizierung der Drogenhilfe, die eine stark steigende Zahl von aktuellen und potentiellen DrogenkonsumentInnen, insbesondere aber die marginalisierten DrogennutzerInnen erreicht, werden auch die national und zunehmend international gesteuerten polizeilichen Aktivitäten im

Drogenbereich wieder intensiviert: Die Zahl der Angezeigten steigt in dieser Periode um das Vierfache. Unter den Angezeigten steigt der Anteil von Jugendlichen und Fremden männlichen Geschlechts und der Anteil jener, die in Verdacht stehen ein Vergehen (und nicht ein Verbrechen) begangen zu haben.

Die intensivierte Drogenfahndung der Polizei ist einerseits das Resultat der wachsenden Zahl der mit Suchtgiftdelikten beschäftigten Beamten, auch in Wien. Andererseits ist sie ein Nebenprodukt der, im Zuge der Ostöffnung verstärkten Bekämpfung des organisierten Verbreichens („OK“) und der wachsenden Vernetzung der Polizei auf europäischer Ebene („EUROPOL“). Auch die abermals ausgeweiteten Fahndungsbefugnisse („Großer Lauschangriff“ und „Rasterfahndung“) sind nicht drogenspezifischer Art. Die Zahl der Verurteilten folgt (folgerichtig?) nicht jener der Angezeigten: Der Anteil der Verurteilten sinkt auf etwa ein Fünftel der Angezeigten, ein zunehmender Anteil der Verfahren wird unbedingt eingestellt oder mit Freispruch beendet.

Der Gesetzgeber spielt in dieser Phase erstmals eine reaktive Rolle. 1998 wird das SGG als Suchtmittelgesetz („SMG“) neu formuliert, das als erstes österreichisches „Drogengesetz“ alle geltenden internationalen Abkommen berücksichtigt. Alle Entwicklungen, die in der Drogenhilfe und damit auf regionaler Ebene seit 1985 – dem Jahr, in dem das SGG das letzte Mal novelliert wurde – stattgefunden hatten, werden legitimiert. „Behandlung statt Strafe“ wird nochmals ausgeweitet und erstmals wird zwischen den Drogen differenziert: Hanfprodukte werden vorsichtig „entmedikaliert“, indem bei einer geringen Menge auf die Stellungnahme einer Gesundheitsbehörde verzichtet werden kann.

Die ansatzweise Entmedikalisierung bei Cannabis durch das SMG 1998 trägt der Entwicklung Rechnung, dass sich die Substanz in den 90er Jahren tatsächlich abermals steigender Beliebtheit erfreute und in der „Normalbevölkerung“ neben Alkohol und Tabak etablierte. Das Monitoring der Wiener Drogenkoordination und andere Quellen zeigen darüber hinaus, dass in dieser Phase „Drogenneuheiten“ wie Ecstasy Wien erreichten, und dass das Interesse an Kokain langsam aber kontinuierlich stieg, jenes an Heroin hingegen abnahm – obwohl die Zahl der marginalisierten DrogenkonsumentInnen weiter stieg. Insgesamt ist davon auszugehen, dass der Drogenkonsum in Wien, der lange unter jenem in westeuropäischen Großstädten geblieben war, in den 90er Jahren an Westeuropa anschloss – eine Entwicklung, für die die sozio-ökonomischen Veränderungen, die dem Fall des „Eisernen Vorhangs“ folgten, maßgeblich verantwortlich sind.

Fazit: In den 90er Jahren kommt die Drogenpolitik „in Wien an“: Die Schaffung einer eigenen Drogenverwaltung, in der die wesentlichsten regionalen Entscheidungskompetenzen und „Drogenmittel“ „querschnittsförmig“ konzentriert sind, ermöglicht die lokale Steuerung im Drogenbereich. Durch den forcierten Ausbau der Drogenhilfe – inklusive Rehabilitation und Prävention – und ihrer Diversifizierung und Professionalisierung, durch die vielfältige Vernetzung aller Drogenangelegenheiten und damit zusammenhängend die zunehmende Durchdringung des lokalen Drogendiskurses und lokaler Drogenszenen, werden die gesellschaftlichen und politischen Konflikte befriedet, die mit der „Drogenfrage“ verbunden in den 80er

Jahren aufbrachen. Allerdings gerät der lokale „Sucht(Risiko)diskurs“ vor allem im primärpräventiven Bereich in Gegensatz zum nationalen und internationalen „Drogendiskurs“, der durch Abkommen und Gesetz, wie durch die dadurch gegebenen polizeilich-justiziellen Zuständigkeiten und Kräfte bestimmt wird. Der nationale und internationale Rahmen mag als „Außenfeind“ für die Formierung einer gemeinsamen – toleranten und unterstützenden – Haltung auf regionaler Ebene nützlich sein (Coser 1974). Dennoch werden durch ihn die grundlegenden Steuerungsstrukturen vorgegeben, die die regionalen Lenkungsoptionen begrenzen und weitgehend auf die Diskursebene beschränken (Bergmark 2004). In der vierten Phase ist auch eine deutliche Re-Aktivierung des strafrechtlichen Rahmens zu beobachten, in Form sprunghaft ansteigender polizeilicher Anzeigen. Und insgesamt ist davon auszugehen, dass eine wachsende Zahl von marginalisierten wie von sozial integrierten DrogenkonsumentInnen von den exkludierenden polizeilichen Maßnahmen wie gleichzeitig von den inkludierenden der Wiener Drogenhilfe getroffen wird. Der mediale Drogendiskurs, der auch in dieser Phase von der Polizei bestimmt bleibt (Bernard 1997, Eisenbach-Stangl, Pilgram u.a. 2005), stösst auf der Alltagsebene zunehmend mit dem „Suchtdiskurs“ zusammen, der von der regionalen Drogenhilfe verbreitet wird.

Phase 5. Die ersten Jahre des neuen Jahrtausends und Ausblicke: „Normalisierung durch Monetarisierung“ und/oder „punitive Segregation“?

In den letzten Jahren der 90er Jahre und in den ersten des neuen Jahrtausends zeichnet sich die Formierung einer neuen Phase ab, die hier nur angerissen werden kann: Beim Suchtmittelkonsum ist ein weiteres Ansteigen des Cannabis- und Kokaingebrauches zu beobachten, der Heroingebrauch geht abermals zurück, er wird durch den Gebrauch häufig illegal erworbener Substitutionsmittel und Psychopharmaka – vor allem von „oralen Morphinien“ und von Benzodiazepinen – ersetzt. Der Griff zu den – sichereren wie billigeren – Medikamenten und die Entwicklung zum Mehrfachkonsum – der auch legale Substanzen wie Alkohol umfasst – verweisen auf die fortschreitende Verarmung der marginalisierten DrogengebraucherInnen, deren Zahl seit der Jahrtausendwende weiter wächst (Busch et al. 2003). Auf der anderen Seite scheinen auch der experimentelle Drogenkonsum und die Zahl der sozial integrierten GebraucherInnen zuzunehmen, die sich mit größerer Vehemenz von den marginalisierten KonsumentInnen abschotten und deren Drogennutzung unter dem Vorzeichen von „Normalisierung“ diskutiert wird (Parker et al. 1998). Anders ausgedrückt: Die Drogenszenen, die sich in den 80er Jahren in unterschiedlichen sozialen Lagen zu etablieren begannen, haben sich in den 90er Jahren diversifiziert und bilden spätestens seit Ende der 90er Jahre scharf voneinander abgegrenzte Milieus aus.

Die Entwicklung der Wiener Drogenhilfe in den ersten Jahren des neuen Jahrtausends fand unter den Vorzeichen der Monetarisierung statt: Die Drogenverwaltung und die ihr zugeordneten Einrichtungen wurden zum Teil privatisiert, was die Kosten des lokalen „Drogenmanagements“ sichtbarer werden ließ. Kostspielige Varianten der Drogenhilfe – wie etwa wenige erreichende, langfristige, stationäre Abstinenzkuren – verloren dabei gegenüber kostengünstigen – wie etwa dem Tau-

sende versorgenden Ersatzdrogenprogramm – an Terrain: im Drogendiskurs, wie in der Realität. Bei der Substitutionsbehandlung werden – wie auch in anderen Bundesländern – zunehmend die – für die DrogenkonsumentInnen attraktiveren – „oralen Morphine“ eingesetzt, am Ende der Beobachtungsperiode bei mehr als der Hälfte aller Substituierten – eine Entwicklung die zu neuerlichen Konflikten unter den BehandlerInnen führt (z.B. Sprenger 2004). Mit der Monetarisierung verbunden beginnt man auch der Spezialisierung entgegenzusteuern: Die Substitution wird überwiegend von niedergelassenen ÄrztInnen durchgeführt und es werden „Kompetenzzentren“ in anderen Serviceeinrichtungen gegründet, die mit der Drogenhilfe zusammenarbeiten und die Aufgabe haben, drogenbezogene Probleme im Rahmen der Organisationen zu lösen, in denen sie anfallen – etwa in der Jugendwohlfahrt oder der Bewährungshilfe. Eine weitere Folge der Monetarisierung sind mehr oder minder konfliktreiche Verhandlungen um die Kosten der regionalen Drogenhilfe mit staatlichen Einrichtungen einerseits, mit jenen anderen Bundesländern andererseits. Denn die in Wien bearbeiteten Probleme werden zumindest zum Teil auf Bundesebene (etwa durch gesetzliche Veränderungen oder wachsende Verfolgung) „mitproduziert“, oder aus anderen Bundesländern „exportiert“ (etwa durch Migration von problematischen KonsumentInnen in die Großstadt). Die Monetarisierung und die mit ihr verbundenen Veränderungen mögen auf der lokalen Ebene ein Stück Demokratisierung und Rationalisierung der Drogenhilfe mit sich bringen, wie auch die Emanzipation und Aktivität von Drogen(hilfe)klientInnen fördern und sie können damit zur Normalisierung von Drogenfragen beitragen. Anderseits bergen sie aber auch die Gefahr für die Drogenhilfe, zur bürokratischen Verhaltenssteuerung mit gegenläufigen Effekten zu verkommen, durch die DrogenklientInnen zum Verwaltungsobjekt mutieren, das mit geringfügigsten Kosten und unter weitestgehender Hintanhaltung aller Belästigungen für die Stadt und ihre BewohnerInnen und BesucherInnen gemanagt wird. Von der bürokratischen Verhaltenssteuerung betroffen wären freilich nicht alle DrogenkonsumentInnen gleichermaßen, sondern vor allem die marginalisierten GebraucherInnen, die keinen Zugang zu anderen Dienstleistungen haben und von der Drogenhilfe abhängig sind (Aarburg, Stauffacher 2004, Schmidt-Semisch, Wehrheim 2005, Schneider 2005).

Die Entwicklung auf der repressiven Ebene unterstützt die letztgenannte Variante: So wurde das SMG seit der Jahrtausendwende durch kleinere Novellen verschärft, die den Verfolgungsdruck auf alle Suchtmittelstraftäter – auch auf „bloße“ KonsumentInnen – erhöhen und nimmt die polizeiliche Anzeigenaktivität weiter zu. Insbesondere aber ist das präventiv-ausgrenzende Instrumentarium auf der lokalen Ebene zu erwähnen, das der Polizei im neuen Jahrtausend zur Verfügung gestellt wurde, wie die Videoüberwachung von öffentlichen Plätzen etwa und die Schaffung von „Schutzzonen“, die es erlauben verdächtige Personen von bestimmten Plätzen weg zu weisen oder sie an deren Betreten zu hindern. Beide „punitiv ausgrenzenden“ oder „punitiv segregierenden“ Instrumentarien (Schmidt-Semisch, Wehrheim 2005) sind nicht ausschließlich gegen DrogenkonsumentInnen gerichtet, doch wurden sie zuerst gegen sie „eingerichtet“: die erste Schutzone am Karlsplatz, dem langjährigen „Wohnzimmer“ der offenen (marginalisierten) Drogenszene (Stummvoll 2006). Die Drogenverwaltung versucht den „neuen urbanen Kontrollen“ der Polizei eigene Problemdefinitionen und Maßnahmen

entgegenzusetzen, in dem sie Mediatoren auf umstrittenen Plätzen einsetzt, die die Aufgabe haben, zwischen allen Anwesenden – inklusive der Polizei – zu vermitteln und Konflikte hintanzuhalten (Help U 2006).

Fazit: Die Jahrtausendwende brachte die Teilprivatisierung der Wiener Drogenverwaltung und Drogenhilfe, die dazu führte, dass die drogenbezogenen Ausgaben transparenter wurden und der Druck stieg, kostengünstige Varianten von Dienstleistungen zu bevorzugen. Des Weiteren wurde das Suchtmittelgesetz wieder verschärft und bekam die Polizei neue präventiv-ausgrenzende Instrumentarien, die es ihr erlauben, unliebsam auffällige Personen aus bestimmten Öffentlichkeiten zu exkludieren. Beide Entwicklungen könnten zu Lasten der wachsenden Zahl von marginalisierten DrogengebraucherInnen gehen, deren soziale Lage sich weiter verschlechtert hat. Gewachsen ist auch die Zahl der sozial integrierten DrogengebraucherInnen, deren Drogenkonsum jedoch teilweise als „Normalisierung“ diskutiert wird. Es ist also eine zunehmende Segregation der verschiedenen Drogenmilieus zu beobachten, die durch die Aktivitäten der repressiven Drogenkontrollen verschärft wird.

II. Die Wiener Drogenpolitik aus der Sicht ihrer AkteurInnen

Einleitung

Die vielfältigen und teils konfligierenden Zielsetzungen der Drogenpolitik auf internationaler und nationaler Ebene werden auf lokaler Ebene von unterschiedlichen Organisationen operationalisiert und durchgesetzt, was die Formulierung eindeutiger und einheitlicher Kriterien für drogenpolitische Erfolge und Misserfolge erschwert. Zumindest ebenso schwierig gestaltet sich die Entwicklung von Maßstäben zur Beurteilung drogenbezogener Aktivitäten, setzt man sich zum Ziel sie auf (drogen)politischer Einstimmigkeit aufzubauen. Evaluationsversuche stoßen also auf Hindernisse, denen diese Studie dadurch begegnen will, dass sie die Beurteilung „Betroffener“ zu ihrem Gegenstand macht. Sie konzentriert sich zum einen auf die Sicht der Professionellen, die mit der Um- und Durchsetzung der verschiedenen Drogenkontrollen befasst sind, zum anderen auf die Sicht von deren AdressatInnen – der DrogenkonsumentInnen und ihrer Angehöriger. Die Meinungen von Professionellen, die eine aktive Rolle in Institutionen der Drogenkontrolle spielen, wie auch die ihrer oft passiven Zielgruppen werden in den Mittelpunkt der Untersuchung gerückt, die allgemeine „öffentliche Meinung“ kommt nur als von den Involvierten wahrgenommene Randbedingung des Lebens mit Drogen und Arbeitens mit Drogenproblemen und mit Drogenabhängigen zur Sprache. Die Wirkungen drogenpolitischer Aktivitäten werden in dieser Studie also an den subjektiv beurteilten Erfolgen und Misserfolgen bei jenen gemessen, die in dieser Politik eine institutionelle Aufgabe übernommen haben – den „AkteurInnen der Drogenpolitik“ und an die sie in letzter Instanz adressiert ist – ihren „AdressatInnen“.

Im vorliegenden zweiten Teil kommen die „AkteurInnen“ der Wiener Drogenpolitik zu Wort. Die Gespräche wurden anhand eines Leitfadens geführt, der für die jeweilige Profession etwas abgeändert wurde – das für die ExpertInnen im Gesundheitsbereich entwickelte „Grundmodell“ findet sich im Anhang. Im Gespräch wurde zum einen die Einrichtung thematisiert, in der die GesprächspartnerInnen zum Zeitpunkt des Interviews tätig waren, ihr drogenpolitischer Auftrag und seine Umsetzbarkeit, die Rolle der Einrichtung in der Wiener Drogenpolitik und die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen. Ein zweiter allgemeine-

rer Themenblock war auf die Entwicklung der Wiener Drogensituation und der Wiener Drogenpolitik und auf subjektiv wahrgenommene Wechselwirkungen zwischen beiden abgestellt. Neben dem Einfluss der lokalen Problemlage(n) auf die Wiener Drogenpolitik, wurde auch nach etwaigen Einflüssen durch Entwicklungen auf überregionaler Ebene, unter anderem im Rechtsbereich, gefragt. Die GesprächspartnerInnen wurden gebeten, die drogenpolitische Einschnitte, die es ihrer Meinung nach gegeben hatte, zu benennen und zu beschreiben. Der letzte Fragenblock enthielt einige disparate Themen: So wurden die Befragten gebeten, ihre drogenpolitischen Ideale zu erläutern, sowie sich zu ausgewählten, aktuell umstrittenen Themen zu äußern, etwa zur gerade neu eingeführten Dokumentation der Wiener Drogeneinrichtungen.

Drogenpolitik wird hier also explizit vom „fachlichen Standpunkt“ verschiedener Professionen, die an der Um- und Durchsetzung von Drogenkontrollen arbeiten, beurteilt. Drogenkontrollen sind in der Tat ein „inter“ – oder zumindest „multidisziplinäres Unternehmen“. In Wien sind fachlich zuständige politische Funktionäre und Funktionärinnen involviert, wie Fachkräfte aus der Verwaltung, des Weiteren medizinische, psychotherapeutische, sozialarbeiterische, sozialpädagogische, pädagogische, psychologische, polizeiliche und juristische Professionen. Ihre jeweiligen Perspektiven könnten zwar zum Teil aus Veröffentlichungen erschlossen werden, doch könnte dies weder so umfassend geschehen – bei nicht allen Professionen sind die fachlichen Diskussionen im gleichen Maße (umfänglich) verschriftet – noch so punktuell auf die Wiener Drogenpolitik der letzten 30 Jahre bezogen. Deshalb kommt hier das „Experteninterview“ zum Einsatz. Es kommt zum Einsatz in seiner Form als „systematisierendes Experteninterview“, das Bogner und Menz folgendermaßen charakterisieren: Es „ist ... auf die Teilhabe an exklusivem Expertenwissen orientiert. Im Vordergrund steht hier das aus der Praxis gewonnene, reflexiv verfügbare und spontan kommunizierte Handlungs- und Erfahrungswissen ... Der Experte klärt auf über ‚objektive Tatbestände‘, erläutert seine Sicht der Dinge zu einem bestimmten Themenausschnitt usw.“ (2002, S. 37). Die Interviews, die von insgesamt 4 InterviewerInnen (darunter die 3 AutorInnen) durchgeführt und auf Tonband aufgenommen wurden, dauerten zwischen einer halben Stunde und zwei Stunden, sie wurden verschriftet und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Die Befragung von „DrogenarbeiterInnen“ (im weitesten Sinn) wird dazu genutzt, professionsspezifische Definitionen von Drogenkonsum, Drogenproblemen und Drogenpolitik zu erheben und Einschätzungen des eigenen, fachspezifischen Beitrags wie jenes anderer Professionen zu erfassen. Die Ergebnisse dieses Teils der Studie können in letzter Instanz dazu dienen, den Blick auf die unterschiedlichen Grundlagen und Kompetenzen der verschiedenen Disziplinen zu schärfen und die Diskussion auf der Basis gegenseitiger Anerkennung statt verbreiteter disziplinären Abschottung zu erleichtern.

Die Auswahl jener „Akteure und Akteurinnen der Wiener Drogenpolitik“, mit denen das Gespräch gesucht wurde, wurde weitgehend durch die Arbeit am ersten Studienabschnitt vorgegeben. Die Aufarbeitung von schriftlichen Materialien verschiedenster Art und die Sondierung des institutionellen Feldes, wie

auch die Erarbeitung der „Phasen der Wiener Drogenpolitik“ ermöglichten es, die Befragung der Betroffenen nicht nur inhaltlich, sondern auch im Hinblick auf die Wahl der GesprächspartnerInnen vorzubereiten. So wurde darauf geachtet, alle wesentlich an der Umsetzung der Drogenpolitik beteiligten Professionen zu erfassen, ebenso alle wichtigen Organisationen, und schließlich auch alle Phasen der drogenpolitischen Entwicklung in den letzten 3 Jahrzehnten abzudecken. Tatsächlich konnten einige „Pioniere“ erreicht werden, wie auch Professionelle, die den Wandel der Drogenpolitik über eine längere Zeitspanne mitgetragen und beobachtet haben. Dies ist vor allem im Bereich der Behandlung und Betreuung gelungen, hier fanden sich GesprächspartnerInnen, die in den 70er Jahren mit den ersten DrogenkonsumentInnen arbeiteten, die die Umwälzungen in den 80er Jahren erlebten, und die schließlich auch die Konsolidierung seit den 90er Jahren mittrugen. Auch bei der Sicherheitsexekutive und der Justiz sind die frühen drogenpolitischen Phasen durch einige wenige GesprächspartnerInnen repräsentiert, bei den interviewten Präventionsfachleuten und bei den StadtpolitikerInnen auf Gemeinde- und auf Bezirksniveau reicht die persönliche Erfahrung – mit wenigen Ausnahmen – bestenfalls in die frühen 90er Jahre zurück: Letzteres ist als Resultat der vergleichsweise späten institutionellen Ausdifferenzierung und Professionalisierung in diesen Bereichen zu verstehen.

Die Zahl der GesprächspartnerInnen aus dem Kreis der „Akteure und Akteurinnen der Wiener Drogenpolitik“ umfasste 49 Personen, die sich ohne Ausnahme gerne zu einem Interview bereit erklärt hatten, wenn auch aufgrund von terminlichen Problemen dann 6 nicht zustande kamen. Unter den 43 Befragten befinden sich Angehörige staatlicher Zentralverwaltungsstellen, Funktionsträger aus der städtischen Verwaltung, 4 Stadt- und BezirkspolitikerInnen, Fachleute aus der Drogenhilfe mit verschiedenen Quellberufen, Präventionsfachleute, Angehörige der Sicherheitsexekutive und VertreterInnen von Institutionen der Rechtspflege. Einige Personen kommen in mehr als einem Bereich zu Wort, zumeist weil sie im Laufe der Zeit das „Metier“ gewechselt haben, aber auch weil sie in mehr als einem Bereich aktiv sind, die Summe aller in den Subkapiteln Genannten übersteigt dementsprechend die Zahl 43. Ein Überblick über die Befragten, ihr Berufsfeld bzw. ihre Profession, die Dauer ihrer Tätigkeit im Drogenbereich und die „Drogeneinrichtungen“, in denen sie tätig sind und waren, findet sich jeweils am Beginn der nachfolgenden Subkapitel. Die im Text zitierten Meinungen von GesprächspartnerInnen und die Wiedergabe von Gesprächsspassagen wurden anonymisiert: Ihre Zuordnung zu den konkreten Personen, die im Rahmen der Studie befragt wurden, ist nicht in deren Erkenntnisinteresse. Ziel der Studie war es, das Konzert der verschiedenen Meinungen zu und Beurteilungen von lokaler Drogenpolitik unmittelbar Betroffener zu hören und hörbar zu machen ohne sich von individuellen „Performances“ ablenken zu lassen, ein Konzert, in dem in verschiedenen drogenpolitischen Phasen recht unterschiedliche Stücke zur Aufführung gelangt sein dürften, und in dem verschiedene, drogenpolitische Einrichtungen und verschiedene Professionen immer wieder auch dissonante Parts übernehmen.

Die Gespräche mit den AkteurInnen der Wiener Drogenpolitik werden in drei Kapiteln gruppiert: Im ersten kommen die Wiener (Drogen)PolitikerInnen zu Wort und die Wiener Drogenverwaltung, an deren Spitze der Drogenkoordinator der

Stadt Wien und sein Büro stehen. Da der Drogenkoordinator auch den politischen Auftrag hat, die im Gemeinderat beschlossenen drogenpolitischen Maßnahmen umzusetzen, sind er und sein Büro mit der Politik und den PolitikerInnen der Stadt engstens verflochten. Im zweiten Kapitel werden die Meinungen und Beurteilungen jener Professionen und Einrichtungen vorgestellt, die die wesentlichen Leistungen zur Integration von DrogenkonsumentInnen erbringen und deren Einsatz seit mehr als einem Jahrzehnt von der Drogenkoordination – nicht zuletzt auch finanziell – gesteuert wird: das sind die kurativen und die präventiven Einrichtungen der Drogenhilfe, oder auch Behandlung und Betreuung einerseits, Prävention andererseits. Im dritten und letzten Kapitel kommen Strafjustiz, Polizei und Strafvollzug zu Wort, die mit repressiven Mitteln arbeitenden „ursprünglichen Drogenkontrollseinrichtungen“, deren Aktivitäten, im Gegensatz zum bisher Genannten, nicht auf kommunaler sondern auf nationaler Ebene gesteuert werden, und die die Wiener Drogenpolitik dennoch grundlegend bestimmen.

1. Politik und Verwaltung

1.1. GemeinderätInnen

Die Interviewten

Im Rahmen der Studie wurden jene 4 Abgeordnete des Wiener Gemeinderates befragt, die ihre politische Fraktion im Drogenbeirat seit längerem und in der Sache sehr engagiert vertreten. Als Mitglieder des höchsten politischen Entscheidungsgremiums der Stadt sind sie Personen, die die Drogenpolitik aktiv mitgestalten, und die im Drogenbeirat nicht nur das politische System, sondern auch Wählerschaften repräsentieren. Ihre spezielle Aufgabe besteht darin, Drogenpolitik im Kontext des jeweiligen parteipolitischen Programms und parteipolitischer Ziele zu betreiben. Alle Befragten gehören seit 1991 dem Wiener Stadtparlament an und haben die Gründung der Drogenkoordination miterlebt.

Name	Partei	Tätigkeitsbeginn	Politische Funktion zum Zeitpunkt der Befragung
Susanne Jerusalem	Die Grünen	Ab 1991	Gemeinderätin, Mitglied des Sozialausschusses
Karin Landauer	FPÖ	Ab 1991	Gemeinde- und Stadträtin zuständig für Gesundheits- und Sozialwesen, Jugend und Sport
Gerhard Pfeiffer	ÖVP	Ab 1991	Gemeinderat, Gesundheitssprecher der ÖVP zum Thema Drogen, Mitglied des Kontrollausschusses
Sonja Wehsely	SPÖ	1996 – 2004	Gemeinderätin. Derzeit: Stadträtin für Gesundheit und Soziales

Die Bestimmung der eigenen drogenpolitischen Aufgaben

Gemeinsam ist den Befragten die Vorstellung, Verantwortung für die Rahmenbedingungen und die Koordination der Wiener Drogenpolitik zu tragen: Dass Drogenpolitik ein komplexes Unterfangen ist, das ausgewogen und ganzheitlich zu betreiben ist, ist ein mittlerweile außer Streit gestelltes Axiom und selbst als Resultat von Politik zu betrachten. Die Einigkeit der Politik und die Vernetzung aller ihrer Akteure und AkteurInnen, die Bündelung und Effektivierung der Ressourcen wird als Voraussetzung für eine „*Veränderung in den Köpfen der Menschen*“ gesehen. Der Abschied der Wiener Bevölkerung von einfachen Rezepten und die Akzeptanz von „*Behandeln statt Bestrafen (und sonst nichts)*“ habe nur durch einen solchen politischen Schulterschluss erreicht und bisher bewahrt werden können.

Die versachlichende und nachhaltige Bildungsarbeit wird von allen als politische Aufgabe bejaht und insbesondere von der Vertreterin der langjährigen Regierungsparcie betont: „*Ich hab' den Eindruck, dass das, was im Drogenkonzept 1999 niedergeschrieben wurde, sich auch in den Köpfen der Menschen verändert hat. Also, so kann ich das aus meinem Bezirk konkret berichten ..., wo es vor ... 10, 15 Jahren noch die Meinung gab, wir müssen ganz hart, restriktiv und gegen alle vorgehen*“ (P8). Sie unterstreicht, wie wichtig es ist, sich auf eingängige Grundsätze zu einigen: „*Ich glaube, dass diese Formel ‚Dealer strafen, den Kranken helfen‘ ... wirklich bestechend logisch ist und auch etwas, das jemand, der mit der Sache an sich nichts zu tun hat, der z.B. Automechaniker ist, leicht verstehen kann. Und was – so glaub ich – auch in den letzten Jahren dazu beigetragen hat, ist, dass es eine große Einigkeit in der Wiener Drogenarbeit gibt. Dass es hier wirklich gelungen ist, und das ist eine tolle Leistung, dass eine Gruppe, ... wo jeder auch gut, aber einer da und einer dort, jeder in seinem Kasten gearbeitet hat – zu einer sehr gut vernetzten Gruppe geworden ist, die auch gemeinsam auftritt, ... was dadurch auch sehr viel Glaubwürdigkeit hat*“ (P8). Selbst VertreterInnen anderer Parteien würden dank dieser Einigkeit gemäßigter auftreten. „*.... ich glaube, dass im Drogenbeirat eine sehr offene und konstruktive Stimmung herrscht, wo sich auch alle daran beteiligen. Und da ist es – glaub' ich – sehr schwer auch für eine politische Gruppierung hier einfach auszubrechen. Das würde nicht verstanden werden*“ (P8).

Die RepräsentantInnen der kleineren, teils nicht an der Regierung beteiligten Parteien sehen sich in stärkerem Maße als VertreterInnen spezifischer WählerInnengruppen, die ihre Interessen im Kompromiss der Drogenpolitik nicht vertreten sehen und sie sehen sich auch für aktuelle Problemlagen nicht verantwortlich. Doch wird auch von ihnen der eigene Beitrag zum Zustandekommen eines „*Wiener Weges*“, der von Sachlichkeit und Konsens gekennzeichnet ist, hervorgehoben: In einem Fall stellt sich eine der kleineren Parteien sogar als Hüterin des Wiener Drogenkonzeptes dar, wenn nicht sogar als dessen Urheberin, da ohne ihre Aktivitäten die Regierungsparcie den Einflüssen der drogenliberalen Minderheitenpartei erlegen wäre (P6). Das weist auf ein hohes Maß an Identifikation mit dem Konzept hin, aber auch auf Frustration darüber, es mit anderen teilen zu müssen.

Neben und hinter dem drogenpolitischen Grundsatzkonsens freilich werden die gesellschaftspolitischen Differenzen sichtbar: So beansprucht der Vertreter einer kleineren Partei für jenen Teil der Gesellschaft und der Jugend zu sprechen, die das Leben wieder ernsthaft in die eigene Hand nehme und die Bewältigung von selbstverschuldeten persönlichen (Drogen) Problemen nicht mehr selbstverständlich von den anderen erwarte. Auch die Drogenpolitik müsse im Dienste der straf- und sozialrechtlichen „Responsibilisierung des Individuums“ stehen: „*Ich bin der Meinung, dass in den frühen 90er Jahren noch die Ausläufer der Wohlfahrtsideologie bzw. des Wohlfahrtsdenkens in der Jugend waren: Strom aus der Dose, Geld aus dem Bankomaten, man kann alles tun und wenn's soweit ist, wird einem die Gesellschaft unter die Arme greifen. Und ich glaube, dass in den letzten vier, fünf, sechs Jahren die Jugend anders zu denken beginnt, weil sie die Hoffnungslosigkeit des Unterfangens sehen und draufkommen, wenn sie sich selbst nicht helfen, wird ihnen Gott nicht helfen. Es gibt natürlich nach wie vor die, die glauben, sie können ein psychedelisches Leben führen, aber es werden weniger (P6).*

Die Vertreterin einer weiteren kleinen Partei wirft der Wiener Drogenkoordination fehlenden Nachdruck und Resignation vor. Als Beispiele dienen unter anderem der unzureichende Jugendschutz auch gegenüber legalen Drogen, fehlende wie unangebrachte Therapieangebote für Kinder und Jugendliche (etwa die fahrlässige Substitution), fehlender Heilungs- und Rehabilitationsehrgeiz, wie unzureichende gesetzliche Handhabe gegen den Kleinhandel für die Polizei. Nicht am drogenpolitischen Konzept sei das Problem festzumachen, sondern an dessen Umsetzung, obwohl 1.000 Leute daran arbeiteten verschlimmere sich die Situation zunehmend. Implizit wird also der Vorwurf der Misswirtschaft erhoben, hinter der mangelnder Glaube an eine „nicht-kaputte“ Gesellschaft vermutet wird. Als eigene politische Aufgabe wird die Bewahrung drogen- und gesellschaftspolitischer Visionen – einer drogenfreien Gesellschaft – definiert.

Die Vertreterin der dritten kleinen Partei betont die Rolle unabhängiger ExpertInnen und deren Leistung („schwammerlartiges Wachsen von Initiativen von unten“) bei der Entwicklung der Wiener Drogenpolitik. Die Notwendigkeit von Koordination, Dokumentation und Evaluation der Drogenarbeit, von Maßnahmen gegen „Wildwuchs“ wird anerkannt, doch wird auch der Konformitätsdruck auf Wissenschaft und Praxis kritisiert und für die Stagnation in der Drogenpolitik verantwortlich gemacht. Als Beispiel wird die fehlende Auseinandersetzung mit ausländischen Erfahrungen mit Konsumräumen und mit der Heroinabgabe angeführt. Auch würde die Diskussion über Cannabis vermieden und würden problematische Zwischenlösungen (Substitution mit retardierten Morphinien) gewählt, die – am Schwarzmarkt vertrieben – besonders gesundheitsgefährdend seien. Als Lösung wird eine Drogenkoordination gesehen, die keine „politische Institution“ ist. Derzeitige Aufgabe sei es, die Prinzipien des schonenden Umgangs mit Drogenkranken gegen Teile der Sicherheitsexekutive und der Schulbehörden zu verteidigen, aber auch gegen Sparprogramme bei den Behandlungsangeboten aufzutreten.

Andere drogenpolitische AkteurInnen

GemeinderätInnen sehen sich im Zentrum der drogenpolitischen Aktivitäten der Stadt, gemeinsam mit den VertreterInnen der jeweils anderen Fraktionen, der regierenden wie der oppositionellen. Die Parteidistanzen überschreitenden gemeinsamen Aktivitäten werden positiv hervorgehoben und die Differenzen benannt, aber nicht betont. Unter den im Drogenbeirat vertretenen „FachpolitikerInnen“ herrscht gegenseitige Wertschätzung, oder zumindest Zurückhaltung in der Kritik. Mitunter hebt man den/die politische/n Fachkollegen/-in gegenüber ihrer politischen Gemeinschaft als Ausnahmeerscheinung hervor. Ähnlich wird mit dem Drogenkoordinator verfahren, dem gute Balancefähigkeiten zugeschrieben werden. Die Kritik trifft in erster Linie die unterschiedlich wahrgenommenen Schattenseiten einer Kompromisspolitik, wenn auch jede GesprächspartnerIn im Grunde akzeptiert, einen Preis für die Konsenspolitik zahlen zu müssen.

Neben den drogenpolitischen AkteurInnen aus dem Bereich der Stadtverwaltung und der Stadtpolitik werden jene aus der Bundespolitik und aus anderen Bundesländern – wenn auch nur sehr selten – erwähnt. Die Bundespolitik wird von einer Hälfte der Befragten als drogenpolitischer Widerpart betrachtet, insbesondere wenn es um die Zeit nach 2000 und um den Sicherheitsbereich geht: Hier wird Einfluss auf die Praxis der lokalen Sicherheitsexekutive und die Ermutigung der repressiveren Gangart im Innenressort geortet. Die auf politischer Tradition, und nicht auf Verpflichtung beruhende Einbindung der Polizei in die kommunale Wiener Drogenpolitik wird als gefährdet angesehen. Konkret werden unter anderem die Einführung sicherheitspolizeilicher und kraftfahrzeuggesetzlicher Maßnahmen durch der Bundesregierung kritisch angesprochen und die Etablierung von Schutzzonen um Schulen und die Drogenkontrollen an KfZ-Lenkern als undurchdachte und vor allem symbolische Maßnahmen beurteilt. Der andere Teil der Befragten ist mit den drogenpolitischen Maßnahmen auf Bundesebene und deren Auswirkungen auf die Drogenpolitik der Stadt einverstanden: „*Die (Anm.: die Polizei) machen jetzt genau das, was sie eigentlich immer machen hätten sollen, nämlich Repression. Die verhaften 2000 kleine Drogendealer und trocknen so die Sümpfe aus. Vorher hieß es in der Wiener Drogenkoordination ständig: die Großen muss man fangen und dann ist alles geschehen. Ist gar nicht wahr, man muss den Kleinverteilern unten den Boden entziehen, dann können die großen selber auf die Straße gehen, und dann wird man sehen, ob sie das können. Das ist jetzt eine neue Politik und sie zeigt Wirkung*“ (P6).

Viel näher stehen den Befragten die verschiedenen kommunalen Einrichtungen der Drogenarbeit und deren VertreterInnen: Zum Selbstverständnis, an der Gestaltung des drogenpolitischen Feldes der Gemeinde mitzuwirken, gehört die managerielle Haltung gegenüber der Praxis und ihren Einrichtungen. Dabei steht bei einem Gesprächspartner die Effizienzsteigerung der Drogenhilfe und gesteigerte Kontrollen von KlientInnen im Vordergrund, um möglicher Misswirtschaft entgegenzuwirken: „*Evaluation. Was habt Ihr für Ziele, wie hoch ist der Zielerreichungsgrad, wie kann man das messen? Das ist jetzt viel Neuland ... Da stehen Ziffern im Raum, dass von denen, die tatsächlich eine Entwöhnungsbehandlung machen, und zwar eine langjährige, 10% nicht rückfällig werden. Also, wenn das*

tatsächlich wahr ist, dann wird man sich was anderes einfallen lassen müssen. Dann ist das alles nicht sehr zielführend gewesen, dass wir da hunderte Millionen hinausgeworfen haben, außer Beschäftigungstherapie für Sozialarbeiter“ (P6). Eine andere Befragte will die politische Organisation der Drogennutzer wie der Drogenarbeiter gefördert sehen, die durch die Kriminalisierung der ersten und die Subventionsabhängigkeit und Konkurrenz der zweiten verhindert werde. Dabei wird unter anderem an die Etablierung einer politischen Plattform gedacht.

Das Verständnis der Drogenproblematik und ihrer Veränderungen

Drogenfragen werden von der Vertreterin der Mehrheitspartei im Wesentlichen als importierte und (durch Grenzöffnungen) geopolitisch produzierte Probleme begriffen. Die Armut und Instabilität in den Produktionsländern der illegalen Drogen und die globalen Freiheiten des Güter- und Personenverkehrs werden verantwortlich gemacht für die lokalen Problemlagen und deren Persistenz. Eine solche Argumentation ist für die nationale wie die lokale Politik entlastend. An lokalen Problemen will die Befragte den toleranten Umgang mit Alkohol nicht vernachlässigt wissen, ohne eine – engere oder weitere – Verbotsdebatte anzuregen: So wird unter anderem auch das Thema Cannabis nicht angesprochen. Thematisiert wird hingegen die wachsende Beherrschung der schwerwiegendsten drogenbezogenen Folgen (etwa Todesfälle durch Überdosierung) und die raschere Erkenntnis und Bearbeitung neuer drogenbezogener Risiken, durch die Wiener Drogenhilfe. Und es wird auf die beobachtbare Angebotsschwemme in den letzten Jahren hingewiesen (mehr, reinerer und billigerer Stoff), auf die die Nachfrage nicht proportional angestiegen sei).

Die Pathologisierung des Drogenproblems brachte gemäß einer weiteren Gemeinderätin zwar einen Humanisierungsgewinn im Umgang mit DrogenkonsumentInnen, doch hätte sie ihre Grenzen, da drogenbezogene Probleme vor allem als Generationenkonflikt und als pädagogische Frage (Kommunikationsverweigerung durch die Erwachsenen) zu verstehen seien und Verfolgung und Bestrafung die Behandlung behinderten. Verantwortung wird damit recht unspezifisch in der Allgemeinheit verortet und die Drogenkonsumenten selbst zwar entlastet, aber auch jeglicher Verantwortlichkeit entheben und auf den Ausbau pädagogischer und betreuungsorientierter Maßnahmen gesetzt; „*Wenn ich mich jetzt richtig erinnere, steht in dem letzten Drogenkonzept, 1999, erstmals das doch sehr Entscheidende drinnen, dass suchtkranke Menschen einfach kranke Menschen sind. ... Man hält sich nicht unbedingt immer daran. ... Und dadurch dass das illegale Drogen sind und die Leute eher stark kriminalisiert werden durch verschiedene Dinge, durch die Beschaffung und durch alles Mögliche rundherum, hat das schon immer noch einen anderen Charakter wie andere Krankheiten“ (P1).*

Veränderungen könnten nur stattfinden, wenn man diesen Erkenntnissen folge: Das „Zerschlagen“ der Karlsplatz-Szene sei ein mittlerweile begrabenes drogenpolitisches Projekt. Man habe dank der Initiative und Zähigkeit von Sozialarbei-

terInnen und anderen Fachleuten gelernt, dem Problem mit einem verfeinerten Instrumentarium zuleibe zu rücken. Jüngst jedoch hätte öffentliches Sparen zu Einschüchterung, Stagnation und Kreativitätsverlusten geführt. Seit der Etablierung des Pill Testing Programm ChEck iT! hätte es keine relevante Innovation mehr gegeben.

Die VertreterInnen der beiden restlichen Parteien stützen sich auf moralisch dominierte Problemdefinitionen: So wird der exzessive Umgang junger Menschen mit Drogen als Konsequenz eines politisch induzierten Hedonismus interpretiert. Ein „psychedelisches Leben“ erscheint als Folge von Sorglosigkeit und Selbstsucht, die von inzwischen obsolet gewordenen jahrzehntelangen Wohlfahrtsstaatsversprechen ausgelöst wurden. Als immun gegen das Drogenproblem werden dagegen Personen geschildert, die die Zeichen der neuen Zeit erkannt haben, in der man seinen eigenen Beitrag zu Gesundheit und Sicherheit zu leisten hat. Zur politischen „Verwöhnung“ geselle sich die moralische Desorientierung, die durch die „laissez-faire“-Haltung, das Nicht-Beharren auf der Geltung gesetzlicher Normen ausgelöst werde. „*Wenn ich mir jetzt nur Holland, Schweiz und England anschau, da ist Wien wahrscheinlich noch besser dran. Also besser dran in dem Sinn, dass es keine Coffee-Shops gegeben hat, aber wir schauen halt auch zu. ... Die Bevölkerung ist total verunsichert, sie können ja in keine U-Bahn mehr einsteigen, ohne dass sie Zeuge werden. ... Also Wien ist einen etwas besseren Weg gegangen, aber dadurch, dass die Gesetze nicht wirklich vollzogen werden, konnte man dem Problem auch nicht Einhalt gebieten*“ (P3). Mangelnde Unterstützung der Polizei und Strafjustiz durch die Politik und mangelhafte moralische Aufrüstung der Gesellschaft und der jüngeren Generationen gegen Drogen werden in einen Zusammenhang gestellt.

Die Veränderungen in der Drogenszene, bei den DrogenkonsumentInnen und beim Drogenangebot werden als so rasche und dramatische Entwicklung wahrgenommen, dass der Politik – gleich unter welchen Vorzeichen – nur eine ohnmächtige und im besten Fall reaktive Rolle zukommen kann. Die Darstellung der kontinuierlichen Entwicklung zum Negativen bleibt dabei eher unspezifisch. Der Vorwurf an die Wiener Stadtpolitik, dass sie zunehmend resigniere, gipfelt in der Vorhersage, bald werde man hier, wie in Holland, Alten- und Pflegeheime für Junkies errichten. Würde dieser Vorschlag ernsthaft an die Wiener Stadtverwaltung gerichtet, würde er möglicherweise auch aufgegriffen. In der karikierenden Form, in der er im Gespräch artikuliert wurde, illustriert er nur in einer weiteren Facette das Definitions- und Bewertungsspektrum der AkteurInnen vom hier behandelten Typus Gemeinderat/rätin und die von ihnen bevorzugten drogenpolitischen Maßnahmen, die sich zwischen konkreter Abhilfe in einzelnen Bereichen, bei besonderen Manifestationen oder Auswüchsen des Problems einerseits und moralischen Durchhalteappellen und polizeilicher Bearbeitung andererseits bewegen.

1.2. *BezirksrätInnen*

Die Interviewten

In diesem Abschnitt kommen 4 für die Drogenpolitik zuständige BezirksrätInnen zu Wort. Ausgewählt wurden Bezirke, in denen sich Drogenprobleme seit längerem konzentrieren (am Karlsplatz) oder aktuell gebildet haben (wie an der Gürtelzone zwischen Westbahnhof und Gumpendorferstraße), die (vormals umstrittene) Drogenhilfeinrichtungen beherbergen (wie den „Ganslwirt“) oder die im Hinblick auf Drogen bisher unauffällig geblieben sind, wenn sie auch im Allgemeinen als problembelastet gelten. Wie bei den befragten GemeinderätInnen überwiegen unter den befragten BezirksrätInnen die Frauen, sie sind im Vergleich zu den ersteren jedoch erst seit kurzem politisch aktiv. Sie gehören der im Bezirk dominierenden politischen Partei an, haben durchgängig keinen professionellen Bezug zum Thema und verstehen sich als informierte Laien. Neben den drogenpolitischen Agenden, sind sie auch für andere Themen zuständig, wie etwa für Behindertenprobleme, für das Gender Mainstreaming und für die Kultur.

Name und Bezirk	Partei	Tätigkeitsbeginn	Politische Funktion zum Zeitpunkt der Befragung
Maria Kordik 6. Bezirk	SPÖ	Ab 1991/92	Bezirksrätin und Drogenbeauftragte
Philipp Meisel 4. Bezirk	ÖVP	Ab 2000/01	Vorsitzender der Bezirksvertretung, Drogen- und Gender Mainstreaming Beauftragter
Andrea Marenich 15. Bezirk	SPÖ	Ab 2001 Ab 2002	Bezirksrätin Drogenbeauftragte
Ingrid Vrana 21. Bezirk	SPÖ	Ab 2001 Ab 2002	Bezirksrätin Drogenbeauftragte

Die Bestimmung der eigenen drogenpolitischen Aufgaben

Alle GesprächspartnerInnen sehen es als ihre Aufgabe, Verbindung zu den zentralen Akteuren der städtischen Drogenpolitik herzustellen, Information aus dem „Zentrum“ in die Bezirksvertretungen zu tragen, der Klientel Kontakte zu kompetenten Stellen zu vermitteln und die Vernetzungen innerhalb des Bezirks zu fördern. Die konkrete Ausformung dieser Aufgabe differiert allerdings erheblich. So ist es für eine unserer GesprächspartnerInnen wichtig, dass die Spitzen der lokalen und zentralen städtischen Institutionen parteiunabhängig zusammenwirken, im Sinne der Großen Koalition, aus deren Zeit das Wiener Drogenkonzept ja stamme, zumindest die Vertreter der wichtigsten Parteien (SPÖ und ÖVP). Als Referenzpersonen werden SchulleiterInnen, Führungskräfte aus der Exekutive, der Bezirkspolitik und aus der Drogenpolitik – der Drogenkoordinator – genannt. Der Vorzug des präferierten politischen Modells der Elitenkonkordanz scheint gerade am Bereich der Drogenpolitik überzeugend darstellbar.

Deutlich unterschiedlich akzentuiert eine langjährige Drogenbeauftragte ihre Aufgabe, die sie in erster Linie als Vertretung sozialer Randgruppen versteht. Sie will außerhalb des institutionellen Systems zwischen unzureichend informierter und politikferner Bevölkerung und Betroffenen vermitteln und sucht dazu immer wieder persönliche Kontakte vor Ort. Als Vertreterin Unvertretener will sie eine gesellschaftliche Integrationsleistung erbringen in einem Bezirk, in dem die Ausgrenzung von DrogennehmerInnen in Form von Protesten gegen eine niederschwellige Drogeneinrichtung zeitweise im Vordergrund stand. Die Auseinandersetzung wird nun als Gewinn für den Bezirk gesehen, in dem es viel selbstverständlicher geworden und leichter sei als anderswo in Wien, sachlich über das Drogenproblem zu diskutieren.

Die dritte Gesprächspartnerin tritt wiederum als Sprecherin der verunsicherten BezirksbewohnerInnen und frustrierter Akteure und Akteurinnen der pädagogischen und polizeilichen Drogenarbeit auf. Die Schul- und Sicherheitspolitik des Bundes, geprägt von Sparmaßnahmen, erschwere es, auf kommunaler Ebene schulische Präventionsprojekte fortzusetzen und ausreichende polizeiliche Ressourcen für belastete Bezirke einzusetzen. Folge sei die Demotivation drogenpolitisch relevanter Berufsgruppen, der sie durch Solidaritätsbekundung helfen will.

Die letzte Interviewte hat erschütternde Erfahrungen in und mit einer Selbsthilfegruppe von Eltern Drogenabhängiger gemacht. Folge ist, dass unter Zurückstellung der Politik („*ganz ohne Politik*“) auf die Dramatik des Problems, auf familiäre Tragödien und die Machtlosigkeit verspäteter Interventionen hingewiesen wird. Als Lösungen werden (schulische) Frühaufklärungs- und Abstinenzpolitik propagiert, Substitutionsprogrammen wird misstraut. Zivilgesellschaftliches Laien-Engagement gegen Drogen aller Art wird professionellen Aktivitäten gleichgestellt, sei es auf drogen- oder jugendpolitischer Ebene, und die notwendige Vernetzung beider Bereiche betont.

Wie die Aufgaben so differieren die Zielvorstellungen: 2 Befragte möchten die Drogenszene im eigenen Bezirk polizeilich einhegen (Schutzzonen vor Schulen) und diesem Ziel, neben den „*bewährten*“ Behandlungsprogrammen, Priorität geben. Dabei wird für „*gesunde Repression*“ plädiert, polizeiliche Schwerpunktaktionen und die Schließung eines „*illegalen Flüchtlingsheimes*“ begrüßt und die Bedeutung der familiären und schulischen Prävention betont. Die beiden anderen Befragten sorgen sich mehr um das gesellschaftliche Verständnis von Drogenproblemen: Sie plädieren für mehr Toleranz und Hilfe (statt Verfolgung und Kriminalisierung von Drogenkranken), eine tritt auch für die Dulding und Entkriminalisierung von Cannabis ein.

Gesellschaft und Bevölkerung

Die „Bevölkerung“ wird als Rahmenbedingung der (drogen)politischen Arbeit wahrgenommen: Sie tritt in Person von diversen BeschwerdeführerInnen in Erscheinung, die meist nur partikulare Interessen verfolgen und Geduld beanspruchen. Zwar werden ihnen legitime Sorgen zugebilligt (um Kinder oder Enkel) und berechtigte Abhilfewünsche bei Missständen zuerkannt, doch zugleich mangelnde

Sensibilität für eigene Fehler im Umgang mit Jugendlichen oder legalen Drogen bescheinigt. Man hilft mit Zuhören, Information und Weitervermittlung an Beratungseinrichtungen oder Polizei.

Die „Bevölkerung“ wird auch als widerständiges Objekt einer aufgeklärten (Drogen)Politik und aufklärender PolitikerInnen aufgefasst, wobei das Ausmaß des persönlichen Einlassens auf das Aufklärungsprojekt variiert. Eine der GesprächspartnerInnen ist bereit sich der unmittelbaren Konfrontation auszusetzen und hat dabei auch immer wieder Erfolgserfahrungen gesammelt. Durch die Drogenszene Beunruhigte werden nach konkreten Belästigungserfahrungen und nach Vorschlägen für drogenpolitische Alternativen gefragt: „Ich sagte: ,Wo sollen wir sie denn hinschicken?‘, ... nur weg, weg von der U-Bahn‘. Ich meinte: ,Höre ich das richtig! Sie wollen die Drogensüchtigen wegschicken, in eine dunkle Gasse mit Planken und so, statt auf einem hell erleuchteten U-Bahnsteig mit Überwachungskameras?‘ Da stutzte der: ,Ach so, Sie meinen, das hat einen Sinn, dass sie sich dort aufhalten?‘ Meine Antwort: ,Ja, das hat einen Grund. Sehen sie, da sieht man sie, man weiß, warum sie da sind, im Winter, weil sie obdachlos sind, oder weil sie dealen. Das weiß eh jeder, sie sind überwacht, man kennt fast jeden, der sich dort aufhält, da sie sich ja dort aufhalten, wo die Kameras sind. So kann man eine Szene in den Griff bekommen.‘ ,Ach so, so habe ich das nie gesehen, das muss ich mir schon überlegen.‘ Einige Zeit später habe ich den Herrn getroffen und gefragt: ,Haben Sie sich das überlegt?‘ ,Ja, ja, glücklich bin ich nicht darüber, aber man muss sie halt lassen, es ist halt so‘. Sehen Sie, das ist eine bessere Einstellung. Wenn man mit den Leuten einzeln redet, dann kann man viel mehr bewirken, am besten mit den Stammtischrunden“ (P2).

Dass angesichts des Misstrauens der Bevölkerung gegenüber der Politik drogenpolitische Neuerungen wie unter anderem die Errichtung einer neuen Einrichtung der Drogenarbeit sorgfältige Vorarbeit verlange, mit einer solchen aber durchsetzbar seien, wird auch von einer weiteren Befragten vertreten. „Je besser man die Leute darüber informiert und je weniger man über sie drüber fährt, umso eher wird sich das legen, dieses Misstrauen. Das haben wir verschiedentlich auch ... gehabt. Da hat es eine große Informationsveranstaltung gegeben, wo sie sich vorgestellt haben, wo all diese Skeptiker auch eingeladen wurden und ihre Befürchtungen äußern konnten. Das geht wunderbar. ... da hat man auch befürchtet, das würde von den Drogenkranken bevölkert werden, aber das ist ja nur eine Beratungsstelle für die Angehörigen. Jetzt kräht kein Hahn mehr danach“ (P7). In diesem Konzept sind (Bezirks)PolitikerInnen politisch-demokratisches Vorbild, wie auch Vorbild in Drogensachen: Wie Eltern, die Pillen nehmen und Lehrer, die rauchen, lassen auch Politiker, zu deren Berufsalltag Alkohol gehöre, die Vorbildfunktion vermissen. Sie sind damit Teil einer Gesellschaft, die den Boden für illegalen Drogenkonsum durch Jugendliche bereitet.

Die Wahrnehmung der Drogenszenen und der Drogenabhängigen

Personen, die mit illegalen Drogen zu tun haben, werden von fast allen GesprächspartnerInnen als fremd beschrieben, als nicht eigentlich im Bezirk zuhause, als durchziehend oder eindringend. Letzteres gilt vor allem für die schwarzafrani-

schen Straßenhändler, die seit kurzem sichtbar den Markt beherrschen. Im 4. Bezirk werden die Brennpunkte an den Bezirksrändern (Karlsplatz, Naschmarkt, Gürtel) gesehen, im 15. Bezirk ebenfalls im Durchzugsbereich und an den U-Bahnstationen des Gürtels, im 21. Bezirk werden solche nur aus der Ferne wahrgenommen. Die im 6. Bezirk zahlreich „anreisenden“ KlientInnen des Ganslwirts werden hingegen als unauffällig und integriert beschrieben. Drogenklientel muss nicht grundsätzlich Anstoß erregen, die Verantwortlichen der Einrichtung und des Bezirks können an akuten Missständen und Irritationen arbeiten. Bemerkenswert ist in diesem Bezirk auch die Anerkennung der spezifischen Jugendszene, der Punks, als „Inventar“. Die drogenbeauftragte Bezirksrätin ist mit der Szene vertraut. Unter den jugendlichen Punks befänden sich viele, die auch mit illegalen Drogen Erfahrung hätten, doch hätte sich aber auch hier eine hilfreiche kollektive Drogenkontrolle entwickelt: „*Ich kenne die Punks jetzt seit April vorigen Jahres und bin mindestens einmal pro Woche mit ihnen zusammen. Und was ich immer wieder von ihnen merk' und höre, ist, dass es denen zum Teil gelingt, in der Gruppe von den Drogen weg zu kommen. ... Ich weiß nicht, wie es funktioniert, aber sie haben welche, die im Substitutionsprogramm waren und jetzt fertig sind mit den Drogen und aufhören konnten damit und wieder arbeiten gehen. Das hat mich sehr gewundert ... Weil sie sich wirklich umeinander kümmern. Zwanzig davon sind obdachlos und die sind dann da für jemanden, wenn er krank ist und es schwierig hat, und sie sind so lange da, wie es jemand braucht*“ (P2). Dieselbe Gesprächspartnerin ist in einem Park des Bezirks zwei proper gekleideten, „*ganz normalen jungen Männern, wahrscheinlich mit Arbeit und Familie*“ (P2) begegnet, die sich gerade eine Spritze setzten, „Drogennehmern unter uns“ also. Das Auftauchen der Drogen in den „Bildungsschichten“ und in den Schulen beschäftigt auch eine weitere Befragte. Die zitierten Einzelfälle stehen im Kontrast zur Beschreibung der Drogenszene als fremd und illustrieren das gewachsene drogenpolitische Engagement auf Bezirksebene.

Mehrheitlich werden die Drogengefährdeten nicht nur als fremd sondern auch als jugendlich perzipiert und wird die ältere Drogenszene ausgeblendet. Die Meinungen darüber, wer die Drogen gebrauchenden Jugendlichen sind und woher sie kommen, sind allerdings sehr uneinheitlich. Wird bei einer Befragten der Bezirk von Drogenszenen von Verwahrlosten wie von Wohlstandskindern bevölkert, sind es bei anderen Befragten vor allem die vernachlässigen oder misshandelten Opfern erzieherischen Versagens in Multiproblemfamilien, die zu Drogen greifen. Für eine Befragte handelt es sich um durchschnittliche Menschen, die gegebenenfalls in die Gesellschaft zurückfinden oder zu einer duldbaren Lebensweise mit Drogen.

Andere AkteurInnen der Drogenpolitik und -arbeit

BezirksrätInnen äußern sich generell über andere Akteure der Drogenpolitik sehr anerkennend. Das gilt allen voran für die Drogenverwaltung und die von ihr angebotenen Informationen und Veranstaltungen. Der Drogenkoordination, wie auch anderen Einrichtungen der Drogenhilfe wird große Kompetenz, Kooperationsbereitschaft und Rezeptivität eingeräumt: „*Dann bin ich vom Dressel überrascht, er entspricht so gar nicht dem Bild, das man sich von einem, von einer SPÖ Stadtregierung ernannten Drogenkoordinator macht. Er ist, aus meiner Sicht, durch und durch von Vernunft geleitet ... Ich bin überrascht, auch wenn man den Streetwor-*

kern zuhört. Da kommen kaum Aussagen, die irgendwie von einer ideologischen Voreingenommenheit geleitet sind ... Eine Diskussion untereinander ist nicht durch Abblocken oder Beißen oder übertriebene Ideologie gekennzeichnet. Das Klima scheint sich geändert zu haben, das ist auch in den Sitzungen zu bemerken und es wird oft gesagt, dass ein Sinneswandel stattgefunden hat“ (P5).

Die auf Bezirksebene recht präsente Sozialarbeit erntet Lob für die unvoreingennommene Zusammenarbeit mit der Polizei und das Ernstnehmen von Beschwerden aus der Bevölkerung. Von den stationären Einrichtungen wird nur der „Grüne Kreis“ erwähnt, zu ihm fanden Exkursionen statt und Gesprächskontakte mit Behandelten haben Eindruck hinterlassen. Schulen, LehrerInnen und Elternschaft, die in den Augen der Befragten die Prävention tragen, kommen hingegen schlecht weg: Sie scheinen sich nicht in die lokale und kommunale Drogenarbeit integrieren zu lassen und eigene Wege zu gehen. Von einer Befragten wird auch bezweifelt, dass die Polizei im Konzert der Wiener Drogenpolitik mitwirke: „*Mir ist schon klar, dass das die andere Seite ist, die kriminelle. Nur es fehlt ihnen irgendwie daneben an Verständnis. Ich möchte ja nicht, dass sie die Hände schützend um sie legen ... Wenn da Beschwerden kommen, z.B. da liegt ein Drogensüchtiger am Parkbankl. Da kommt als Antwort z.B. ja, das ist wirklich ein Problem mit den Drogensüchtigen. Es kommt nur die Zuwendung zu dem, mit dem er gerade spricht, er versucht nicht ein bisschen Verständnis für die Drogenkranken zu wecken. ... sondern sie kommen auf die weinerliche Seite und lamentieren, wie schwer ihre Arbeit ist ... Aber es ist nicht die richtige Art und Weise damit umzugehen. Es wäre besser, den Leuten die Angst zu nehmen und ihnen zu erklären, wo sie sich hinwenden können, wenn tatsächlich was passiert*“ (P2). Hier stellt sich die Wiener Drogenpolitik als ein Projekt politischer Aufklärung dar, dem nicht alle so folgten, wie man es von professionellen Organisation erwarten dürfe. Im Allgemeinen werden aber auch der Polizei keine Fehler angekreidet und Erfolge im Rahmen des Möglichen zugebilligt: Auch sie betrachte Drogenkranke heute nicht mehr als Feindbild und verfolge diese nicht mehr so vehement wie DrogenhändlerInnen.

1.3. Die Drogenverwaltung

Die Interviewten

Die Gespräche im Bereich der Drogenverwaltung beschränkten sich auf Personen, die an den letzten Entwicklungen – der Gründung und dem Ausbau der Drogenkoordination der Stadt Wien als modernem, drogenpolitischem Steuerungsinstrument der Gemeinde – maßgeblich beteiligt waren. Unter ihnen finden sich die beiden bisherigen Drogenkoordinatoren der Stadt, wie zwei langjährige Mitarbeiter.

II. Die Wiener Drogenpolitik aus der Sicht ihrer AkteurInnen

Name	Berufsfeld	Tätigkeitsbeginn	Einrichtungen
<i>Michael Dressel</i>	Sozialarbeit Sozialmanagement	Ab 1986	Drogenverbindungsdienst (Baumgartner Höhe) Aidshilfe Ganslwirt (Verein Wiener Sozialprojekte) Organisation der 2. Drogenkommission Fachbereich Sucht und Drogen (FSW) Drogenkoordination der Stadt Wien
<i>Alfred Walcher</i>	Sozialarbeit	1987 – 2002	MA 15, Referat für behördliche und medizinische Drogenangelegenheiten Institut für Suchtdiagnostik
<i>Peter Hacker</i>	(politische) Verwaltung	Ab 1990	Büro des Bürgermeisters Drogenkoordination der Stadt Wien Geschäftsführer des Fonds Soziales Wien (FSW)
<i>Robert Frühmann</i>	(politische) Verwaltung	Ab 1999	Assistent des Drogenkoordinators der Stadt Wien Assistent der Geschäftsführung Fonds Soziales Wien (FSW)

Die Einrichtung der Wiener Drogenkoordination beruhigt die Lage ...

– *in der Öffentlichkeit: „... diese Signalwirkung, die Stadt stellt sich jetzt offiziell einem Thema, das ein unglaubliches Tabu war ...“*

Die mediale Drogenberichterstattung der 80er Jahre und auch noch jene zu Beginn der 90er Jahre wird rückblickend als sehr „negativ“ und „unfassbar hysterisch“ eingestuft (vgl. dazu ähnliche Erinnerungen von Präventionsfachleuten), sie habe sich durch die Einrichtung einer Drogenkoordination für die Stadt und durch das Zur-Verfügung-Stellen entsprechender materieller Ressourcen aber maßgeblich verändert. Nicht nur die mediale Öffentlichkeit sei beruhigt worden, im Laufe der Jahre sei es auch gelungen, die weitere Öffentlichkeit in der Stadt und die Vertreter ihrer administrativen und politischen Einrichtungen von der wachsenden Kompetenz des Drogenkoordinators und des Drogenbeauftragten zu überzeugen. Gleichzeitig sei Wien auf drogenpolitischem Parkett auch nach „außen“ – auf der Ebene der Bundesländer und des Bundes – zum „*handlungswilligen und handlungsfähigen Player*“ (V/P3) geworden. Wichtige Instrumente zur Beruhigung der Lage waren das Wiener Drogenkonzept und der Drogenbericht aus dem Jahr 1996, durch die „*entemotionalisierte Diskussionsgrundlagen*“ (V/P3) zur Verfügung gestellt worden seien, die Arbeit im Wiener Drogenbeirat und seinen Arbeitsgruppen und schließlich einfach viele „*Gespräche*“.

- bei den, im Drogenbereich tätigen Professionellen: „... und nachdem die Szene damals sehr zerstritten war, sowohl berufsgruppen- als auch einrichtungsmäßig ...“

Die Ende der 80er Jahre ausgetragenen Richtungskämpfe zwischen abstinenzorientierter Behandlung und Substitution einerseits, zwischen ambulanter und stationärer Versorgung andererseits, nicht zuletzt aber auch die Konflikte zwischen der Exekutive und der Drogenhilfe um die offene Drogenszene wurden im Laufe der 90er Jahre weitgehend beigelegt: Es wurde eine breite Palette von Angeboten geschaffen, die auf unterschiedliche Gruppen von SuchtpatientInnen und deren Bedürfnisse abgestimmt sind und die nun konfliktfrei nebeneinander bestehen. Spätestens in der zweiten Hälfte der 90er Jahre konnte auch zwischen der Exekutive und der Drogenhilfe eine Gesprächsbasis hergestellt werden. Mit der Sicherheitspolizei konnte man sich darauf einigen, dass Suchtkranke das Recht hätten, sich in der Öffentlichkeit zu zeigen, wenn sie Dritte nicht beinträchtigen und auch mit der Kriminalpolizei kam es zur Verständigung.

- in der (offenen) Drogenszene: „... wie da am Karlsplatz Richtung TU mehrere hundert Junkies gesessen sind jeden Tag ...“

Die Lage in der offenen Drogenszene wurde befriedet durch Gespräche mit der Sicherheitspolizei, in denen gemeinsame Ziele mit den StreetworkerInnen formuliert werden konnten („... es geht um ein Verhalten, das sozial verträglich ist ...“). Sie wurde jedoch auch durch die Etablierung der Ersatzdrogentherapie beruhigt: „... je flächendeckender Substitution angeboten wird, und je leichter der Zugang dazu, desto weniger sieht man das klassische Heroinelend öffentlich ...“ (V/P 4).

Den größeren, wenig bis unauffälligen und kaum bis nicht vereinbarten Teil der Drogenszene suchte man durch die Umstellung der Prävention „vom moralischen auf den pädagogischen Zugang“ anzusprechen und so einen „elementaren und dramatischen Generationskonflikt“ (V/P3) beizulegen. Die große Zahl der CannabiskonsumentInnen allerdings ausgenommen, wie die Interviewpartner meinen: Deren Situation habe sich durch die Einrichtung der Wiener Drogenkoordination und der von ihr gesetzten drogenpolitischen Initiativen nicht verändert.

Eigenheiten der Wiener Drogenkoordination:

Sie ist eine „Verwaltungsmaßnahme“ und setzt „Querschnittspolitik“

Im Gegensatz zu den Drogenkoordinationen der anderen Bundesländer, entstand die in Wien im „Büro des Bürgermeisters“, von wo sie später in das Büro eines Stadtrates wechselte. Als „mit Förderungen unterlegtes“ städtisches „Steuerungsinstrument“ (V/P2) wird auch ihre nächste eigenständige Organisation im FSW betrachtet. Die Herkunft des ersten Drogenkoordinators aus dem Magistrat wird dementsprechend als Vorteil wahrgenommen: „... dass er nicht nur die magistratischen Strukturen, sondern auch die magistratische Kultur in- und auswendig kennt und ohne zu übertreiben, jeden Menschen, der in irgendeiner Weise mit im ‚Magistratsspiel‘ ist ...“ (V/P2). Das habe sich, so die Meinung, durch die Erwei-

terung des FSW und durch die Verankerung der Drogenkoordination als eines seiner Fachbereiche allerdings verändert.

Die Wiener Drogenkoordination ist eine Verwaltungsmaßnahme und sie ist „*Querschnittspolitik*“: Der Drogenkoordinator hat es mit den verschiedensten Bereichen zu tun: mit der Jugendpolitik, der Gesundheits-, Sozial- und Sicherheitspolitik, der Schulpolitik und vielen anderen mehr. Da die Verhandlungen mit so vielen Partnern aufwendig und langsam sind, stellte sich für den Drogenkoordinator schon Mitte der 90er Jahre die Frage wie „... *man einen solchen Themenbereich anders organisieren kann ...*“ (V/P3). Anders ausgedrückt: Die Gründung der Wiener Drogenkoordination mit den ihr zugeteilten Aufgaben mündete konsequenterweise in der Etablierung einer Organisation, in der die verschiedenen Kompetenzen zusammengefasst sind – wie im FSW. Spätestens dann werden aber auch die Grenzen der querschnittsförmigen, städtischen Drogenarbeit sichtbar: „... *dass wir als Stadt nur einen von vielen Einflussfaktoren selbst in der Hand haben, die eine Drogenproblematik ... ausmachen. Das beginnt schon mit der Zusammenarbeit mit der Exekutive, die nicht der Befehlsgewalt des Landes unterstellt, sondern Bundessache ist ...*“ (V/P3). Die Kooperation mit dem medizinischen Bereich funktioniert hingegen gut, nicht zuletzt weil der Drogenbeauftragte in der Wiener Drogenhilfe tätig ist und entsprechende regionale und überregionale Zuständigkeiten übernommen hat.

Die Querschnittsförmigkeit der Drogenpolitik schlägt sich auch in der Zusammensetzung des Wiener Drogenbeirates nieder, in dem alle drogenpolitisch relevanten Organisationen vertreten sind. Dies hat nicht nur „*Ventil-Funktion*“, damit werden auch die überkommenen hierarchischen Ordnungen neu arrangiert. „... *Also wenn man so will, ist der Beirat so ein bisschen ein „Hierarchie-Bypass“ ...*“ (V/P3).

Wiener Drogenpolitik ist anders

Die Wiener Drogenpolitik steht in mancher Hinsicht im Gegensatz zur Drogenpolitik des Bundes: So wird in Wien – wie in den übrigen Bundesländern – die Zuständigkeit für die Finanzierung von drogenpolitischen Maßnahmen anders gesehen. Die von der Gesetzgebung eingerichteten Konsultationsmechanismen wurden von der Wiener Drogenkoordination auch sofort in Anspruch genommen und die Verabschiedung des SMG ein Jahr lang blockiert: „*Wir kiefeln heute noch an einem schlechten SMG, was die Finanzierungsfragen betrifft ... gemäß der Verfassung ist ... wo es ein Bundesgesetz gibt, der Bund verantwortlich ... Drogenpolitik (ist) grundsätzlich Bundessache. ... Die Länder substituieren aus einer Zwangssituation, weil zu wenig passiert*“ (V/P3).

Der Bund zeige im Gegensatz zu den Ländern auch konzeptuelle Schwächen: Es mangle ihm nach wie vor an einem Drogenprogramm. Die Länder – Wien als erstes – haben Drogenkonzepte formuliert und sich auch regelmäßig ausgetauscht, unter anderem wurde eine Koordinationsgruppe der Drogenkoordinatoren geschaffen und wird fast konsensuale Politik betrieben. Die Wiener Drogenkoordination ist

dabei nicht nur auf österreichischer Ebene hervorgetreten. Sie hat, als Vertretung der Bundesländer in „*entscheidungskräftigen Gremien*“ wichtige drogenpolitische Entscheidungen der EU mitgetragen. Die Zusammenarbeit mit dem österreichischen Focal Point der EMCDDA funktioniere bestens (V/P2).

Aktuelle Probleme und Ziele

Zusammenarbeit mit der Exekutive: „... es gibt eine natürliche Konfliktlinie, das ist die ... zwischen Behandlern und Betreuern und der Exekutive ...“

Obwohl Konflikte zwischen Exekutive und Drogenhilfe „natürlich“ sind, lassen sich die unterschiedlichen Aufgaben aufeinander abstimmen. Es sei gelungen, eine tragfähige Gesprächsbasis zu schaffen. Die Kriminalpolizei habe „... klar erkannt, dass es Sinn macht, bei der Bekämpfung auf der organisierten Ebene anzusetzen ... und dass es nicht um Suchtkranke geht.“ Mit der Sicherheitspolizei habe man sich ansatzweise darauf einigen können, dass „... es eben nicht darum geht, die verwahrlosten, verelendeten Suchtkranken zu perlustrieren und anzuziegen, sondern dass ... öffentliche Verkehrsmittel ohne Behinderung genutzt werden können ... Wir (wollen) sie nicht weghaben, wir wollen, dass sie erreichbar sind für die Sozialarbeit und ... sie auch ... in Anspruch nehmen ... Wir wollen keine Ghettos, die der sozialen Kontrolle entzogen sind ... eine Stadt wie Wien, wie jede Großstadt, (muss) es aushalten, dass man Menschen in der Öffentlichkeit sieht, die verelendet sind, weil die gibt's ... dieser Prozess ist nicht abgeschlossen. Aber es gibt schon Erfolge ...“ (V/P1). Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit mit der Exekutive wird allerdings im „Cannabisbereich“ gesehen.

Zusammenarbeit im „integrativen Bereich“: „... einen Allgemeinmediziner, der sagt, mit Sucht kenne ich mich nicht aus ... sollte es in fünf Jahren nicht mehr geben ...“

Grundsätzliche Konflikte im „integrativen Bereich“ werden geortet zwischen abstinenzorientierter und nicht abstinenzorientierter Behandlung, zwischen ambulanter und stationärer Betreuung, zwischen psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Einrichtungen, um die Psychotherapie: „... viele Konflikte, die im Großen existieren ...“. Im Drogenbereich konnte statt des Gegeneinanders ein Nebeneinander geschaffen werden, vor allem hinsichtlich der abstinenzorientierten Behandlung, so „... dass es nicht als ein Konflikt verstanden wird, wenn irgendeinmal eine Entscheidung getroffen werden muss, dass sie zu verschwinden hat ...“ (V/P1). Wie angemerkt wurde des Weiteren die Prävention vom „moralischen, oder ausschließlich sicherheitspolitischen auf den pädagogischen Zugang“ umgestellt, und die „Schulen und die Schulung der Lehrer“ (V/P3) in die städtische Drogenpolitik eingebunden.

Der Zusammenarbeit im integrativen Drogensektor unter anderen als sicherheitspolitischen Vorzeichen soll die Integration der Drogenhilfe in das allgemeine Präventions-, Behandlungs- und Betreuungssystem folgen. Dem stehen Interessen im Drogensektor wie auch im „Allgemeinsektor“ entgegen, doch wird auf „...

bessere Vernetzung gesetzt, durch die auch eine weitergehende Normalisierung erfolgt.“ Jeder, der im „Allgemeinsektor“ tätig ist – SozialarbeiterInnen, LehrerInnen, Angehörige der Pflegeberufe, ÄrztInnen und andere mehr – „... sollte ein Grundwissen zum Thema Sucht, legale und illegale Drogen betreffend – haben und auch wissen, wie man damit umgeht ...“ (V/P1). Zum Grundwissen gehören die Grenzen des eigenen Wissens und der eigenen Kompetenzen und die fachgerechte Heranziehung von SpezialistInnen. Diesem Ziel stehe allerdings die sich abzeichnende Reduktion der finanziellen Ressourcen entgegen.

Die Wiener Drogenpolitik: Der „Wiener Weg“ – eine „Erfolgsgeschichte“

Die Wiener Drogenpolitik wird von den ehemaligen und aktuellen Mitarbeitern der Drogenverwaltung sehr positiv gesehen – allerdings erst seit der Einrichtung der Wiener Drogenkoordination. Frühere Zeitabschnitte erscheinen als dunkles Zeitalter, vor dem sich das Neue als das Vernunftorientierte abhebt. Die Drogenpolitik seit Gründung der Drogenkoordination wird als „problem- und lösungsorientiert“ (V/P2), als „pragmatisch“, als „konsensorientiert“ – vor allem auch in parteipolitischer Hinsicht – und als „eigenständig“ und „autonom“ charakterisiert: So habe man „ideologische Fallen“ vermeiden können, ohne „unideologisch“ zu werden, und unter anderem vermieden, sich in einem der beiden – ideologisch gegensätzlich ausgerichteten – Städtenetzwerke zu positionieren. Und: man habe sich zwar „umgeschaut“ und auf internationaler Ebene kooperiert, doch letztlich einen eigenen Weg eingeschlagen.

Als Errungenschaften werden genannt: Die Verbesserung der Lebenslage einer Randgruppe („einer sozial schlecht gestellten Schicht der Wiener Bevölkerung“ – V/P3) nicht zuletzt durch die Einführung flächendeckender Substitutionsbehandlung; die Reduktion der diversen Risiken, die mit dieser Randgruppe verbunden sind (die Reduktion der „dramatischsten und problematischsten Elemente der offenen Drogenszene“ – V/P3); das gesteigerte Verständnis für Maßnahmen im Bereich der Prävention, Betreuung und Behandlung von DrogennutzerInnen in der Bevölkerung (zum Beispiel Spritzentausch); ein allgemeiner Einstellungswandel der Bevölkerung zur Drogenpolitik („entspannteren Zugang zum Thema“ – V/P3); und die Reduktion von Generationskonflikten, die sich in der Drogenpolitik ausgedrückt haben.

Als Kritik wird die Orientierung an „möglichen Wählermehrheiten“ (V/P4) genannt – die Kehrseite der Konsensorientierung also – und es wird der mangelnde Mut in Sachen Cannabis angesprochen. Schließlich ist noch zu vermerken, dass die Zukunft nicht rosig gesehen wird: Den bestenfalls stagnierenden Ressourcen stehe eine „steigende Problematik“ gegenüber:

„... Je stärker die sozialen Probleme werden, desto mehr muss man damit rechnen, dass Menschen Suchtprobleme entwickeln ... Der soziale Abstieg macht die Menschen anfälliger für bestimmte Erkrankungen und Suchterkrankung ist eine davon.“ (V/P1)

1.4. Zusammenfassung

Die Gespräche mit den PolitikerInnen auf Gemeinde- und Bezirksebene zeigen in aller Deutlichkeit, dass der „Wiener Weg“ der Drogenpolitik von allen Parteien in der Stadt mitgetragen wird, auch wenn der drogenpolitische Konsens immer wieder als dünne Decke erscheint, die über das grundsätzlich unterschiedliche Verständnis von Jugend, Drogen und Drogenkonsum, von drogenbezogenen Problemen und drogenpolitischen Programmen und von Gesellschaftspolitik schlechthin, gebreitet wurde/werden konnte. Ebenso deutliche Zustimmung wie die kommunale Drogenpolitik und das gemeinsame Vorgehen erfährt das ausführende Organ, die Wiener Drogenkoordination und ihr Leiter, der Wiener Drogenkoordinator von allen GesprächspartnerInnen. Die Basis der parteienübergreifenden Einigkeit über die Grundzüge der kommunalen Drogenpolitik bildet – so die Befragten – die allen gemeinsame Anerkennung der Komplexität „der Sache“, die nicht mit einfachen Lösungen zu bewältigen ist und die mit der Formel „Dealer strafen, den Kranken helfen“ akzentuiert werden kann.

Die BezirksräTInnen sind in gewissem Sinne die „politischen Außenposten“ der kommunalen Drogenpolitik und selbst deren „AdressatInnen“, insofern von ihnen erwartet wird, möglichst viele Schlüsselpersonen in ihrem Bezirk auf die gemeinsamen drogenpolitischen Grundsätze zu verpflichten. Sie versuchen ihrerseits diese Politik zu beeinflussen, in dem sie die Erwartungen der BewohnerInnen ihres Bezirks an die kommunale Drogenpolitik herantragen. Auf Bezirksebene ist Drogenpolitik eng mit Tagesereignissen, mit akuten und sichtbaren Manifestationen des Drogenproblems verbunden. Und BezirkspolitikerInnen stehen immer wieder vor der Versuchung, statt sich dem konzentrierten und pragmatischen Problemmanagement, das auf kommunaler Ebene entwickelt wurde, zu verschreiben und sich damit aus der Parteipolitik herauszunehmen, sich einer Problematisierungskampagne anzuschließen und den Konsensus auf Gemeindeebene zu stören.

Die Sicht der Professionellen der Wiener Drogenverwaltung liest sich erwartungsgemäß als gelungener Versuch, eine Vielzahl von drogenbezogenen Konfliktherden und -feldern einzuhegen und zu befrieden. Die Einrichtung der Wiener Drogenkoordination wird als Einschnitt in der Wiener Drogenpolitik gesehen, erst damit habe man sich in der Bundeshauptstadt der Drogenproblematik sachlich und emotionslos gestellt. Mit Erfolg: denn es sei zunehmend gelungen, parteipolitische Einigkeit in der kommunalen Drogenfrage herzustellen, die Medien und die Wiener Öffentlichkeit zu beruhigen, Wien drogenpolitisch auch nach außen zu vertreten, die zerstrittenen Professionellen im Behandlungs- und Präventionsbereich und in der Sicherheitsexekutive zu einigen und die drängendsten drogenbezogenen Probleme (Randgruppen- und Generationenprobleme) zu lösen. Insgesamt sei man sehr pragmatisch vorgegangen. Als besonders gelungen wird die organisatorische Gestaltung der Drogenkoordination – als modernes, städtisches Steuerungsinstrument, das bereichübergreifend arbeite – betrachtet und

Stoltz wird über die beiden Drogenkonzepte berichtet, die als Ergebnis wie als Grundlage des konsensorientierten drogenpolitischen Diskurses auf kommunaler Ebene betrachtet werden. Arbeit und Probleme gäbe es aber nach wie vor genug: So ließe die Zusammenarbeit mit der Exekutive noch zu wünschen übrig, so seien noch Bruchlinien in der Drogenhilfe zu sehen und nicht zuletzt stünde die Integration der Drogenhilfe in das allgemeine Präventions-, Behandlungs- und Betreuungssystem aus. Gleichzeitig wird die Beschränkung der Ressourcen und das Ansteigen drogenbezogener Probleme befürchtet.

2. Behandlung, Betreuung und Prävention

2.1. Professionelle aus Behandlung und Betreuung

Die Interviewten

Wie erwähnt, ist es im Bereich Behandlung und Betreuung gelungen, Gespräche mit Professionellen zu führen, die an den ersten Versuchen, einen innovativen, (re)integrativen Umgang mit den rebellischen, Drogen konsumierenden Jugendlichen der 70er Jahre zu entwickeln, maßgeblich beteiligt waren. Dieser Erfolg und die Absicht, die explosive Entfaltung in diesem Bereich einzufangen, hat die Zahl der GesprächspartnerInnen aus der Drogenhilfe in die Höhe getrieben. Eine weitere Ursache für die numerische Bevorzugung der Behandelnden und Betreuenden ist die aktuelle Vielfalt der Einrichtungen, ihrer Aufgaben, aber auch der eingesetzten Methoden, und nicht zuletzt die große Zahl der Professionellen und die Vielfalt der involvierten Professionen, deren drogenpolitische Meinungen und Urteile im Rahmen dieser Studie von Interesse sind.

Phase	Name	Profession	Tätigkeitsbeginn	Einrichtungen
Pionierphase die 70er Jahre	<i>Johannes Ranefeld</i>	Medizin (Psychiatrie) Psychotherapie	1972 – 1984	Abteilung für Forensische Psychiatrie (AKH) Club Change (Bewährungshilfe) Drogenambulanz (AKH) Drogenabteilung (Anton Proksch Institut) Strafanstalt Favoriten inkl Außenstelle Münchendorf
	<i>Ewald Höld</i>	Medizin (Psychiatrie) Psychotherapie	Ab 1976	Club Change (Bewährungshilfe) Drogenkoordination Burgenland Drogenabteilung (Anton Proksch Institut) Institut für Suchtdiagnostik (Fonds Soziales Wien) Justizanstalt Wien-Favoriten – Außenstelle Münchendorf Landesgerichtliches Gefangenenehaus Eisenstadt
	<i>Otto Presslich</i>	Medizin (Psychiatrie)	1978 – 1999	Drogenambulanz (AKH) Intensivstation der Uniklinik für Psychiatrie (AKH) Streetwork
	<i>Peter Hermann</i>	Medizin (Psychiatrie)	Ab 1978	Ambulatorium für Suchtkrankenhilfe (PSD) Drogenambulanz (AKH) Intensivstation der Uniklinik für Psychiatrie (AKH) Drogeninstitut (Otto Wagner Spital)
Umwälzungen die 80er Jahre	<i>Silvia Franke</i>	Sozialarbeit Psychotherapie	1980 – 2002	Streetwork (Verein Rettet das Kind) Informationsstelle für Suchtprävention (MA 15)
	<i>Harald Spirig</i>	Soziologie	Ab 1983	Justizanstalt Wien-Favoriten Bewährungshilfe Schweizer Haus Hadersdorf
	<i>Günther Juhnke</i>	Sozialarbeit Psychotherapie	Ab 1980	Drogenberatungsstelle Change (Bewährungshilfe) Drogenstation (Anton Proksch Institut)
	<i>Andreas Mauerer</i>	Psychotherapie	Ab 1980	Drogenabteilung (Anton Proksch Institut) Grüner Kreis Verein Pass
	<i>Alfred Rohrhofer</i>	Medizinstudium, Geschäftsführung, Verwaltung	Ab 1981	Privatpraxis Dr. Pernhaupt Grüner Kreis

II. Die Wiener Drogenpolitik aus der Sicht ihrer AkteurInnen

Phase	Name	Profession	Tätigkeitsbeginn	Tätigkeitsausübung (Einrichtungen)
↓	<i>Vera Pfersmann</i>	Medizin (Psychiatrie) Psychotherapie	Ab 1984	Drogenabteilung (Anton Proksch Institut) Drogenambulanz (AKH) Forensische Drogenambulanz (AKH) Intensivstation, Universitätsklinik für Psychiatrie (AKH) LBI für Suchtforschung Psychiatrische Abteilung (SMZ-Ost)
	<i>Christian Tuma</i>	Sozialarbeit	Ab 1984	Drogenstation (Otto Wagner Spital) Wiener Berufsbörse
	<i>Michael Dressel</i>	Sozialarbeit	Ab 1986	Drogenverbindlungsdienst des Psychiatrischen Krankenhauses Baumgartner Höhe Aids-Hilfe Wien Verein Wiener Sozialprojekte (Ganslwirt) Die Partner FSW Fachbereich Sucht und Drogen Drogenkoordinator
Verwaltung die 90er Jahre	<i>Dan Seidler</i>	Medizin (Innere Medizin, Notfallmedizin)	1989 – 1997	Allgemeines Krankenhaus
	<i>Peter Skriboth</i>	Medizin	Ab 1989	Drogenabteilung (Anton Proksch Institut) Ganslwirt (Verein Wiener Sozialprojekte) Otto Wagner Spital Suchthilfeeinrichtungen (Dialog)
	<i>Gerhard Schinnerl</i>	Sozialarbeit	Ab 1990	Suchthilfeeinrichtungen (Verein Wiener Sozialprojekte)
	<i>Andrea Kubec</i>	Medizin (Allgemein-medizin)	Ab 1993	Niedergelassene ÄrztIn mit PatientInnen im Substitutionsprogramm Stadtschulrat, Zuständigkeit für SchulärztInnen
	<i>Eva Wohllaib</i>	Krankenpflege, Psychologie, Psychotherapie	Ab 1993	Drogenambulanz (Otto Wagner Spital) Kolping Drogenberatung (Kolpingwerk)

Die 70er Jahre: Die Pioniere

Die „internationale Drogenwelle“ erreicht Österreich – „ein vorübergehendes Phänomen“?

Der illegale Konsum von Drogen war für die wenigen Professionellen, die zu Beginn der „internationalen Drogewelle“ Ende der 60er Jahre in der Suchtarbeit tätig waren, nicht neu, neu war aber die Gruppe der KonsumentInnen: Es handelte sich nun um junge Menschen, die der „Zweiten Jugendbewegung“ und ihren diversen Ausformungen nahe standen, für die der Drogenkonsum das Recht symbolisierte, „... aus dieser Gesellschaft auszusteigen ...“ (B10), wie den Versuch eine „andere“, „freiere“ Lebensweise zu verwirklichen. Mit diesem „... neuen

Publikum, dieser jugendlichen Protestwelle, wurde man nicht fertig ...“ (B9). Die „neuen“ DrogenkonsumentInnen „... waren nicht so brav und angepasst, wie irgendwelche Soldaten, Ärzte oder Apotheker ...“ (B9), die man bis dahin als DrogenkonsumentInnen kannte.

Die Meinungen über die Brisanz, Qualität und Dauer dieses neuen Problems gingen auseinander: Ein Mitglied des Alkohol- und Drogenbeirats im Gesundheitsministeriums sah im jugendlichen Drogenkonsum „... ein vorübergehendes Phänomen ...“ (B10) und warnte Kollegen davor „... auf's falsche Pferd ...“ (B10) zu setzen und ihre Karriere zu gefährden. „Einflussreiche Leute ...“ propagierten, es handle sich „... um eine gesellschaftliche Fehlleistung, nicht um eine Krankheit“ (B3). Auch in großen Teilen der Bevölkerung wurde der Konsum illegaler Drogen als moralische Verfehlung bewertet und auf Bestrafung als geeignetes Mittel, ihm zu begegnen, gesetzt. Daneben fanden sich aber auch zunehmend Personen, die eine Entkriminalisierung des Drogenkonsums forderten, da sie darin unter anderem eine wichtige Voraussetzung für die Behandlung von Suchtproblemen sahen. Von einem gesellschaftlichen Konsens, Drogensucht als Krankheit zu sehen und ihrer Behandlung Priorität einzuräumen, war man aber weit entfernt.

*Die Justiz holt die Professionellen aus Behandlung und Betreuung:
„Eindringlinge, die da in sehr suspekter Art und Weise
das Gefängnis infiltrieren...“*

Die Entkriminalisierung der „neuen“ KonsumentInnen illegaler Drogen ist nicht durchsetzbar, wohl aber deren Behandlung und Betreuung und dies am raschesten und erfolgreichsten im Strafvollzug. Anfang der 70er Jahre wird in der Justiz der Auftrag für die Entwicklung und Umsetzung eines Behandlungsvollzugs für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher vergeben. Auftragnehmer ist die Abteilung für forensische Psychiatrie am Allgemeinen Krankenhaus Wien (AKH), die mit der Aufgabe betraut wird „... aus dem Bezirksgerichtlichen Gefangenenehaus Wien-Favoriten ... nach und nach eine Maßnahmenvollzugsanstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher zu machen“ (B10). Der Institutsleiter gibt seinem mit der Umsetzung befassten Mitarbeiter den Auftrag: „Wenn ich dich in zwei Jahren besuchen komme, will ich das Haus nicht wieder erkennen“ (B10).

Ein Betreuungskonzept mit gleichbleibenden Bezugspersonen wird entwickelt, bei dem SozialarbeiterInnen die von ihnen im Gefängnis betreuten Inhaftierten auch nach deren Entlassung weiterbetreuen. MedizinerInnen und Psychotherapeuten werden in die Betreuung inhaftierter Drogenabhängiger integriert. Die Ausarbeitung und Umsetzung des Behandlungskonzeptes wird auch vom Verein für Bewährungshilfe getragen, der sich Ende der 60er Jahre maßgeblich für die Entkriminalisierung des Drogenkonsums und die Behandlung von Suchtkranken eingesetzt hat. Der ihr zugehörige Club Change wird für die Nachbetreuung Haftentlassener geöffnet und die ersten für den Maßnahmenvollzug entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher ausgebildeten SozialarbeiterInnen werden in der Bewährungshilfe angestellt.

Das Justizministerium finanziert die Entwicklung neuer Betreuungskonzepte. Und es sorgt auch für die „Abschirmung“ der Behandelnden „... *in Hinblick auf die Unzufriedenheit der Justizwache-Beamten mit diesen Eindringlingen, die da in sehr suspekter Art und Weise das Gefängnis infiltrieren ...*“ (B10) und entbindet sie von der Verpflichtung, ihr Wissen an Polizei, Staatsanwaltschaft und/oder Richterschaft weiterzugeben. Die Begegnungen der Behandelnden mit der Polizei, der Richter- und Staatsanwaltschaft, den Anstaltsleitungen und der Justizwache werden, im Gegensatz zu denen mit den MitarbeiterInnen des Justizministeriums, als gespannt bis konfliktbeladen, distanziert und innovationsfeindlich erlebt. Man traf sich zwar auf drogenpolitischen Veranstaltungen, aber: „... *man kannte sich und die Aufgabenteilung war klar ...*“ (B10). Die Polizei scheint nur an hohen Aufklärungsquoten interessiert, vor keinem Mittel (unsanften Verhörmethoden etwa) zurückzuschrecken und hätte gerne Einblick in die Dokumentation. Daher wird nur das Notwendigste notiert und das Notierte anonymisiert.

Auch die „freie“ Behandlung etabliert sich langsam: „... die angebotenen Behandlungsmethoden ... haben nicht dem Beschwerdebild entsprochen“

Der Aufbau der Behandlung Drogenabhängiger geht zwar am raschesten im Gefängnis, aber nicht nur dort vonstatten. Zu Beginn der „internationalen Drogenwelle“ haben „*die angebotenen Behandlungsmethoden ... qualitativ und quantitativ nicht dem Beschwerdebild entsprochen*“ (B9). Die ursprünglich inoffizielle Drogenambulanz im AKH, die seit Mitte der 60er Jahre existiert ist „... *eine kleine 1-Mann Quetsche...*“ ohne nennenswerte Ressourcen. Dies beginnt sich 1978 zu ändern, als der neue Leiter der Intensivstation der Universitätsklinik für Psychiatrie beschließt, mit der Drogenambulanz zusammenzuarbeiten. Er reserviert vier seiner acht Intensivbetten für die Durchführung stationärer Entzüge und etabliert damit das erste Angebot dieser Art in Wien. Die Drogenbehandlung beginnt sich an der Klinik zu etablieren und expandiert: Passiert der Ambulanzbetrieb zu Beginn „... so zwischendurch mit der Versorgung von Klienten am Gang vor 4C (Intensivstation) ...“ (B3), verhilft Ende der 70er Jahre ein Brand zu geeigneteren Räumlichkeiten, ausgedehnteren (und auch „normaleren“) Ambulanzzeiten und einer Verwaltung. Die zunehmende „Normalität“ ist eine Basis für die Professionalisierung (B3).

Rascher als im ambulanten Bereich geht der Behandlungsaufbau im stationären vonstatten: Im Anton Proksch Institut (API) in Kalksburg werden 1971 die ersten stationären Rehabilitationsversuche unternommen, 1972 wird die erste Drogenstation Österreichs als Abteilung des API eröffnet. Sie hat ursprünglich 9 Betten, die bald auf 15 erhöht werden (Pernhaupt 1980).

Die Behandelnden versuchen den Zugang zu den sich langsam vermehrenden Behandlungsangeboten zu erleichtern, indem sie bestehende Hürden umgehen:

- Die Meldepflicht und Informationsweitergabe an Polizei, Gesundheitsbehörden und Gerichte wird verweigert, außer sie ist zum Nutzen der KlientInnen: Wenn sie sich strafmildernd auswirkt, werden medizinische Unterlagen (Harntests, Behandlungsbestätigungen) zur Verfügung gestellt.

- Die Betreuenden suchen die Szene auf und bieten inoffizielle Kontakte an: „*Da bin ich von Leuten aus der Szene besucht worden, beim Abendessen ... Ich war ... in der Freizeit unterwegs, iibrigens auch mit den Kindern*“ (B10).
- Administrativ-bürokratische Anforderungen werden „übersprungen“: „... nicht so selten hab ich mir wen zusammengepackt im Change und bin ... mit dem Auto in die Klinik gefahren ... der hat auch – wenn es irgendwo ging – ein Notbett aufgestellt, über Nacht ...“ (B10). Noch in den 80er Jahren wird in Absprache mit der Ärztekammer den HausbesetzerInnen in der Gassergasse vor Ort unentgeltliche medizinische Betreuung angeboten (B9).

Diese Art der Versorgung erfordert auf Grund ihres weitgehend inoffiziellen Charakters und der geringen Ressourcen viel Improvisationstalent und persönliches Engagement. Für Dokumentation bleibt nur wenig Zeit, wenn, „... eine Person alleine 50 Patienten an einem Nachmittag in der Drogenambulanz ...“ betreut, „.... mit Suchtpatienten am Bankl sitzend, jeder kriegt seine Infusion, und man redet mit fünf auf einmal, weil sonst geht es sich nicht aus“ (B3). Die stetig wachsende Nachfrage bei gleichbleibenden Kapazitäten zwingt zur Führung von Wartelisten, was wiederum Überbrückung der Wartezeit verlangt. Die Behandelnden sehen sich mit immer neuen Betreuungsaufgaben konfrontiert. So wird in der Drogenstation des API Ende der 70er Jahre die erste kleine stationäre Nachsorgeeinrichtung geschaffen.

Die Anliegen der Pioniere: „Anwalt der Drogenabhängigen“

Die Betreuenden der ersten Phase sahen sich als „*Anwalt der Drogenabhängigen*“ (B10). Sie setzen sich im beruflichen Umfeld und in politischen Entscheidungsgremien für die Entkriminalisierung von DrogenkonsumInnen ein, sie sprechen Tabuthemen an, wie die kontrollierte Abgabe von Drogen (und nicht nur Drogenersatzstoffen wie Methadon) und den Ausbau von Behandlungs- und Harm Reduction-Angeboten. Ihr Einsatz ist zu Beginn auch von Optimismus „... in Bezug auf die epidemiologische Eingrenzung des Drogenproblems ...“ (B9) getragen. Mit dem aktiven Aufsuchen der DrogenkonsumInnen in der Szene, der qualitativen und quantitativen Verbesserung der Behandlungsangebote (Stichworte: sanfter Entzug, Einführung ambulanter Betreuung), der Behandlung ohne Krankenschein, der Kooperation mit sozialen Einrichtungen und dem Schutz der DrogenkonsumInnen vor dem Zugriff der repressiven Kräfte wird versucht, auch jene zu erreichen, die bis dahin unversorgt waren und sukzessive verehelenden. Das Ziel ist, DrogenkonsumInnen „... eine bestimmte Zeit, ... vor all den negativen Folgen, die mit dem Drogenkonsum, dem Umfeld, der Strafverfolgung und dem möglichen körperlichen Verfall zusammenhängen, zu schützen. ... sie sozial und körperlich möglichst gesund zu halten und zu schauen, dass sie nicht zu lange in Gefängnissen sind, weil sie dort auch sozialisiert werden. Denn passiert dies nicht, ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich im Laufe der Zeit wieder stabilisieren, fast null“ (B10).

Das drogenpolitische Engagement der Pioniere fällt zum Teil auf fruchtbaren Boden: 1984 gelingt es, die namentliche Meldepflicht von DrogenkonsumentInnen an die Gesundheitsbehörde in eine „anonymisierte“ umzuwandeln, auch kommt es zu einer Festsetzung der „... Grenzmengen zum eigenen Gebrauch auf ein übliches und glaubhaftes Maß Trotzdem war das aber nicht befriedigend“ (B9).

Die 80er Jahre: Ausbau, Experimente und Konkurrenz

Die konfliktreiche Expansion des stationären Behandlungssektors

In der ersten Hälfte der 80er Jahre expandiert vor allem der „freie“ stationäre Bereich. Es bilden sich „... eigenständige ‚Drogenimperien‘ rund um ‚Drogen-Gurus‘, die miteinander verfeindet waren ...“ (B5). Sie definieren sich über die Abgrenzung vom jeweils anderen und entwickeln Behandlungsangebote für unterschiedliche Zielgruppen. Das psychoanalytisch orientierte Therapiekonzept der Drogenstation des API gilt als geeignet für Mittel- bis Oberschicht-KlientInnen mit Fähigkeit zur Reflexion und guter sprachlicher Kompetenz. Dem anfänglich ebenfalls am API tätigen Begründer der „Soziotherapie“, Günter Pernhaupt, schwebt eine Station vor, „... die ganz anders ist, nämlich wo die Leute hakeln ... lebenslang ... selbstorganisiert, mit Leuten, die auf die anderen aufpassen ...“ (B4). Für sein Therapiemodell (das später seine Verwirklichung im Grünen Kreis findet – die AutorInnen) ist ein ländliches Umfeld „mit Tieren und Landwirtschaft“ wichtig. Die 1982 gegründete Drogenstation des Krankenhauses Baumgartner Höhe (heute Otto Wagner Spital) schließlich offeriert stationäre Therapie für PatientInnen der Unterschicht mit geringeren Sprachfertigkeiten. Die Umsetzung erfolgt „... absichtlich in der Stadt, absichtlich nicht disloziert und absichtlich wenig romantisch ... Der Plan damals war, ... (dass PatientInnen) die erste Phase vollstationär machen, anschließend in Werkstätten, die außerhalb des Krankenhausgeländes liegen, arbeiten gehen und im Übergangswohnheim wohnen – sich so schrittweise wieder abnabeln“ (B3).

Zusätzliche Konflikte bringt die rasche Expansion der Behandlungskapazitäten, bei der strukturelle Abstimmungen vernachlässigt werden. Unter anderem beim stationären Entzug: „... wir waren angewiesen auf die vier Betten vom P.“ (B4). Folgen sind MitarbeiterInnenunzufriedenheit, die Bildung rivalisierender Gruppen innerhalb der Einrichtungen, Personalfluktuation, die Suspendierung von Führungskräften und PatientInnen-Streiks, die mit großem Medienspektakel einhergehen und durch Polizeieinsatz beendet werden. Die dramatische Entladung der Situation signalisiert den Abstieg der „Drogenpäpste“ und stellt einen weiteren Schritt in Richtung „Normalisierung“ der Suchtbehandlung dar.

Der Ausbau des Behandlungsbereichs ist von Diversifikation begleitet, wobei die Gründung neuer Einrichtungen teils auf Spaltungsprozessen basiert: Ehemalige MitarbeiterInnen gründen neue Vereine, gestalten eigene Angebote oder nutzen Bestehendes für neue Angebote. So wird aus der Nachsorge-Einrichtung der Drogenabteilung Mödling des API beispielsweise der Grüne Kreis, ein alternatives, stationäres Langzeittherapieangebot im ländlichen Umfeld.

Aber auch: „... mehr Raum zum Experimentieren, ... zum Ausprobieren neuer Dinge“

Die frühen 80er Jahre werden aber auch als Periode gesehen, in der viele innovative Projekte entstehen. So wird 1980 das niederschwellige Angebot Streetwork als Projekt initiiert und dem Leiter des Jugendamts und Obmann des Trägervereins „Rettet das Kind“ unterstellt. Dieser kennt die Probleme des Klientels aus eigener beruflicher Erfahrung und hält seine schützende Hand über die SozialarbeiterInnen: „*Wenn es aufgrund unserer Tätigkeit politische Querelen gab – wir haben uns ja oft kein Blatt vor den Mund genommen und waren alles andere als diplomatisch –, konnte er zwar manchmal ziemlich grantig werden, aber im Großen und Ganzen hat er uns Fachleute sehr respektiert und uns nicht bevormundet. ... da war damals viel Platz für Neues*“ (B2).

Dass es im Vergleich zur heutigen Arbeitssituation „... mehr Raum zum Experimentieren, ... zum Ausprobieren neuer Dinge“ (B5) gab, äußern auch MitarbeiterInnen stationärer Langzeittherapie-Einrichtungen. So entsteht Mitte der 80er Jahre auf der Drogenstation in der Hinterbrühl ein kleiner Bauernhof mit Tieren und einem Teich. „*Das Paradebeispiel sind die ‚Flaschenlämmer‘, Schafe, die von den Müttern nicht angenommen wurden, die von PatientInnen aufgezogen werden...*“. Das Konzept bleibt nicht ohne Kritik, denn: „... *Ein Sonderkrankenhaus und Schafe, die über die Hauptstiege laufen, das hat sich nicht gut vertragen ...*“ (B11).

Argumentationen für oder gegen bestimmte Behandlungsangebote werden zu dieser Zeit „... mehr oder weniger mit dem gesunden Menschenverstand und dem Herzen geführt“ (B2). Es gibt noch kaum Datenmaterial, das die Beteiligten zur Untermauerung ihrer Ansichten heranziehen können. Der Handlungsspielraum wird unter anderem durch die erwähnten charismatischen Führungspersönlichkeiten geschaffen, die den jeweiligen Behandlungsansätzen Gewicht in Politik und Öffentlichkeit geben und ihre Finanzierung sichern. Auch der TherapeutInnen-Nachwuchs wird von den „Gurus“ gefördert, und wenn es nötig erscheint, auch „... auf der ganzen Welt herumgeschickt. Am einschneidendsten war ein mehrmonatiger Aufenthalt in den USA, wo ich in Ohio, in San Francisco und New York im klinischen Suchtbereich gearbeitet habe und auch sehr vieles von dort für hier übernommen habe“ (B7). Die Experimente zeigen dann auch erste Ergebnisse. Es beginnt „... diese abstinenzorientierte Geschichte erstmals wirklich zu funktionieren. Die Leute haben die Sachen fertig gemacht, sie haben sich in den Therapiesituationen nicht mehr umgebracht, wir haben die abstinenzorientierte, pädagogische, letztlich auch ein bisschen therapeutisch orientierte Arbeit halbwegs in den Griff gekriegt“ (B4).

Verschwommene Grenzen und Übergriffe: „Die jungen Wilden“

Der Führungsstil und die therapeutischen Methoden – die Gestaltung der TherapeutIn-KlientIn-Beziehung – weisen in dieser Phase allerdings große Defizite auf: Die „pseudotherapeutische Ideologie“, die vor allem in Langzeit-Einrichtungen vorherrschte, sah vor „... die Süchtigen total zu konfrontieren und ihre Abwehr zu

brechen ... Die TherapeutInnen verfügten über sehr viel Macht. Dies führte zu einer ungesunden Nähe und tendenziellen Übergriffigkeit in vieler Hinsicht zwischen BehandlerInnen und PatientInnen, leider auch bis hin zum sexuellen Missbrauch von Klientinnen, deren Geschichte ohnehin von diesem Thema geprägt war. Also patriarchal mit allen Implikationen, unter der Leitung von Übervätern“ (B2).

Geringe Abgrenzung kennzeichnet auch die Arbeit im niederschwelligen Bereich: „*Wir waren ja alle per Du mit den Leuten, haben uns zum Teil mit Bussi begrüßt und solche Dinge, unvorstellbar heute ... Missionarischer Eifer und die Haltung: „Ich weiß, was gut für dich ist“, waren damals in der Drogenarbeit sehr verbreitet ... Diese Haltung war nicht nur kontraproduktiv und abhängigkeitsfördernd, sondern auch Ausdruck eines Mangels an Respekt.“ (B2)* Die MitarbeiterInnen von Streetwork begreifen sich „*nicht so stark als Berufsgruppe, sondern richten sich nach den KlientInnen und deren Bedürfnissen.“ (B2)* Sie identifizieren sich mit diesen und dem Nimbus, der sie umgibt: „*.... die meisten von uns haben sich damals schon für ein bissl was besonderes gehalten, weil wir mit so einer exotischen Gruppe wie den Drogenabhängigen arbeiten. Genauso wie unsere KlientInnen, die auch geglaubt haben, sie sind was besonderes, und auf die Alkoholiker heruntergeschaut haben“ (B2).*

Entzug: Qualitative und quantitative Verbesserungen

Die Intensivstation der Universitätsklinik für Psychiatrie des AKH bleibt auch in den 80er Jahren lange die einzige Einrichtung in Wien, die stationäre Entzüge anbietet. Man verfolgt das Ziel, den Entzug „möglichst sanft“ zu machen. Der anfängliche Einsatz hochdosierter Neuroleptika wird diesem Anspruch nicht gerecht. Sie machen ihn „*nicht sehr angenehm ... und auch ein bisschen riskant ... Man musste fünf bis zehnmal soviel verabreichen, wie für psychotische Patienten“ (B9).* In der Folge entwickelt man den Kurzentzug unter Narkose, der international einiges Aufsehen erregt, später jedoch in Verruf gerät. Mit dem Verschwinden der monotoxischen DrogenkonsumInnen folgen, trotz der Kritik, der man sich dadurch aussetzt, erste Versuche, PatientInnen schwerpunktmäßig mit Morphin und Benzodiazepinen zu entziehen, „*... sicher das Beste ...“*, auch wenn es bis jetzt noch nicht gelungen ist, den Entzug „*.... zu einem Vergnügen umzuwandeln“ (B9).*

1981 beginnt man im Krankenhaus Neunkirchen stationäre Entzüge durchzuführen, 1988 wird die Entzugsstation in der Breitenfurterstraße eröffnet, die erstmals Methadonentzüge anbietet und in der auch eine drei Monate dauernde Kurzzeittherapie absolviert werden kann, die vor allem Jugendliche erreichen soll.

Problem-KonsumentInnen ohne Behandlungsangebot: „Stabilisierung ohne Substitution kann man vergessen“

Trotz des wachsenden Behandlungsangebotes verelendet die offene Drogenszene zunehmend. Ihre Angehörigen fallen durch intensiven Konsum, Politoxikomanie und Beschaffungskriminalität auf. Für die BetreuerInnen „*... wird es immer schwieriger, irgend etwas (für diese Gruppe) zu tun ...“*, denn sie erweist sich als „*... nicht wirklich genug differenziert ...“* für abstinenzorientierte, stationäre Therapie-Ange-

bote (B4). Die Situation spitzt sich weiter zu, als bei diesen DrogenkonsumentInnen vermehrt Infektionen mit Hepatitis B, HIV/AIDS und/oder Hepatitis C – „... *alles ein Phänomen der frühen 80er Jahre ...*“ – aufzutreten beginnen (B4).

Das Dogma der Abstinenz ist zu Beginn der 80er Jahre noch allgegenwärtig. Auch bei den StreetworkerInnen, die den Auftrag haben Problem-KonsumentInnen aktiv in der Szene aufzusuchen, wird diskutiert, „... *ob mit jemandem, der unter dem Einfluss von Heroin steht, überhaupt ein Beratungsgespräch geführt werden soll ... oder erst wenn er ‚kracht‘*“ (B2). Viele BetreuerInnen glauben an den „Leidensdruck-Mythos“, der besagt, dass es „... *den Leuten erst richtig schlecht gehen müsse, bevor sie bereit sind, ihr Leben wirklich zu verändern ...*“ (B2). Es fehlen Behandlungsangebote für jene, die für Langzeittherapie nicht zugänglich sind, oder die rückfällig werden: „... *ein gewisser Prozentsatz landete immer wieder auf der Entzugsstation, obwohl sie mehrfach und mit Erfolg – das war ja der Hohn der Sache – irgendwelche Abstinenztherapien durchgemacht haben*“ (B9). Aber auch für die Überbrückung der Wartezeit gibt es keine Angebote, die Abhängige vom Beschaffungsdruck befreien könnten. Eine weitere Problemgruppe bilden schwangere Drogensüchtige, bei denen ein abrupter Entzug wegen der Gefahr einer Frühgeburt nicht möglich ist und Drogenabhängige, die sich aufgrund einer akuten Erkrankung oder Verletzung in Spitalsbehandlung begeben müssen. Diese werden zumeist „... *von außen mit Mohnkapseltee versorgt ...*“ (B9), eine medizinisch-therapeutisch unhaltbare Situation, ein ständiger Konfliktherd im Regelbetrieb jedes Krankenhauses, der zu Protesten des Pflegepersonals führt. „*Da haben wir gesagt, dass kann es nicht sein, man muss auch ein Ersatzdrogenprogramm zur Verfügung stellen.*“ (B9) Ein Schluss, zu dem auch die SozialarbeiterInnen von Streetwork kommen, deren Abstinenz-Diskurs bald von einer „akzeptierenden Arbeitsweise“ abgelöst wird, die Drogenkonsum nur thematisiert, wenn der/die KlientIn dies tut. Zum Betreuungsziel werden stabilisierende Hilfestellungen, aber: „... *nur Stabilisierung ohne Substitution kann man vergessen. Deshalb war für uns sehr bald klar, dass sich da was ändern muss*“ (B2). „*Es war Konsens, dass ... (Substitution) unmöglich ist*“ (B9). Mediziner, die das Thema offen diskutieren wollen, stoßen auf ein Tabu: „*Wenn ich gesagt hab: ‚Bitte schaut Euch das an. Jetzt ist der zum dritten Mal in Mödling gewesen‘, haben sie gesagt: ‚Wir zeigen Sie an, wenn Sie überhaupt nur reden von Substitutionstherapie, das ist Propaganda für Drogenkonsum‘*“ (B9). Trotz der Drohungen wird 1984/85 an der Drogenambulanz des AKH Methadon eingesetzt, um „... *ohne großes Tamtam, schon lange vor dem Erlass, Schwangere zu substituieren*“ (B2).

Die Diskussion um die Substitution spaltet die Suchthilfe. Unter den BefürworterInnen finden sich vor allem MitarbeiterInnen der ambulanten Einrichtungen, als GegnerInnen deklarieren sich viele MitarbeiterInnen der stationären Langzeittherapie: „... *für die war die Substitution, wie für den Teufel das Weihwasser ...*“ (B2). Die BefürworterInnen vermuten hinter der Ablehnung die Angst der stationären BehandlerInnen, „... *keine PatientInnen mehr zu bekommen ...*“ (B2). Die Ablehnung der Substitution beruht aber auch auf persönlichen Erfahrungen. Einige erfolgreich behandelte Langzeittherapie-PatientInnen arbeiten in abstinenzorientierten Einrichtungen mit und sind nicht selten „... *glühende Gegner der Substitution und glühende Verehrer der Abstinenzbehandlung ...*“ (B5), die

es ihnen ermöglicht hatte, sich von einem Problem zu befreien. Ihre Skepsis ist groß, ob dies geglückt wäre, „... hätte es Substitution gegeben“ (B5).

Vom Substitutionstabu zum Ersten Substitutionserlass 1987: „... eine für die damalige Zeit sehr klare und konsequente Linie“

Das Thema Substitution wird zu einem Politikum. Die Gesprächsbereitschaft auf politischer Ebene wird auch durch den Umstand beeinflusst, „... dass sich Kinder und Jugendlichen (aus Politikerfamilien aller Parteien) einfanden, die Drogenprobleme hatten...“ (B9). Den Ausschlag für den Paradigmenwechsel gibt letztendlich das Auftreten von HIV, AIDS und Hepatitis B und C: „... die epidemische Bedrohung – die Angst um die Volksgesundheit, dass das HIV verbreitet wird über drogensüchtige Prostituierte – (hat) die Substitution als anerkannte Therapieform erst möglich gemacht“ (B2). 1986 werden im Rahmen eines wissenschaftlichen Projekts erstmals offiziell 13 PatientInnen substituiert. Auswahlkriterien waren das Vorliegen einer HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung, eines zerrütteten Gesundheitszustandes und/oder die nachweislich mehrfache, erfolglose Teilnahme an Abstinenztherapien.

Es folgt der erste Substitutionserlass des Gesundheitsministeriums, der als Paradigmen-Wechsel gesehen wird und der die angespannte Situation in der Drogenszene entschärfte, die nach Beginn des wissenschaftlichen Substitutionsprojektes entstanden war: „...da haben sich Szenen abgespielt, weil es Leute gab, die sagten, sie lassen sich (mit HIV) anstecken, damit sie Methadon bekommen“ (B2). Das Gesundheitsministerium handelte aus der Sicht der Substitutionsbefürworter fortschrittlich. Es beschränkte die Substitution nicht auf die Verwendung von Methadon, wie in Deutschland, sondern gestattete auch den Einsatz von Opiaten, wie Morphin. Auch für die Umsetzung fand sich bald eine flexible Lösung. Wurde das Substitutionsmittel anfänglich von der Drogenambulanz des AKH abgegeben, wird die Vergabe in der Folge von den Apotheken übernommen. Auch hier konnten sich die SubstitutionsbefürworterInnen durchsetzen: „Wir wollten ... dass das System regionalisiert ist ... Wir haben gesagt, okay, eine Ambulanz zum Einstellen, aber für den täglichen Konsum sollte es so normal wie möglich sein“ (B2). Trotz der rechtlichen Regelung bleibt die Behandlungsmethode umstritten. So wird Ende der 80er Jahre in einer stationären Einrichtung nach der Aufnahme eines Substituierten dessen Substitutionsmittel einfach abgesetzt: „Das war einfach so, Substitution galt als schlechte Methode“ (B14).

Konkurrenz statt Kooperation: „... wer reißt mehr für seine Leute heraus, wer hat die besseren Beziehungen, ...“

Neben der Haltung zur Substitution spaltet die Kooperationsbereitschaft mit Gerichten und der Umgang mit der Wahrung der Anonymität der KlientInnen den Suchthilfebereich in zwei Lager: „Da gab es Einrichtungen, die haben ihre Beziehungen zu den Suchtgiftrichtern bis zur Unanständigkeit gepflegt. Was jene, die sehr genau auf Abgrenzung gegenüber der Justiz geachtet und keine Informationen weitergegeben haben, sehr ergrimmt hat. ... Klarerweise waren für uns die Leute pfui, die mit den Richtern zum Heurigen gegangen sind ...“ (B2). Sehen die einen

in „Therapie statt Strafe“ einen Unschuldsverlust, da Drogeneinrichtungen damit in das gesetzliche Regelwerk eingebunden werden, sehen andere darin eine Chance für PatientInnen, dem Gefängnis zu entgehen.

Auch wird zunehmend der inhomogene berufliche Hintergrund der MitarbeiterInnen im Suchthilfebereich und ihre mangelnde Professionalisierung sichtbar, die Verständigung ist durch unterschiedliche Werte und Ziele erschwert. Umstritten sind unter anderem die „Ex-User“ als SuchttherapeutInnen, ihnen wird mangelnde Distanz zur eigenen Geschichte und Fixierung an den Abstinenzgedanken vorgeworfen und ihr Einsatz wird als Hinweis für die unzureichende staatliche Finanzierung der Suchthilfe gesehen.

Die 90er Jahre: Professionalisierung, Diversifizierung und Pragmatismus

„... die Zeit der Verwalter und der Manager, nicht der Gurus und Pioniere ...“

Gemeinsame Ziele, gute Vernetzung, friedliche Koexistenz: „Wichtig ist, dass die Personen, die etwas brauchen, es bekommen und von den Drogenhilfeeinrichtungen keine Glaubenskriege um die Richtung der Drogenhilfe geführt werden.“

In den 90er Jahren treten die inhaltlichen Gegensätze in der Suchthilfe zunehmend in den Hintergrund. Der Rückzug der „charismatischen“ Führungspersönlichkeiten und die zunehmende Professionalisierung, der Aufbau einer Kommunikationsstruktur, die einen regelmäßigen Austausch zwischen allen Beteiligten ermöglicht, fördern die Kooperation zwischen den Einrichtungen, den sachbezogenen Diskurs und die Einigung auf gemeinsame Ziele. „*Die gesamte Drogenhilfe hat eine Professionalisierung erfahren, auch die Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen. Wobei wir einen Weg geschafft haben ... den integrativen Ansatz auch zu sehen. Kein Gegeneinander in der Drogenhilfe, wir sind ein Teil vom Gesamten*“ (B12). Über die Betreuungsziele herrscht ebenso Einigkeit wie über die Hindernisse: „*In der Frage, wie hart das Suchtmittelgesetz in der Anwendung geworden ist, da gehen ... glaube ich, alle Drogeneinrichtungen konform*“ (B16).

Die Vernetzung wird als eine der großen Errungenschaften der Wiener Drogenpolitik gesehen, „*Lücken gibt's nicht. Die Vernetzung, die es auf verschiedenen Ebenen gibt, ist sehr gut. Auf LeiterInnen-Ebene in vierteljährlichen Treffen, wo wir uns über Trends austauschen, über Aspekte wie, wie geht es uns in unserer Einrichtung und auf der MitarbeiterInnen-Ebene, wo die KollegInnen, die im operativen Bereich tätig sind, sich treffen und Informationen austauschen – was läuft bei uns, wer hat Plätze frei*“ (B5). Das Kooperationsklima ermöglicht „... vertraute Arbeitskontakte, wo man auf Du-Basis anrufen kann, Wartezeit erfragen und Anmeldungen sofort in die Wege leiten kann“ (B16). Die persönliche Bekanntschaft erlaubt ideologische Grenzen zu überspringen, „*von links unten nach rechts oben*“ (B16). Auch die mit dem EU-Beitritt verbundene Dynamik in bestimmten Sektoren, wie beispielsweise der Arbeitsmarktpolitik, fördert die Kooperation zwischen den Einrichtungen, denn „... man hat nur eine Chance, wenn man wächst.“

„Als kleine Einrichtung ist man nur dann überlebensfähig, wenn man sich einen größeren Partner sucht. Das gilt auch für die Drogeneinrichtungen“ (B16).

Drogenpolitische Diskurse werden nicht mehr als Aufgabe der Einrichtungen gesehen: „*Wir kommunizieren deutlich, was wir für sinnvoll halten, mischen uns aber nicht in die Legalisierungsdebatte ein. Einfach aus dem Grund, weil wir uns als Hilfseinrichtung für Drogenabhängige verstehen ... Das andere ist der gesellschaftspolitische Diskurs, der geführt werden sollte*“ (B12). Auch die Kämpfe zwischen den VertreterInnen der verschiedenen psychotherapeutischen Schulen und Behandlungsmodelle flauen ab. Die Suche nach *dem* richtigen therapeutischen Behandlungsweg, ist dem Austausch mit erfahrenen ExpertInnen gewichen, denn was letztlich „... hilft, ist die Zuwendung. Warum man es macht und wie man es begründet, hat sich dann aus meiner Sicht relativ bald als eher zweitrangig erwiesen“ (B3).

Ausdifferenzierungen und Restrukturierung des Suchthilfeangebots

Bis Mitte der 90er Jahre setzen sich Ausbau und Diversifizierung der Wiener Suchthilfe fort. Neue Problemgruppen führen zu neuen Behandlungsangeboten. Das Auftauchen junger Mädchen in der Drogenszene des Karlsplatzes in den 80er Jahren führt zur Eröffnung von KOSI im Jahr 1989, der ersten stationären Langzeittherapie-Einrichtung für Mädchen. Die wachsende offene Drogenszene ist ausschlaggebend für Investitionen im **niederschweligen Bereich**: „*Der Ruf nach einer Drogeneinrichtung, die rund um die Uhr offen hat ... (ist) immer größer geworden. Und dann hat sich die Stadt Wien entschlossen, das zu machen*“ (B1).

Die politische Umsetzung erfolgt schnell und komplikationslos und sie erfolgt auf Kosten des stationären Nachbetreuungsangebotes. Obwohl die Räumlichkeiten für das Anton-Proksch-Institut gedacht waren, gab es schon „... in der dritten Sitzung der Arbeitsgruppe ... den Startschuss“ (B4). „*Das Neue am Ganslwirt war ja dieses umfassende Angebot in Szenenähe. Mit Tageszentrum, mit Essensversorgung, mit Wäschewaschen, mit sozialarbeiterischer Betreuung, mit ärztlicher Betreuung, mit Krisenübernachtung, auch mittelfristige Unterbringungsmöglichkeit ... Und was wir damals auch gemacht haben, ist, dass wir diesen Bus installiert haben als Brückefunktion*“ (B1). 1996 werden alle niederschweligen Angebote in einem Verein (Verein Wiener Sozialprojekte) zusammengeführt und damit „unter einem Dach“ vereint: „*Ausgegangen ist diese Zusammenlegung vom Drogenkoordinator Peter Hacker. Es ging einfach darum, Ressourcen für die Drogenszene freizumachen. Streetwork hat damals in sehr vielen verschiedenen Bereichen gearbeitet ... und hat sich sehr wenig um die eigentliche Drogenszene gekümmert*“ (B12).

Neben den niederschweligen Angeboten wird „**die Säule Arbeit und Beschäftigung**“ des Wiener Drogenkonzeptes ausgebaut. Berufliche Qualifizierungs- oder Integrationsangebote waren bereits seit den 80er Jahren Bestandteil der stationären Langzeittherapie. So gelingt es beispielsweise dem Grünen Kreis „... sehr viele Betriebe (zu etablieren), wo ... Arbeitsplätze für Ex-Patienten geschaffen werden können. Von Gartenbau bis Tischlerei, von 90 Hektar Landwirtschaft bis zu allen

möglichen Arbeiten, z.B.: im Kreativbereich“ (B11). 1990 erheben zwei SozialarbeiterInnen „psychosoziale Belastungen sowie Muster in den Lebensläufen der Betroffenen“ in diversen Behandlungseinrichtungen. Die Ergebnisse der Untersuchung sind die Basis für die Kooperation zwischen Behandlungseinrichtungen und Arbeitsmarktservice: „Wir wollten eine Einrichtung, die sich um die beruflichen Angelegenheiten unserer KlientInnen kümmert. Das Projekt (die Wiener Berufsbörse) scheiterte zunächst an der Finanzierung und wurde nach langen Kämpfen 1992 für ein paar Monate bewilligt. Danach aber dann schnell weitergenehmigt. 1993 war der Status erreicht, dass von Jahr zu Jahr finanziert wurde“ (B16). Der niederschwellige Bereich, ambulante und stationäre Einrichtungen folgen mit der Gründung von Schulungs- und Arbeitseinrichtungen.

Das bestehende **ambulante Angebot diversifiziert** sich erheblich, es wird teils auf bestimmte Personengruppen zugeschnitten, teils auf bestimmte (psychotherapeutische) Methoden: Das Change zum Beispiel reagiert auf die Neugründungen im niederschwelligen Bereich, in dem es Angebote einstellt und den psychotherapeutischen Schwerpunkt ausbaut. Für die Gründung des privaten Vereins PASS, der 1991 als Praxisgemeinschaft zu arbeiten beginnt, war unter anderem das Psychotherapiegesetz von Bedeutung. „Ich würde es als mittelschwellige Einrichtung bezeichnen, weil wir uns ... an Leute richten, wo das soziale Umfeld adäquat ist, die weitgehend einem Beruf, einer Beschäftigung nachgehen ... Bis 1991 gab es zwar sehr viele Beratungsstellen ... aber in dem Sinn Behandlungsstellen, wo Psychotherapie im Einzel- und Gruppensetting angeboten wurde, gab es nicht. Wir waren in dem Sinn innovativ und haben diese Rolle und diese Funktion ausgebaut, bis hin zu dem, dass es uns dann sehr viele Einrichtungen nachgemacht haben“ (B7). Eine andere Art von Spezialisierung ist bei der neugegründeten Einrichtung „T.I.P. - Therapie, Information und Prävention bei Suchterkrankungen“ zu beobachten: Der Schwerpunkt liegt auf Beratung, Therapie, Aufklärungsarbeit sowie Begleitung und Supervision von Eltern- und Selbsthilfegruppen.

Die zunehmende Auseinandersetzung mit Datenmaterial führt zur **Entdeckung von Versorgungslücken**, die man dann auch zu schließen versucht. Ein Anstieg der betreuten Jugendlichen im Verein Dialog von 19 im Jahr 1992 auf 41 im Jahr 1993 (Jahresbericht 1993) mündete in der Entwicklung spezifischer Betreuungskonzepte für diese Zielgruppe. So wird die Langzeittherapie-Einrichtung des Kolpingwerkes 1998 in eine (psychotherapeutisch arbeitende) Drogenberatung für Kinder und Jugendliche umgewandelt, am API entsteht mit der Kurzzeittherapiestation ein weiteres jugendspezifisches Angebot. Eine Anfang der 90er Jahre anlässlich der steigenden Zahl von Drogentoten durchgeföhrten Analyse des Datenmaterials von Wiener Erstversorgungs- und Notfalleinrichtungen, wird zum Auslöser für die Gründung des Spitalverbindungsdienstes Contact im Jahr 1995.

Die **Substitutionsbehandlung setzt sich in den 90er Jahren auf Kosten der stationären Langzeittherapie durch**, nicht aus „... moralischen Erwägungen ... , sondern weil diese stationären Langzeitbehandlungen zu teuer kommen für einen Teil des Publikums“ (B9) und sich für einige auch als ungeeignet erweisen. Die stationären Einrichtungen reagieren mit einer weiteren Diversifizierung ihres Angebotes: die kurzzeittherapeutische Programme werden verbessert, die Vor- und

Nachbetreuungsprogramme werden vor allem im Bereich beruflicher und sozialer Rehabilitation ausgebaut. Das Zurückdrängen der traditionellen, abstinenzorientierten Langzeittherapie-Einrichtungen wird begrüßt und bedauert: „*Zum einen ist das gut, weil es eine Klientel anspricht, die eine hochschwellige Therapie gar nicht annehmen würde, zum anderen heißt es, dass man die Chance verliert, einige PatientInnen so gut und so lange wie notwendig zu betreuen, so dass sie drogenfrei werden und auch bleiben.*“ (B8).

Am stationären Behandlungssektor wird nur das **Schweizerhaus Hadersdorf** im Jahr 1997 neu etabliert, in dem erstmals **Substituierte stationär betreut** werden. „*Nachdem es im Strafvollzug seit Mitte der Achtziger sehr viele Substituierte gab und gibt, war zu erwarten, dass es viele Substituierte in den Einrichtungen gibt. Die anderen stationären Einrichtungen haben eine Abstinenzregel, die ihnen verbietet, diese Substituierten zu nehmen*“ (B15). „*Befürchtungen, dass mit dem Schweizerhaus Hadersdorf den anderen Einrichtungen eine Konkurrenz erwächst ...*, führten anfangs zu Ablehnung, die vor allem ideologisch begründet wurde, „*... weil die wahre Therapie geht nur mit strikter Abstinenz. Erst als es dieses Angebot gegeben hat, wurde der Bedarf dafür sichtbar*“ (B15). Heute wird das Konzept, wenn auch mit Einschränkungen, akzeptiert und „*in unterschiedlichen Formen auch bei anderen verfolgt*“ (B3).

Die **Substitution erfordert die Einbeziehung des allgemeinen Gesundheitswesens**. Die Einstellung und Durchführung der Substitution, die anfänglich von spezialisierten Einrichtungen (Drogenambulanz, Ambulatorium für Suchtkranke und Dialog) übernommen wird, stößt bald an Kapazitätsgrenzen. „*Das Problem ist letztlich nicht lösbar, ... , wenn man nicht das normale Gesundheitssystem in die Versorgung mit einbezieht ... über Sonderbudgets ist die Versorgung von so vielen Leuten nicht organisierbar*“ (B3). Das Wissen über die Behandlung dieser PatientInnen-Gruppe ist bei den niedergelassenen ÄrztInnen am Beginn gering: „*Die haben das Blaue vom Himmel herunter gelogen und ich hab es geglaubt. ... Wir wussten, es gibt irgendwas auf der Baumgartner Höhe und im AKH, aber wir waren weder informiert noch vernetzt noch irgendwas*“ (B6). Erst mit dem Ausbildungsprogramm der Ärztekammer 1996/97 gelingt es „*... das Substitutionsprogramm in den Wiener Praxen auf ein stabileres Fundament zu stellen*“ (B6).

Durch die Einbeziehung der niedergelassenen ÄrztInnen ist der Zugang zum Programm zwar einfacher geworden, auch Auswahl und Qualität der verfügbaren Substitutionsmittel haben sich verbessert, gleichzeitig ist es aber „*.... relativ schwer, eine gute Betreuung zu bekommen. Die stoffgebundene Versorgung ist gewährleistet, und dann hängt es an den einzelnen Ärzten, wie weit sie sich wirklich um die Person kümmern. Da muss man sich auch überlegen, wie weit das in der normalen Arztpraxis möglich ist, wie viel Zeit ein Arzt für Intervention hat*“ (B12). Der Unterstützungsbedarf der PatientInnen wird in den Arztpraxen zwar gesehen, übersteigt aber deren Möglichkeiten bei weitem: „*Ich kenn mich ja nicht aus – wie man zu einer Gebührenbefreiung kommt oder zu einer Wohnung, zu irgendwelchen Unterstützungen. Das ist das Revier der Sozialarbeiter. Da könnte ich mehr Ressourcen brauchen*“ (B6). Die Feststellung, dass für einige PatientInnen die Verfügbarkeit des Substitutionsmittels alleine nicht ausreicht, um auf den

Konsum illegaler Drogen gänzlich zu verzichten, löst persönliche Betroffenheit aus: „*Ich hab da immer so 10-12 PatientInnen pro Tag. Gestern hab ich mir wieder einmal die Arme angesehen und da waren vier bis fünf mit Einstichstellen. Da hab ich dann gesagt: ,Wissen Sie, das enttäuscht mich jetzt wirklich schrecklich. Was machen Sie da? Sie wissen doch, Sie dürfen es nicht‘. Die sind dann immer sehr geknickt. Ich bestrafe sie dann, weil ich die Einnahmemodalität verändere. Beim letzten hab ich dann schon geweint, weil ich mir gedacht habe, dass ist einfach schlimm. Dann gibt es wieder Tage, da schau ich halt nicht oder nehme es nicht so schwer*“ (B6). Als ein Rechtsgutachten im Sommer 2002 die im Substitutionserlass von 1998 festgeschriebenen Beschränkungen im Bereich der Indikationsstellung aufhebt, können niedergelassene ÄrztInnen auch die Einstellung von unter 20-Jährigen durchführen. Diese Möglichkeit wird positiv beurteilt, da bei einer Indikationsstellung durch eine §15 SMG Einrichtung mit bis zu 6 Wochen Wartezeit gerechnet werden musste. Durch die ebenfalls erfolgte Freigabe der Verschreibung von Morphin-Tabletten ist hingegen „*... das Arbeiten viel, viel schwerer geworden. Die Begierde nach diesen Tabletten ist sehr groß. ... Wenn ich sagen könnte: ,Ich darf es nicht!‘ und aus, tät ich mir leichter*“ (B6).

Die Umschichtung der SubstitutionspatientInnen zu den niedergelassenen ÄrztInnen führt auch hier zur Diversifizierung. Die Drogenambulanz BBZ Dialog ist beispielsweise zunehmend mit der Betreuung sogenannter „schwieriger SubstitutionspatientInnen“ befasst: „*Die, die eher gut integriert sind, suchen eher niedergelassene Ärzte auf und die, die sonst eher aus dem Behandlungsnetz herausfallen würden oder bei niedergelassenen Ärzten oder anderen Einrichtungen nicht so tragbar sind, die kommen eher zu uns*“ (B14). Die Erstellung eines Konzepts für eine niederschwellige Substitutionsambulanz, „*... die nicht in unseren Räumlichkeiten (BBZ Dialog) stattfinden sollte, weil das Schwierigkeiten macht ...*“ (B14), erhielt vom damaligen Drogenkoordinator jedoch keine Unterstützung.

Normalisierung durch Medikalisierung: „Wo auf einmal klar war, ...nicht nur die Süchtigen ruinieren sich, sondern andere auch“

Wird Drogensucht in den 70er Jahren von der Mehrheit der Bevölkerung als moralisch verwerfliche Willensschwäche rebellischer Jugendlicher betrachtet, wandelt sie sich zwischen Mitte der 80er und Mitte der 90er Jahre zu einer chronischen Krankheit, der man mit einem spezifischen und sehr umfassenden Betreuungsangebot begegnet: „*Ich finde, dass der Drogenbereich extrem gut ausgebaut ist, im Vergleich zu anderen Problembereichen. Es gibt keinen Depressionsbeauftragten der Stadt Wien oder Alkoholbeauftragten*“ (B5). Zu Beginn der 90er Jahre wurden BehandlerInnen noch belächelt, wenn sie Drogensucht auf die gleiche Ebene mit anderen Substanzabhängigkeiten stellten, heute tendiert Sucht dazu, eine „*... normale Krankheit (zu werden), egal ob durch Alkohol, illegale Drogen oder sonst was hervorgerufen. ... Gelächter und Hohn, wie ich vor sieben, acht Jahren aus Amerika zurückgekommen bin und erzählt habe, das Zigarettenrauchen sehen die dort langsam wie das Heroin-Konsumieren, nur ist das ein größerer Klientenkreis und daher wirtschaftlich interessanter*“ (B3). In der Medizin hofft man, dass mit dieser Entwicklung auch Drogensüchtige zusehends „normal“ behandelt werden können: „*Mir ist klar geworden, dass in dieser Rauch-Hysterie, die damals in*

Amerika ausgebrochen ist, auch ein gutes Stück Normalisierung für die anderen Suchtkrankheiten war. Wo auf einmal klar war ... nicht nur die Süchtigen ruinieren sich, sondern andere auch“ (B3). Von der Normalisierung wird die Verbesserung der Behandlungsqualität erwartet, doch wird sie derzeit (noch?) durch die Spezialisierung behindert: Eine spezialisierte Einrichtung „... selektiert PatientInnen, gibt sich mit dem, was sie macht zufrieden und baut die Spezialisierung ... immer genauer aus.“. Wünschenswert wäre aber, „... dass jeder, der reinkommt, erst einmal diagnostiziert wird und dann überlegt man, was zu tun ist“ (B3). Und auch andere medizinische Hausaufgaben sind noch zu machen, denn man hat „... sich um den Krankheitsbegriff ein bisschen herumlaviert. ... Aber was jetzt notwendig ist,... dass man die verfügbaren medizinischen Ergebnissen rund um Sucht im Drogenbereich wenigstens auf den Standard bringt, den man bei Alkoholikern hat. Bei Alkoholikern sind Krankheitstypen definiert, sind Ablaufstadien definiert“ (B3).

Der medizinische Blick auf die Drogensucht ruft Ernüchterung hervor, richtet er sich auf die Behandlungserfolge: „Wir müssen ... tausende Patienten, die jahrzehntelang Betreuung brauchen ... managen. Mit sehr viel Empathie, mit sehr viel Ernst und mit sehr viel Respekt vor dem Unglück ... Und das heißt aber auch, dass man dann irgendwann anfangen muss, ressourcenbezogen zu denken ... Wir haben Erfahrung und wissen, das hört nicht auf. Es bedrückt einen, wenn man es lang macht, das Gefühl, das mit Sucht einhergeht“ (B3).

Die „Normalisierung durch Medikalisierung“ und die damit verbundene Integration der Suchtbehandlung in vorhandene Gesundheitseinrichtungen, stoßen aber – möglicherweise im Zusammenhang mit den schlechten Behandlungserfolgen – auch auf Ablehnung: „.... die Kollegen und Kolleginnen im Drogenbereich haben sehr starke Autonomiebestrebungen und grenzen sich ja auch ganz gerne ab von der normalen Behandlung und Betreuung in der Allgemeinmedizin und in der Psychiatrie ... Das ist eine wechselseitige Angelegenheit, ... in den allgemeinen Krankenhäusern oder auch auf den psychiatrischen Abteilungen (fühlt man sich) für Sucht ja nicht so bald zuständig, vor allem wenn es um illegale Substanzen geht“ (B1).

Die Repression im Dienste der Behandlung: „... schließlich hat die Justiz dann diese ‚Therapien statt Strafe‘ auch bezahlt ...“

Die Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen der Suchthilfe und der Justiz bleibt auch in den 90er Jahren informell: „Es gibt keine direkten Kooperationen, keinen institutionalisierten Kontakt im Bereich Justiz, indirekte gibt es sie sehr wohl, mit einzelnen Richtern“ (B16). Die Kooperation variiert mit dem Arbeitsschwerpunkt und der Bedeutung der Justiz als GeldgeberIn: So heißt es im Grünen Kreis, der viele „Therapien statt Strafe“ durchführt: „Wir haben ein großes Richter- und Staatsanwälte-Treffen pro Jahr, wo 180 Richter und Staatsanwälte eingeladen sind und zwischen 80 bis 100 kommen. Dort werden die neuesten Programme vorgestellt und ein Gedankenaustausch findet statt“ (B11). Die Beurteilung der Zusammenarbeit reicht von positiv: „... die Kooperation funktioniert ausgezeichnet mit der Justiz. Manchmal besser als mit der Gemeinde Wien ...“ (B7) über neutral: „Es gibt bei uns immer wieder Patienten, die eine Justiz- bzw. Gerichtsweisung im

Rahmen des Paragrafen „Therapie statt Strafe“ bekommen. Da gibt es die Kooperation im dafür vorgesehen Rahmen“ (B14) und ambivalent: „Es gibt Probleme die Richter überhaupt zu erreichen. Schicken Sie einmal eine Mahnung, wenn ein halbes Jahr die Rechnung nicht bezahlt wurde ... da haben Sie ein Schreikrampf-Telefonat von einem Richter... Mit manchen geht das bestens und mit anderen ist es äußerst schwierig, aber das sind Personen, keine Institution“ (B5) bis distanziert: „... es gibt vereinzelt Fälle, wo wir mit der Justiz in Kontakt kommen ... da wir ... nicht vom Ansatz „Therapie statt Strafe“ ausgehen ... Defizite sehen wir aber genug“ (B12). Allgemein besehen, haben sich aber „.... seitens der Einrichtungen die Feindbilder gegenüber der Justiz ein wenig aufgelöst“ (B2). Wesentlich dafür war die Bereitschaft der Justiz, Behandlungskosten zu übernehmen.

Der beobachtete Rückgang von Therapie-statt-Strafe KlientInnen wird auf unterschiedliche Weise erklärt. So meint ein Gesprächspartner, dass sich die Justiz bei „Therapie statt Strafe“ „... auf ein halbwegs tolerables Maß ...“ (B4) zurückgezogen habe. Der Rückzug der Justiz werde durch den Anstieg der polizeilichen Anzeigen nicht wettgemacht, da die Aktivitäten der Polizei dem Behandlungsbereich KlientInnen zuführt, die deren Angebote freiwillig nicht in Anspruch nehmen würden. Ein anderer Gesprächspartner führt den Rückgang von Therapie-statt-Strafe KlientInnen auf den Wechsel der Zielgruppe der polizeilichen Aktivitäten zurück und er meint, dass bei abermaligem Wechsel wieder ein Anstieg zu erwarten wäre: „Also es gibt böse Stimmen, die sagen, die Exekutive konzentriert sich darauf, Schwarzafrikaner zu jagen und lässt die heimischen Drogenklienten in Ruhe und damit kommen die gar nicht in den Genuss, Therapie statt Strafe zu machen“ (B7). Einig ist man sich aber darüber, dass die gesteigerte polizeiliche Aktivität der sekundären und tertiären Prävention dienten: „Das repressive System hat offensichtlich mehr gearbeitet, aber auch in Kenntnis der Tatsache, dass das dazu führt, dass sie (die Angezeigten) ja zu uns (den BehandlerInnen) kommen. Sie sagen: 'Es passiert Dir nichts. Du kommst zum Arzt. Sag nur alles'. ... Bei der Straßenverkehrsnotelle was es genau so“ (B4).

Normierung, Ökonomisierung, Technisierung: „... Von uns hastest Du die Chance. Du hast verloren ...“

In den 70er und 80er Jahren kämpften die BetreuerInnen dafür, „... den Menschen hinter dem illegalen Drogenkonsum, den integrativen Aspekt gegenüber dem des-integrativen der Illegalität in den Vordergrund zu rücken ...“ (B4). In dieser Zeit konzentrierte man sich bei der Entwicklung von Drogenkonzepten auf die Bedürfnisse der Drogenszene. In den 90er Jahren erfolgte eine zunehmende Orientierung an EU Regelungen, die eine „... Technisierung, Normierung und Ökonomisierung der Behandlung bedingt, hin zu einer evidence- oder science-basierten Entwicklung von Konzepten und Projekten, weg von trial und error. Eine Entwicklung, die negative Auswirkungen auf die Kreativität hat, aber auch auf die Angebotsvielfalt, da „Minderheiten-Programme“ wie Frauenkonzepte, Angebote für Schwangere und Kinder zunehmend unter Druck kommen, weil die Zahlen nicht groß genug sind“ (B4). Damit rücken „... Substanz oder Methoden in den Vordergrund und die Betroffenen in den Hintergrund. Die Vermassung, ... diese Entindividualisierung des Betroffenen bei gleichzeitig massiver Betonung der Substanz steht im Wider-

spruch zum therapeutischen Anteil, der Notwendigkeit der Beziehungsarbeit, dem Achten und Respektieren der Bedürfnisse“ (B4). Neue soziale Normen diktieren „... entweder du veränderst dich, dann gibt es für dich beispielsweise Zugang zu einer arbeitsmarktpolitischen Maßnahme, oder du veränderst dich nicht, dann gibt es für dich eben nichts. Selber schuld! Von uns hattest du die Chance! Du hast verloren! Dieses wenig Fördernde und Auffangende ... bedeutet ... eine Zunahme der Selbstdestruktion und Fremddestruktion ... Überleben in einer als feindlich erlebten Art von Umgebung ...“ (B4).

Die neuen Entwicklungen werden auch in der Ausbildung von SuchtbetreuerInnen sichtbar, die heute hohe akademisch-wissenschaftliche Anforderungen stellt: „*Jetzt kommen sie dort raus mit einer seriösen, wissenschaftlich orientierten Abschlussarbeit und sind vermutlich gute SozialmanagerInnen*“. Themen, die die Auszubildenden in den 70er und 80er Jahren schätzten und einforderten, wie, „... ein starker Selbsterfahrungsschwerpunkt, der Beziehungsaspekt, auch das Politische ...“ spielen heute eine untergeordnete Rolle: „*Ich habe einen meiner ehemaligen Lehrer, Felix de Mendelssohn, gefragt, ob sich die StudentInnen verändert haben. Er hat mir gesagt: ,Euch hat man vor allem beibringen müssen, wie ihr euch abgrenzen könnt, und denen muss ich beibringen, was Empathie ist‘*“ (B2).

Der Trend zur professionellen Abgrenzung von den KlientInnen spiegelt sich in der architektonischen Gestaltung der Einrichtungen. Für unterschiedliche KlientInnengruppen und Tätigkeiten sind unterschiedliche Räume mit Sicherheitsvorrichtungen vorgesehen: „*Jetzt haben die Streetworker auch zwei Räume, einen für die Laufkundschaft und einen für Einzelgespräche, es gibt dort jetzt viel mehr distanzierende Sicherheitstechnik ... z.B. ein Ausgabefenster für die Spritzen ... oder einen Notausgang für die MitarbeiterInnen, falls jemand randaliert. Wobei ich mir denke, dass das für die Psychohygiene der SozialarbeiterInnen sicher gut ist, klarere Positionen vermittelt und dem Burn-out vorbeugt. Für die damalige Zeit und unsere Pioniertätigkeit war das Hautnahe das Richtige – im Stil der Zeit, kann ich einfach nur sagen*“ (B2).

Letzte Entwicklungen

Die Dokumentation

Wenig überraschend wird an der früheren Gewohnheit Kritik geäußert, das Ausmaß des Drogenproblems an der Zahl von polizeilich bestimmten Drogentoten zu messen. So hatten Häufungen spezieller Akutnotfälle in Zusammenhang mit illegalem Drogenkonsum in der Notfallambulanz des AKH Wien Anfang der 90er Jahre ein größeres Drogenproblem vermuten lassen, als die polizeilichen Aufzeichnungen. Ein Vergleich der Datenquellen zeigte, dass „... die Gerichtsmedizin, die Bundespolizei Wien und das Innenministerium über Wien unterschiedliche Zahlen und Identitäten hatten ... und mir bekannt war, dass einzelne in Spitäler nach Drogengebrauch Verstorbene in keiner dieser Erfassungen vorlagen...“ (B13). Werden zum Beispiel Daten aus Erstversorgungseinrichtungen (Rettung, Notfallambulanzen) berücksichtigt, zeichnet sich eine deutlich höhere Zahl drogenbedingter Todesfälle ab.

Auf Kritik stoßen jedoch auch neuere Datensammlungen, wie jene auf Bundesebene, die seit dem EU-Beitritt Österreichs erfolgt: „*Ein Drogenproblem ist regional, das findet ... entsprechend den demografischen und sozioökonomischen Grundlagen ... regional in einem Gemeindebau oder nicht statt. Was überregionale Datensammlungen und Wünsche ... wollen, wenn ich in der nächsten Gasse dagegen agieren soll, das verstehe ich nicht ... Altersgruppen von 14-44 heißt, ich setze das bürokratische Datensammeln fort, denn ich kann keinen 14-Jährigen und 44-Jährigen zusammen therapieren ...*“ (B13). Und: „*Es gibt auch kaum geschlechtsspezifische Daten, man kann nur grobe Entwicklungen sehen ... Das ÖBIG erfasst jedes Jahr die vorhandenen Daten für den Österreichischen und den Europäischen Drogenbericht, aber es fällt zunehmend auf, dass es über diese harten Zahlen hinaus immer weniger Studien gibt. Und es gibt auch bis jetzt ... keine jährliche Daten-Zusammenschau mit anderen Substanzen wie Alkohol oder Medikamenten oder mit Essstörungen, so wie in der Schweiz oder in Deutschland, Zahlen, die ich für die Präventionsarbeit dringend brauche und mir jedes Jahr selber mühsam neu zusammen stellen muss. Der letzte Wiener Drogenbericht ist vor drei Jahren erschienen, man möchte meinen, das sei doch das mindeste, dass jedes Jahr die aktuellen Zahlen erscheinen*“ (B2).

Am ausführlichsten wird aber die neue Basis- und Leistungsdokumentation kommentiert: Grundsätzlich wird sie befürwortet und als Verbesserung gesehen: „*Bis jetzt hat es aus dem Wiener Raum wenig gegeben – die einzelnen Einrichtungs-Jahresberichte haben ein sehr differenziertes Bild, aber nur auf die Einrichtung bezogen, geliefert ...*“ (B12). Es wird begrüßt, dass es gelungen ist, „... dass sich 20 miteinander konkurrierende Einrichtungen auf einen gemeinsamen Code einigen ... und Daten ... nach denselben Kriterien erheben ... so dass diese vergleichbar und verknüpfbar werden und damit Verläufe über verschiedene Einrichtungen verfolgt werden können. ... Das ist ein Geniestreich. Das gibt es in keinem anderen Ballungsraum auf der Welt“ (B3).

Vom neuen Dokumentationssystem erhofft man sich entscheidende neue Einsichten in die Krankheit, wie für ihre effiziente Behandlung und die Behandlungsplanung. Auf seiner Basis könnten „... in sehr absehbarer Zeit völlig neue Therapie-Strategien entwickelt werden ... die darauf Rücksicht nehmen, welche Bedürftigkeit und welche Krankheitskonstellation vorliegt ...“ (B3) und man könnte „... beispielsweise ... schauen, ... was bringt welche Behandlung? Was ist mit Leuten, die bei uns in Betreuung waren, passiert? Zu welchen anderen Einrichtungen sind sie gewechselt oder sind sie nie wieder aufgetaucht? Wie verlaufen Ausstiegskarrieren?“ (B17), und „unterscheiden ..., was ist der Anteil der Eigendynamik der Suchterkrankung ... und was bringt die Therapie“ (B8). Die Dokumentation regt weitergehende Standardisierungen an: „Ich würde versuchen, eine standardisierte Form der Indikationsstellung zu machen – zum Entzug, zur ambulanten Therapie, zur stationären Therapie – und je nachdem auch die Mittel zur Verfügung stellen“ (B8).

Die Leistungsdokumentation wird aber auch als Legitimationsinstrument der Politik gesehen, die unter anderem die Vergabe von Geldern an die Einrichtungen rechtfertigen muss: „... es wird notwendig sein, um die Arbeit der Institutionen

zu legitimieren“ (B17). Damit dient sie auch der Absicherung der Einrichtungen und ihrer Behandlungsangebote: „... finde ich gut, weil wir damit jedem Zweifler beweisen können, was wir leisten“ (B16). Schließlich hofft man auch, dass die Basis- und Leistungsdokumentation der sachlichen Diskussion drogenpolitischer Themen dienlich sein wird: „Es kann durchaus sein, dass es im Gemeinderat einen strittigen Punkt zur Wiener Drogenpolitik gibt. Die Einrichtungen beschließen, sie stellen die Zahlen zur Verfügung und der Punkt hat sich aufgeklärt. Insofern ist das gut“ (B16).

Positiv wird gesehen, dass bei der Entwicklung der Dokumentation keine Einflussnahme durch den Geldgeber erfolgte, negativ wird hingegen der Verzicht auf professionelle Beratung bewertet: „*Es wurde vorher nicht überlegt, was wir wissen wollen. Es werden eine Menge Items erhoben, aber man hat sich nicht die Frage gestellt, ... welche Antworten wollen wir eigentlich gewinnen*“ (B12). Auch wird der notwendige Zeitaufwand kritisch erörtert, von den einen zwar als bewältigbare „Übungssache“: „... da geht es eher darum, sie intelligent in den Betrieb einzuführen ...“ (B12) von den anderen aber als schwerwiegender Konflikt zwischen Therapie und Dokumentation: „*Da muss man aufpassen, dass die Technokraten am grünen Tisch nicht einfach über das Ziel hinausschießen. Das passiert oft bei Systemen, die länger bestehen, das ein immer größerer Aufwand in die Dokumentation fließt. Hab ich dem die Hand gehalten, die Nase geputzt oder hatte der eine Stunde Einzeltherapie, bin ich mit dem eine Stunde joggen gegangen. Das geht nicht, denn dann kann man nicht mehr behandeln und sich auch nicht mehr um die Leute kümmern oder es wird so teuer, dass sich das keiner mehr leisten kann ... Das Wichtigste ist die Behandlung ... dass europaweit alles auf einen Nenner gebracht wird, das schaffen sie in vielen anderen Bereichen nicht, warum dann im Drogenbereich. ... Man muss dann einfach manchmal einen Riegel vorschieben*“ (B11). Und: „*Ein Problem ist, dass die Dokumentation sehr zeitaufwendig ist, auch in ihrer jetzigen Form. Es ist dann sehr schwer, die gleichen Leistungen aufrechtzuerhalten ... Dass wir einen Termin, den wir als zusätzlichen Beratungstermin hergeben, um die Person schnell andocken zu lassen, nicht mehr hergeben können, weil wir die Zeit zum Dokumentieren brauchen, da kommt man in eine Zwickmühle*“ (B14). Der hohe Aufwand führt dazu, dass nicht immer oder zumindest nicht immer genau dokumentiert wird, denn: „*Das (Ausfüllen) ist sehr umständlich und langwierig, und so füllen das nicht alle aus ... wenn jemand nicht zumindest 3x im Monat kommt, geben sie ihm den Fragebogen gar nicht*“ (B2). Die ungenaue Dokumentation allerdings bedroht wiederum die Existenz der Einrichtung: „*Gerade ich persönlich habe mich dann oft entschieden eher die Dokumentation ein bisschen zu vernachlässigen, um einer akuten Anfrage nachzukommen, das geht aber eigentlich nicht mehr, weil letztendlich ist eine nicht gut dokumentierte Leistung dann gar keine Leistung*“ (B14).

Überarbeitungen werden als notwendig erachtet – doch werden deren Kosten gefürchtet (sie müssen in die EDV implementiert werden, erfordern Schulungen) und die Reaktionen der Mitarbeiter. Bei der Verteilung der Kosten und des Nutzens der Dokumentation fühlt man sich generell benachteiligt. So müssen die Einrichtungen die Kosten der Entwicklung, der Implementation, inklusive der Schulungen und der Durchführung tragen, „die Politik“ (die Gemeinde Wien, der

FSW) zieht hingegen den größeren Nutzen aus den Daten: „*Die Umsetzung war alleinige Sache der Einrichtung, das heißt, es kostet ziemlich viel Geld ... Indem diese Daten nach der gleichen Methode erhoben werden, ist das ein wichtiges Instrument auch für die Drogenpolitik, und das ist sehr heikel und gefährlich ..., je nach dem wie man die auswertet, interpretiert und verwendet. Der Hauptnutznießer ist die Gemeinde Wien*“ (B15). Und: „*Wir... arbeiten seit Anfang 90 ... PC-gestützt und dokumentieren jeden einzelnen Fall. Wir haben auch unsere eigenen Statistiken jederzeit abrufbar, natürlich geschützt und anonymisiert. ... wir liefern schon ganz brav unsere Statistiken an die Gemeinde ab, nur umgekehrt bekommen wir halt nichts, obwohl sich unser Geschäftsführer seit eineinhalb Jahren bemüht*“ (B7). Manchmal wird auch der Nutzen für die Gemeinde bezweifelt: „... *man wird erst in ein paar Jahren sehen, ob das was für die Drogenpolitik bringt oder nicht. Aber im Prinzip zweifle ich sehr dran ...*“ (B5).

*Ressourcenknappheit führt zu ungenutzten Therapiekapazitäten:
„Notstand in der Versorgung“*

Lagen die Konfliktlinien in den 70er und 80er Jahren zwischen Behandlung und Justiz, führen seit den 90er Jahren zunehmende Ansprüche nationaler und internationaler Verwaltungen, Sparmaßnahmen und Privatisierung zu Restriktionen im Umgang mit den KlientInnen: „*Die Einschränkungen ... kommen jetzt von der Bürokratie und ... den ökonomischen Zwängen*“ (B4). Die Begrenzung („Deckelung“) der Ausgaben der Gemeinde bzw. des Fond Soziales Wien führt zu Auslastungsproblemen, Therapiekapazitäten bleiben trotz bestehenden Bedarfs ungenutzt: „*Die Stadt Wien hat kontingentiert und hält das Kontingent jetzt auch strikt ein ... Wir schauen natürlich, dass den Leuten geholfen wird, wenn sie uns überantwortet werden. Wenn nicht, können wir nichts tun. ... Wir mussten jetzt ca. 30 Klienten abweisen, weil sie keine Kostenübernahme durch die Stadt Wien bekommen*“ (B11). Auch im Justizbereich werden Einsparungen beobachtet, die allerdings nur bis Mitte 2004 anhalten: „*Speziell im Bereich ,Therapie statt Strafe‘ haben wir seit 2001 rückläufige KlientInnen-Zahlen, weil (die Bezahlung) nicht übernommen wird. Da wird alles mögliche vorgeschoben – einerseits sei der Anteil der ausländischen Suchtkranken so hoch geworden – die eben gar nicht einer Therapie zugeführt werden können ...*“ (B7).

Es gibt brachliegende Therapiekapazitäten, und es gibt insgesamt zu wenige Kapazitäten: „*Auch wenn es von offizieller Seite heißt, dass das Angebot ausreichend ist, haben wir einen Notstand in der Versorgung, wie ich ihn noch nicht erlebt habe. Bei Wartefristen von einem Jahr bis fünf Monaten für einen stationären Therapieplatz und mehrwöchigen Wartefristen für ein Gespräch in einer Beratungsstelle kann man nur mehr von einem Kollaps des Systems sprechen. Das einzige, was da noch möglich ist, sind Entzüge, aber der Bereich der Entwöhnung ist zusammengebrochen*“ (B2).

Die Versorgungsgespässe werden auch mit der repressiveren Drogenpolitik der letzten Jahre (Absenkung der Grenzmengen) in Zusammenhang gebracht, sowie mit den ‚höheren‘ Tagsätzen der Justiz: „*Zusätzlich blockieren seit der Absenkung der Grenzmengen eine zunehmende Anzahl von JustizklientInnen die*

stationären Therapieeinrichtungen. Die Justiz bezahlt ... bessere Sätze, das heißt, diese Leute werden vorgezogen, daran kann man sehen, wie die Drogenpolitik die Gesundheitsversorgung für die noch nicht kriminalisierten KlientInnen ruiniert. Man muss sich daher wirklich fragen (das ist jetzt natürlich Bundespolitik, aber es beeinflusst die Wiener Situation massiv), ob man sich diese repressive Drogenpolitik rein ökonomisch noch leisten kann“ (B2).

Als weitere Ursachen der prekären Versorgungslage wird die „Fixierung“ von Therapieeinrichtungen auf die Langzeitbehandlung genannt, die „fortgesetzte Weigerung des Landes Wien“, Kosten von Therapien zu übernehmen, die in anderen Bundesländern durchgeführt werden, aber auch die Behandlung von KlientInnen aus den Bundesländern in Wien: „Dariüber hinaus sind ca. 10% der Wiener Kapazitäten ständig mit KlientInnen aus den Bundesländern blockiert, das bringt dem Land Wien zwar Einnahmen, aber dadurch verlängert sich auch die Wartefrist für die Wiener DrogenklientInnen, die auch nicht auf freie Plätze in den Bundesländern ausweichen dürfen. Das ist eine Ungleichbehandlung und Diskriminierung, bei allen anderen Krankheiten gilt die freie Wahl des Behandlungsortes ...“ (B2). Vor den Folgen der Unterversorgung wird gewarnt: „Diese Einsparungsmaßnahmen betreffen natürlich nicht nur die Drogenabhängigen, sondern den gesamten Gesundheitsbereich, im Drogenbereich ist das halt kritisch. Wenn die nicht betreut werden, gehen sie auf den Schwarzmarkt, setzen sich dabei selbst Gefahren aus, und gefährden in weiterer Folge auch andere, stellen ein Gesundheitsrisiko für die gesamte Bevölkerung dar“ (B8).

Gegen die Ressourcenknappheit hilft man sich zum einen durch die Einbeziehung neuer Versorgungsangebote, zum Beispiel jener von niedergelassenen ÄrztInnen: „Die Einrichtungen sind alle ziemlich überlastet, z.B. im AKH auf der Drogenambulanz ... die schicken mir die Leute, die Baumgartner Höhe schickt mir die Leute, der Dialog schickt mir die Leute. ... Wenn ich mir die Ressourcen der Einrichtungen ansehe, die schon praktisch keine mehr haben, dann lastet das auf den niedergelassenen Allgemeinmedizinern. Die Psychiater machen nicht mit und die anderen haben gar keinen Zugang dazu. Also wenn es uns nicht gäbe, das alles nicht gäbe, wären die PatientInnen arm dran“ (B6). Zum anderen findet man neue Geldquellen, zum Beispiel bei der EU: „... am Anfang ... war es nicht so einfach zu EU Geldern zu kommen ...“ (B4) oder man wird unternehmerisch tätig und erwirtschaftet Mittel: „Der Grüne Kreis ist, Gott sei Dank, so flexibel, dass wir viele Firmen haben. Wir betreiben z.B. zwei Flüchtlingsheime, eines mit 80 Betten, eines mit 35 Betten, wo wir Arbeitsplätze für Ex-Patienten schaffen. Die Arbeit ist gemeinnützig. ... Es können hier Gelder lukriert werden, die wieder ins Gesamtsystem fließen, sonst könnten wir die Qualität der Behandlung nicht halten. Ein erwachsener Klient kostet im Schnitt eben um die 100 Euro/Tag ... und das Fördergeld der Stadt Wien reicht da schon längst nicht mehr aus, das ist um 20 bis 25 Euro pro Tag zuwenig. Die Differenz erwirtschaften wir zum Teil selbst, nur ist das in Zeiten wie diesen, wo auch Spendenaufkommen und Inserenten für unser Magazin immer weniger werden, schwierig. Wir machen eine Arbeit und erwirtschaften auch Geld dafür, wo meiner Meinung nach der Staat zuständig wäre“ (B11).

Die Wiener Drogenpolitik – allgemein betrachtet

In diesem Kapitel werden Aussagen zur Wiener Drogenpolitik über die dargestellten Phasen hinweg zusammengefasst und thematisch gebündelt dargestellt. Der erste Abschnitt beschäftigt sich mit Charakteristika, die der Wiener Drogenpolitik zugeschrieben werden, im zweiten kommen die spärlichen Wünsche an die Politik zu Wort, der dritte enthält Aussagen zur Wiener Suchthilfe.

Die Wiener Drogenpolitik heute: „... was neu kommt ... ersticken oder es so verändern, dass es für alle verdaulich ist.“

Im Vergleich zu Zürich, Frankfurt und Hamburg hat Wien eine sehr konsens-orientierte Drogenpolitik gemacht „... mit den Beteiligten, mit den Fachleuten zusammen ...“ (B4). Die Konsensorientierung hat große Vor- aber auch gravierende Nachteile: „*Es wurde permanent gestritten, zuerst innerhalb der Einrichtungen, dann zwischen den Einrichtungen und das Ganze wird gedämpft durch den großen Schirm der Gemeinde Wien als Geldgeber ... Das hatte auch seine Vorteile, das alles so konsensual verlaufen ist, dies hat riesengroße Konflikte vermeiden können. Die wirklichen Konflikte werden ausgespart. Zum Beispiel wurde im Drogenbeirat ... nie über Heroinfreigabe diskutiert. Es könnte ja auch kontrovers diskutiert werden. Das passiert nicht, dort werden Dinge erst diskutiert, wenn es schon passiert ist. Wenn man sich geeinigt hat, dass gewisse Dinge gemacht werden, dann werden sie still und heimlich gemacht und dann wird so getan, als ob es sie schon immer gegeben hätte. Das hat aber auch zwei Seiten: Die eine ist, für eine wirkliche offene Diskussion ist keine Luft und kein Platz, auf der anderen Seite, wenn es so abläuft wie in Deutschland, dass erst dann etwas realisiert wird, wenn sich alle 100 Jahre lang streiten bis eine Verordnung auf dem Tisch liegt, wo jedes Detail für 10 Jahre im voraus reguliert wird, dann dauert es auch sehr lange. In Wien wird ein kleines Pilotprojekt gemacht, das merkt eh niemand und wenn es schief geht, können wir es gleich wieder zumachen, und wenn es gut geht, kann man sagen: schaut her, was wir Tolles getan haben. Das hat auch was für sich. Gerade in einem so kontroversen und ideologisch so heftig umstrittenen Gebiet wie die Drogenpolitik. Das ist nicht nur eine Kritik, es hat auch sein Gutes, es ist ein Januskopf“ (B15).*

Die Konsensorientierung erscheint als nötige Ruhepause nach den heftigen Kontroversen der letzten Jahrzehnte: „*Es ist Gott sei Dank ruhiger geworden. Es ist gelungen, aus dieser „Sex and Crime Ecke“ heraus zu kommen, etwas unaufgeregter über die Hilfsangebote zu diskutieren – ganz einfach ist es immer noch nicht, irgendwo ein Programm anzubieten ... Ich habe den Eindruck, die politisch Verantwortlichen haben erkannt, dass sie mit Drogenpolitik keine Wahlen gewinnen können“ (B12).* Doch sie behindert die drogenpolitische Innovation und Reform: „*Mutig für einen anderen Umgang einzutreten, kommt nicht vor. Ein drogenpolitischer Diskurs wird vermieden, wenn nicht sogar verhindert“ (B12).* Manchmal allerdings wird der Mut gefunden, drogenpolitische Innovationen zu setzen: „*Es war sehr mutig, das Projekt ChEck iT! zu machen. Es hat auch gezeigt, wie man mit dem Überschreiten von bestimmten Denkmustern gute Hilfsangebote für die KonsumentInnen etablieren kann, die auch angenommen werden. Wir*

*waren vorher auf Rave-Veranstaltungen und haben Beratung vor Ort angeboten, aber die KonsumentInnen hat das nicht interessiert ...“ (B12). Und angesichts des „Publikums“ könnte man sich auch weiterhin noch mehr Mut leisten: „*Es heißt immer, man muss Lösungen finden, die für die Öffentlichkeit tragbar sind – Ich halte die sogenannte Öffentlichkeit, die ja auch aus vielen Eltern besteht, für viel mutiger als PolitikerInnen, die sich in diesem Bereich nichts verändern trauen, nicht einmal, wenn es eine absolute Mehrheit gibt wie in Wien. Im Grunde ist das eine jämmerliche Haltung. Es ist leider unübersehbar, dass die Vorreiterrolle, das Innovative, das hier von Wien und auch von Österreich in den achtziger Jahren ausgegangen ist, verloren gegangen ist*“ (B2).*

Wünsche an die Wiener Drogenpolitik

Drogenpolitik dient vor allem der Sicherheit und bleibt daher häufig nur an der Oberfläche: „*Bei der Drogenpolitik geht es häufig darum, eine akute Störung zu beseitigen, kommt ja so auch immer wieder in den Wahlkämpfen vor ... Es geht um die Beseitigung sichtbarer Probleme, wie z.B. die Dealer in der U-Bahn, die sieht man, die stören, aber die Hepatitis C Erkrankten, die eh brav substituiert sind, die sieht man nicht*“ (B14). Sie sollte eindeutiger an der Gesundheitspolitik orientiert sein: „*Was mir auffällt, ist, dass es auch Personen gibt, die es durchaus gut meinen, aber dadurch, dass sie das System 'Therapie statt Strafe' nicht in Frage stellen, den restriktiven Part stärken. Sie stellen es nicht in Frage, einfach aus dem Grund, weil die Justiz relativ viel finanziert ... Wenn man 'Therapie statt Strafe' abschaffen würde, müsste man die finanziellen Mittel unter einem anderen Namen zur Verfügung stellen.... Ich meine auch, da sollten wir vernünftig diskutieren, wo ... es um Selbst- und Gemeingefährdung geht, wo die Grenzen (sind), wo man ansetzen muss ... Auf der anderen Seite glaube ich, dass ... die KonsumentInnen aus dem Strafrecht herausgenommen werden müssen. Und wenn man (den Konsum) schon ... pönalisieren will, dann sollte man ihn zumindest in das Verwaltungsrecht geben und als Bagateldelikt ahnden. ... Ich halte es für absolut kontraproduktiv, KonsumentInnen strafrechtlich zu verfolgen und dass sie, wenn sie eine Gewerbeberechtigung haben, diese verlieren, wenn sie erwischt werden und ständig mit diesem Damoklesschwert leben müssen. Das hat nichts mit Liberalisierung zu tun, sondern ist Ergebnis einer falsch verstandenen Auslegung internationaler Rechte. Auf der anderen Seite müssen klare Schritte gegen den Drogenhandel gesetzt werden, um uns das Gemeinwesen zu erhalten*“ (B12).

Wünschenswert wäre ein Drogenbeirat, der die drogenpolitische Orientierung erleichtert: „*Was mir fehlt, ist ein fachlicher Beirat, der ... nicht auf Eigeninteressen beruht. Der jetzige Drogenbeirat ..., hat das große Manko, dass von allen Einrichtungen VertreterInnen drinnen sind, die natürlich Eigeninteressen verfolgen. ... Ich halte es für sinnvoll, dass man einerseits langfristige Entwicklungen verfolgt und andererseits Ein- bis Zwei-Jahresprogramme, die eine Orientierung für alle Beteiligten ermöglichen. Ich habe den Eindruck, es fehlt in der Drogenhilfe zur Zeit eine Gesamt-Orientierung. Im Moment stagniert alles aufgrund der Entwicklung, die im FSW passiert ist. Jetzt braucht es einen Schub, um das, was wir erreicht haben – und wir haben viel erreicht im Gebiet der Zusammenarbeit und der Fachlichkeit – auch zu erhalten und weiterzuentwickeln*“ (B12).

Die Wiener Drogenhilfe: „(Gelungener) Mittelweg“ und „unglaublicher Erfolg“

Im Gegensatz zur gesamten Wiener Drogenpolitik wird die Wiener Drogenhilfe ohne Ambivalenz positiv bewertet, ihre Expansion und Diversifizierung wird ohne Einschränkungen gelobt. Heute erreiche und versorge man die KlientInnen in großem Maße und schütze dadurch sie und die Bevölkerung vor Folgeproblemen des illegalen Drogenkonsums, wie unter anderem vor der Infektion mit HIV: „*Die Drogenpolitik, die Wien betreibt, ist insofern positiv, weil ein Großteil der Drogenabhängigen erreicht wird, weil der Mittelweg gelungen scheint, Drogenabhängigen Hilfe zu bieten und (man) trotzdem auch der Bevölkerung entgegenkommt, dass an bestimmte Plätze nicht zu viele Drogenabhängige sind*“ (B5). „*... jeder Klient, jede Klientin kann sich die für ihn/sie geeignete Einrichtung suchen und diese auch finden. Das war in den 80er Jahren sicher nicht der Fall*“ (B7). „*Die Wiener Drogenpolitik ist ein unglaublicher Erfolg. Der Erfolg lässt sich am einfachsten an der HIV-Durchseuchung unter den DrogenklientInnen und der Restbevölkerung messen, die sehr niedrig ist ... ein politischer Erfolg, weil frühzeitig Maßnahmen zur Verhinderung dieses Problems gesetzt wurden, auch gegen viel Widerstand ... hat massivste Auswirkungen für zig-tausend Menschen in Österreich, die eben nicht HIV positiv geworden sind, wie in vielen anderen europäischen Großstädten*“ (B13). Der Ausbau der Drogenhilfe – insbesondere der leidensmindernden Maßnahmen – habe auch zur Verkleinerung von Risikogruppen und zur Verringerung von Risikokonsum geführt: „*Die Eindämmung des Zuwachses der jungen Gruppen, die... auf harte Drogen abfahren wie 1993 bis 99 ist wahrscheinlich gesellschaftlich bedingt, aber das können auch andere Faktoren sein. Dieses großflächige Spritzenverteilen ... hat einigen tausend Leuten in Wien das Leben gerettet*“ (B13).

„*Dieses Akzeptieren und dann auch Unterstützen und Forcieren von breit aufgefächerten Angeboten, auch im niederschwelligen Bereich ... hat sicher dazu geführt, dass ich die Drogensituation in Wien als weniger akut und dramatisch einschätzt als in manch anderen europäischen Städten*“ (B14).

Hin und wieder werden allerdings Stimmen laut, die Weiterentwicklung einfordern: „*Wir sind – was die Breite des Substitutionsprogramms betrifft – sicherlich führend, das gibt es in keiner anderen Region so ausgebaut. Für die, die intravenös konsumieren, gibt es (allerdings) die Modelle aus Deutschland oder der Schweiz, die praktikabel wären, an die man sich in Wien einfach nicht herantraut*“ (B12). Wiederholt wird auch auf Versorgungslücken hingewiesen, die nicht zuletzt auch durch neue Problemgruppen und neue Konsumformen entstehen und es werden Vorschläge zur Verbesserung des Angebotes gemacht. Auch werden die Kommunikations- und Kooperationsstrukturen in der Suchthilfe und zwischen Suchthilfe- und anderen Drogenkontrollbereichen angesprochen und entsprechende Veränderungswünsche formuliert. Das Ausmaß und die Vielfalt der entsprechenden Aussagen, ließen es angebracht erscheinen, sie in einem eigenen Subkapitel zusammenzufassen.

Neue Problemgruppen und Konsumformen, Versorgungslücken und die Weiterentwicklung der Wiener Drogenhilfe

Newe und unversorgte Problemgruppen

Als neue Problemgruppe werden in erster Linie **opiatabhängige Jugendliche** genannt. Die bestehenden Betreuungsangebote – ihre Konzepte, wie ihre Settings – werden als ungeeignet gesehen und sie werden von der Zielgruppe auch häufig nicht angenommen. Deshalb wird der Vorschlag gemacht, neue Angebote zu entwickeln: „*Ich würde ... überhaupt mehr ausprobieren, mehr experimentieren und mehr Buntheit zulassen ... auch in der Arbeit mit Jugendlichen, ... weil Jugendliche diese Angebote nicht nutzen*“ (B5). Entwicklung ist auch im Bereich der Substitution angesagt, in dem die Zahl der Jugendlichen stark zunimmt: „*Der Zulauf von Jugendlichen ... zur Substitution hat zugenommen, er hat sich innerhalb eines Jahres fast verdoppelt. Das ist keine dramatisch hohe Zahl, gemessen an den über 4.500 Substituierten in Wien, aber die Gruppe der Jugendlichen stellt uns vor eine qualitative Herausforderung*“ (B14). Und nicht zuletzt sind Defizite im Bereich der beruflichen Rehabilitation dieser Jugendlichen auszumachen: „*Was ... ins Hintertreffen geraten ist, aber nicht durch unsere Nachlässigkeit, sind die Jugendlichen. Momentan gibt es Versuche, diese Lücke zu füllen. ... Die Drogenkoordination legt Augenmerk darauf, das ist sicherlich ein Zukunftsbereich*“ (B16).

Eine weitere jugendliche Problemgruppe sind die **KonsumentInnen der Freizeit- und Partydrogen**. Sie sind wenig auffällig und es besteht dementsprechend kaum Druck zu einer umfassenden Intervention. Bedenklich ist allerdings, dass sie bestehende Behandlungseinrichtungen nicht aufsuchen: „*Da gehe ich schon davon aus, dass das ein zunehmendes Problem ist, was ich von Kollegen von ChEck iT! höre. Diese Klientel kommt aber auch noch kaum in unsere Einrichtung*“ (B14).

Durch die stetig verbesserte Versorgung werden DrogenkonsumentInnen zunehmend älter. So wird die Gruppe der „**DrogenveteranInnen**“ immer größer – und auch für sie ist die Entwicklung neuer Betreuungsangebote anzudenken: „... es wird noch spezifische Betreuungsformen, wie z.B. betreute Wohnformen, brauchen (B14) „... niedrigschwellige Wohnangebote, so in die Richtung ...“ (B5).

Auch fehle es nach wie vor an **Behandlungsangeboten für Mütter mit Kindern**: „*Diese können kaum in Langzeittherapie-Einrichtungen aufgenommen werden und lehnen oft eine längere Trennung von ihren Kindern ab*“ (B8). Schließlich werden Defizite im Bereich der **Angehörigen-/Elternberatung und -betreuung** angesprochen: „*Wir haben auch viel Kontakt zu Eltern, die zum Teil ziemlich ratlos sind. Da gibt es auch noch einiges aufzufangen ...*“ (B12).

Newe Konsumformen

Sorge bereitet vor allem **der zunehmende Mischkonsum von Heroin und Kokain**. Selbst erfahrene, vorsichtige DrogenkonsumentInnen vernachlässigen unter dem Einfluss von Kokain Schutzmaßnahmen und infizieren sich mit HIV: „*Es geht um*

Personen, die seit 15 bis 20 Jahren Drogen intravenös konsumieren und bisher nicht HIV positiv waren, nun sind sie plötzlich HIV positiv, weil sie einfach im Kokainrausch auf sämtliche Vorsichtsmaßnahmen verzichten ... damit einhergehend eine größer werdende Verwahrlosung, mit der wir nun konfrontiert sind“ (B12). Je größer die Gruppe der KonsumentInnen wird, die Heroin und Kokain gebrauchen, desto schwieriger wird es stabilisierende Angebote zu entwickeln. Denn: „Das schwierigere Problem ist das Kokain, weil man das nicht abgeben kann, auch weil die Leute aggressiv werden und zu spinnen anfangen, paranoide Psychosen auftreten, da müsste man sich eine Ersatz-Medikation überlegen, irgendein super Antidepressivum, eventuell auch in Kombination mit Heroin. Hier wird wirklich etwas versäumt, wenn man nichts unternimmt“ (B2).

Auch wird zunehmend der **intravenöse Gebrauch von Substitutionsmitteln** – vor allem von retardierten Morphinern beobachtet. Ihm könnte begegnet werden, indem das Substitutionsprogramm um intravenös applizierbare Substitutionsmittel und/oder die Abgabe von Heroin erweitert würde. Der Erfolg eines solchen Angebotes ist abhängig von der Größe der Gruppe der KonsumentInnen, die ausschließlich intravenös injizieren: „Ein Kollege aus Deutschland, wo es ja in einigen Städten Programme zur Heroinabgabe gibt, hat mir gesagt: „Wir haben einfach zu lange damit gewartet und hatten Probleme, Leute ohne Kokainbeikonsum fürs Programm zu finden, weil mittlerweile fast alle kombinieren“. Wenn man also nur lange genug wartet, verschwindet ein Problem, in dem es sich woanders hin verlagert, aber das ist natürlich keine Lösung“ (B2).

Der Ausbau der Suchthilfe vor allem im niederschwelligen Bereich

Die Weiterentwicklung der Drogenhilfe ist auch ohne äußeren Anlass – ohne das Auftreten neuer Problemgruppen, neuer Drogen und neuer Konsumformen – denkbar und wünschenswert. Die Überlegungen konzentrieren sich auf den **niederschwelligen Bereich**. So spricht sich ein Teil der Befragten für die Einrichtung von **Konsumräumen aus**, die medizinische Hilfe vor Ort ermöglichen, wie Maßnahmen zur Eindämmung von Infektionskrankheiten und Kontaktaufnahme mit KonsumentInnen, aber auch Bürger und Bürgerinnen vor Suchtkranken bewahren, „... die in den Stiegenhäusern herumliegen, blutig und berauscht ...“ (B2). Die Forderung wurde bis jetzt „... seitens der Wiener Drogenpolitik blockiert, obwohl das an sich kein großer Aufwand wäre und in deutschen Großstädten damit positive Erfahrungen gemacht wurden“ (B2). Wie bei der Abgabe von Heroin herrscht aber auch in der Frage der Konsumräume große Uneinigkeit: „Ich bin gegen Spritzenkammern wie in der Schweiz, da ich nicht überzeugt bin, dass dies den Drogenabhängigen hilft, sondern bei bestehender Illegalität eine Doppelwelt schafft, die die Beschaffung weiter zum kriminellen Akt macht, nur die Verabreichung unter Observanz stellt. Wer entscheidet, dass jemand spritzen darf, wie stelle ich die Indikation? Ab welchem Alter?... was ist dann, dann steht die Polizei zwei Gassen weiter und verhaftet die Drogenabhängigen, die sich Drogen beschaffen? Das haben wir schon mehrfach erlebt, davon halte ich nichts. ... Ich glaube, dass es genügend Substitutionsmöglichkeiten gibt. Für mich ist Therapie von Sucht nicht, sie in ihrer Sucht zu unterstützen, sondern ihnen soweit zu helfen, dass sie keine Entzugsbeschwerden und keine Folgeerkrankungen und -schäden haben und

leichter von der Droge wegkommen. Daher bin ich für die Substitution, aber nicht für den ärztlich überwachten Schuss Heroin mit seinen High-Effekten und allem was dazugehört ... Mir kommt das ein bisschen vor wie ein Beobachtungskäfig, wo ich schauen kann, was passiert“ (B8).

Des Weiteren wäre im niederschwelligen Bereich der **Wohn- und Unterbringungsbereich** auszubauen „... wobei ich nicht einschätzen kann, ob insgesamt zu wenig Plätze vorhanden sind, oder ob man sich nur aufgrund der Anforderungen überfordert und aufgrund von Ängsten abschottet“ (B12). Es gibt auch zu wenig **Notschlafstellen und -unterkünfte**: „Der Ganslwirt fordert seit Jahr und Tag mehr Schlafplätze und ist immer noch auf dem Stand von vor 10 Jahren, es wird daher versucht, die Leute in den gewöhnlichen Notschlafstellen unterzubringen, wo sie aber nicht hingehen“ (B2).

Dem **Kapazitätsmangel im Bereich der Substitution** könnte durch die Schaffung von weiteren – vor allem niederschwelligen – Betreuungsstellen entgegengewirkt werden: „Was ich gut finde ist, dass Substitution zugänglich ist, wenn ich auch noch immer glaube, dass es zuwenig Betreuungsstellen gibt. Zuwenig Stellen, die sofort eine Anlaufstelle sein können, die Wartezeiten sind ziemlich lang“ (B8). Das einmal abgelehnte Konzept einer niederschwelligeren Substitutionseinrichtung, einer Akut-Hilfe-Ambulanz, sollte nochmals überdacht werden. Auch ein Abbau des „... sehr großen bürokratischen Aufwands für Patienten in Substitution ...“ wird empfohlen: „Sie müssen zu vielen unterschiedlichen Stellen gehen, zur Drogeneinrichtung, dem praktischen Arzt, zum Amtsarzt, in die Apotheke und ins Labor. Für jemanden, der berufstätig ist oder der Kinder hat, ist das schier ein Hürdenlauf. Ich würde auch tagesstrukturierende Angebote fördern, da gibt es viel zu wenig. Es sollte mehr Alternativen für das Leben auf der Straße geben“ (B8).

Im **ambulanten Bereich** könnte den **Versorgungsmängeln** durch die stärkere Einbeziehung niedergelassener PsychotherapeutenInnen begegnet werden, durch die Schaffung von Therapieplätzen etwa, die von den Krankenkassen finanziert werden. Derzeit ist „... der Mangel an Kassenplätzen dramatisch. Es gibt keinerlei Kontingent für Suchtkranke ... der FSW, der ja für die Behandlung Wiener Suchtkranker zuständig ist, (sollte) in Kooperation mit den Krankenkassen ein Kontingent an Suchttherapie-Kassenplätzen schaffen und es auch verwalten. Als Psychotherapeutin würde ich mir auch die Einrichtung einer Arbeitsgruppe ‚Psychotherapie von Suchtkranken‘ (analog zur Arbeitsgruppe für substituierende Ärzte ‚Substitution professionell‘) für frei praktizierende, auf Suchttherapie spezialisierte PsychotherapeutInnen wünschen“ (B2).

Die **Entwicklung alternativer Behandlungsmodelle zur Langzeittherapie** wäre wichtig. Die derzeitigen Konzepte orientieren sich „... historisch bedingt ... am Strafvollzug. ... Im Vergleich dazu ist die stationäre Behandlung im Alkoholbereich viel flexibler ... notwendig wären kurz- und mittelfristige Angebote von 3 bis maximal 6 Monaten, danach eine ambulante Psychotherapie plus soziale Nachbetreuung mit Schwerpunkt Arbeitssuche bzw. Bildung. Das Modell der ‚therapeutische Kette‘ halte ich mittlerweile für überholt, die Behandlung sollte

vielmehr als modulares System gestaltet werden“ (B2). Es wird auch angemerkt, dass sich der Langzeittherapiebereich mehr um die berufliche Integration kümmern sollte und dass der Übergang von der Langzeittherapie zur ambulanten Versorgung nicht funktioniere: „*Ich bekomme immer wieder rückgemeldet, dass PatientInnen in der Langzeittherapie stabil sind und, wenn sie dann rauskommen und auf sich selbst gestellt sind, rückfällig werden“ (B8).* Schließlich wäre **Case-Management** im Suchthilfebereich zu erproben (B12).

Der Bedarf nach Kommunikation und Kooperation, der von den Behandelnden erwähnt wird, ist zumeist sehr konkret und zielt darauf, die Vernetzung nachhaltiger zu strukturieren:

Zur Verbesserung der Kommunikation und der Kooperation innerhalb der Suchthilfe, zwischen den einzelnen Einrichtungen wäre „... es sicherlich sinnvoll, auch auf einer fachlichen Ebene Vernetzungsschienen zu etablieren, wo es unter anderem um Fallweitergabe geht. Wo man innerhalb einer Gruppe von Einrichtungen berät, welche Einrichtung für die Intervention sinnvoll wäre und nicht auf gut Glück – wo gerade ein Platz frei ist – agiert ...“ (B12). Bedarf an Kommunikation und Kooperation zwischen den Einrichtungen wird aber auch geortet, um „.... Personen auffangen zu helfen, damit sie nicht immer wieder ins Bodenlose fallen und dann neu beginnen müssen ...“ (B12).

Zur Verbesserung der Kommunikation und der Kooperation:

- **zwischen den niedergelassenen ÄrztInnen und der Suchthilfe:** Ärztinnen möchten mit SozialarbeiterInnen und PsychotherapeutInnen zusammenarbeiten, zum Nutzen der PatientInnen, aber auch zum eigenen: „*Wichtig wären gute Kontakte zur Sozialarbeit, da bin ich gerade am Suchen bzw. am Finden. Es ist oft – bei den Kontakten – die sind mehr für mich, die sind weniger für die Patienten. Die Patienten lassen sich schwer schicken. Die fragen und sind interessiert und gehen dann doch nicht. ... Irgendwann kommt der Moment, wo sie sagen, gut jetzt könnt ich ein bissel daran was arbeiten. Da hab ich immer wieder versucht Psychotherapeuten – jetzt hätte ich eine, die wäre privat, ist in Ausbildung und verlangt nicht sehr viel, aber da kommen sie dann auch nicht an. Ich denk mir manchmal, die Netze brauch' ich, um mich zu stützen, dass ich von den anderen höre, dass es denen auch nicht anders geht ... Ich hab jetzt gerade mit der Berufsassistenz (Projekt der Wiener Berufsbörse) begonnen an etwas zu arbeiten“ (B6).*
- **zwischen der Suchthilfe und psychiatrischen Abteilungen** - da KonsumentInnen – vor allem von Kokain und Heroin – „... häufig ... zusätzlich eine psychiatrische Diagnose haben ...“ (B12) **und der Suchthilfe und den Kinder- und Jugendpsychiatrien:** „*Wenn es sich um stationäre Aufenthalte – ich sag fast gehandelt hat – weil es kaum mehr so ist, dass wir stationäre Angebote überhaupt brauchen – aber früher war es oft so, dass wir einen stationären Aufenthalt gebraucht hätten und da ist es irrsinnig schwierig gewesen, Jugendliche unterzubringen und das ist auch heute noch schwierig“ (B17).*

- zwischen der Suchthilfe und den gastro-enterologischen Abteilungen, um die Behandlung von Begleiterkrankungen zu verbessern: „*Wenn man bedenkt, dass rund 80 bis 90% ... der i.v. konsumierenden PatientInnen mit Hepatitis infiziert sind, ist das eine gesundheitspolitische Zeitbombe, die da auf uns zukommt. Da sollte die Kooperation mit den gastro-enterologischen Abteilungen der Krankenhäuser meiner Meinung nach viel besser und griffiger sein.*“ (B14).
- zwischen der Suchthilfe, der Justiz und der Polizei, um den jeweils anderen zu verstehen und um gemeinsame Lösungen zu finden: „*Heute denk ich mir, eine gemeinsame Fortbildung mit den Richtern und Auseinandersetzung, in welcher Form auch immer, wäre wahrscheinlich von Zeit zu Zeit nicht schlecht, weil die dann am laufenden bleiben, neue Entwicklungen mitkriegen und nicht nur im eigenen Saft braten*“ (B2). Wünschenswert wäre es auch „... das Vorgehen in der Stadt besser zu koordinieren, strategisch gemeinsam Lösungen zu erarbeiten. Es gibt zwar Ansätze dazu, aber im Moment fehlt meiner Meinung nach die politische Linie. Aufgrund der politischen Konstellation von Bund und Stadt spielen einige Kräfte gegeneinander oder haben gegeneinander gespielt, und das ist einfach nicht sinnvoll“ (B12).
- zwischen der Suchthilfe und anderen Behörden und Organisationen: „*Da gibt es zwei Träger, die in Zukunft immer interessanter werden, einmal aus Kostengründen die Gebietskrankenkassen (als strategischer Ansprechpartner) – wir haben nicht das Geld, um untersuchen zu lassen, ob wir Behandlungskosten minimieren helfen. Das zweite, was als Schutz für die KlientInnen immer wichtiger wird, ist die Pensionsversicherung. Es kommt immer häufiger vor, dass KlientInnen Pensionsanträge stellen. ...*“ (B16). Und es fehlen auch die Kontakte zum Sozialamt der Stadt Wien und zu Teilbereichen des AMS (B16).

2.2. Professionelle aus der Prävention

Die Interviewten

Drogenprävention ist ein widersprüchlicher Bereich. In ihr zu Hause zu sein, wird von der Polizei und ihren Einrichtungen ebenso beansprucht, wie von den Fachleuten für Suchtprävention und ihrer Einrichtung, die die Drogenkoordination der Stadt Wien in den 90er Jahren etabliert hat. Zu den präventiven Einrichtungen der Polizei wird etwa die mit Drogendelikten befasste – „abschreckende“ – Sicherheitsexekutive ebenso gezählt, wie der Kriminalpolizeiliche Beratungsdienst (KPD) der Wiener Polizei, in dem DrogenkonsumentInnen auf gleiche Weise professionell beraten werden, wie in den Einrichtungen der Drogenhilfe der Gemeinde. Um die Übersichtlichkeit zu bewahren, beschränkt sich dieses Subkapitel aber auf die Gespräche mit den Professionellen der Suchtprävention der Gemeinde Wien, und auf jene mit den AkteurInnen der „suchtpräventiven Polizei“, die zur Zeit der Studie im Kriminalpolizeilichen Beratungsdienst konzentriert war. Die Vertreter

aller Angehörigen der Wiener Polizei – der Sicherheitsexekutive wie (nochmals) der im Kriminalpolizeilichen Beratungsdienst Tätigen – kommen im folgenden „Justizkapitel“ zu Wort. Außer den Interviews mit den nachfolgend genannten Personen wurden auch Aussagen von Interviewten aus dem Verwaltungs- und Behandlungsbereich zur Prävention für den folgenden Abschnitt herangezogen.

Name	Profession	Tätigkeitsbeginn	Einrichtungen
<i>Silvia Franke</i>	Sozialarbeiterin Psychotherapeutin	1980 – 2002	Streetwork (Rettet das Kind) Informationsstelle für Suchtprävention (MA 15)
<i>Peter Jedelsky</i>	Jurist Kriminalpolizei	Ab 1980	Kriminalpolizeilicher Beratungsdienst Wien, Präventionsabteilung des Kriminalamts Wien
<i>Christian Doneis</i>	Revierinspektor	Ab 1984	Polizeiwachzimmer Karlsplatz, Kriminalpolizeilicher Beratungsdienst Wien
<i>Rainer Schmid</i>	Chemiker und Toxikologe	Ab 1984	Klinisches Institut für Medizinische und Chemische Labordiagnostik AKH Wien – Medizinische Universität CheckIt! (VWS) INCB (International Narcotics Control Board) der UNO
<i>Gabriele Langer</i>	Sozialpädagogin Geschäftsführerin	Ab 1988	Jugendarbeit in Wohnheim Geschäftsführerin Verein Wiener Jugendzentren
<i>Harald Kriener</i>	Psychologe Projektleiter FSW	Ab 1997	CheckIt! (VWS) Institut für Suchtprävention Fonds Soziales Wien

Was Prävention nicht sein sollte: „Die Zeit der Abschreckung ist vorbei“

Grundlegende Ablehnung trifft nicht nur die General- und Spezialprävention strafrechtlicher Interventionen und Sanktionen in allen ihren Facetten und mit allen ihren Folgen, sie gilt auch ganz allgemein präventiven Strategien, die mit Abschreckung verbunden sind: So wendet man sich gegen das Aufdecken von DrogennutzerInnen, ebenso wie gegen deren „Marginalisierung“, „Getoisisierung“ und Stigmatisierung und man spricht sich gegen jede Form von „Angstmache“ aus: „Mittlerweile ist es ganz klar, dass Schreckbilder und Schreckvideos keinen Sinn machen“ (V/P9). Die Abwendung von der „Abschreckung“ hat Ende der 80er stattgefunden und sie ist nicht als isoliertes drogenpolitisches Ereignis zu betrachten: „Und weil Drogen immer ein sicherheitspolitisches ... und strafrechtliches Thema waren, zumindest in den letzten Jahrzehnten, hat auch die Pädagogik-Szene ... das immer als Sicherheitsfrage gehandhabt ... Und ich glaube, dass es uns gelungen ist, von diesem moralischen oder ausschließlich sicherheitspolitischen Zugang zu einem pädagogischen ... zu kommen ... Also dass es nicht nur um Regelwerke geht, die besonders gut eingebüüt werden müssen, sondern dass es um viel tiefgehendere Mechanismen geht in der Prävention“ (V/P3).

Diese Haltung ändert sich allerdings, handelt es sich nicht um KonsumentInnen, sondern um DealerInnen: „... da reagieren wir ganz scharf und da scheuen wir uns auch nicht die Polizei zu holen“ (V/P 9). Wenn man es auch so gut wie nie mit „Profidealern“ zu tun bekomme, sondern mehr oder minder ausschließlich mit DrogennutzerInnen, die Drogen aneinander weitergeben. Wie schwierig die Trennlinie zu ziehen ist, zeigt die Aussage eines Angehörigen des KPD der die von ihm betreuten Jugendlichen gerne informiert: „An und für sich bin ich nicht da, um Euch anzuzeigen, aber wenn jemand 5 Kilo Kokain zu Hause hat, dann haben wir schon ein Problem“ (V/P5). Wird die strafgesetzliche Abschreckung der (jugendlichen) KonsumentInnen abgelehnt, weil sie problematische Folgen für die Betroffenen und die sozialen Beziehungen zu ihnen nach sich zieht, aber auch, weil sie als wirkungslos wahrgenommen wird („Die generalpräventive Wirkung, die kann man abhaken ... spezialpräventiv wirken Gesetze noch weniger“ – V/P 7), wird sie für die DealerInnen aber doch bejaht. Und im Gegensatz zum Bereich des Konsums wird ihr hier auch Effektivität zugesprochen: „Also die Verfügbarkeit, der Preis, also die Marktwirtschaft spielt schon eine ganz wesentliche Rolle, nur die Verfügbarkeit allein sagt noch nichts aus über den Konsum ... Die Tatsache, dass man's kann, heißt noch lange nicht, dass man's tut“ (V/P 10).

Die Prävention zerfällt also quasi in zwei Teile: Nicht-abschreckende Maßnahmen für KonsumentInnen, abschreckende für Händler, obwohl man (sich) eingestehst, dass es große Überlappungen gibt und die organisatorischen Zuständigkeiten gemischt bleiben: die Polizei ist nach wie vor für HändlerInnen und KonsumentInnen zuständig – sie wird im Sinne der abschreckenden wie der nicht-abschreckenden Prävention aktiv –, die Einrichtungen des „integrativen Bereichs“ hingegen sehen sich nur für die KonsumentInnen verantwortlich.

Was Prävention inhaltlich sein könnte und sollte und was sie ist: „Einen expliziten drogenpolitischen Auftrag gab es keinen ...“

Was ist nicht-abschreckende Prävention? Wie unterscheidet sie sich von der General- und Spezialprävention des justiziellen Systems, an wen richtet sie sich, mit welchen Mitteln und mit welchen Zielen? Ein Konsens ist schwer auszumachen, geht es um die Selbstbestimmung und nicht einfach gegen die Abschreckung. Die Bandbreite der genannten Aktivitäten reicht von „der Information breiter Bevölkerungsschichten“, „einem strukturell orientiertem Bildungskonzept“, „Gesundheitsförderung“ (V/P 6) bis zur Prävention von Todesfällen im Zusammenhang mit dem Konsum spezieller Drogen in einem speziellen Kontext (genauer: Ecstasy auf Raves). Einigkeit herrscht allerdings darüber, dass im Zentrum der nicht-abschreckenden Prävention nicht der Drogenkonsum selbst steht, sondern seine Risiken: „Es war ja nie unser primäres Ziel, zu verhindern, dass Leute Drogen konsumieren, sondern dazu beizutragen, dass sie gut über Risiken informiert sind, dass sie mit dem Konsum möglichst spät anfangen, bzw. es auf möglichst wenig gesundheitsschädigende Art tun“ (VIP6). Dies steht natürlich im Widerspruch zum Gesetz, das den Drogenkonsum verbietet, ist aber, wie die Präventionsfachleute versichern, „State of the Art“. Die heftigen ideologischen Debatten, die es noch vor der Gründung des ISP gegeben habe, gäbe es heute nicht mehr.

Die Risiken, die mit dem Drogenkonsum verbunden sind, sind vielfältig: Da es keinen „*expliziten drogenpolitischen Auftrag gibt*“ (V/P 6) lassen sie sich als individuelle Suchtrisiken bestimmen, die in der Kindheit entstehen und denen unter anderem im Kindergarten und in den Schulen entgegengearbeitet werden kann. Folgerichtig wird der Begriff Drogenprävention durch Suchtprävention ersetzt. Suchtrisiken entstehen aber nicht nur im Zusammenhang mit illegalen Drogen, die auf Sucht gerichtete Prävention beansprucht ein Feld, das weit über jenes der illegalen Drogenproblematik hinausgeht und in dem die rechtliche Differenzierung einer gesundheitlichen subsumiert wird. Noch stärker wird die Subsumtion der „Drogenrisiken“ unter gesundheitliche Aspekte, wird die Suchtprävention der Gesundheitsförderung eingegliedert oder der präventiven Arbeit mit Jugendlichen schlechthin, die auf „auf vielen Ebenen“ stattfindet.

Neben den präventiven Maßnahmen, die auf die gesamte Person und lange Zeiträume abzielen, finden sich solche, die sich auf bestimmte drogenbezogene Probleme konzentrieren und auf begrenzte Handlungs- und Zeiträume. Das Projekt ChEck iT! ist paradigmatisch hierfür: „... da muss man immer wieder neue Wege finden, weil es immer wieder neue Trends und neue Gruppen gibt, die sich doch unterscheiden“ (V/P 10).

Eine dritte Gruppe von präventiven Maßnahmen, die von den Interviewten genannt wurde, sind als Interventionen in die Umwelt des Drogenkonsums und der DrogenkonsumentInnen zu verstehen. Dazu zählt zum einen die Arbeit mit der Bevölkerung, um „*Projektionen zu vermindern, z.B. dass die DrogenkonsumentInnen die Bösen sind bzw. sowieso unrettbar verloren*“ (V/P6). Zum anderen zählt dazu die Arbeit mit den Eltern, die als nur schwer erreichbar erlebt werden: „*Eltern wollen sich mit dieser Problematik nicht auseinandersetzen, weil zu Hause alles noch stimmt. Wenn dann etwas passiert, dann fallen sie aus allen Wolken ...*“ (V/P 5). Dazu sind aber auch allgemeine soziale Maßnahmen zu rechnen, da die Drogenprobleme als Probleme mit sozialem Charakter wahrgenommen werden: „*Drogenprobleme (sind) mit sozialen Problemen gekoppelt ... und wenn sie auf der Sozialschiene nachlassen, wird die Drogenschiene ... in die Höhe gehen*“ (V/P 10). Schließlich fallen auch städteplanerische Initiativen in diese Kategorie, wie zum Beispiel jene am Karlsplatz, um „... *Schlupfwinkel, wo man sich verstecken kann, um sich einen Schuss zu versetzen ...*“ (V/P 5) zu beseitigen.

Präventive Strategien: Grundlegende Beeinflussung versus „Gratwanderung“ und „-überschreitung“

Auch wenn sich die drogenpräventiven Fronten durch die Institutionalisierung der Suchtprävention und die darauf folgende Professionalisierung beruhigt haben, bleibt präventive Arbeit eine „*Gratwanderung*“, ein Schritt in die „*Riesenunsicherheit*“ und ein „*Überschreiten von ... Denkmustern*“ (B12), um Hilfsangebote entwickeln zu können, die auch angenommen werden. Für die gelungene Innovation steht wiederum das Projekt „ChEck iT!\", das schlussendlich von allen Seiten Zustimmung fand: Von der Zielgruppe, den Medien, den politischen GegnerInnen, der Polizei und den Behandlungseinrichtungen.

Da die drogenpräventive Gratwanderung immer wieder in unbekannte Gebiete und in das Minenfeld gegensätzlicher drogenpräventiver Anliegen und Positionen führt, führt sie auch an den Rand von Provokation und Sensation, die den suchtpräventiven Alltag stören. Dieser geht von umfassenden und langfristigen Konzepten aus: „*Wir wollten keine eventorientierte Aufklärung oder große Kampagnen machen, ... sondern Schulen, Kindergärten ... später auch Betriebe und die Exekutive grundlegend beeinflussen. Suchtprävention ist ein Prozess und kein Ereignis, ist ein von Peter Hacker geprägtes Schlagwort dafür*“ (V/P 6).

Die Organisation der Prävention: „... es wurde das ISP eingerichtet ... und Prävention war über Nacht in aller Munde. Riesig angeboten, riesig beworben“

Die Organisation der Prävention ist klarer als ihr drogenpolitischer Auftrag, obwohl nicht alle grundlegende Ambivalenzen beseitigt scheinen. Die Gründung einer eigenen Einrichtung wird jedenfalls als Einschnitt gesehen, der der Prävention zu einer zentralen Position unter den drogenpolitischen Maßnahmen verhalf. Die Gründung des ISP und die damit verbundene Professionalisierung der präventiven Arbeit haben einen Präventionskrieg beendet, der zwischen den VertreterInnen von Abschreckung und Risikobeschränkung immer wieder aufflackerte und in den auch die Medien immer wieder eingriffen: „*Also das war schon gefährlich, diese heftigen Auseinandersetzungen, typisch für eine Übergangszeit, wo versucht wird, die neuen Präventions-Pflanzen, die da im Entstehen begriffen sind, gleich wieder niederzutrampeln, aber der Zug der Zeit, die fortgeschrittene Professionalisierung waren glücklicherweise einfach zu stark*“ (V/P 6). Einigkeit herrscht darüber, dass das ISP eine zentrale Position bei den präventiven Initiativen in Wien einnehmen soll, „*... sozusagen das suchtpräventive Steuerungselement dieser Stadt ist*“ (V/P 4), zur Debatte steht jedoch das Wie: Soll das Institut vor allem konzeptuelle oder operative Aufgaben übernehmen? „*Für eine rein konzeptuelle Ausrichtung gibt es zuwenig präventive Bereiche und Organisationen in Wien, die im gewünschten Ausmaß umsetzen könnten, für eine rein operative Ausrichtung gibt es kein Institut, das die inhaltlichen Grundlagen zur Verfügung stellen könnte*“ (V/P 8). Die Gründung des Forums Suchtprävention, das präventive Initiativen vernetzt, und der Aufbau eines „*suchtpräventiven ExpertInnenpools*“ werden übereinstimmend als der richtige Weg zum richtigen Mix gesehen.

Kritik wird jedoch an der Platzierung des ISP – die Entfernung aus der Gemeinde und die Eingliederung in den privatwirtschaftlich organisierten FSW – angebracht: „*Wie die Suchtpräventionsstelle von der MA 15 zum Fonds gewechselt ist, haben Bürokratie, Intransparenz und auch das Ausmaß an hierarchischen Direktiven stark zugenommen, die ... gewachsenen Geschäftsverbindungen wurden ohne Diskussion durch neue ersetzt ... für die praktische Arbeit war das sehr mühsam. Speziell für die Suchtprävention als strukturorientiertes Bildungsangebot war ... die Ansiedlung innerhalb der Gemeinde Wien günstiger ... die Angebote waren fast ausschließlich gemeinwesenfinanziert und wurden daher ... auch kostenfrei zur Verfügung gestellt. ... Der FSW hat ... versucht, die Prävention als vermarktbares Produkt zu etablieren, und auch der Gemeinde selbst als Leistung zu verkaufen*“ (V/P 6).

Grenzen der Prävention: „... unsere 94.000 Alkoholiker fallen unter den Tisch, nach wie vor ...“

Der Suchtprävention sind äußere Grenzen gesetzt, die allerdings nur am Rande thematisiert werden. Die grundlegendste Begrenzung stellen die durch die internationalen Verträge geschaffenen gesetzlichen Rahmenbedingungen dar: „*Es wird ja so interpretiert, als würde ChEck iT! Werbung für Drogenkonsum machen und nicht das Gegenteil. Das Ziel ist ja letztendlich weniger Drogenkonsum und wenn schon konsumiert wird, dann zumindest das Risiko so klein wie möglich zu halten. Ziel ist natürlich möglichst kein Drogenkonsum, aber es ist die Frage, wie erreicht man das. Das ist eine gute Frage*“ (V/P 10). Durch die gesetzlich vorgegebenen Grenzen entstehen Risiken, die jenen der Substanzen gleichzustellen sind: „*Meiner Meinung nach gibt es zwei gravierende Linien: Das eine ist die Substanz selbst, die dazu führt, dass die konsumierende Person Dinge vernachlässigt und längerfristig – das soll man nicht verharmlosen – aus der Bahn geworfen wird. Andererseits ist aber die soziale Dimension der Ausgrenzung, der Angst, der Ächtung nach wie vor ein ganz wesentlicher Aspekt. ... Da wäre es wünschenswert mehr Nüchternheit an den Tag zu legen*“ (B12).

Eine weitere Begrenzung der präventiven Arbeit ist der Mangel an Ressourcen, womit es gleichermaßen um finanzielle Mittel, wie um die Ablehnung und das Desinteresse der Angesprochenen geht („*.... der Österreicher ist nach wie vor geneigt, das Thema Sucht zu tabuisieren bzw. zu spezialisieren auf den illegalen Drogenbereich, unsere 94.000 Alkoholiker fallen unter den Tisch ...*“-B 7) und um die größere Attraktivität anderer Themen: „*Wenn eine Schule den Schwerpunkt EDV hat und dort die ganze Kraft hineinsteckt, dann bleibt für andere kaum was übrig*“(B 6). Auch werden (Partei)Politik und mediale Interventionen als behindernd wahrgenommen: So wird berichtet, dass das Projekt ChEck iT! zu Beginn von Wiener Politikern und von Tageszeitungen angegriffen wurde. Angesprochen werden schließlich die Beschränkungen suchtpräventiver Initiativen auf lokaler Ebene durch gegenläufige drogenpolitische Maßnahmen des Bundes, wie die Herabsetzung der Grenzmengen etwa.

Kooperationen: „Es hat mit der Exekutive Zusammenarbeit gegeben ...“

Die Prävention wird nicht zuletzt durch die Arbeit des ISP zunehmend vernetzt. Die drogenpräventive Abteilung des KPD gehört wie selbstverständlich dazu: „*1994 war es uns wichtig zu sehen, wie ‚richtige Drogenprävention‘ ausschaut, deshalb haben wir von allem Anfang an mit Stellen zusammen gearbeitet, die Erfahrung mit Drogenbetreuung hatten und auch Richtlinien vorgeben konnten. Da war die Drogenkoordination wichtig und das ISP. ... Das war für die wichtig zu sehen, dass wir keinen Alleingang machen und dass wir Teil davon sind und dass gemeinsames Auftreten sehr fruchtbar sein kann*“ (V/P5). Zu den Drogenfahndern hat der KPD weniger Kontakt, vielleicht auch deshalb weil er sich „*von der Polizei nicht sehr hoch eingeschätzt*“ fühlt: „*An und für sich sind die Aufgaben streng getrennt. Die Drogenfahndung hat einen ganz klaren Auftrag, kriminelle Strukturen zu zerschlagen, wir, die Prävention, sind im Jugendbereich unterwegs ... In diesem Sinne gibt es keine Zusammenarbeit ... Es ist schon vorgekommen,*

dass ein Jugendlicher einen Mitschüler angezeigt hat, dass er dealt. ... Aus diesem Grund sind die Bereiche getrennt“(V/P 5).

Andere Präventionseinrichtungen scheinen nicht viel mehr Kontakte zur Polizei zu haben, wenngleich die Berichte widersprüchlich ausfallen: So wird einerseits ein „*positiver Entwicklungsschub*“ in der Wiener Polizei beobachtet, größere Bereitschaft, mit sozialen Einrichtungen zusammenzuarbeiten, und über „*beste Kontakte ... und extrem gute Kommunikation ... bei Veranstaltungen*“(V/P 10) erzählt. Andererseits werden aber auch „*Berührungsängste seitens der Polizei*“ wahrgenommen, die sich unter anderem darin zeigten, dass die Polizei ihre Informationen über den Drogenmarkt nicht zur Verfügung stelle, obwohl dies nur in Form „*anonymer, statischer Daten*“ gebraucht werde und in anderen Ländern durchaus üblich sei: „*Da brauch ich gar nicht zu wissen, welche Beschlagnahmung, was für ein Fall das war, aber um zum Beispiel zu sagen, wie viel Prozent, wie sauber war das, kann man daraus schließen, dass es neue Trends oder Gefährdungen für i. v. Konsumenten gibt ... Diese Information ist für die Prävention nicht verfügbar. Was ich ganz offen kritisieren. Weil es ist ja öffentliches Geld, das zahlen wir als Steuerzahler*“ (V/P 10). Zu den Einrichtungen der Justiz hat die Prävention noch weniger Kontakte, aber auch mit den Behandlungseinrichtungen wird selten kooperiert. Eng hingegen scheinen die Beziehungen zum Schulbereich und zur außerschulischen Jugendarbeit, die sich selbst als suchtpräventive Einrichtungen verstehen.

Die Sicht der Wiener Drogenpolitik: „... und ich habe kaum ein anderes Beispiel gefunden, wo so pragmatisch und realistisch vorgegangen worden wäre – im Sinne der Bevölkerung und der Klienten ...“

Die Wiener Drogenpolitik wird auch von den PräventionsexpertInnen überwiegend gelobt: Der drogenpolitische Balanceakt zwischen der Erfüllung von Anliegen der Bevölkerung – dem Eingehen auf ihre Ängste vor den (öffentlichen) Drogenszenen und auf ihr Bedürfnis nach Sicherheit – und jenen der DrogenkonsumentInnen wird als gelungen betrachtet. „*Grundsätzlich hat sich ... durchgesetzt, dass Leute mit Sucht- und Drogenproblemen der Hilfe bedürfen ... dass aber gleichzeitig durch repressive Maßnahmen gegen Dealen im öffentlichen Raum keine riesige offenen Szenen entstanden sind. Was wiederum den Nachteil hat, dass sich einiges versteckt abspielt, aber den Vorteil ..., dass das allgemeine Sicherheitsgefühl der Bevölkerung ... nicht beeinträchtigt ist, was wiederum für deren Haltung gegenüber Menschen mit Suchtproblemen nicht schlecht ist*“ (V/P 9).

In einzelnen Punkten wird der Wiener Drogenpolitik sogar eine „*Vorreiterrolle*“ zuerkannt: So beim „*dichten Netz an jugendarbeiterischen Betreuungseinrichtungen*“ und beim Projekt ChEck iT! – also im präventiven Bereich. ChEck iT! habe „*Ecstasy Tote*“ erfolgreich verhindert, es habe europaweit Anerkennung gefunden und sei daher nicht nur ein Wiener „*sondern ein Europa Aushängeschild*“(V/P 4). Allerdings habe sich „*die Szene*“ geändert und mit ihr müsse das auch ChEck iT! tun: „*.... da es relativ aufwendig ist, ist es nicht so ohne weiteres bei kleinen Veranstaltungen umsetzbar und nicht so effizient*“ (V/P 10). Um an der Spitze zu bleiben, müsse die Wiener Drogenprävention sich also ständig weiterbewegen und an neue „*Drogenrealitäten*“ anpassen.

Die wenigen kritischen Äußerungen beziehen sich auf den Versuch zu viele Bedürfnisse erfüllen zu wollen, was dazu führe, dass die Wiener Drogenpolitik weder „*Fisch, noch Fleisch*“ sei. So seit wenig „*Mut ... bei Cannabisprodukten*“ zu beobachten, wenn auch viel Courage bei der Einführung der „*flächendeckenden, ... niederschwellig zugänglichen Substitution*“ und beim Fall des „*Methadon Monopols*“ (V/P 4). Mehr als Kritik werden Befürchtungen vor dem Verlust der geschätzten Wiener Drogenpolitik geäußert: „*Ich fürchte, dass wir uns in den Reigen vieler Länder einreihen werden, die eine restriktive Drogenpolitik machen und die sich letztendlich mit einer großen Menge Probleme herumschlagen*“ (V/P 10).

Drogenpolitische Vorschläge: „Ich persönlich habe den Eindruck, dass man ein bisschen eine schizophrene Haltung in der Drogenpolitik und -prävention einnehmen muss.“

Die wenigen drogenpolitischen Vorschläge, die von den Präventionsfachleuten gemacht werden, beziehen sich einerseits auf Versorgungslücken: So wird auch hier auf die fehlenden (niederschwelligen) Beratungsangebote für Jugendliche hingewiesen, außerdem sähe man gerne Betreuungsangebote für Cannabiskonsumenten. Und schließlich ortet man Mangel an Notschlafstellen, Kriseneinrichtungen und Jugendeinrichtungen in Wohnhaussiedlungen.

Von einer anderen Seite kommt der Vorschlag, die lokale Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Säulen der Drogenpolitik, aber vor allem im präventiven Bereich zu verbessern: Die Prävention solle mit der Exekutive nicht nur kooperieren, sondern beide sollten ihre Arbeit aufeinander abstimmen. Dies führe zwar zu einer „*schizophrenen Haltung*“, doch die sei – um der Effizienz willen – in Kauf zu nehmen: BehandlerInnen und Präventionsfachleute müssen den Konsum und den Markt tolerieren – sie haben es mit medizinischen und pädagogischen Problemen zu tun –, die Polizei müsse „*ihn ... bis aufs Messer*“ bekämpfen. In Seminaren zum Beispiel, in denen alle Drogenfachleute zusammenkämen, könnte man das Verständnis für die jeweilige Arbeit des anderen verbessern, und die „*Widersprüche ... diskutieren und erleben*“ (V/P 10).

2.3. Zusammenfassung

Die in den Gesprächen von den Behandelnden und Betreuenden geäußerten Meinungen und Beurteilungen lassen sich gut den vier Phasen zuordnen, die Robert Castel bei der Entwicklung präventiver Strategien in der Sozialverwaltung und der Psychiatrie beobachtet hat. Die „erste Phase wird von den vor Ort Tätigen beherrscht. Weil die Praktiker mit täglich wiederkehrenden Schwierigkeiten fertig werden müssen, entwickeln sie nach und nach um den Preis einer Reihe von tastenden Versuchen eine neue Organisationsform für den Bereich, der ihnen untersteht“ (1983, S. 65). In der „Pionierphase“ in Wien ging es konkret darum, alternative Behandlungsansätze für die neuen, jugendlichen Drogenkonsumenten zu entwickeln, da für Drogenprobleme bis dahin nur das polizeilich-justizielle System (das Gefängnis) und die allgemeine Psychiatrie mit ihren Zwangsmitteln

zuständig gewesen waren. Die Praktiker waren in dieser Phase teils mit den gesellschaftskritischen, jugendlichen DrogennutzerInnen identifiziert, teils folgten sie dem „Zeitgeist“, der gegen repressive Problemlösungen gerichtet war, und sich nicht zuletzt in der Novelle zum SGG im Jahre 1971 und in der großen Strafrechtsreform von 1975 zeigte.

„In einer zweiten Phase ... richten diese professionellen Kräfte Vorschläge an die politischen und administrativen Organe, um die offizielle Anerkennung ihres Modells zu fordern“ setzt Castel fort (1983, S. 66). Im Falle der Wiener Drogenhilfe handelte es sich in der zweiten Phase – den 80er Jahren – um mehrere, konkurrierende Modelle, doch beobachtete auch Castel intraprofessionelle Konflikte wenn er im Folgenden schreibt: „Nach einem Hin und Her, einem Geplänkel, bei dem man wechselseitig auf Abänderungen und Kompromisse eingeht und das Jahr oder sogar Jahrzehnte dauern kann, wird schließlich eine offizielle Entscheidung getroffen, die die neue Politik der geistigen Gesundheit gutheißt.“

Die „offizielle Entscheidung“ fällt bereits in die dritte Phase, die unschwer in der Etablierung und Entfaltung der Wiener Drogenkoordination in den 90er Jahren zu sehen ist, der speziellen Drogenverwaltung, die in der Folge ein Behandlungskonzept ausarbeitet, intra- und interprofessionelle Kompromisse vorantreibt, und das Betreuungssystem nicht zuletzt mittels der Vergabe von Fördermitteln steuert. Durch die Integration der verschiedenen Behandlungs- und Betreuungsansätze in der „zweiten drogenpolitischen Säule“, wie auch in der Wiener Drogen- und Stadtpolitik im Allgemeinen, wird eine „neue Politik der geistigen Gesundheit etabliert“ – zum Wohle der DrogennutzerInnen und der gesamten Bevölkerung der Stadt, wie auch die professionellen BehandlerInnen meinen.

Da die Aktivität in der dritten Phase von den ExpertInnen zur Verwaltung wandert, kommt es in der vierten Phase zur „Enttäuschung“ der letzteren: „Sie schreien Verrat, ereifern sich über die Verfälschung ihrer humanen Absichten zugunsten rein bürokratischer, ja sogar repressiver Erfordernisse“ (1983, S. 66). Ansatzweise ist auch diese Entwicklung in den Aussagen der Professionellen der Wiener Drogenhilfe zu finden, obgleich der Wiener Drogenverwaltung und ihren Aktivitäten generell viel Anerkennung und Lob gezollt wird. So setzen Ende der 90er Jahre Klagen über „Normierung, Ökonomisierung und Technisierung“ ein, die sich – kommt die Sprache auf die gemeinsame, 2002 eingeführte Dokumentation – steigern. Dabei wird unter anderem Distanzierung, wenn nicht sogar Entfremdung von den KlientInnen beobachtet, die durch die Bürokratisierung der Problemlösungen in Gang gesetzt werde. Teils wird aber auch der – von Politik und Drogenverwaltung einmütig gelobte – parteipolitische Konsensus in der Wiener Drogenpolitik für die eigene drogenpolitische Unzufriedenheit und den Mangel an nötigen Innovationen verantwortlich gemacht.

Castel meint einen Entwicklungsprozess beschrieben zu haben, der universell ist. Dies lässt sich anhand einer Studie über die Drogenpolitik in Wien weder bestätigen noch entkräften. Dennoch sind seine zusammenfassenden Überlegungen bedenkenswert, die davon ausgehen, dass Entwicklungen der beschriebenen Art in „neoliberalen Gesellschaften“ nicht mehr zu beobachten sein werden. Mit

dem Aufkommen neuer Management-Technologien gewinne die Verwaltung die Überhand und würden die PraktikerInnen zu „Handlangern“, die nur mehr jene Informationen zu sammeln hätten, die die „Manager“ für ihre Entscheidungen benötigten. Hatte der/die PraktikerIn früher noch Wissen von einem Subjekt besessen, das die Möglichkeit eröffnete, „auf sie oder ihn (zum Guten oder zum Schlechten) einzuwirken“, ist dies nun nicht mehr der Fall. Tritt die Beziehung zum „Management“ an die Stelle der Beziehung zum Patienten und findet die Informationssammlung im Dienste des ersteren statt, so ist dies – wie Castel argumentiert – „mit der Auflösung des Begriffs des *Subjekts* oder des konkreten Individuums verbunden, der durch einen Komplex von *Faktoren*, die Risikofaktoren, ersetzt wird“ (1983, S. 51). Bei den Professionellen der Wiener Drogenarbeit klingen Befürchtungen dieser Art an, wenn sie sich mit der aus Einsparungsmotiven vorgenommenen Kontingentierung von Behandlungsplätzen beschäftigen, aber auch wenn sie sich über die Dokumentation beschweren, die ihnen die Zeit raube, Beziehungen zu KlientInnen aufzunehmen, aufzubauen und zu pflegen.

Castel's Phaseologie lässt sich weit weniger fruchtbar für die Interpretation der Gespräche mit den Fachleuten für Prävention einsetzen. So ist zwar anfänglich der tastende Aufbau von Problemlösungen durch ExpertInnen zu beobachten, die „an der Basis“ tätig sind (Phase 1), wie in der Folge ihre Konflikte, die an andere Organisationen heran- und von diesen (mit)ausgetragen werden (Phase 2), die letztlich durch die Einrichtung einer eigenen strukturierenden Organisation durch die neue Drogenverwaltung und durch die Formulierung einer „neuen pädagogischen Präventionspolitik“ befriedet werden (Phase 3), doch bleibt die Entwicklung recht diffus. Dies hat zum einen damit zu tun, dass im Gegensatz zur Entwicklung der Drogenhilfe jene der Suchtprävention nicht abgeschlossen scheint, dass sie noch nicht im Ausmaß der ersteren, den ihr abgesteckten Raum durchdrungen hat. Zum anderen handelt es sich bei der Suchtprävention um einen sowohl inhaltlich wie organisatorisch schwieriger abgrenzbaren Bereich: Die Suchtprävention muss mit der polizeilichen Drogenprävention konkurrieren, die traditionell mit anderen Mitteln arbeitet – zum (kleineren) Teil aber auch zur „pädagogischen“ Suchtprävention „übergelaufen“ ist und deren Methoden übernommen hat – und ihren Aktivitäten sind engere Grenzen durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen gesetzt. Stärker als die Drogenhilfe ist sie daher abhängig von der kommunalen Drogenverwaltung und deren – politisch gegebenen – Möglichkeiten, Fragen, Probleme und Ziele (neu) zu definieren.

Folge ist, dass unter den Wiener PräventionsexpertInnen weitgehende Einigkeit darüber herrscht, was die „neue, pädagogische Präventionspolitik“ nicht sein sollte, dass aber unklarer bleibt, was sie sein könnte und sollte. Aus den Gesprächen wird ersichtlich, dass die bevorzugten Präventionsstrategien und -maßnahmen beträchtlich differieren, und dass man bisher zu keiner gemeinsamen Haltung gegenüber den deutlich wahrgenommenen und häufig angesprochenen (rechtlichen) Grenzen gefunden hat. Zur Zeit scheinen sie allerdings nicht allzu sehr ins Gewicht zu fallen, da die Prävention noch immer in der Expansionsphase und vor allem mit sich selbst beschäftigt ist: Man arbeitet an der Vernetzung und dem Aufbau von Kooperationen im eigenen Bereich und kooperiert kaum mit anderen Einrichtungen, weder mit jenen der Exekutive, noch mit denen der Behandlung. Übereinstimmend

mit den Fachleuten aus der Drogenhilfe sehen jene aus der Prävention die Wiener Drogenpolitik und die Wiener Drogenverwaltung überwiegend sehr positiv und befürchten „*von außen kommende Verschlechterungen*“.

3. Sicherheitsexekutive, Justiz und Strafvollzug

3.1. Polizei

Die Interviewten

Die Polizei überwacht die gesetzlichen Drogenverbote, sie ist mit den Institutionen des Strafrechts die „älteste“ Akteurin in der (Wiener) Drogenpolitik und repräsentiert eine ihrer vier „Säulen“, die Repression. Die Repression kann sie prinzipiell unambivalenter verkörpern als die Rechtsprechung und der Strafvollzug, denen in den letzten Jahrzehnten auch integrative Aufgaben zugeteilt wurden und prinzipiell ist sie von der kommunalen (Drogen) Politik weitgehend unabhängig.

Die Hälfte der Gesprächspartner aus dem Bereich der Sicherheitsexekutive stammt aus dem Tätigkeitsbereich der Ermittlung und Verfolgung von DrogenstraftäterInnen, die andere Hälfte stammt aus dem Bereich der Suchtprävention und ist im Kriminalpolizeilichen Beratungsdienst der Wiener Polizei tätig. Die Meinung und die Urteile der Letzteren wurden teils schon im letzten Subkapitel dargestellt. Des Weiteren wurde ein Vertreter der Wiener Sicherheitsexekutive befragt, der zum Zeitpunkt des Interviews im Bundesministerium für Inneres für deren Koordination im Rahmen der Bundespolitik und der internationalen Polizeiorganisationen zuständig ist.

Name	Berufsfeld	Tätigkeitsdauer	Einrichtungen
<i>Franz Prießnitz</i>	Kriminalpolizei	1968 – 1976	Sicherheitsbüro Wien u. a. Leitung des Suchtgiftreferats
<i>Peter Jedelsky</i>	Kriminalpolizei	Ab 1980	Kriminalpolizeilicher Beratungsdienst Wien Präventionsabteilung des Kriminalamts
<i>Christian Doneis</i>	Revierinspektor	Ab 1984	Polizeiwachzimmer Karlsplatz, Kriminalpolizeilicher Beratungsdienst der Wiener Polizei
<i>Gerhard Stadler</i>	Kriminalpolizei	Ab 1987	Sicherheitsbüro Wien, Suchtgiftreferat, Bundesministerium für Inneres, Suchtmittelabteilung des Bundeskriminalamts
<i>Herbert Stübler</i>	Kriminalpolizei	Ab 1994	Bundespolizeidirektion Leitung des Suchtgiftreferats

Rollenverständnis und Blick auf Drogenfragen und Gesellschaft

Die zentralen Aufgaben der Polizei sind – so die Gesprächspartner – den illegalen Drogenverkehr zu begrenzen und die Öffentlichkeit vor der (auffälligen) Drogenproblematik zu schützen, unter anderem durch die Einhegung der „offenen Szene“. Das Drogenproblem könne mit polizeilichen Mitteln allerdings nicht beseitigt werden, die Polizei könne daher nicht die vollständige Verantwortung dafür übernehmen. Seit langem versuche sie andere gesellschaftliche Institutionen (Familien, Schulen, Betriebe) aktiv in die Problembehandlung einzubinden, was teils auf Widerstand stoße und zur Kritik an der Polizei führe: „*Man kann dieses Problem mit der Polizei allein nicht lösen. Ich habe das mehrmals gesagt. Das ist mir bitter böse angerechnet worden, bei der Bezirkshauptleutekonferenz in den frühen Siebzigern. Das reine Kriminalisieren ist nicht die Bekämpfung der Sucht, das ist etwas anderes. Hier kommt ein Problem auf Sie zu. Die Hauptleute haben gewettet, die Polizei will nichts mehr arbeiten*“ (J5). Und: „*Wir können die Gesellschaft nicht befreien von Suchtmitteln, das kann nur die Gesellschaft selber. Da muss sie aber sehr viel unternehmen im familiären Bereich, das ist meine tiefste Überzeugung, weil ich da schon sehr vieles erlebt habe mit Beschwerdefällen und Verantwortlichmachen der Exekutive, weil das Kind schon fünfmal umgefallen ist, und jetzt liegt es tot vor dem Mistkübel. Da liegt es in der Familie selber, da liegt es an der sozialen Hygiene*“ (J11). Aufgrund der begrenzten Möglichkeiten, die die Polizei habe und aufgrund ihrer beschränkten Ressourcen wisse sie zwischen wirklichen Gefahren und Bagatellen zu unterscheiden und sie habe dieses Wissen bereits am Beginn der internationalen Drogenwelle mit Erfolg an Andere weitergeben können: „*Wir mussten oft (in den 70er Jahren – die AutorInnen) den Schulleitern sagen, wenn einer bei einer Haschparty erwischt wurde, dann sollte er nicht hinausgeschmissen werden, da griffen wir ein und sagten, das schadet nur für das ganze Leben. Die Schulen und alle anderen glaubten, mit Härte könnte man was tun*“ (J5).

Andererseits soll die „Gewöhnung“ an Verhältnisse, in denen illegale Substanzen einfach und ungestört erworben und in der Öffentlichkeit konsumiert werden können, unterbunden werden – hier klingt das Rollenverständnis zu Beginn und am Ende des Untersuchungszeitraums durchaus übereinstimmend. Für die 70er Jahre lautete die Devise: „*Soweit ich das beurteilen kann und es möglich war, hat das dauernde Umrühren der Treffpunkte die besten Erfolge gehabt*“ (J5). Und auch heute wird es als Fehler betrachtet, den Druck auf „irgendeine Ebene“ des Drogenverkehrs zu mildern: „*Wir sind nicht der Sozialverein, wir haben eine Aufgabenstellung, wir haben Gesetze, die sagen: Wer konsumiert, wer besitzt, ist strafbar. Konsum und Besitz ist strafbar. Aus. Es ist wurscht welche Droge. Es ist hier ein repressiver Hintergrund. Wir haben zwar in der Aufgabenstellung jetzt stärker als früher abzuklären, aus welchem Tatmotiv heraus er das macht, ob als an Suchtmittel Gewöhnter – früher hieß es dem Suchtmittel ergeben, das war schärfer. Da war die Diskussion, bitte legt nicht den Druck auf den Abnehmer, tut's den Abnehmer nicht kriminalisieren. Das war ein grober Fehler*“ (J11). Die Repression wird als wichtiges Instrument, Angebot und Nachfrage auf einem niedrigen Niveau zu halten, betrachtet und von einigen wird auch die Meinung

vertreten, dass mit dem SMG 1998 die KonsumentInnen zu weit aus der Verfolgung herausgenommen worden seien.

Ist für die Polizei bis in die zweite Hälfte der 70er Jahre zwischen HändlerInnen und KonsumentInnen keine Trennung erkennbar („*Es waren fast immer selbst süchtige Händler*“ – J5) und stellt sich für sie daher die Frage differenzierter Verfolgung nicht, wird heute trotz aufrechter Aufmerksamkeit für den Konsum, doch immer wieder die Konzentration strukturierter Ermittlungen auf den Handel betont. Neben Schwerpunktaktionen, die das Ziel haben die „subjektive Sicherheit“ der Bevölkerung zu heben, und bei denen an neuralgischen urbanen Punkten alle am Drogenverkehr Beteiligten kontrolliert werden, tritt die Verfolgung von Drogenkriminalität als organisierte Wirtschaftskriminalität unter Anwendung von High-Tech-Ermittlungsmethoden: „*Heute gibt es ein massives Problem mit Drogenkonsumenten, die das Ortsbild stören. Das ist von meiner Seite durchaus klar, das darf nicht sein, soll nicht sein*“ (J11). Aber auch: „*Einen Hauptschwerpunkt legen wir auf die Unternehmensstrukturen selbst, auf die Wirtschaftsgebarung dieser Gruppierungen. Da gibt es teilweise schon Erfolge, wo hier Millionen lukriert wurden über Firmengeflechte, ... dass man hier massivst versucht, die Barmittel, das Vermögen, das erzielt worden ist, abzuschöpfen, und das im internationalen Verbund*“ (J11). Es wird aber auch darauf hingewiesen, dass die Verfolgung beider Aufgaben zu Ressourcen- und Zielkonflikten führt: „*Das ist eine Arbeit die relativ lange dauert, immer wieder, und wo man nicht beides machen kann, Strukturermittlung und Bekämpfung des Straßenhandels. Denn da zerstört man das eine mit dem anderen. Aber das sind momentan die beiden Schwerpunkte der Maßnahmen in Wien, dass man kriminalpolizeilich sinnvolle Arbeit macht, dass man die Haupttäter, die Hauptverantwortlichen zur Verantwortung zieht und auf der anderen Seite, das Problem im Straßenhandel behandelt*“ (J7). Wie sich bei den Aufgaben keine klare Schwerpunktsetzung abzeichnet, bleibt auch das bekämpfte Phänomen unscharf und oszilliert zwischen unverhältnismäßigem wirtschaftlichen Erfolg und selbstzerstörerischem Scheitern: „*Eines ist klar, Drogendelinquenz beruht ... ausschließlich auf betriebswirtschaftlichen Leitprinzipien. Für mich ist ein Grundgedanke: Vor dem Drogentod kommt die Bereicherung. Das kann man mit einer Kette vergleichen, an einem Ende ist das Bessere, das sind die Stärkeren, die den Erlös, den Reichtum lukrieren, und hinten sind die, welche an dem Problem scheitern, die abschlittern in die Folgedelinquenz*“ (J11).

Aus den widersprüchlichen Aufgaben resultiert Orientierungslosigkeit, für die wenig Hilfe gesehen wird: Man traut der, vor allem bei Drogenfragen an den WählerInnen orientierten Politik nicht die notwendige Sachorientierung zu, und entwickelt auch selbst kaum Vorstellungen, wie sich nicht zuletzt am „Cannabisproblem“ zeigt: „*Was wir uns in der Drogenpolitik wirklich überlegen sollten, ist, wie wir mit dem Cannabisproblem umgehen sollten. Das tut mir schon langsam wirklich weh, dass man so strikt an dem Verbot fest hält. Es steckt eine immense polizeiliche Arbeit dahinter, ... die Polizei muss ja große Ressourcen haben, wenn sie hinter jedem Cannabisraucher her sein will. Und das Ergebnis ist nicht wirklich befriedigend, denn gerade bei den Cannabis-Konsumenten wissen die Drogenberater und Therapeuten auch nicht, was sie tun sollen. ... Da sollte man*

auf der einen Seite nicht falsch signalisieren, dass man es frei gibt, das wäre auch nicht richtig, aber dass man doch irgendeine Variante finden kann, dass man es ohne diesen Aufwand macht, der jetzt betrieben wird“ (J7).

Bei der Polizei, die mit präventiven Aufgaben befasst ist, werden radikalere Konsequenzen gezogen und wird empfohlen, sich vom Offizialprinzip zu trennen, nach Opportunität mit Konsumfreigabe und Legalversorgung zu experimentieren, Beschaffungskriminalität als Hauptproblem zu sehen, nicht in einer lokalen oder nationalen Insellösung, sondern europäisch und international: „*Das ist eine deutsche Schätzung, dass 50% der Diebstähle auf Beschaffungskriminalität zurückzuführen sind. Wenn ich diese Erkenntnis habe, überlege ich mir als Politiker, ob es nicht Zeit wäre, etwas anderes zu tun. Es geht sicher nicht, wenn es nur Wien alleine tut, oder Österreich ... Ist es nicht möglich mit etwas anderem anzusetzen?*“ (J2). Und: „*In der Polizei glaubt man, dass wenn ich mit 2 Rottweilern durch den Park gehe, dann wird dort eine Ruhe sein. Das ist eine typische Ansicht unserer Polizei, aber das Problem ist nicht gelöst ... Wir, als Präventionsabteilung gehen zu den Gruppen im Park hin und versuchen durch Kontaktaufnahme und durch Einwirkung eine Problemlösung zu finden ... eventuell werden die Gruppen zusammengebracht. Es gibt eine Mahnung oder ein Normverdeutlichungsgespräch, um herauszufinden, welche Intervention ist nützlich, und dann erst kommen die Rottweiler. Das ist enorm mühsam und langwierig. Dann ist es so, dass der Erfolg nicht nur der Polizei alleine gehört, es sind die Parkbetreuer dabei ... Hier entsteht ein ganz anderer Umgang mit dem Problem, als es die Polizei mit Nummer 133 gewohnt ist*“ (J2). Dass die Polizei den Wunsch nach sozialen Problemlösungen erkennen und unterstützen kann, sei gerade im Bereich der Drogenarbeit wichtig, aber noch nicht der Normalfall. Darüber hinaus sei es wichtig eine klare Trennung zwischen Ermittlungs- und Präventionsarbeit aufrechtzuerhalten: „... sind die Aufgaben streng getrennt. Die Drogenfahndung hat einen ganz klaren Auftrag, kriminelle Strukturen zu zerschlagen, wir, die Prävention sind im Jugendbereich unterwegs, in Schulen, in Jugendzentren, bei der Lehrlingsausbildung, in Firmen. In diesem Sinne gibt es keine Zusammenarbeit. ... Das wäre auch nicht wünschenswert. Weil die Intentionen der Gruppen zu unterschiedlich sind. Als Präventionsabteilung muss man Vertrauen aufbauen, da wäre es kontraproduktiv, mit einem Kollegen von der Drogenfahndung aufzutauchen“ (J1).

Immer wieder kommen die Interviewten auch auf den unterschiedlichen Umgang mit legalen und illegalen Drogen zurück, auf die unveränderte Toleranz gegenüber Alkoholmissbrauch, auf die Zugänglichkeit von Alkohol und Tabak für Jugendliche etwa im Vergleich zu Cannabis, aber umgekehrt wird auch die gegenwärtige Pönalisierung des Rauchens der zunehmenden Duldung von Junkies gegenübergestellt. Allgemein ist jedenfalls die Klage über die widersprüchlichen gesellschaftlichen Drogennormen, vor deren Hintergrund die Polizei agieren muss, wenn auch ihre Ausformulierung mit der persönlichen Haltung des Befragten variiert. Die Vertreter der polizeilichen Prävention sehen in den gesellschaftlichen Widersprüchen eine weitere Legitimation ihrer Konzentration auf Suchtprobleme.

Die Bevölkerung – meint man – schwanke zwischen Gleichgültigkeit und oberflächlicher Empörung und zeige wenig Bereitschaft, sich mit tieferliegenden

Ursachen auseinanderzusetzen und Verantwortung zu übernehmen. Gemeinsam mit politisch Verantwortlichen müsse man ihr unangenehme Wahrheiten – wie das Fehlen einfacher Lösungen – übermitteln. In Wien habe man sich mit der Politik einigen können, die Einbeziehung weiterer drogenpolitischer Akteure wird als Aufklärungsleistung der Politik mit entlastender Wirkung für die Polizei perzipiert. Die Zusammenarbeit mit den Drogenarbeitern verschiedenster Orientierung, die Etablierung von neuen Ansätzen und die kritische Auseinandersetzung mit ihren Ergebnissen, werden als Resultat genuin regionalpolitischer Koordinationsaktivität geschätzt.

Nur in einem Interview wird die politische Einflussnahme auf die Gestaltung der polizeilichen Drogenarbeit kritisiert: Aus der „Operation Spring“, dem ersten „Großen Lauschangriff“, der im Jahr 1999 durchgeführt wurde, hätte kein politisches Kapital geschlagen und dem Image der Polizei kein Schaden zugefügt werden dürfen. Die Umsetzung der Gesetze sei – wie jede andere Drogenarbeit – aus dem Bereich der Politik und medialen Skandalisierung herauszuhalten, um „keine Unruhe hineinzubringen“, die nur der „Täterschaft“ nütze: „*Man soll die Aufgabenbereiche dort lassen, wo sie hingehören. Für mich ist die Bekämpfung der Drogenkriminalität keine Politik*“ (J1).

Im Vergleich zu anderen Staaten wird der österreichischen Drogenpolitik ein gutes Zeugnis ausgestellt und wird ihr Verlässlichkeit attestiert. „*Es gibt in Europa und in der Welt Staaten, die Extreme beschreiten, auf der einen Seite extrem repressiv, wer ein Suchtgift angreift, wird eingesperrt, oder der anderen Seite extrem liberal, ... Haschischrauchen ist überhaupt kein Problem ... Wir sind immer einen Mittelweg gegangen ... man hat gesagt: Schwere Strafen und massiven Polizeieinsatz gegen die großen Händler und gegen die Verantwortlichen für den Drogenhandel, und bei den Suchtgift-Konsumenten Therapie statt Strafe. Das ist schon 1984 im Suchtgiftgesetz eingeführt worden und ist ziemlich kontinuierlich übernommen worden und weiterentwickelt, aber nicht wesentlich verändert worden*“ (J7).

DrogenkonsumentInnen werden primär als Jugendliche angesprochen, jene in früheren Jahrzehnten als Angehörige einer rebellischen, aber nicht kriminellen Subkultur, die von heute als Flüchtige vor verschärften Leistungsanforderungen, Opfer fehlenden familiären Halts, von skrupelloser Verführung zu „chemischen“ Hilfsmitteln, aber auch als sekundär Kriminelle (Beschaffungskriminalität). Es wird viel Verständnis für die Jugendlichen, die es zunehmend schwerer hätten, gezeigt: „*Die ... wichtigsten Dinge für Jugendliche sind immer die Familien, Freunde, Gesundheit und Freizeit, und keine materiellen Dinge. Es fehlt heute für Jugendliche der Raum den sie selber gestalten können, ... Oder wenn sie Nischen gefunden haben, dann wird es sehr schnell kommerzialisiert. Jugendliche tun sich schwer, sich von den Erwachsenen zu unterscheiden. Piercen war Anfang der 90er, eine Methode um aufzufallen. Der Drogenbereich ist heute etwas, wo sie noch auffallen können, wo sie die Eltern schocken können. Unsere Aufgabe ist es, den Jugendlichen aufzulegen, wohin das führen kann. Es ist nicht das Problem, ob ein Jugendlicher Haschisch raucht, sondern ob er versteht, worum es dabei geht*“ (J1). Dass Jugendliche mit dem Konsum synthetischer Drogen eingeüb-

ten Verhaltensmustern folgen und Probleme gar nicht erkennen können, ist eine nochmals andere Sicht der Dinge: „*Das Teuflische am Ecstasy ist, dass man es einnimmt wie eine Tablette, da denkt niemand, dass das was Schlechtes ist. Es gibt viele Bereiche, wo man mit legalen Tabletten nicht so verantwortungsbewusst umgeht, wie es sein soll. Schon Schüler bekommen leichte Aufputschmittel, wenn es eine Schularbeit gibt. Er weiß dann, wenn er sich wohl fühlen will, nimmt er eine Tablette, und dann nimmt er auch in der Disko eine Tablette oder mehr ... Da ist das Unrechtsbewusstsein nicht so da. Hingegen, wenn er sich eine Nadel aufzieht ... weiß der letzte Heroinjunkie, dass das nicht in Ordnung ist*“ (J7).

StraßenhändlerInnen werden hingegen höchst kontroversiell eingeschätzt: Wird von einem Teil der Gesprächspartner als Schutzbehauptung qualifiziert, wenn sich StraßenhändlerInnen auf eigene Sucht, auf politische Verfolgung (Asylbedarf) oder jugendliches Alter berufen, und dahinter clevere Geschäftemache vermutet, will der andere Teil einen differenzierenden Umgang entwickeln: „*Ich bin bei einem Projekt dabei, das heißt Polizei und Afrikaner. Es geht immer darum, die Sensibilität zu haben und zu unterscheiden, welcher ist hier um zu leben, um zu studieren ... und welcher um zu dealen. Natürlich haben auch die ein Schicksal, das nicht optimal ist. Da ist aber die Politik gefragt, Rahmenbedingungen zu schaffen, dass dieses Dealen nicht notwendig ist*“ (J1).

Und kontroversiell erscheint die Haltung der Sicherheitsexekutive zu Drogenfragen insgesamt. Früher sei die Arbeit an Drogenproblemen einem beruflichen Abstieg gleichgekommen: „*Das Suchtgiftproblem wurde als Spielerei angesehen, wie die Behandlung von Trinkern*“ (J5). Auch der jugendpolizeiliche Aspekt sei dem Status nicht förderlich gewesen. Heute kompliziere die große Zahl der mit Suchtmittelkriminalität befassten Personen und Einheiten auf allen Ebenen die Arbeit, wenn auch im Unterschied zu früheren Jahren, nicht mehr nur US-amerikanischen Polizeibehörden als Kooperationspartner, Ausbildner und Informator zur Verfügung stünden. Über Geringschätzung wird auch von den Mitgliedern des präventiv tätigen Kriminalpolizeilichen Beratungsdienstes geklagt: „... wir sind in der Polizei nicht sehr hoch eingeschätzt, ...“ (J7).

Blick auf andere drogenpolitische Akteure

Die Beziehungen zu Staatsanwaltschaft und Gericht sind nur ein Thema für die ermittelnde Polizei und sie werden als nicht ganz friktionsfrei geschildert. Man meint, dass StraftäterInnen in der Regel geringere Strafen und weniger Haft bekämen, als sie verdienten. Ob es am zurückhaltenden gerichtlichen Ausschöpfen der Strafrahmen oder an unzureichenden Ermittlungsakten liegt, bleibt offen und Zankapfel (J11). Das Verhältnis zu Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen sei anfangs von Reibungen gekennzeichnet gewesen, die jedoch aufgehört hätten. Unklar bleibt, ob die Solidarisierung von BetreuerInnen mit den KonsumentInnen nachgelassen, oder ob die Exekutive die Betreuung zu schätzen gelernt hat. Für letzteres spricht, dass zumindest die Vertreter der polizeilichen Prävention die Betreuung als großen drogenpolitischen Gewinn betrachten. In erster Linie wird mit Schulen und der außerschulischen Jugendarbeit kooperiert, weniger mit den Einrichtungen des FSW: „*Die Klientel dieser Einrichtungen (Anm.: des FSW) ist*

schon stark im Drogenmilieu drinnen. Unsere Aufgabe ist es zu versuchen, dies zu verhindern, dass Schüler dort landen. Das Offizialprinzip, bei Übertretung der Gesetze muss angezeigt werden, behindert uns, mit den Abhängigen zu arbeiten, denn die sind immer im Graubereiches des Kreislaufs, kaufen, verkaufen, konsumieren“ (J2).

Für die polizeiliche Ermittlungsarbeit werden differente Zielvorstellungen und Aufgaben herausgearbeitet: „*Die Aufgabe der Drogenkoordination ist der therapeutische und soziale, integrative Weg, das ist ganz klar. Vor ein paar Jahren hat es hier ein Seminar, eine Tagung gegeben, die Exekutive zu sensibilisieren, wo man Verständnis gewinnen musste für die verschiedenen Tätigkeitsbereiche. Wir ... sind eher im Repressiven, hier gibt es durch diese stetige Zusammenarbeit, Annäherungen an die Denkweise. Für uns ist Sicherheit ein anderer Begriff als soziale Sicherheit, das ist ja ganz etwas anderes ... Ein Sozialarbeiter ... gewinnt ein Vertrauen, und sagt dann zu uns: „Jetzt habt ihr das ganze Vertrauen zerstört, jetzt ist der eingesperrt, ihr habt den vertrieben und der kommt nicht mehr wieder“ und dergleichen. Das ist das Problem ... Man muss das Vertrauen aufbauen, das dauert schon einmal lange, das ist viel Arbeit, und wenn man das hat, dann kommt auf einmal die Polizei, weil er einfach kippt. Wenn man krank ist, dann nimmt man zwar Medikamente, und irgendwann einmal lässt man es aus, man vergisst es, oder es wirkt nicht mehr, dann kippt man zurück. Das ist das Problem, an das man sich versucht anzunähern. Da gibt es verschiedenste Zielvorstellungen. Wir haben nur eine“ (J11).* Die Unterschiede können aber auch die Erfahrungen bereichern und neue Problemzugänge eröffnen: Hat es anfangs bei der Polizei Verwirrung über Experimente wie z.B. den „Spritzenbus“ gegeben, arbeitet man heute gemeinsam an polizeitaktisch wie sozialarbeiterisch verträglichen Lösungen. „*Ähnliche Probleme hat man im Nahbereich von Therapieeinrichtungen ... Weil bei den meisten Einrichtungen ist es so, dass es den Leuten selbst bewusst ist, oder von der Anstalt her bewusst gemacht wird, dass sie im Umfeld keinen Blödsinn machen sollen, weil sonst bekommen alle miteinander Probleme. Also das ist nicht mehr so als heikle Zone anzusehen. Ich möchte nicht sagen, dass diese Bereiche für die Polizei tabu sind. Wir könnten uns rein theoretisch hinstellen und alle die dort ein und ausgehen kontrollieren, aber wir haben gesagt, das bringt nichts. Denn wenn einer einmal so weit ist, dass er eine Therapieeinrichtung aufsucht, dann ist er eh auf dem richtigen Weg ... Da ist es schade um die Zeit, denn da haben wir Wichtigeres zu tun“ (J7).*

Wesentliche Veränderungen und die Wiener Drogenpolitik

Ein Gesprächspartner hat die Auflösung der Suchtgiftgruppe im Sicherheitsbüro Anfang der 60er Jahre erlebt, zu einer Zeit als (Nachkriegs)Probleme mit Kriegsversehrten (Rezeptfälschungen und Apothekeneinbrüchen) abnahmen. Als kurze Zeit später neuartige Drogenphänomene auftraten, wurde 1968 abermals eine Suchtgiftgruppe installiert, in der Mitte der 70er Jahre in Wien 6 Beamte tätig waren, ab 1972 unterstützt durch jeweils 2 bis 3 eingeschulte Suchtgiftkriminalbeamte der einzelnen Bezirkspolizeikommissariate. Die Einführung in die Problematik hatten Vertreter der Drug Enforcement Agency („DEA“) in der US-Botschaft und durch diese vermittelte FBI-Experten besorgt. ÄrztInnen und PsychologInnen hätten sich

erst später mit dem Thema befasst. Bei jenen Drogen, die zu dieser Zeit nicht auf der Suchtgiftliste standen, wie etwa LSD, habe man sich mit der Einweisung in die Psychiatrie beholfen. Der Einschnitt für die interprofessionelle Zusammenarbeit wäre durch die ersten Herointoten im Jahr 1972 herbeigeführt worden (J5). Das SGG 1971 wird als Erleichterung der polizeilichen Arbeit betrachtet, da man den Erstkonsumenten eine „Goldene Brücke“ bauen und die „Komplizenschaft“ zwischen HändlerIn und KonsumentIn aufbrechen konnte. HändlerInnen wurden als süchtige Selbst- und Mitversorger ihres Umfelds wahrgenommen und mehr als „Infektionsherde“ denn als BereicherungstäterInnen inkriminiert.

Ein weiterer Gesprächspartner unterstreicht die „Normalisierung“ des Konsums verbotener Substanzen, insbesondere des Cannabis. Heute gäbe es keine Schule, in der man keine DrogenkonsumentInnen trafe, „50 Prozent der Kids“ hätten probiert. „*1984 hatte ich den Eindruck, dass die Auffälligen aus sozialen Strukturen kamen, die man als nicht optimal ansehen kann, wo es wenig Geld gegeben hat, wo es im Elternhaus nicht geklappt hat. Es war mehr die Unterschicht. Jetzt können Sie sehen, dass alle Schichten vertreten sind. Auf den Szenenplätzen habe sie jetzt auch Kids von Akademikern ... Das hat sich stark verändert. Früher war das peinlich und man hat es versucht zu vertuschen. Jetzt sind viele auch hilflos ... Da geht es darum, sich Hilfe zu holen ... es gibt überall Kinder, die dem Druck nicht standhalten können.*“ (J1). Zwei Entwicklungen lägen diesen Veränderungen zugrunde, die in den 1990er Jahren stattgefunden haben: Die Öffnung der Ostgrenze und die mit dem Balkankrieg vervielfältigten Handelswege von billigem Heroin, wie das Angebot von synthetischen Drogen, etwa Ecstasy: „*Das hatte einen wesentlichen Einfluss auf die Gruppen, die Suchtgift konsumieren. Vorher waren unsere Problemkinder hauptsächlich die Heroinkonsumenten. Die typische Kokkerszene ist, behauptete ich, gleich geblieben, auch wenn es weite Bereiche gibt, wo wir nicht wirklich viel wissen. In der Rotlichtszene wird nach wie vor Koks verwendet ... auch in der Künstlerszene wird es nicht viel anders sein. Aber die Probleme hatten wir mit den Heroinkonsumenten, die wir auf der Straße gefunden haben ... Mit den synthetischen Drogen kamen die Drogen in eine andere Gruppe. Die hatten keine Probleme, die nahmen Drogen weil sie am Wochenende gut drauf sein wollten, nicht nur kurzfristig, sondern das ganze Wochenende ...*“ (J7).

Positiv vermerkt wird die Erweiterung der Angebote für Drogenabhängige, wie die Strategie, die offene Szene zu dulden und zu beobachten – und damit zu kontrollieren – statt sie zu unterdrücken. Die Drogenkoordination und ihre (niederschweligen) Einrichtungen werden als gleichwertige Beobachtungspartner wahrgenommen: „*Und ganz gut war auch, Übersicht über die offene Straßenszene zu haben. Sie wurde nicht ganz zerstreut, sondern der Überblick war wichtiger ... Das ist wichtig, um auch die Angebote abstimmen zu können. Ich glaube, das ist der Wiener Drogenpolitik ganz gut gelungen. Den Überblick hat die Polizei und die Drogenkoordination*“ (J1). Als offenes Problem wird nur das Fehlen adäquater Betreuungseinrichtungen für CannabiskonsumentInnen identifiziert: „*Ein Cannabiskonsument hat nicht die Probleme wie ein Heroinabhängiger, aber es gibt viele Jugendliche, die einen Leidensdruck haben und den mit Cannabis zudecken. Das ist genauso wie mit den Zigaretten ... Bei Rauchern gibt es das mittlerweile, für Cannabis gibt es dies nicht*“ (J1).

Die Drogenarbeit der Kriminalpolizeilichen Beratung, die 1994 einsetzte, stagniert hingegen: Zwar werden in Wien jährlich rund 50 Schulen (LehrerInnen, SchülerInnen, Eltern) sowie MultiplikatorInnen angesprochen, doch fallen die 3 Beamten, die in der drogenpräventiven Jugendarbeit tätig sind neben den etwa 70 Personen in den Ermittlungsgruppen wenig ins Gewicht.

Der Zunahme der Strafanzeigen gegen DrogenstraftäterInnen wird übereinstimmend kein Aussagewert hinsichtlich der Problementwicklung zugemessen: „*Die Statistik der Anzeigen ist nicht aussagekräftig ... wenn wir mehr arbeiten, dann gibt es mehr Anzeigen. ... Die Anzahl der Gebräucher ist eher an den „behandelten Fällen“ zu messen, oder am Spritzentausch. Ein Problem haben wir schon, wir haben die große Zahl der Unbekannten, die probieren. Und die Zahl ist schon gestiegen und das hat damit zu tun, dass es leichter verfügbar ist und dass es billiger ist. Die aber wieder aufhören*“ (J2). Neben dem Einsatz einer höheren Zahl von ermittelnden Beamten hat die Steigerung der technischen Überwachungsinstrumente seit Anfang der 90er Jahre die Drogenarbeit der Polizei verändert: „*Die Trendwende war 1998, wo es zur allseits bekannten Operation Spring gekommen ist ... Das war wirklich einer der massivsten Ermittlungen in Österreich und auch in Europa ...*“ (J11). Inzwischen steht auch die Überwachung des Fernmeldeverkehrs (das Abhören von Gesprächen) neben der Rufdatenrückerrfassung, um Abnehmerkreise auszuforschen, nicht mehr nur dem Sicherheitsbüro offen, sondern auch den Kommissariaten. Auf die erweiterte technische Unterstützung so genannter „strukturierter“ Ermittlungen wird das abnehmende polizeiliche Interesse zurückgeführt, sich durch Druck auf die KonsumentInnen an den Drogenhandel heran zu arbeiten. Die Zugriffe auf die offene Szene werden heute nicht mehr ermittlungstechnisch begründet, sondern mit der Notwendigkeit, das Sicherheitsgefühl der Bevölkerung (symbolisch) zu heben.

Auch für den Bereich des Drogenhandels wird eingeräumt, dass die öffentliche Wahrnehmbarkeit von Tätergruppierungen und deren Bedeutung für den lokalen Markt ein wesentliches Kriterium für polizeiliches Verfolgungshandeln darstellt. So sind schwarzafrikanische Straßenhändler sichtbarer als andere: „*1990, da waren nicht diese offensiven Gruppierungen am Markt tätig. Da waren von den Täterschaften her, die ... den Erlös, den Reichtum lukriert haben, die waren da eher im Hintergrund. ... Jetzt ist der Markt ... abgelöst durch die schwarzafrikanischen Tätergruppierungen. ... Es gibt auch andere ... die jugoslawischen, die türkischen, iranischen Tätergruppierungen. Die arbeiten nicht ... auf den österreichischen Markt konzentriert. Die Täter, die jetzt das Übel sind, die Anstoß für Kritik in der Öffentlichkeit geben, wo massive Diskussionen auftauchen, sind eben diese afrikanischen Täterstrukturen. ... Die sind in den Markt eingedrungen und haben ganz aggressive Geschäftspraktiken, das ist nachvollziehbar*“ (J11). Was das Auftreten von Schwarzafricanern an Veränderungen des Drogenmarkts in Wien signalisiert, darüber gibt es trotz strukturierter Ermittlungen nur vage Auskünfte: „*Zu meiner Zeit waren viele aus Ex-Jugoslawien und der Türkei, das kommt vielleicht daher, dass jetzt viele besser integriert sind. Sie haben Lokale, oder machen es in der Wohnung und nicht mehr in der offenen Szene. Da sind jetzt die Schwarzafricaner, die teilweise ... von Schleppern angeworben werden und wo die Händler selbst nicht aus Afrika kommen. Da wird mit der sozialen Situation dieser Menschen*

gespielt. Sie haben kein Geld, keine Wohnung und bekommen dann dies angeboten. So kommen diese Menschen in die Geschichte hinein“ (J1).

3.2. Justiz

Die Interviewten

Die VertreterInnen der Rechtsprechung (Staatsanwaltschaft und Richterschaft) sind in die Bearbeitung des „Drogenproblems“ insofern involviert, als das Suchtmittelgesetz Nebenstrafrecht ist, über dessen konkrete Anwendung auf Personen sie mit reichlichem Ermessensspielraum zu befinden haben: StaatsanwältInnen und RichterInnen entscheiden über Diversion nach dem SMG (Anzeigenzurücklegungen), über Einleitung und Erledigung förmlicher Gerichtsverfahren sowie über die Art der Sanktion und ihres Vollzugs, dabei de facto auch über soziale und therapeutische Interventionen. In die formierte „Wiener Drogenpolitik“ freilich sind die Akteure der Rechtsprechung nicht eingebunden.

Die vier GesprächspartnerInnen aus der Justiz repräsentieren die in diesem Bereich „tragenden Rollen“: Zwei von ihnen sind Richter, eine ist Staatsanwältin, der dritte ist Strafverteidiger. Da die beruflichen Rollen und die mit ihnen notgedrungen verbundenen Meinungen und Sichtweisen, doch zu unterschiedlich sind, wurde in diesem Subkapitel von der bisher gepflogenen thematischen Ordnung der Darstellung abgegangen und eine „rollenspezifische“ gewählt: Die Meinungen und Sichtweisen der GesprächspartnerInnen aus der Justiz werden auszugsweise wiedergegeben. Auch wenn es sich hier um eine kleine Zahl handelt, ist doch davon auszugehen, dass justizrelevante Positionen in den Gesprächen zum Ausdruck kamen.

Name	Berufsfeld	Tätigkeitsbeginn	Einrichtung
<i>Walter Stockhammer</i>	Richter	Ab 1980	Landesgericht Wien Suchtgiftreferat
<i>Udo Jesionek</i>	Richter	Ab etwa 1981	Jugendgerichtshof Wien
<i>Richard Soyer</i>	Rechtsanwalt	Ab 1985	Anwaltskanzlei
<i>Petra Stranzinger</i>	Staatsanwalt	Ab etwa 1990	Staatsanwaltschaft Wien Suchtgiftreferat, Suchtgift-OK-Gruppe

Rollenverständnis und Blick auf Drogenfragen, Drogenarbeit und Gesellschaft

Die drogenpolitisch neutrale Position der Rechtssprechung (I)

Die Aussagen eines befragten Richters weisen darauf hin, dass sich zumindest ein Teil dieser Berufsgruppe nicht als Akteure der Drogenpolitik in der hier verfolgten Bedeutung versteht: „*Ich habe keinen drogenpolitischen Auftrag. Ich habe als Richter die Gesetze zu vollziehen, die mir vorgegeben sind, die Strafanzeigen und die Anklagen der Staatsanwaltschaft zu behandeln, die Leute zu vernehmen, die Beschuldigten zu befragen und so gut es geht ein Urteil zu fällen*“ (J9). Beim Gesetzesvollzug würden Seitenblicke auf drogenpolitische Auseinandersetzungen bloß Irritationen und problematische Einflüsse nach sich ziehen. Betont wird die Kontinuität, die Veränderungen der gesetzlichen Lage werden als marginal eingeschätzt („*hie und da gibt es ein neues Gesetz*“). Die Richterschaft wird als ruhendes Element der Drogenpolitik gesehen, sie reagiert auf das Suchtmittelrecht formell, ihre Stellungnahmen werden vom Gesetzgeber „berücksichtigt“.

Die richterliche Tätigkeit im Suchtmittelbereich wird als nicht sehr befriedigend wahrgenommen, doch „*muss (es) Richter geben, die auch unangenehme Verfahren abwickeln*“ (J9). Behandlungsangebote, die sich im Laufe der Reformgeschichte des Suchtmittelgesetzes unter dem Stichwort „Therapie statt Strafe“ auf immer weitere Kreise von StraftäterInnen erstreckt haben, werden mit Vorsicht eingesetzt und kommen für Rückfällige nur noch unter ganz besonderen Umständen infrage. Das hat zum einen damit zu tun, dass DrogenkonsumentInnen wie therapeutische Einrichtungen als unzuverlässig wahrgenommen werden, zum anderen damit, dass „Therapie statt Strafe“ administrativ sehr aufwändig ist: „*Die Zusammenarbeit mit den Vereinen ist relativ klaglos, wenn wir einen Strafaufschub wegen Therapie veranlassen, dann rufen wir die Leute an und die werden direkt aus der U-Haft an den Verein oder in die stationäre Therapie überstellt. Manchmal gibt es Probleme, es werden die Leute von der stationären Therapie, die ja meist 6 Monate dauert, für meine Begriffe ziemlich rasch zur ambulanten Therapie umgeleitet*“ (J9). Und: „*Wenn wir einen normalen Strafakt haben, dann ist der nach dem Urteil erledigt, maximal bei bedingter Strafe oder Entlassung sehen wir den Akt zum endgültigen Strafverzicht wieder. Bei dem (Anm.: Suchtgift-) Akt muss der Verurteilte innerhalb von zwei Monaten den Nachweis der Therapie erbringen, und dann alle zwei Monate lang über 2 Jahre hinweg müssen wir den Nachweis führen. Dann müssen wir den Akt wieder sehen. Dann werden die Kosten der Therapie-Einrichtung von uns festgestellt bzw. bestimmt, dann kommt das zur Anweisung, dann kommt es zu einem Feststellungstermin. Das ist eine Unmenge Mehrarbeit für uns ...*“ (J9). Schließlich wandle sich die „Klientel“, sie sei immer weniger für die Therapie geeignet: „*Wir haben hier hunderte Schwarzafrikaner und es werden immer mehr. ... Aus diesem Grund gehen die Therapiestunden ... zurück, weil die Schwarzafrikaner ... teils gleich abgeschoben werden oder um Asyl ansuchen und zum Teil negative Bescheide haben, teils weil sie gar nicht die Sprachkenntnisse haben. Jedenfalls sind sie für die Therapieeinrichtungen nicht die geeignete Klientel. Aufgrund der Tatsache, dass so viel Schwarzafrikaner hier*

sind, ... sind die Therapiestunden eher bescheiden geworden. Ich habe hier die Zahlen vom Verein X. ... sie hatten im Jahre 2002 über 4.000 Therapiestunden gehabt, und jetzt haben sie nur mehr 2.800“ (J9).

Die Skepsis gegenüber der psychiatrischen, aber auch der nicht psychiatrischen Drogenhilfe kommt immer wieder zu Wort, doch wird sie auch als fremde und notgedrungenen fremd bleiben müssen Kunst wahrgenommen: „*Im Grunde genommen weiß ich nicht einmal wie Methadon wirkt. Ich weiß, dass es eine Art von Ersatzsuchtmittel ist, dass es auch abhängig macht. Das müssen die andern wissen, die Ärzte ...*“ (J9).

Aber auch an der Tätigkeit der Sicherheitsexekutive wird Kritik geäußert. „*Die Polizei arbeitet sehr gegen diese Street Runner, die Endverkäufer. Das ist relativ leichter natürlich, da braucht man nur ein paar Minuten zusehen, um einen Deal zu sehen und kann zugreifen. Natürlich ist es schwerer die Hintermänner zu finden, da muss man mit Telefonabhören und mit Observation arbeiten. Wir bekommen relativ selten große Suchtgift-Händler, immer nur die Kleinen ..., das sind ungefähr 90% Schwarzafrikaner bei mir. Es gibt nach wie vor türkische und serbische oder jugoslawische Tätergruppen, aber das Geschäft auf der Straße machen fast nur Schwarzafrikaner. Die anderen... die wir erwischen, meistens durch Scheinankäufe, das sind dann auch größere Bestände*“ (J9). Mit der Konzentration auf die Straßenhändler verliere sich die justizielle Arbeit im Vorfeld der eigentlichen Probleme.

Rechtssprechung (2): Anlass zur Fürsorge

Eine konträre Auffassung von der Rechtssprechung im Rahmen des SMG vertritt der zweite Richter. Für ihn steht sie im Dienste der Rück-Übersetzung eines Kriminalitätsproblems in ein soziales, da Drogenprobleme – wie etwa auch die Alkoholsucht – vorrangig kein Fall für die Strafjustiz seien. Das SMG wird als Instrument der prozessualen Entkriminalisierung gesehen, es sei in einer Serie von Rechtsreformen dazu ausgebaut worden. So hätte man die Anzeigepflichten explizit beseitigt, und damit der polizeilichen/strafrechtlichen Überreaktion vor allem gegenüber Jugendlichen und Behandelten einen Riegel vorgeschnitten. Die Diversionsmöglichkeiten erlaubten, mit jugendlichem Drogenkonsum ohne Kriminalisierung umzugehen, selbst im Falle von wiederholten Auffälligkeiten. Die Justiz hätte zudem lange Zeit Großzügigkeit bei der Übernahme von Behandlungskosten für DrogenstrftäterInnen gezeigt.

Entwicklungen der jüngsten Zeit im Bereich der Gesetzgebung, der Wiener Judikatur und Gerichtsorganisation, aber auch am Drogenmarkt würden es allerdings zunehmend schwieriger machen, diesen Weg weiter zu verfolgen. Zur Illustration werden genannt: Die Rückstufung der Diversion zu einer nur noch einmaligen Rechtswohltat (SMG-Novelle 2000); Entscheidungen am OLG Wien, vor Behandlungskostenübernahme durch das BMJ mögliche Verpflichtungen der Stadt Wien abzuklären und Behandlungserfolge durch das Gericht inhaltlich per Gutachten überprüfen zu lassen; die seit der Schließung des Jugendgerichtshofes stattfindende

Verfolgung von Drogenstrafsachen Jugendlicher durch Erwachsenenrichter. Die Schließung des Jugendgerichtshofes wird unter anderem mit Entwicklungen in der Drogenszene – dem Erscheinen vorgeblich jugendlicher schwarzafrikanischer Dealer – erklärt: „*Da kam dann das Problem der Altersfeststellung rein, die nicht dokumentierten Ausländer, Schwarzafrikaner ... die alle behauptet haben, sie sind Jugendliche oder junge Erwachsene ... das hat das ganze Problem verschärft. Mindestens von 50% haben wir gewusst, die sind über 21. Das hat natürlich auch die ganze Jugendgerichtsbarkeit verfälscht ... Zum einen vom Alter her und auch das ganze Instrumentarium des JGG hat nicht gegriffen. Was machst Du mit einem Professionellen, der bunkert und dealt ...*“ (J3).

Der Gesprächspartner bejaht „informelle Verfahren“ und er sucht kreative Lösungen bei neuen Problemlagen: „*Das Problem waren dann plötzlich die Mädchen. Wir hatten keine Versorgung für Mädchen. Der Grüne Kreis hatte kein Frauenhaus, die Zukunftsschmiede hat sie nur zeitweise genommen und dann kam eine Übereinkunft ... da haben wir lange gekämpft ... dass da im 11. Bezirk, in der Nähe vom Zentralfriedhof, ein Haus von der Gemeinde gemietet oder gekauft wurde, wo man die Mädchen unterbringen konnte*“ (J3). Die unmittelbare Fortsetzung dieser Passage verdeutlicht nochmals die konträren Rollenverständnisse in der Rechtssprechung: „*Am Vormittag haben wir die Entscheidung gefällt, und ich bin wirklich da wochenlang herum gerannt und am Nachmittag treffe ich den (Anm.: Name einer Kollegen)... und sag ihm: ,Ich bin so froh, endlich haben wir das‘, und er sagt: ,Du hast Sorgen, warum kümmert du dich um solche Sachen?‘ Und das hat mich so geärgert ... Im Suchtmittelgesetz hast du viele Möglichkeiten, theoretisch im Gesetz, und du kannst es nicht umsetzen*“ (J3).

Jugendliche und junge Erwachsene werden generell als gefährdete Altersgruppe gesehen, und die Probleme mit Alkohol, Drogen und der Legalität als austauschbar: „*Das Hauptproblem der heiklen Jugendlichen ist einfach, dass du Probleme hast in deiner Entwicklung, und die werden durch Drogen verstärkt oder verschoben, oder man kommt deswegen zu den Drogen. Die Hauptdroge bis Ende der 80er Jahre ist der Alkohol. Wir hatten immer schon im Gefangenenumfang auch Vollalkoholiker. Wir hatten Burschen, die schon im Kindesalter mit Alkohol vertraut waren. Aber den haben sie im Gefangenenumfang wenigstens nicht gehabt. Das konnte man einbremsen, ist schwer zu beschaffen. Flaschen fallen ja doch auf, aber Drogen ...*“ (J3).

Das Drogenproblem sei insgesamt medial hochgespielt und Effekt polizeilicher Aufrüstung: „*Die Judikatur ist im unteren Bereich ja gestiegen, und ... wenn ich heute eine Razzia mach' in einer Disco, hab ich auf jeden Fall 20 Anzeigen, weil 20 Pulver finde ich, und wenn ich keine Razzia mach, hab ich 20 weniger. Und da die Wiener Polizei im Suchtmittelbereich ja sukzessive auf das dreifache angehoben wurde ... hat man natürlich im unteren Bereich mehr Anzeigen*“ (J3). Den anderen Akteuren der Drogenpolitik wird ein überwiegend positives Zeugnis ausgestellt, wenn auch vom Ende der Behandlungseuphorie der 70er Jahre die Rede ist, und davon, dass man heute einen längeren Atem, neue Methoden und neue Finanzierungsmodelle brauche.

Die Anklage im Dienste der Aufklärung von Verbrechen

Von der Staatsanwaltschaft verlange der Vollzug des Suchtmittelgesetzes vor allem die tatbestandsmäßige Differenzierung, die Trennung von „Verbrechen“ und „Vergehen“, von „HändlerInnen“ und „KonsumentInnen“, und die damit einhergehende Bestimmung der Gerichtszuständigkeit. Bei der Verfolgung des Drogenhandels fallen Anzeigen wegen Konsums und nicht-gewerblicher Weitergabe an, die an die Bezirksgerichte und -anwaltschaften abgetreten werden müssten, nicht ohne diesen Grenzen für die Diversion vorzugeben, bei der die Art des Suchtmittels eine Rolle spielt. Bei Überlassung von „harten Drogen“ wird den Bezirksanwälten in Wien jedenfalls ein Strafantrag vorgeschrieben, ohne dass – wie in allen anderen Fällen – die Voraussetzungen für eine bedingte Verfahrenseinstellung gemäß § 35 SMG erhoben und Abhängigkeits- und Therapiefragen geklärt werden. Mit Fragen der Süchtigkeit ist man selbst nicht befasst, doch behält man sich eine Meinungsäußerung vor: „... wir als Staatsanwälte können trotzdem sagen, eine Therapie kommt nicht in Frage, weil die allgemeinen Voraussetzungen schon nicht vorliegen, weil er dermaßen vorbestraft und einfach gefährlich ist, und auch nicht therapiewillig oder therapiefähig unserer Meinung nach“ (J10). Der vertretene rechtliche Standpunkt läuft allerdings immer wieder dem „menschlichen“ zuwider: So werden die Aktivitäten von ChEck iT! „vom menschlichen Standpunkt aus begriffenswert (gesehen). Vom rechtlichen Standpunkt aus ist es sehr schwierig ...“ (J10).

Die AkteurInnen aus der Drogenhilfe werden distanziert als „Sachverständige“ angesprochen, ihnen wird ein gewisses Misstrauen entgegengebracht, doch brächte es wenig, sich über ihr Urteil hinwegzusetzen: „Ich bin ja nicht der Experte in der Hinsicht, ich kann ja nicht beurteilen, ob der therapiefähig oder therapiewillig ist oder ob das ein Schmäh ist, was er in der Verhandlung erzählt, wie süchtig er denn nicht ist. Das kann ich nicht beurteilen, das muss ein Sachverständiger machen und dann macht das wenig Sinn, wenn ich mich über das Gutachten hinwegsetze ..., da wird mir der Richter die lange Nase zeigen und trotzdem einen Beschluss auf Therapie stellen. Ich könnte dann eine Beschwerde ans OLG stellen. Man könnte ein zweites Gutachten einholen lassen, das kommt aber so gut wie gar nie vor“ (J10).

Die Arbeit der Exekutive ist wesentlich stärker mit der eigenen verwoben und begrenzt zur Zeit deren Entfaltung: „Die Anzeigen sind meiner Erfahrung nach, und auch nach der Erfahrung der Kollegen, in den letzten Jahren immer schlechter geworden. Es wird immer weniger recherchiert und immer weniger erhoben. Und es ist einfach ein Problem, dass unseren Aufträgen ... nicht in entsprechender Frist nachgekommen werden kann, oder wird, sei es, weil sie einfach zu wenig Personen haben, die dort eingesetzt sind, oder dass es einfach so ist, dass es jetzt diese Schwerpunktaktionen betreffend Schwarzafricanern sind, dass man den Schwarzafricaner kurzfristig beobachtet und ihn dann bei einem Deal festnimmt. Wir können ihm nur diesen einen Deal nachweisen, mehr nicht“ (J10). Dadurch könne Verbrechen kaum nachgewiesen und abschreckende Strafurteile nur selten ausgesprochen werden: „Wir haben da wenig Einfluss darauf, wer oder wie was verfolgt wird. ... Sobald entsprechende Mengen sichergestellt wurden, ... ist der Akt für die Beamten erledigt. Sie würden gerne weiterarbeiten, dürfen aber nicht

mehr, weil nicht genügend Ressourcen da sind. ... Wir müssen ... ihnen mehrere Aufträge geben, damit sie ... weiterarbeiten dürfen, von ihrem Vorgesetzten aus. ... Natürlich, wenn die Beamten nicht kooperieren, dann kann ich mich auf den Kopf stellen ... Man kann das dann auch dementsprechend erheben, dass nichts heraus kommen kann, das ist dann das Problem“ (J10).

Da die (Wiener) Polizei sich zur Zeit mit drogenpolitischen Oberflächenerfolgen begnügen, beschränke sie die Schlagkraft der Strafjustiz: „*Das angesprochene Problem Schwarzafrikaner, die den Straßenhandel dominieren, das ist schon seit Jahren das Problem ... Das zweite Problem, das in letzter Zeit wieder auftaucht, das sind die „Haschhütten“, vorwiegend jugendliche Klientel, wo es unser Problem ist, dass wir wieder nur die Letzten in der Kette erwischen, nämlich die Verkäufer im Lokal, die Türsteher ... die als Aufpasser fungieren, und allenfalls die Kellner, die auch irgendwelche Beitragshandlungen leisten zum Gifthandel dort, ab und zu die kleinen Lieferanten. An die großen kommen wir ... nicht heran, das würde umfassendere Recherchen erfordern ... Sondern die Polizei bekommt ... einen Tipp, stellt sich dort hin, allenfalls geht ein verdeckter Ermittler hinein ... es wird ganz kurz observiert und dann kommt der Zugriff ... Da erwischt man ein paar Konsumenten, die, wenn man Glück hat, den Verkäufer belasten, der dort drinnen ist, wo wir dann mit viel Glück auf eine vielleicht größere Suchtgiftmenge kommen“ (J10).*

Die Verteidigung: Minimierung der drogenpolitisch verursachten Probleme

Wegen Drogendelikten Angeklagte werden als mehrfache Opfer der herrschenden Drogengesetzgebung betrachtet, durch die unterschiedlichste Substanzen in einen Topf geworfen würden, so etwa Haschisch mit harten Drogen. Damit würde die Entwicklung einer Drogenkonsumkultur, in der man sich von riskanten Konsumgewohnheiten abzugrenzen wisse, unterbunden. Selbstheilungspotential wird noch dem manifest Drogenkranken zugesprochen, und die Vorstellung, man könne Behandlungswillen durch strafrechtlichen Leidensdruck erzeugen, wird verworfen. Aufgabe des Verteidigers ist es, das höchstmögliche Maß von Therapie statt Strafe zu erzielen: „*Es gibt im Suchtstrafbereich einen sehr großen Teil, wo geständige Verantwortungen unvermeidbar sind und man sich auch überlegt, sich geständig zu verantworten, weil sich dann die Chance, das Angebot ‚Therapie statt Freiheitsstrafe‘ nutzen zu können, stark vergrößert“ (J6).*

Werden die Strafverfolgungsorgane und die Gerichte als Gegner betrachtet, fühlt man sich von der (Wiener) Drogenpolitik im Stich gelassen: Klare Signale, unangenehme Wahrheiten und Willenserklärungen würden sowohl gegenüber der Öffentlichkeit als auch gegenüber der Strafjustiz vermieden. „*Es ist mir nicht so klar, was die Maximen der Wiener Drogenpolitik sind, obwohl ich in diesem Bereich tätig bin (J6) ... ob Wien eine fortschrittliche oder rückständige Politik betreibt, kann ich nicht beurteilen, weil ich nicht weiß, was sie überhaupt wollen. Ich könnte keine vier Hauptaussagen der Wiener Drogenpolitik formulieren, ich könnte es ad hoc versuchen: das Methadonprogramm, Nachsicht gegenüber Konsumenten, Therapieangebote für therapiewillige Straftäter, Wegschauen im Bereich der wei-*

chen Drogen Cannabis, massive Verfolgung von schwarzafrikanischen Händlern. Ich weiß nicht, ob das eine Drogenpolitik ist“ (J6). Die beobachtete Willkür der polizeilichen und gerichtlichen Strafverfolgung wird mit der Widersprüchlichkeit der Drogenpolitik und mit Diskussionsdefiziten in Zusammenhang gebracht. Statt der „geheimen Gremien“ wie dem Drogenbeirat, werden öffentliche Foren auch mit Nichtexperten vorgeschlagen, „wo nicht jeder in seiner Welt Rezepte entwickelt“, sondern Gesamtlösungen angestrebt werden: „Ich würde eine viel bessere und offenere Informationspolitik machen. Es ist wichtig zu wissen, wie viel Prozent der Wiener Bevölkerung legt ein Suchtverhalten an den Tag, wie viel davon haben mit Drogen oder Alkohol oder sonstigen Dingen zu tun, wo sind die Therapieangebote, wie gravierend ist das Problem wirklich, wo sind die Schlüssepunkte. Da gehört Transparenz her, und man soll die öffentliche Diskussion nicht scheuen. Das ist zwar ein mühsamer Weg, aber wenn man das Bewusstsein verändern kann, macht er sich bezahlt. Wenn das gemacht ist, dann können die anderen Schritte, wie Freigabe von Haschisch, folgen und ein anderer Einsatz der staatlichen Strafverfolgungsorgane, nämlich die Konzentration auf Großdealer“ (J6).

Die polizeiliche Arbeit wird auch vom Strafverteidiger kritisch betrachtet: „... Drogenpolitik (ist) durch Strafverfolgung nicht in den Griff zu bekommen ... Es hat keinen Sinn, Ordnungskräfte abzukommandieren und große Ressourcen für eine Verfolgungspraxis einzusetzen, die nie funktionieren kann. Ich bin der Meinung, der Staat sollte seine Strafverfolgungsorgane für Sachen einsetzen, die einen hohen gesellschaftlichen Störwert haben“ (J6).

Wesentliche Veränderungen

Soweit in den Gesprächen Rückblicke erfolgten und Veränderungen thematisiert wurden, wurde die Bedeutung von Rechtsreformen relativiert. Ihnen wird überwiegend symbolischer Charakter zugeschrieben und die Macht der Rechtspraxis hervorgehoben, den Rechtsgebrauch zu bestimmen. Die letzten Erhöhungen der Strafdrohungen (SMG-Novelle 2000, Grenzmengenverordnung) werden als überflüssig eingestuft – die Strafdrohungen seien immer ausreichend gewesen, wie auch die Entkriminalisierungsmöglichkeiten und die Therapieangebote. Umgekehrt werden die letzten Verschärfungen des Suchtmittelgesetzes auch auf den Einfluss einer generalpräventiv geprägten, diversions- und therapiefeindlichen Judikatur zurückgeführt, wie auch die jüngsten Erschwernisse bei der Kostenübernahme von Therapien im Rahmen der Strafrechtspflege: „... dass die Diversion zur Ausnahme wurde, was an sich nach dem Gesetz nicht zwingend ist, da hat die Judikatur auch mitgespielt“ (J3).

Letztlich wird der Justiz aber mehr Pragmatik und mehr Anpassungsfähigkeit an gesellschaftliche Veränderungen zugesprochen, als der Gesetzgebung: „Trotz Verschärfungen im normativen Bereich ist es eher ... zu milderen Strafen gekommen ... für 50g Kokain hat man vor 15 Jahren mehr bekommen als heute, und zwar ordentlich mehr ... obwohl die Strafen und Tatbestände schärfer formuliert und höher geworden sind ... Da ist ein bisschen eine symbolische Gesetzgebung spürbar, man macht Stimmung und in der Praxis kann man das gar nicht vollzie-

hen“ (J6). Dass noch in den 80er Jahren an den Wiener Strafgerichten Cannabis „das Um und Auf war“, inzwischen davon aber wenig Aufhebens gemacht wird, finden alle Gesprächspartner ebenso wenig bemerkenswert, wie die besondere Beachtung, die das Ecstasy heute neben den Opiaten und dem Kokain fände.

Übereinstimmend werden Veränderungen in der Drogenszene, am Drogenmarkt und in den öffentlichen Reaktionen registriert und auf das Auftreten selbst nicht konsumierender schwarzafrikanischer Händlergruppen Ende der 90er Jahren zurückgeführt. Für diese sei das differenzierte und abgestufte Instrumentarium des SMG nicht geeignet. Die SchwarzafrikanerInnen seien – so meint man zum einen - Anlass für die öffentliche „*Drogenphobie*“, für unverhältnismäßige polizeiliche Ressourcenallokation und für die Entwicklung von „*Rassenjustiz*“ („*Die Weißen lässt man in Ruhe, die Schwarzen verfolgt man*“), zum anderen seien sie die Ursache für die Überforderung von Exekutive und Justiz mit negativen Folgen für die Effizienz der strafrechtlichen Drogenkontrollen. Das Erscheinen der Schwarzafrikaner wird schließlich auch in Zusammenhang gebracht mit der Reorganisation der StA-Wien – Auflösung des zu groß werdenden Suchtmittelreferates –, durch die Drogenfälle entweder allgemeinen Referaten zugeteilt werden oder aber – falls ein Bezug zur Organisierten Kriminalität (OK) gegeben ist – der neugegründeten Suchtgift-OK-Gruppe.

3.3. Strafvollzug

Die Interviewten

Neben dem Gespräch mit einem Beamten aus der Strafvollzugssektion des Bundesministeriums für Justiz und jenem mit dem Leiter der Justizanstalt Favoriten, wurde für dieses Subkapitel nochmals das Interview mit dem Leiter einer offenen stationären Einrichtung herangezogen: Für die „doppelte“ Verwendung sprach zum einen, dass er früher in der Justizanstalt Favoriten tätig gewesen war, zum anderen, dass in der von ihm heute geleiteten Einrichtung vorwiegend und gezielt KlientInnen mit richterlichem Strafaufschub betreut werden. Die drei Gesprächspartner sind seit „Beginn“ der Wiener Drogenpolitik – seit den 70er, spätestens aber seit der ersten Hälfte der 80er Jahre – im Drogenbereich tätig und sie haben die drogenpolitischen Veränderungen sehr genau verfolgt.

Name	Profession	Tätigkeitsdauer	Einrichtung(en)
Walter Kahl	Sozialarbeiter	Ab 1976	Bundesministerium für Justiz
Wolfgang Werdenich	Psychologe	Ab 1980	Justizanstalt Wien-Favoriten, Anstaltsleitung
Harald Spirig	Soziologe	Ab 1983	Justizanstalt Wien-Favoriten Bewährungshilfe Schweizer Haus Hadersdorf, Geschäftsführung

Rollenverständnis und Blick auf Gesellschaft, DrogennutzerInnen und „Drogenarbeit“

Sich zu den „4 Säulen“ der Wiener Drogenpolitik zu bekennen, bedeutet für die Gesprächspartner nicht, die eigene Arbeit ausschließlich im repressiven Sektor zu verorten. Im Strafvollzug gelte es auch die anderen Säulen aufzubauen, auch dann, wenn dies auf Kosten der Repression geschehe und etwa die Kriminalisierung von Regelverstößen vermindere oder mit vermehrten Rückfällen (von StraftäterInnen, die substituiert werden oder auf „Freigang“ sind) einhergehe. Im Strafvollzug für DrogentäterInnen, der sowohl die Geltung des Suchtmittelgesetzes demonstriere, wie auch die Grenzen seiner Wirksamkeit, könne man flexibel mit drogenbezogenen Problemen umgehen. So kann und soll zum Beispiel mit positiven Harntests im Rahmen eines therapeutischen Verständnisses umgegangen werden: § 84 StPO, der die amtliche Anzeigeverpflichtung relativiert, ermögliche dies selbst im Strafvollzug, wovon AnstaltsleiterInnen allerdings erst überzeugt werden mussten.

Der Vollzug wird von den Gesprächspartnern einhellig als soziale Rehabilitationseinrichtung verstanden und die eigene Aufgabe wird darin gesehen, in einem widersprüchlichen Setting Organisation und Methoden zu entwickeln. Auch im Vollzug sei man zu pragmatischen Zielen übergegangen, habe von der Abstinenz Abstand genommen und orientiere sich zunehmend an Leidensminderung. Man arbeite auf einem „*niedrigen Niveau der Erzwingung*“ von Verhaltensänderung. Hinsichtlich der Chancen der Zwangsinstitution, problematisches Drogenverhalten zu korrigieren, ist man seit langem desillusioniert. Die negativen Erfahrungen mit dem Maßnahmenvollzug nach § 22 StGB aus dem StGB 1974 – die „Unterbringung in einer Anstalt für entwöhungsbedürftige Rechtsbrecher“ musste aufgrund mangelnder Erfolge abgebrochen werden und ist heute de facto „totes Recht“ – und die positiveren Erfahrungen mit der freiwilligen Entwöhnsbehandlung im selben Setting illustrieren die Erkenntnis: Die Verpflichtung des Strafvollzugs, Gesundheits- und Behandlungsmaßnahmen allgemein sowie bei Drogenproblemen anzubieten, ist nur dann erfüllbar, wenn unterschiedliche Bedürfnisse mit Hilfe annehmbarer, differenzierter Angebote befriedigt werden können. Dass dies im Bereich der Drogen in gewissen Ausmaß gelungen ist, zeigen folgende Zahlen: Den 20-30 Untergebrachten nach § 22 StGB stehen etwa viermal so viele Gefangene, die sich freiwillig einer Entwöhnsbehandlung unterziehen und etwa 550 Substituierte gegenüber. Eine vergleichbare Zahl von Insassen findet sich in den so genannten „Drogenfreien Zonen“ von Justizanstalten. Mit der Substitution und den Drogenfreien Zonen haben sich die Vollzugsziele auf die gesundheitliche Stabilisierung und auf die Trennung vom Drogenmarkt konzentriert: „*Das Vollzugsziel war, Entwöhnsbehandlungen durchzuführen. Davon ist man ziemlich abgekommen, man lässt zwar die Abstinenz als hohes Ziel bestehen, aber verlagert sich mehr auf die gesundheitliche Stabilisierung und baut immer mehr die Substitutionsprogramme aus. Ein Drittel wird nicht mehr durch Methadon substituiert, sondern durch andere Opiatderivate: Substitol, Capanol ... die haben eine bessere Wirkung, sind aber bei der Einnahme schlecht kontrollierbar ... man (hat) langsam akzeptiert, dass Sucht eine Art unbehandelbare oder momentan unveränderbare Erkrankung ist, oder es auch akzeptiert, dass einer nicht wünscht, von den Drogen*

wegzukommen. Er schafft das nicht ... Da ist es schon gescheiter, dass man hilft bei der Stabilisierung der Krankheit und man entzieht ihn dem Markt“ (J4).

In der Drogenpolitik wird nicht selbstverständlich auf die besonderen Probleme der Vollzugsklientel Rücksicht genommen, dies geschieht nur dann, wenn sich etwa Vertreter des Vollzugs im Interesse ihrer Klientel für entsprechende Anpassungen einsetzen: So waren nach Meinung der Gesprächspartner die stationären Einrichtungen zu hochschwellig konzipiert. Die Gründung des niederschweligen Schweizer Haus Hadersdorf, in dem auch Substituierte stationär betreut werden, hat jedoch nicht nur der ehemaligen Vollzugsklientel gedient: „*Innerhalb der stationären Einrichtungen vermitteln heute viele nach Hadersdorf, wenn unser Konzept das bessere für den Klienten ist, und umgekehrt vermitteln wir Patienten in andere stationäre Einrichtungen, wenn das andere Konzept uns besser erscheint. Das Ziel ist bei allen Einrichtungen das gleiche, nämlich ein drogenfreies Leben. Der Weg dort hin ist unterschiedlich ... entweder ‚sofort alles oder gar nichts‘, oder ‚eins nach dem andern‘ ... Nicht alle schaffen alles gleichzeitig. Dass das (Fern)Ziel ein abstinenteres Leben ist, versteht sich irgendwie von selber, denn alle Drogenkonsumenten, die in Behandlung in eine stationäre Einrichtung kommen, beweisen dadurch ..., dass sie mit Drogen nicht umgehen können, ohne dabei selber massiven Schaden zu nehmen*“ (J7).

Von Gefangenen und Entlassenen erwartet und fordert man wenig Eigenleistung bei der Bewältigung ihrer vielschichtigen Probleme. DrogenstraftäterInnen hätten früher die Elite der Insassen gebildet, sie stammten aus der Mittel- und Oberschicht und profitierten von den Reformen des Suchtmittelgesetzes. Die heutigen DrogenstraftäterInnen seien besonders depriviert, sie hätten vermehrte Drogenerfahrungen – illegale Substanzen und Medikamente ersetzen zunehmend den Alkohol: die „Normalisierung“ des Drogengebrauchs sei eben auch bei der Vollzugsklientel zu beobachten. Und möglicherweise sei die heutige Vollzugsklientel auch kräcker und behandlungsbedürftiger, doch sei mit entsprechenden Aussagen vorsichtig umzugehen, da sie nicht zuletzt auch Einsätze bei Budgetdebatten darstellten: „*Frage ich: ‚Haben sie je Drogen genommen?‘, dann komme ich auf Zahlen von 70%. Wenn ich den Alkohol rausnehme, dann habe ich 20 bis 30%. Aber wenn ich mir anschau, wer hat ... ein Drogenproblem, dann bleiben wenige übrig. Wenn sie fragen, wer ist im Strafvollzug wirklich drogenabhängig, dann sind es sehr wenige ... Ich habe das Gefühl, mit diesen Zahlen, so viel Drogenabhängige gibt es im Gefängnis, wird operiert, um an Budgetmittel zu kommen und die Dramatik wird erhöht. Da wäre es viel wichtiger zu schätzen, wie viel Drogengebraucher im Gefängnis gibt es ... je nach Drogenbegriff zwischen 8% und 15%. Wenn man dann schaut, wer ist wirklich akut behandlungsbedürftiger Drogengebraucher, dann bleibt fast nichts übrig. Das sind ca. 300 Personen und für die gibt es ein relativ gutes Angebot an Behandlungsplätzen – für die, die sich behandeln lassen wollen. Aber es gibt auch jene, für die eine Behandlung zu schwer ist, die nicht wollen, für die, für die Behandlungen ungeeignet sind, die nicht kooperativ sind. Es gibt auch Strafhäftlinge, die behaupten, sie sind drogenabhängig, und sich dadurch einen Vorteil verschaffen*“ (J12).

Die schwarzafrikanischen Straßenverkäufer stellen auch den Strafvollzug vor neue Aufgaben: „*Und mit diesen ausländischen Gruppen gibt es eine gut etablierte Verteilerstruktur, wo die Leute nicht süchtig sind, oder den fallweisen Gebrauch von Drogen nicht als Problem erleben, die auch nicht kommen, um Drogen zu gebrauchen, sondern weil das eine Möglichkeit des illegalen Kleingewerbes oder Geld verdienen ist. Es ist so ähnlich wie bei den Zeitungsverkäufern, ein Einheimischer würde sich diese Arbeit nicht antun, um so wenig Geld zu verdienen. Die sitzen dann, wenn man sie fasst, im Gefängnis, zur Zeit sind es ca. 450 nigerianische Händler ... die Österreicher ... das sind eher die Verteilergeschichten auf einer höheren Ebene, und dort gibt es interessanterweise wieder mehr Süchtige“* (J12).

Andere Akteure im Drogenbereich werden durchwegs kritisch gesehen: Mit der Polizei beschäftigt man sich wenig, kritisiert allerdings die teuren Großrazzien gegen KleindealerInnen und deren Inhaftierung in Wiener Gefängnissen: „*Da werden soviel Ressourcen gebunden, und da kommt nichts heraus, da werden Anzeigen gemacht und ... viele eingestellt, und letzten Endes kommt er, wenn's hoch hergeht, mit einem Jahr weg. Aber die große Kriminalität ist es nicht ... In die Josefstadt werden 5 oder 6 pro Jahr wegen schweren Handels eingeliefert, Dealer, die nie süchtig waren. Wenn sie dort ihre Erfolge haben, da soll es mir nur recht sein, aber wir sehen immer nur dutzendweise die Masseneinlieferung*“ (J4).

Substanzieller ist die Klage über die eigene Isolierung in der Justiz, über die desinteressierte bis abwehrende Haltung der Richterschaft. Fallbezogene Zusammenarbeit werde als Versuch Einfluss zu nehmen beargwöhnt: „*Einen intensiveren Austausch mit den Richtern gibt es nicht, weil die Richter da sehr zurückhaltend sind. Vor allem im letzten Jahr hat sich gezeigt, dass in unserer Einrichtung die Einweisungen nach §39a um 23%, das ist knapp ein Viertel, zurückgegangen sind. Da kann man viel spekulieren. Das eine ist vielleicht ... ein strengeres Law-and-order-Denken bei der Richterschaft, speziell auch bei der Staatsanwaltschaft ... d.h. lieber einsperren statt 'Therapie statt Strafe', was dem Sinn des § 39 widerspricht, nach welchem das gelindere Mittel statt einer Haftstrafe vorgezogen werden müsste, wenn die Voraussetzungen gegeben sind. Dann ist sicher auch der Spargedanke da ... Wenn ein Verurteilter eingesperrt wird, dann fällt er in die Kompetenz des Justizministeriums ... d.h., die Strafhaft kostet dem Gericht keinen Groschen. Während die Behandlungskosten auf Weisung des Richters nach § 39 und anderer Weisungen vom Gericht getragen werden müssen. Bundeskosten sind das alles, es sind nur verschiedene Kostenstellen zuständig ... Das sind alles Vermutungen. Was aber meines Wissens eine Tatsache ist, dass die Anzahl der Verurteilten, die die Voraussetzungen für die Behandlung erfüllen und auch eine Behandlung möchten, nicht zurückgegangen ist*“ (J7).

Einhellig kritisiert wird der Rückzug der Gesundheitsverwaltung und der Länder aus der Versorgung von inhaftierten oder haftentlassenen Personen. „... weil der Vollzug für sich ausschließlich alleine aufkommen muss, für alle Maßnahmen und alle Kosten, und dass es da überhaupt keine ganzheitliche Sicht gibt. In an-

deren Ländern ist die Gesundheitsversorgung Sache der Region. Der Mensch ist ja nur temporär eingesperrt ... nur ein Jahr oder so. Aber wenn er (Anm.: der Häftling) beim Tor hineingeht, dann fühlt sich keiner mehr von draußen zuständig, und wenn, dann muss man es zahlen“ (J4). Solange die Justizverwaltung die Behandlung im Vollzug finanziert, gibt es in den Anstalten noch keine Probleme. Aktuell ist ein vertraglich abgesichertes Betreuungsnetz vorhanden, in das externe Einrichtungen eingebunden sind: „Für andere Drogeneinrichtungen ... sind wir ein begehrter Ort, wenn deren Klienten ins Gefängnis kommen. Dann fragen die Betreuer, ... wie es ginge, dass die von ihnen betreuten Personen zu uns kommen. Von da gibt es laufende Kontakte. Es werden einige durchbetreut, für die, die da sitzen, kommt jemand von außen. ... Dann haben wir ... einen Kooperationsvertrag mit dem API, ... mit dem FSW und mit der Uni über gemeinsame Ärzte und über klinische psychologische Versorgung ... Das wird von der Justizanstalt Favoriten bezahlt“ (J12). Die Ausweitung der durchgehenden Betreuung könnte sinnvoll sein, würde aber de facto einen „massiven Transfer von der Justiz zu den Ländern“ implizieren und eine gemeinsame Clearingstelle für „sorgfältiges Patientenmanagement“ benötigen. Das mäßige Engagement der Einrichtungen der Drogenhilfe für „gelindere strafrechtliche Mittel“ (Betreuung statt U-Haft) oder für die durchgehende Betreuung könnte auch mit den offenen finanziellen Fragen zu erklären sein.

Die Wiener Drogenkoordination und die ihr zugehörigen Einrichtungen der Wiener Drogenhilfe werden ambivalent gesehen: „*Die Wiener Drogenpolitik hat es verstanden, es gleichzeitig allen irgendwie doch recht zu machen. Dadurch sind bestimmte Dinge einfach ausgeschlossen* (Anm.: Heroinabgabe, Konsumräume). *Alles was irgendwie extrem, man kann auch sagen innovativ ist, das kam immer erst sehr spät und unter großen Widerständen nach Wien. So war es mit Substitution, mit dem Spritzenaustausch ... Diese Dinge sind erst ... passiert, kurz bevor der Kochtopf explodiert ist. Da hat man dann noch rechtzeitig den Deckel abgenommen, aber vorher lange zugeschaut, wie er gekocht hat. Das sogenannte Wiener Konzept ist eine sehr pragmatische Geschichte, wo die Dinge drin stehen von denen niemand sagen kann, da bin ich dagegen*“ (J7). Die Defizite in der „freien“ stationären und ambulanten Versorgung schlagen auf die Situation im Strafvollzug zurück: „*Man müsste ... diese Nötigungssysteme ... mildern. Wenn Sie sich Therapien anschauen, dann sehen Sie, was sich Süchtige alles gefallen lassen müssen, um behandelt zu werden, z.B. eineinhalb Jahre in die Bucklige Welt. Wer tut sich das gern an. Von da her gesehen, müsste die Gemeinde Wien mehr Versorgungsverantwortung für ihre Drogenabhängige übernehmen*“ (J12). Und auch im ambulanten Bereich sei ein Rückstand gegenüber der allgemeinen psychosozialen Versorgung zu beobachten: „*Z.B. mit Psychotherapie auf Krankenschein, da ist verabsäumt worden nachzuziehen. Drogentherapie bedeutet im Augenblick, dass man zu Monopoleinrichtungen gehen muss, zum Dialog oder in die Drogenambulanz des AKH. ... Die Krankenkasse ist von ihren Ambulatorien weg gekommen hin zu einem Spektrum von freien Psychotherapeuten, und das wird von der Kasse bezahlt*“ (J12). Schließlich werden (ehemalige) Gefangene auch durch die Arbeitsmarktpolitik (Förderung von Langzeitarbeitslosen) benachteiligt.

Wesentliche Veränderungen

Bis weit in die 80er Jahre stellten die Drogenstraftäter den Vollzug vor geringe Probleme: Sie waren verirrte Mittelschichtangehörige, „verkappte Schriftsteller oder Künstlertypen“, die „aus ideologischen Gründen ... Drogen konsumierten“. „Das war eine Bohemien-Szene, ... mit vernünftigen Leuten, mit denen hat man reden können über den Drogenkonsum, mit denen hat man ein therapeutisches Gespräch führen können. Die waren angepasst und manche haben nur so einen Thrill gebraucht, wenn sie einen Stoff von A nach B gebracht haben, ... und sind halt erwischt worden und haben gleich 3 Jahre bekommen“ (J4). Heute wird die Unverhältnismäßigkeit der strafrechtlichen Reaktionen deutlicher sichtbar und man ist dankbar für die Reformen des Suchtmittelgesetzes, die den Vollzug von Personen „entlastet“ haben, für die er eine Katastrophe war: „Und dann sind sie vom Erstvollzug ausgeschlossen worden, weil sie drogenabhängig waren und vermutet wurde, dass sie Drogen weitergeben. Dann saßen sie in Stein unter lauter Schwerverbrechern, das war ein Wahnsinn“ (J4).

Die Drogenprobleme, die durch die zunehmend schwieriger werdende Drogenszene in den Vollzug hineingetragen wurden, bestanden anfänglich aus den Entzugserscheinungen von Untersuchungsgefangenen, denen man mit Medikamenten begegnete. Aber bald darauf war man mit der zunehmenden Politoxikomanie der Klientel konfrontiert, mit ihrer sozialen Verehelichung und Multimorbidität, diverse Infektionskrankheiten eingeschlossen, für die die anspruchsvolle Behandlung in der Sonderanstalt nicht geeignet war. Außerdem konnte man nicht verhindern, dass mehr und mehr illegale Substanzen in den Vollzug gelangten. Dies und die Entwicklungen im „freien“ Behandlungssektor führten Ende der 80er Jahre zur Einführung neuer Entzugsmethoden (mit Methadon), der Substitution und von niederschwelligen Behandlungsangeboten. Der Paradigmenwechsel sei im Vollzug nicht so deutlich erlebt worden wie außerhalb: „Im Strafvollzug ist das gar nicht in der Dramatik passiert. Da sind die Leute stationär untergebracht, da hat es halt Behandlungen gegeben. Die, ... die nicht in diese Behandlungsangebote gekommen sind, hatten auch versorgt werden müssen, eben durch Substitution oder Beratung“ (J12). Anstatt „Behandlungsplätze“ für Drogenabhängige im Vollzug auszubauen (Favoriten zu vergrößern) komme es heute darauf an, das Recht auf (Entwöhnungs-) Behandlung (§68 STVG) zu erhalten, die Behandlungsangebote dem Bedarf und den Möglichkeiten der Gefangenen anzupassen und durch Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen nicht nur an einigen wenigen Anstalten qualifizierte gesundheitsbezogene Behandlungsmaßnahmen einer größeren Bandbreite offerieren zu können.

Im Gegensatz zu anderen GesprächspartnerInnen, betonen jene aus dem Strafvollzug die Bedeutung der Reformen des Suchtmittelgesetzes. Die Reformgeschichte wird als schrittweise Dekriminalisierung gedeutet, als „... umgekehrte Salamitaktik, immer ein Scheibchen dazu. Das war so eine langsame und doch kontinuierliche Entwicklung, wo die Auswirkungen der Prohibition fortlaufend gemildert wurden. Das darf man nicht unterschätzen. Wenn das Suchtgiftgesetz noch so wäre, wie vor 20 Jahren, da wären massivste Konflikte offen. Drogen sind nach wie vor verboten, doch die Art und Weise, wie das Verbot umgesetzt wird, das

hat sich doch sehr verändert, in Summe in einer positiven Weise und gleichzeitig in einer höchst ungenügenden Weise“ (J7). Die Einführung von Grenzmengen wird als Entdramatisierung – für KonsumentInnen und für BehandlerInnen – verstanden, die Differenzierung des Cannabiskonsums im Jahr 1998 als weiterer wichtiger symbolischer Schritt. Als weitere Marksteine der rechtlichen Entwicklung werden genannt: „... 1980 gab es eine große drogenpolitische Diskussion und als Folge davon ist das Prinzip ‚Therapie statt Strafe‘ in das neue SGG 1985 eingeflossen. Dann hat es einen zweiten Einschnitt gegeben, das Etablieren der niederschwelligen Einrichtungen ... und staatliche Förderungen (Anm.: auch für sie) ... Da hat der Gesetzgeber akzeptiert, dass nicht alle über die Therapiekette sozusagen zur Gesundheit hingeführt werden können“ (J12).

3.4. Zusammenfassung

Die Akteure aus der Sicherheitsexekutive, der Justiz und dem Strafvollzug repräsentieren Drogenkontrolleinrichtungen, deren Aktivitäten von der kommunalen Drogenpolitik nicht oder nur in sehr begrenztem Masse steuerbar sind, und die – obwohl die Wiener Drogenpolitik auf ihnen aufbaut und aufbauen muss – zumindest auch als Rahmenbedingungen lokaler drogenpolitischer Maßnahmen zu betrachten sind. Die Gespräche mit den jeweiligen VertreterInnen dieser Einrichtungen vermitteln dementsprechend mehr oder minder stark den Eindruck, dass „Außenstehende“ ihre Eindrücke und Urteile zur kommunalen Drogenpolitik äußerten: Interessanterweise am stärksten bei den Repräsentanten der Justiz, auch bei jenen, die sich zu städtischen Maßnahmen (positiv) äußern wollten, am wenigsten bei den Vertretern des Strafvollzugs, die sich als Teil der lokalen Drogenhilfe hinter Gittern verstehen, und zwar als jenen Teil, der die schwierigste – lokale – Klientel zu versorgen hat.

Obwohl die **Sicherheitsexekutive** im Prinzip weitgehend unabhängig von Kommunalpolitik agieren kann, sieht sie sich in Wien doch in bemerkenswertem Ausmaß als Teil der lokalen Drogenpolitik, in deren vierter „repressiver“, der „Sicherheit“ dienenden Säule sie konzeptuell einen wichtigen Platz einnimmt. Die Einfügung in die kommunale Drogenpolitik kommt auch darin zum Ausdruck, dass die Sicherheitsexekutive das Drogenproblem nicht allein verantworten will, und die Einbindung anderer drogenpolitischer Akteure als Entlastung betrachtet. Die Meinungen und Beurteilungen der befragten Polizisten geben allerdings Anlass zur Vermutung, dass die Einfügung in die kommunale Drogenpolitik nicht auf einem Konsens beruht, und dass eine gewisse Spaltung in der Wiener Polizei in Drogenfragen zu beobachten ist: Teilen der Polizei, die sich an der kommunalen Drogenpolitik orientieren, stehen andere gegenüber, die sich in Drogenangelegenheiten an internationalen Organisationen und an deren Operationen orientieren. Eine ähnliche Spaltung wurde auch von anderer Seite beobachtet: Stangl und Fehervary sprechen über die „Regionalisierung“ und die gleichzeitig stattfindende „Europäisierung“ der europäischen Polizeiorganisationen. Sie verstehen unter der Regionalisierung „... ausgearbeitete Polizeistrategien, die sich auf einzelne Städte oder Stadtteile beziehen und ein maßgeschneidertes Sicherheitskonzept

zu entwickeln versuchen“, ein Sicherheitskonzept, das „Antwort auf städtische lokale Quellen der Unsicherheit, der städtischen Ängste und der Furcht“ gibt. Als „Europäisierung“ bestimmten sie jene polizeilichen Aktivitäten, die auf die Schaffung eines transnationalen „Informations- und Handlungsverbandes, der auf der Basis unterschiedlicher Geschäftsgrundlagen abläuft ...“ (2001, S. 7ff) ausgerichtet sind.

Die kommunale (und damit notwendigerweise partikularistische) Orientierung wird am deutlichsten von jenen Vertretern der Sicherheitsexekutive artikuliert, die präventiv tätig sind und deren Arbeit sich auch ganz konkret jener der Wiener Fachleute für Prävention angeglichen hat: hier werden Drogenprobleme als soziale Probleme wahrgenommen, und die Meinung vertreten, dass sie auch mit sozialen Mitteln gelöst werden sollten. Die transnationale (universalistische) Orientierung ist dadurch gekennzeichnet, dass an juristischen Vorgaben streng festgehalten wird und dass kritische oder auch „weiche“ Haltungen gegenüber diesen – sei es in der Bevölkerung, in der Politik oder auch bei den Gerichten – entgegengetreten wird.

Auch in der Justiz, die der kommunalen Drogenpolitik weit distanzierter als die Sicherheitsexekutive gegenübersteht, aber im übrigen auch Distanz zur nationalen Drogenpolitik/Drogengesetzgebung signalisiert, ist eine Spaltung auszumachen: Wie bei der Polizei sieht ein Teil (dem „naturgemäß“ der Strafverteidiger zugehört) Drogenprobleme vorrangig als soziale Probleme und die Straffälligkeit als Anlass, soziale Maßnahmen einzuleiten, der andere (dem ebenso „naturgemäß“ die Anklage angehört) nimmt vorrangig juristische Probleme wahr, fühlt sich für andere als juristische Antworten nicht zuständig, und steht pädagogischen und therapeutischen Maßnahmen recht fremd und streckenweise auch sehr skeptisch gegenüber. Der „sozial orientierte“ Teil der Justiz ist weit bereiter mit anderen drogenpolitischen (kommunalen) AkteurInnen zu kooperieren und sich auf die kommunale Drogenpolitik einzulassen. Die heftigste und einmütigste Kritik wird aber an der Sicherheitsexekutive geäußert, deren Fehler und Fehlorientierungen im Bereich der Suchtgiftfahndung – einfach zu bewerkstelligende Verfolgung von KonsumentInnen und KleindealerInnen statt aufwendiger und mühsamen Verfolgung von verbrecherischen GroßhändlerInnen – zumindest in den letzten Jahren – die Arbeit der Justiz schwer belaste. Die Arbeit der Justiz erlebt man zusätzlich auch durch Veränderungen im Drogengeschehen belastet, für das – so die GesprächspartnerInnen – das auf nationaler Ebene entwickelte Instrumentarium nicht (mehr) geeignet sei: Es handelt sich darum, dass sich in den letzten Jahren neben den Problemen mit Randgruppen, Probleme mit (schwarzafrikanischen) MigrantInnengruppen entwickelt haben.

Der nicht zu den kommunalen Einrichtungen sondern zur Justiz gehörende spezielle Strafvollzug für Drogentäter hat die Entwicklungen der „freien“ Drogenhilfe auf kommunaler Ebene in großem Maße nachvollzogen, gemäß eigener Meinung sogar in bestimmten Bereichen überholt, wie er auch wichtige Innovationen im Bereich der Drogenarbeit gesetzt hat. Die Verwandtschaft der eigenen Tätigkeiten zur kommunalen Drogenhilfe und die notgedrungenen Verflechtungen

mit ihr – Drogenhilfe und Vollzug haben es häufig mit den gleichen KlientInnen zu tun – machen die mangelhafte bis fehlende Kooperation zwischen regionaler und nationaler Drogenpolitik im Gesundheits- und Sozialbereich sichtbar, die nicht zuletzt auf Unklarheiten und Uneindeutigkeiten über budgetäre Zuständigkeiten beruht. Man beklagt im Übrigen aber nicht nur die mangelnde Einbindung in die kommunale Drogenhilfe, sondern auch die Isolierung im Justizbereich und fühlt sich von der (steigenden) Skepsis, die dort den integrativen Maßnahmen entgegengebracht wird, betroffen. Zur Polizei zeigt man noch größere Distanz als die Justiz, letztlich hat man wenig mit ihr zu tun.

III. Die Wiener Drogenpolitik aus der Sicht ihrer AdressatInnen

Einleitung

Neben den AkteurInnen der Wiener Drogenpolitik interessieren ihre AdressatInnen, jene Personen, an denen sie ihre Wirkung entfalten will. Im derzeit gültigen Wiener Drogenkonzept wird als oberstes drogenpolitisches Ziel formuliert „dass so wenig Menschen wie möglich, Drogen konsumieren“, also die gesamte Bevölkerung als Zielgruppe angesprochen. Im gleichen Satz wird aber auch noch ein zweites „oberstes Ziel“ formuliert, das auf die DrogenkonsumentInnen als besondere AdressatInnengruppe abstellt: „dass jene, die davon (Anm.: vom Drogenkonsum) nicht abzuhalten sind, so wenig Schaden wie möglich nehmen“ (Wiener Drogenkonzept 1999, S. 3). Die vorliegende Studie beschränkt sich auf die zweite, weit kleinere, „engere“ Zielgruppe der Wiener Drogenpolitik, und schränkt auch diese nochmals ein, in dem sie sich auf die langfristigen und regelmäßigen GebraucherInnen illegaler Drogen und auf deren Meinungen und Urteile konzentriert. Zusätzlich wird eine Kerngruppe von „sekundären“ AdressatInnen angesprochen: die Angehörigen von intensiveren DrogenkonsumentInnen, zumeist ihre Eltern, die sich, im Gegensatz zu ihren primär betroffenen Kindern, immer wieder einmal in der Öffentlichkeit zur Drogenpolitik äußern und diese zu beeinflussen versuchen.

Die AdressatInnen der Wiener Drogenpolitik interessieren im Rahmen der vorliegenden Studie im Hinblick auf ihre Bedürfnisse, ihre Wünsche und ihre Möglichkeiten, die drogenpolitischen Angebote anzunehmen, sie interessieren aber auch in ihrem „Eigensinn“ gegenüber dieser Politik und ihren Prämissen, in ihrer Fähigkeit, sich ihr zu entziehen oder sie sich anzueignen und für die eigenen Bedürfnisse nutzbar zu machen. Mit anderen Worten: Die AdressatInnen werden hier vorrangig nicht als Kranke gesehen, als „Abhängige“, die – bar jeder Handlungsautonomie und -spielräume – auf für sie ausgerichtete Drogenkontroll- wie Hilfsangebote reagieren, sondern als Subjekte, die sich situativ Vorgegebenes aktiv aneignen – in der Anschauung, wie in der Tat, im Negativem wie im Positiven. Bei dieser Sichtweise von AdressatInnen – oder auch KundInnen – von regionaler Drogenpolitik wird davon ausgegangen, dass die Angesprochenen an den Einrichtungen und Angeboten leiden, wie dass sie von ihnen profitieren, dass sie ihre Vielfältigkeit und ihre Widersprüchlichkeiten ideell und praktisch mehr oder minder kreativ nutzen und dass sie solcherart quasi „subkutan“ ihrerseits einen wesentlichen Faktor in der Drogenpolitik darstellen.

Das Ziel war es auch bei den AdressatInnen, den Beobachtungszeitrum abzudecken und alle „Generationen“ zu erreichen, die seit dem Ende der 60er Jahre vom Drogenphänomen und von den regionalen Bewältigungsversuchen betroffen waren: Es wurden DrogengebraucherInnen und Angehörige befragt, die in den 70er, den 80er und den 90er Jahren des abgelaufenen Jahrhunderts (während der einzelnen, drogenpolitischen „Phasen“) die ersten Schritte in der Wiener Drogenszene gesetzt hatten, und die sie mittlerweile gegebenenfalls auch wieder verlassen haben.

Zum anderen sollten sich die GesprächspartnerInnen hinsichtlich ihrer Erfahrungen und Kontakte mit Drogeneinrichtungen so weit wie möglich unterscheiden, eine möglichst große Vielfalt repräsentieren. Sie sollten sich:

- (1) den speziellen Einrichtungen der Drogenkontrolle erfolgreich entzogen haben, d. h. sie sollten „unauffällig“ geblieben sein. In diese Gruppe fallen auch jene, die sich anderer als drogenspezifischer Hilfsangebote bedienen, und sich etwa einer Psychotherapie bei einem/einer niedergelassenen Psychotherapeuten / -in unterzogen haben. Bei der Zusammenstellung der unerfasst gebliebenen DrogenkonsumentInnen wurde auch großer Wert darauf gelegt, möglichst unterschiedliche Gebrauchsmuster zu erfassen, und unter anderem nicht nur KonsumentInnen von „weichen“, sondern auch solche „harter“ Substanzen zu befragen, und Beispiele zumindest passagerer Abhängigkeit einzubeziehen.
- (2) Eine zweite Gruppe von GesprächspartnerInnen – die „KlientInnen“ – sollte aus Personen bestehen, die möglichst langjährige und vielfältige Erfahrungen mit den Wiener Einrichtungen der Drogenhilfe gesammelt haben, unabhängig davon, mit welchem Ergebnis. Früher Behandelte und Betreute, wie solche, die noch aktuell in Behandlung und Betreuung stehen, sollten gleichermaßen in dieser Gruppe zu finden sein. Erfahrungen mit den Einrichtungen der Strafjustiz waren kein Ausschlussgrund, doch sollten sie nicht mehr als marginal sein.
- (3) Die dritte Gruppe sollte sich aus Personen zusammensetzen, die maßgebliche Erfahrungen mit den repressiven Einrichtungen der Drogenkontrolle gesammelt hatten und die zur Zeit entweder eine Freiheitsstrafe wegen eines Drogendelikts verbüßten oder denen in der Vergangenheit eine drogenbedingte Freiheitsstrafe auferlegt worden war. Wie bei den „Unauffälligen“ und den „KlientInnen“ wurde großer Wert auf Variation bei den Konsum- und in diesem Fall auch Deliktformen gelegt. Erfahrungen der „Kriminalisierten“ mit Behandlungseinrichtungen waren wiederum kein Ausschlussgrund, aber sie durften nicht dominant sein. Unter diesen Gesichtspunkten wurden schließlich drei etwa gleich große Gruppen von GesprächspartnerInnen rekrutiert: 12 „Unauffällige“, 12 „KlientInnen“ und 12 „Kriminalisierte“ (wobei hier ein Interview aufgrund mangelhafter Aufnahmequalität ausgeschieden werden musste).
- (4) In einer vierten Gruppe wurden Angehörige von DrogenkonsumentInnen erfasst, und Gespräche mit weiteren 10 Personen geführt, so dass insgesamt 46 „AdressatInnen der Wiener Drogenpolitik“ befragt wurden. Auch bei den Angehörigen wurde versucht, die Vielfalt so groß wie möglich zu halten: Es wurden Angehörige zum Gespräch gebeten, die in einer Selbsthilfegruppe aktiv sind – „selbstorganisierte Angehörige“ -, des Weiteren Personen, die auf Angehörige zugeschnittene Angebote der Drogenhilfe, zumeist eine Gesprächsgruppe, in

Anspruch nehmen – „fremdorganisierte Angehörige“ – ,und schließlich jene, die drogenspezifisch nicht aktiv werden – „nicht-organisierte Angehörige“ –, was keinesfalls bedeuten muss, dass sie passiv in ihrem Unglück verharren.

Die Gespräche wurden von 5 Personen geführt, es hat sich ausschließlich um Frauen gehandelt. Jeweils eine Interviewerin spezialisierte sich auf die Gruppe der „KlientInnen“, der „Kriminalisierten“ und der „Angehörigen“, da es hier unter anderem auch darum ging, mit Drogeneinrichtungen Kontakte zu knüpfen und zu halten. Für die Unauffälligen waren alle gleichermaßen zuständig. Die Befragungen bauten auf einem Leitfaden auf, dessen „Grundform“ sich im Anhang findet. Die Grundform wurde für die „DrogenkonsumentInnen“ konzipiert und für die Angehörigen modifiziert. Die Gespräche wurden auf Tonband aufgezeichnet, transkribiert und einer Inhaltsanalyse unterzogen.

Die Kontaktnahme mit den „Unauffälligen“ erfolgte mit Hilfe der informellen Netzwerke der Interviewerinnen, Absolventinnen und Studierenden der Soziologie, die verschiedenen Altersgruppen angehören. Zu den „KlientInnen“ wurde der Kontakt über die verschiedenen Einrichtungen der Drogenarbeit gesucht, er wurde von deren MitarbeiterInnen nach Information über die Auswahlkriterien vermittelt. Die Gruppe der „Kriminalisierten“ wurde über verschiedene Justizanstalten und über Betreuungseinrichtungen für Entlassene gefunden, bei der Vermittlung waren wiederum deren MitarbeiterInnen behilflich. Zwar wurden die InterviewpartnerInnen zunächst über informelle Netze, Drogenhilfe- und Justizeinrichtungen kontaktiert, wenn sich jedoch herausstellte, dass die Vermittelten nicht den oben dargestellten Kriterien für die jeweilige Gruppe entsprachen, erfolgte die Gruppenzuordnung nach der aus dem Interview erschließbaren Bedeutung von Kontrollinstitutionen für ihre Lebensgeschichte.

Bei einem kleineren Teil der Befragten waren die Terminvereinbarung und die Durchführung der Interviews schwierig und langwierig, vereinzelt dauerten die Gespräche über zwei Stunden. Den Befragten wurde Anonymität zugesichert, zu deren Wahrung wurden bei den folgenden Personenangaben Veränderungen vorgenommen. Bei den „Unauffälligen“ und teils auch bei den Angehörigen wurde die Vertrauensbasis durch die vermittelnde „Gewährsperson“ sichergestellt, bei den „KlientInnen“, den „Kriminalisierten“ und den „organisierten Angehörigen“ handelt es sich überwiegend um „redegewohnte“ und in „offener“ Problemdarstellung geübte Personen.

Gegenstand der Befragung waren neben der eigenen Drogenkarriere die „institutionellen Biographien“ der GesprächspartnerInnen, die Erfahrungen mit den drogenspezifischen und -unspezifischen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialsystems, wie auch jene mit den Einrichtungen der Polizei und der Justiz. So weit als möglich wurde dabei der Frage nachgegangen, wie die Kontakte zu den jeweiligen Einrichtungen zustande gekommen waren und wie sie in den Augen der Interviewten verliefen. Ein weiterer wichtiger Abschnitt der Befragung galt den wahrgenommenen Veränderungen in der Drogenszene – beim Konsum, aber auch auf dem Drogenmarkt – und in der Drogenpolitik, speziell in jener der

Bundeshauptstadt. Dieser Themenblock wurde abgerundet durch eine Frage nach etwaigen Veränderungen in der öffentlichen Meinung über Drogen, DrogenkonsumInnen und dem „richtigen“ Umgang mit ihnen und nach Veränderungen in den konkreten Reaktionen. Abschließend durften die Befragten Wünsche an die Wiener Drogenpolitik formulieren.

Anzumerken bleibt, dass bei der folgenden Darstellung der Ergebnisse der inhaltsanalytisch ausgewerteten Interviews sowohl namentlich erwähnte Behandler- und BetreuerInnen, wie auch genannte Einrichtungen anonymisiert wurden: Ziel der Studie war nicht die „Evaluation“ konkreter Einrichtungen durch (ihre) KlientInnen, Ziel war das Einfangen des Blicks von Betroffenen auf die drogenpolitischen Maßnahmen der Stadt in ihrer Gesamtheit. Die Anonymisierung war auch angesichts der Neigung vieler GesprächspartnerInnen angebracht, Einrichtungen, die ihren teils recht „konservativen“ Bedürfnissen nicht völlig entsprachen, sehr negativ darzustellen. Die zum „Konservativen“ neigenden Wünsche und Werthaltungen vor allem der marginalisierten AdressatInnen – die nicht nur in der vorliegenden Studie beobachtet wurden (Eisenbach-Stangl 1979) – finden im Übrigen auch in ihren drogenpolitischen Anliegen Ausdruck.

1. Die „Unauffälligen“

Die Interviewten

Kategorien:	U3	U4	U11	U6
Alter	60	59	46	46
Geschlecht	männlich	weiblich	weiblich	männlich
Abgeschlossene Berufsausbildung(en)	Ja	Ja	Ja	Ja
berufstätig/ arbeitslos	In Pension (Unternehmer)	In Pension	Berufstätig	Berufstätig (Unternehmer)
Einstiegsalter	24	33	20	14
Konsumierte Drogen	Marihuana, Haschisch, Kokain, LSD	Marihuana, Haschisch	Marihuana, Haschisch	Marihuana, Haschisch, mit 18 Captop, Acid, mit 20 kurzzeitige Kokainphase
Drogenhandel betrieben	Nein	Nein	Nein	Nein
Dauer des unbehandelten Drogenkonsums	Ca. 19 Jahre	26 Jahre Freizeitkonsum Haschisch	26 Jahre Freizeitkonsum Haschisch	32 Jahre Freizeitkonsum Haschisch
Erfahrung mit Polizei, Gericht, Gefängnis	Nein	Polizei (einmal) ohne Folgen	Nein	Polizei (zwei Mal) ohne Folgen
Erlebte Auswirkungen des Drogenkonsums	Psychische Störungen	Keine Probleme	Keine Probleme	Psychische Störungen

III. Die Wiener Drogenpolitik aus der Sicht ihrer AdressatInnen

Kategorien:	U8	U5	U12	U7
Alter	40	36	37	34
Geschlecht	weiblich	männlich	männlich	männlich
Beruf(e) bzw. Ausbildung(en)	Ja	Ja	Ja	Ja
berufstätig/ arbeitslos	Berufstätig	Berufstätig	Berufstätig (Unternehmer)	Berufstätig (Unternehmer)
Einstiegsalter	14	16	k.A.	16
Konsumierte Drogen	Haschisch, LSD, Heroin geschnupft, später Kokain und Ecstasy	Haschisch, LSD, phasenweise Kokain und Tabletten, Heroin einmalig in U-Haft	k.A.	Marihuana, LSD, Schlaftabletten und Aufputschmittel, später Kokain phasenweise, einmal Heroin
Drogenhandel betrieben	Nein	Ja	k.A.	Nein
Dauer des unbehandelten Drogenkonsums	28 Jahre mit Unterbrechung wegen Schwangerschaft und Kind, 2002 Konsum legaler wie illegaler Drogen beendet	Ca. 20 Jahre Freizeitkonsum Haschisch	k.A.	Ca. 18 Jahre Freizeitkonsum Haschisch, auch Kokain
Erfahrung mit Polizei, Gericht, Gefängnis	Nein	Polizei, Gerichtsverhandlung, Untersuchungshaft	Polizei, Gericht, Untersuchungshaft (nicht verurteilt) – wegen Pflanzenbesitzes	Polizei, Jugendgericht, Untersuchungshaft, bedingte Verurteilung (Beschaffungskriminalität)
Erlebte Auswirkungen des Drogenkonsums	Berufsunterbrechung Psychische Störungen	Belastung für familiäres Umfeld (U-Haft)	k.A.	Psychische Störungen

Kategorien:	U10	U9	U2	U1
Alter	38	32	23	21
Geschlecht	männlich	weiblich	weiblich	männlich
Abgeschlossene Berufsausbildung(en)	Ja	Ja	In Ausbildung	In Ausbildung
berufstätig/ arbeitslos	Berufstätig (Unternehmer)	Berufstätig	–	–
Einstiegsalter	18	21	16	17
Konsumierte Drogen	Haschisch, synthetische Drogen, Kokain	Ecstasy, später auch Speed, Kokain, Heroin nasal, Ecstasy gespritzt	Haschisch täglich, Mushrooms häufig, Speed selten	Cannabis regelmäßig, Mushrooms vierteljährlich Amphetamine/Speed selten
Drogenhandel betrieben	Nein	Im größeren Stil	Nein	Nein
Dauer des unbehandelten Drogenkonsums	Ca. 20 Jahre Freizeitkonsum Haschisch	Ca. 11 Jahre Freizeitkonsum Haschisch	Ca. 7 Jahre, Aufrechter Konsum, bevorzugt natürliche Drogen	Ca. 4 Jahre, Aufrechter Konsum, bevorzugt natürliche Drogen
Erfahrung mit Polizei, Gericht, Gefängnis	Nein	Nein	Nein	Polizei (einmal) ohne Folgen
Erlebte Auswirkungen des Drogenkonsums	Psychische Störungen	Berufsunterbrechung, Psychische und physische Störungen	Psychische Störungen	Psychische Störungen

Die Interviews mit unauffälligen DrogennutzerInnen kamen über Kontakte der AutorInnen und ProjektmitarbeiterInnen zustande sowie über Weiterempfehlung durch die GesprächspartnerInnen. Bei der Auswahl wurde darauf geachtet, dass deren Erfahrungen mit Drogen den Untersuchungszeitraum abdecken.

Unter den 12 „unauffälligen“ GesprächspartnerInnen waren 7 Männer und 5 Frauen im Alter zwischen 21 und 60 Jahren. Die Hälfte von ihnen hat 20 und mehr Jahre illegale Drogen gebraucht, nur ein Sechstel weniger als 10 Jahre. Zwei Drittel konsumierten aktuell regelmäßig, zwei Personen waren zur Zeit des Interviews abstinent. 5 Befragte haben sich – von Experimenten abgesehen – stets auf „weiche“ Drogen beschränkt, 7 haben auch periphere Erfahrungen mit Kokain und Heroin und haben mehr oder minder häufig Amphetamine, Ecstasy und andere Substanzen genommen. Zwei Befragten sind zum Zeitpunkt des Interviews in Pension, alle anderen sind beruflich gut integriert. Einige erzählen von beruflichen Krisen in Phasen intensiven Drogenkonsums, der in 2 Fällen auch zu einer Berufsunterbrechung führt. Bevorzugte sind bzw. waren die Interviewten unternehmerisch-freiberuflich tätig. Knapp zwei Drittel berichten von psychischen Störungen, die im Zusammenhang mit ihrem Drogenkonsum auftraten.

Drogenkonsum, Drogenprobleme und Problemmanagement

Konsum und Probleme

Alle Befragten haben Erfahrungen mit negativen Folgen des Drogengebrauchs gemacht – im Bereich der Gesundheit, der Leistungsfähigkeit, der sozialen Beziehungen –, bei den meisten handelte es sich um persönliche Krisen. Die wenigen KonsumentInnen, die selbst niemals Probleme hatten, haben ausschließlich weiche Drogen (Cannabis, Mushrooms) sehr kontrolliert und genussorientiert gebraucht, und deren Gebrauch immer wieder ausgesetzt. Überwiegend aber wird von kritischen Konsumphasen und von deren Bewältigung durch Selbstdisziplinierung und – altersbedingte – Reifungsprozesse berichtet. Nur in einem Ausnahmefall wurde die Abstinenz von allen Drogen als Problemlösung gewählt, wenn auch nicht zur Norm erhoben. Die Abstinenz von Cannabis, das generell als beherrschbares Genussmittel eingestuft wird, wird dabei als Nebenprodukt der gesundheitlich motivierten Aufgabe des Tabakrauchens dargestellt.

Trotz der zumeist persönlich negativen Erfahrungen, wird den Drogen eine bereichernde Funktion zugesprochen. Ein Leben ohne Erfahrung von drogeninduzierten Veränderungen des Bewusstseins und von Normbrüchen erscheint nicht als wünschenswerte Alternative zur eigenen Geschichte. Der eine oder andere „Kater“ zuviel, nicht aber die Wahl der Lebensweise, wird von den Befragten bedauert.

Ein Gesprächspartner stuft die Legalisierung psychoaktiver Substanzen – nicht nur von Cannabis – als problematischer ein, als deren Wirkungen: „*Die einzige schädliche Nebenwirkung von Hanf ist die Exekutive mit der Strafverfolgung*“

(U12). Diese Argumentation bleibt allerdings die Ausnahme, auch die NutzerInnen ausschließlich weicher Drogen nehmen Abhängigkeitsrisiken, „*Schwächen der menschlichen Natur*“, wahr. So spricht eine jüngere Gesprächspartnerin unter anderem über ihren Vater, der seit 30 Jahren raucht, dem es „*auch nicht mehr taugt*“, der aber schon zu schwach für Veränderungen in seinem Leben sei: „*Du musst Dir mal überlegen ... ich rauch' seit 4 Jahren täglich. Das muss einem schon zu denken geben und tut's mir auch. Und ich hab gestern ... ein Gespräch mit meinem Freund gehabt, warum ich eigentlich jeden Tag rauche. Weil schön langsam ... wird's ein Problem. Und ich stell mir auch die Frage warum ich überhaupt rauch'*, und dann kommt es lustigerweise immer zu der Frage, warum sollte ich nicht rauchen. Was ja in Wirklichkeit schon die total falsche Frage ist, ... *Manchmal überleg' ich mir auch, ob ich zu einer Drogenberatungsstelle gehen sollte, aber so weit ist es, glaub' ich, noch nicht*“ (U2).

Eine ältere Gesprächspartnerin schildert die von ihr entwickelten Selbstkontrollen. Sie hat nach zweijährigen Konsumphasen Pausen eingelegt, die sie mit Yoga und anderen Psychopraktiken überbrückt hat: „*Ich hab immer ausprobiert: Kann ich ohne dem auch sein? Und das war dann für mich eigentlich so mein Rettungssanker. Ich hab nie das Bedürfnis gehabt, dass ich da jetzt aufhören muss, weil mich das irgendwie so belastet, oder mir das Leben nicht ermöglicht. ... Aber ich denk' mir, das hängt auch damit zusammen, dass ich relativ alt war beim ersten Mal* (Anm.: 33 Jahre). ... *Ich hab in einem Institut gearbeitet mit Tierversuchen. ... Einerseits waren es die Tiere, aber auf der anderen Seite war es schon auch das Rauchen, was mich dann total auf die spirituelle Seite gekippt hat, und wo ich auf einmal gelernt hab', alles anders anzuschauen. Also ich kann das beim besten Willen nicht verteufeln, das hat so viel mit meinem Leben zu tun. Und mit dem, was ich bin*“ (U4).

Weitaus kritischere Erfahrungen werden – wie zu erwarten – vom regelmäßigen Gebrauch harter Drogen berichtet. Sie reichen von Gesundheitsproblemen, psychotischen Krisen bis zur Arbeitsunfähigkeit. Eine Angehörige der Raverszene, die mit vielen Drogen Erfahrungen gesammelt hat – Speed, Ecstasy, Kokain, Heroin, Ketamin –, schildert den eigenen körperlichen Zusammenbruch und den ihres ursprünglich kreativen Umfelds: „*Die Leute sind ausgepowert gewesen nach ein, zwei Jahren, wenn Du immer wieder zwei, drei Tage ohne Schlafen unterwegs bist ... Und warum es mir leichter gefallen ist, auszusteigen, war: Das 'Happy'* (Tanzveranstaltung) war weg. Früher war alles auf Ecstasy und Love und Freude, Trips und Speed und so. Und dann kamen so die tiefen Geschichten. Ketamin ... ist dann reingerauscht in die Szene, in der ich unterwegs war, wo alle nur mehr auf allen Vieren herumgekrabbelt sind“ (U9). Und: „*Ich hab total schwere psychische Krisen gehabt in der Zeit ... Da hab ich Paranoia bekommen, aber ganz starke. ... Und ich hatte eine Gürtelrose und Nervenschmerzen und Zusammenbrüche. Und immer wieder raus und nach jedem Mal Einschmeißen war die Welt dann wieder halbwegs in Ordnung. Und ich hab mich dann eigentlich an den eigenen Haaren aus dem ärgsten Sumpf herausgezogen. ... wo ich mir gedacht hab: Ich will das eigentlich nicht mehr, und dann halt doch wieder. Aber die Pausen sind dazwischen immer länger geworden, speziell dann in der Kokainzeit ...*“ (U9).

Ein weiterer Gesprächspartner hat eine Zeit am Karlsplatz nur „... für und von Drogen gelebt ...“, jedoch zunehmend an der Obsession für Drogen zu leiden begonnen, die die Beziehung zu seinen Eltern belastete und zur Festnahme wegen versuchten Autodiebstahls im Tablettenrausch führte: „*Wir haben nur billige Drogen konsumiert. Wir brauchten keine Beschaffungskriminalität ... Wir haben schon der Mutter einen Hunderter gefladrert oder abgeschwatzt, oder man hat irgendwas verkauft ... Wir haben vielleicht einmal im Supermarkt etwas mitgehen lassen, aber wir haben keine Frauen überfallen, oder sind gezielt irgendwo eingebrochen. Das schlimmste war wirklich, die eigene Mutter zu beklauen. Aber im Schlaftablettenrausch sind wir viel stehlen gegangen, aber das war nicht Beschaffungskriminalität, sondern wir haben Sinnloses gestohlen, Socken, Unterhosen und anderes Glumpert, einfach was sich einstecken ließ*“ (U7). Die Zeit wird dennoch nicht als verloren betrachtet, sondern als aufregende, wilde Jugendzeit, in der die Provokation der „braven Bürger“ durch das Leben auf der Straße, das Outfit und rüde Benehmen auch genossen wurde. Der Ausstieg wird als plötzliches „Erwachen“ im Alter von ca. 25 Jahren beschrieben. Durch Einordnung in einen erfolgreichen Identitätsfindungsprozess können selbst fatale Erfahrungen als Gewinn verbucht werden: „*Ich mein', jetzt bin ich wirklich viel größer wie vorher ... Wenn ich das alles nicht erlebt hätte, keine Ahnung, würde ich wahrscheinlich auch ein super Mensch sein. Aber so hab' ich echt einen coolen Background, aus diesem ganz tief unten, ganz hoch oben*“ (U9).

Einer anderen Befragten hat der in zwei Phasen stattfindende Drogenkonsum hingegen die Furcht vor sich selbst gelehrt: Sie hat sich einer Psychotherapie unterzogen, übt heute Abstinenz auch von legalen Substanzen und rät anderen, Drogen nicht zu unterschätzen: „*Leute die wirklich ein Drogenproblem haben, denen geh ich total aus dem Weg ... Weil ich weiß, das zieht mich total runter ... Und es ist eher so, dass ich ziemlich panisch bin, dass ich zum Beispiel wenig in Nachtlokale geh' ... Ich hab' immer die Angst, dass mir wer Drogen wo reintut. Einfach weil ich jetzt so das dringende Bedürfnis hab', nicht mehr den Boden unter den Füßen zu verlieren, will ich jetzt halt kein Risiko mehr eingehen. Vielleicht auch weil ich ein bissl das Gefühl hab', das ist noch einmal gut gegangen bei mir*“ (U8).

Umwelt- und Selbstkontrolle

Um den Drogenkonsum zu kontrollieren und drogenbezogene Probleme zu vermeiden, werden unterschiedlichste Strategien eingesetzt: Manche versuchen den Drogenkonsum zu „kultivieren“, etwa durch das „kontrollierte Selbstexperiment“ oder durch die wissenschaftliche Beschäftigung mit diversen Aspekten psychoaktiver Substanzen. Die meisten aber wählen ihre Bezugsquellen mit großer Vorsicht, sowohl um gesundheitlichen wie auch sozialen und rechtlichen Problemen vorzubeugen: Nur wenige haben sich jemals bei Unbekannten mit Drogen versorgt, überwiegend wird aus dem „Freundeskreis“ und von langjährigen Quellen, manchmal direkt vom Produzenten oder Importeur bezogen.

So beschreibt ein Gesprächspartner die negativen Effekte des billigen Straßen-Koks-Speed-Gemisches und die Vorteile davon weniger, aber dafür im „Feinkostladen“, zu kaufen. Im Hanf-Shop achtet man auf den rechtlichen Rahmen, um dessen gültiges Format immer wieder mit lokalen Behörden gestritten wird. Aber auch andere trachten den Verdacht der Weitergabe und des Handels zu vermeiden: „*Es ist immer ein Unterschied zwischen Produzent und Konsument ... die Entscheidung hab' ich für mich gefällt, dass ich das nicht mache. Ich hätt' damals auch die Möglichkeit gehabt, dass ich bei solchen Sachen mitmache ... Ich hab' genau gewusst, hey hallo, ich hab eine normale Zukunft ... dass ich eine Matura mach', dass ich auf die Uni geh' oder so, dann weiß ich genau, was ich mir dadurch zerstören würde, wenn ich es machen würde. Und der Unterschied ist einfach, dass man keine Probleme hat, wenn man nicht zu geschissene Sachen macht*“ (U2). Diese Gesprächspartnerin lässt sich Drogen durch Freunde besorgen, wenn sie es auch bedauert, andere mangels regulärer Bezugsquellen in eine so riskante Situation bringen zu müssen. Man ist sich darüber allerdings im Klaren, dass diese Form von Risikokontrolle gesellschaftlich Bevorzugten vorbehalten bleibt: „*Also nein, auf der Straße, das sind die ganz Verzweifelten. Das tut man natürlich nicht, weil das ist eh nur Dreck, was einem da angeboten wird. Nein, nein, da hat dann jeder seinen Geheimtipp-Dealer. Ich denk mir, das ist so wie früher unter dem KGB, da hat es auch Möglichkeiten gegeben untereinander zu kommunizieren, ohne dass der KGB das mitbekriegt hat ... Die totalen Insider haben einen Dealer, zu dem sie nach Hause fahren, wo niemand anderer die Adresse wissen darf ... So einen hab ich nie kennen gelernt. Die ganz tollen Dealer, die gehen ja nicht einmal in die Lokale und verchecken dort was, das ist denen viel zu gefährlich*“ (U8).

Eine Schwelle, deren Überschreitung den „Kulturverlust“ schlechthin symbolisiert, ist die intravenöse Einnahme, im Speziellen von Heroin. „Spritzen“ und Heroin signalisieren Selbstaufgabe und unumkehrbare Verelendung. Sofern Heroin von den Befragten konsumiert wurde, fand dies ausschließlich nasal statt, die dabei gesammelten Erfahrungen werden fast durchwegs als unbefriedigend dargestellt. Bei den Befragten, die Heroin wie auch Kokain konsumiert haben, wird die „Versagerdroge“ Heroin der „Luxusdroge“ Kokain gegenübergestellt, wie auch zwischen „desperatem“ und „diszipliniertem“ Konsum unterschieden. Selbst unter Heroin muss man sich nicht fallen lassen: „... wenn man Heroin regelmäßig nimmt, dann hat man sehr bald offensichtliche Probleme. Das hab ich nicht gehabt, weil ins Heroin bin ich nicht so hineingekippt. Vielleicht war da auch noch so eine gewisse ästhetische Hürde bei mir. Also so tief absinken, dass ich schon so verwahrlost bin, auch so von der Optik her – ich glaube, das wär' bei mir nicht gegangen ... Aber dann beim Kokain – und das ist sicher die ganz, ganz große Gefahr – da merkt man überhaupt nicht, wie tief man schon in der Scheiße steckt. Weil das ist wirklich eine Partydroge. Vor allem ist es die Drogen der Schicken und der Erfolgreichen. Es sind alles Klischees, die aber leider stimmen. Und wenn man es schafft, da ein bissl zu dieser Szene dazu zu gehören, ist das ja auch sehr schmeichelhaft. Das Kokain verbündet irrsinnig, also ... es hat mich sogar noch beruflich weiter gebracht damals“ (U8).

Ressourcen

Als ein gemeinsamer Zug der „unauffälligen“ DrogenkonsumentInnen lässt sich das Interesse an Sensationen und Risiken ausmachen, das deutlich von Selbstdestructivität abgegrenzt ist. Die hierzu erforderlichen Selbst- und Umweltkontrollen erfordern – wollen sie erfolgreich sein – Ressourcen, wie etwa vielfältige soziale Kompetenzen, ein stabiles, ausgedehntes soziales Netz, Zugang zu Informationen und zu abgeschirmten Drogenquellen. Ressourcen dieser Art, die an ein hohes Maß an sozialer Integration gebunden sind und Mobilität und Flexibilität garantieren, sind vor allem in günstigeren sozial-ökonomischen Lagen zu finden. So erfolgte der, von den GesprächspartnerInnen immer wieder geschilderte Rückzug aus Szenen, die sich problematisch entwickelten, häufig gemeinsam mit anderen, im Sinn einer Spaltung von verdeckten, angepassten DrogenkonsumentInnen von offen devianten Gruppierungen. Auch soziale Verpflichtungen gegenüber anderen, wie etwa eigenen Kindern sensibilisieren und erleichtern den Rückzug aus gefährdenden Milieus.

In komprimierter Form liest sich dieses Bündel von Bedingungen bei einem Befragten, der bis zu seinem 30. Lebensjahr mit unterschiedlichsten Substanzen gewagt experimentiert hat: „*Meine Frau, sie hat zwar nicht geraucht, aber LSD hat sie genommen, hie und da, und da haben wir gemeinsam so einen schlechten Trip gehabt und da haben wir dann gesagt: So jetzt hören wir auf. Abgesehen davon, dass natürlich auch der M., mein Sohn, erwachsener geworden ist. Dann sind wir eh umgezogen von der Wohngemeinschaft und dann hat sich das eigentlich so oder so aufgehört, auch der Kontakt mit den Leuten, die das ständig genommen haben*“ (U3). „Rückendeckung“ durch die Herkunfts familie oder den/die PartnerIn erleichtert auch abrupte Brüche mit der Subkultur: „*Viele Freundschaften hab' ich abgebrochen. Leuten, die so weiter gelebt haben, bin ich total aus dem Weg gegangen. ... Und obwohl ich eigentlich eine sehr, sehr schwierige Beziehung zu meiner Mutter hab', hab' ich zu der Zeit gewusst, ich kann sie jederzeit anrufen und sie würde kommen. Also ich hab mir doch so ein Sicherheitsnetz aufgebaut gehabt, mein Freund und meine Mutter. Die haben schon gewusst, wie es um mich steht. Und die haben ja auch gewusst warum*“ (U8).

Auch ein weiterer Gesprächspartner wurde von der Familie gehalten, obwohl er zum Teilnehmer der Karlsplatz-Szene geworden war: Er konnte immer nach Hause kommen, obwohl er, um Sozialhilfe zu beziehen und die Sozialversicherung zu behalten, obdachlos gemeldet war.

Um einen besonders glücklichen, aber für „Unauffällige“ vermutlich nicht singulären Umstand, handelt es sich, wenn bei einem akuten psychischen Zusammenbruch nach Drogeneinnahme der Freund, bei dem man wohnt, Psychiater ist und Hospitalisierung vermieden werden kann. Die private ärztliche Hilfe führt in diesem Fall auf Umwegen zur richtigen Therapie: „*Ich bin zu der Therapeutin gegangen, die er mir empfohlen hat und die ... mir nach der zweiten Stunde erklärt (hat), dass der Fall ... ihre Kompetenzen übersteigt. Sie würde mir raten, zu einem Therapeuten zu gehen, der auf Drogen spezialisiert ist. ... Das war so ein furchtbares Erlebnis für mich. Also abgesehen davon, dass der in einem Haus*

gewohnt hat, wo ich fast gleich noch einmal auf einen schlechten Trip gekommen wäre, weil das dort so abgewohnt und schiach war, ist dann auch eine völlig verwirrte, abgehobene Patientin die Stiegen herunter gekommen ... die hat sicher eine Psychose aufgrund von Drogen gehabt. Und dann hab' ich mir gedacht, das ist eigentlich nicht das, was ich brauch'. Ich bin jetzt eigentlich von meiner Drogensucht herunter, ich hab jetzt nur wahnsinnige psychische Probleme ... wahrscheinlich Probleme, die ich früher auch schon gehabt hab', die nur durch die Drogen jetzt auf einmal wie eine Bombe geplatzt sind nach vielen Jahren. ... Und im Endeffekt hab' ich dann eine sehr tolle Therapeutin gefunden, durch Zufall ...“ (U8).

Der Blick auf Einrichtungen der Drogenarbeit

Aufgrund der privaten Ressourcen haben die öffentlichen Angebote der Drogenhilfe für die Unauffälligen wenig Bedeutung. Dass sie auch in kritischen biografischen Phasen nicht auf institutionelle Angebote rekurrieren, hat jedoch nicht nur mit den privaten Alternativen zu tun, sondern auch mit dem Image der existierenden Einrichtungen. Sieht man von den älteren GesprächspartnerInnen ab, zu deren „Krisenzeiten“ nur ein begrenztes Hilfsangebot zur Verfügung stand, erscheint den Befragten das heute breit entfaltete Spektrum der öffentlichen Drogeneinrichtungen an die „hoffnungslosen Fälle“ adressiert. Als hoffnungslosen Fall mag man sich nicht verstehen, aus Gründen des Selbstschutzes und im Dienste der Selbst-Mobilisierung. Die Kontaktnahme zu Einrichtungen der Drogenhilfe wird folgerichtig als persönliche Bankrotterklärung verstanden.

Möglicherweise ist das, von „den Unauffälligen“ entworfene Bild der Drogenhilfe Nebenprodukt der öffentlichen Sicht auf Drogenabhängige als extrem gefährdete, wenn nicht gar „verlorene“ Personen. In dieser Sicht hat unauffälliger Drogenkonsum, ein sozial integriertes, wenn auch nicht notgedrungen problemfreies Leben mit Drogen keinen Platz. Die davon abweichenden eigenen Erfahrungen der „Unauffälligen“ hindern sie, den Zugang zu Einrichtungen der Drogenhilfe zu suchen, durch die eine Pathologisierung und Entmündigung befürchtet wird. Die GesprächspartnerInnen verweigern deshalb die „Krankheitseinsicht“ und das Eingeständnis, ein Problem und das Bedürfnis nach professioneller Hilfe zu haben: „... ein ‚szeniger Kokser‘, der sieht sich ja überhaupt nicht als Hilfsfall. Also das war ja für mich alles eine Stufe unter meinem ‚Niveau‘. ... Ich hätte mir schon vorgestellt, dass ich vielleicht einmal einen Arzt brauche, oder leider vielleicht sogar einen Irrenarzt, aber dass ich Einrichtungen besuche, da hab ich eine totale Hemmung gehabt, weil mein Eindruck war immer: Da gehen nur die Junkies hin, die sozusagen schon kriminell sind. Und so hab ich mich natürlich nicht gesehen. ... So hab' ich das Gefühl gehabt, diese ganzen staatlichen Einrichtungen ..., das ist für Leute, die wirklich schon körperlich rotieren, wenn sie nicht den nächsten Schuss kriegen. Dadurch tut man ziemlich lang vor sich hin“ (U8). Rückblickend wird diese Einstellung bedauert, jedoch einer allgemeinen gesellschaftlichen Problemverleugnung zugeschrieben: „Das ist eine Krankheit, mit der will niemand etwas zu tun haben. Ich glaub' es gibt zuwenig Bewusstsein, was Sucht ist und

wo Sucht beginnt. ... Ich nerv' oft schon meine Familie und auch meinen Sohn damit, weil ich da oft darüber rede. ... Ich versuch' ihn halt zu sensibilisieren, dass das nicht erst dann beginnt, wenn du zitterst oder wenn du der Oma das Handtäschel stehlen willst, um die nächsten Drogen zu kaufen. ... Es gibt so eine große Hemmung zuzugeben, dass man da ein Problem hat ... man ist der King, wenn man Drogen nimmt oder sauft, aber sobald man zugibt, dass man es nicht mehr im Griff hat, ist man ein totaler Loser. Und da müsste vielleicht die Gesellschaft auch einmal wissen, dass das so viele Leute betrifft, auch die harmlosere Variante, dass es einfach jedem von uns passieren kann“ (U8).

Andererseits wird auch die Botschaft gehört, dass die professionelle Drogenhilfe keine Wunder bewirken und nur dann Wirkung zeigen könne, wenn die Klienten zur Mitarbeit bereit seien. Sie liefert einen weiteren Grund, den Kontakt mit den Drogeneinrichtungen zu unterlassen und fördert die Versuche, die Sucht selbst zu heilen und zu kontrollieren: „... weil ich selber jetzt schon viel über Beratung gelernt habe, weil ich weiß jetzt schon, was da ablaufen würde ... Der Clou ist, dass Beratung nur dann etwas hilft, wenn man es selber ur stark will.“ (U2). Schließlich wirkt auch die Expansion der Substitutionsbehandlung dem Wunsch, mit einer Einrichtung der Drogenhilfe Kontakt aufzunehmen, entgegen: Wenn die Professionellen nur mehr mit der Vergabe legaler Drogen zu helfen vermögen, setzt man lieber auf das eigene Potenzial.

Nichtsdestoweniger begrüßen die Gesprächspartner den Ausbau der Drogeneinrichtungen, insbesondere als Alternative zur Strafe. Auch wenn sie so gut wie keinen nennenswerten Kontakt zur Drogenhilfe hatten, wird deren Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit nicht angezweifelt. Ausnahmen bilden nur wenige, ausschließlich Cannabis gebrauchende Befragte, die ihr Konsumverhalten als unproblematisch einstufen und öffentliche Einrichtungen lächerlich finden (außer „öffentlichen Klos“ bräuchte es keine solchen), wie auch dem Staat drogenpolitische Ehrlichkeit, Vernunft und Kompetenz absprechen („Ich bin gegen jeden staatlichen Eingriff“).

Sofern Erfahrungen mit der Drogenhilfe berichtet werden – eigene oder die von Freunden und Bekannten – handelt es sich um unfreiwillige Kontakte im Zusammenhang mit behördlichen Untersuchungen. Nach Anzeigen wegen Marihanakonsums musste man „pinkeln gehen“: „... Da habe ich eine Woche nichts geraucht, und das hat sich dann erübrigt. Wenn man Drogen bei dir findet, dann wirst du gemeldet, dann kommst du zu einem Psychiater, der mit dir darüber redet und dann wirst du überprüft, ob du weiterhin Drogen nimmst, oder nur hie und da ... Das Gespräch hat absolut keinen Eindruck auf mich gemacht, es ist überhaupt nicht um Drogen gegangen. Es ging eher darum, in welcher Verfassung bin ich“ (U7). Ein älterer Gesprächspartner hatte nach einer Anzeige wegen eines Joints bei einem Jazz-Fest am Land sich einer Kontrolle unterziehen müssen, bei der man sich gemeinsam mit ihm amüsiert habe.

Nur zwei der Befragten sehen Defizite bei der Drogenhilfe und artikulieren Wünsche: So wird eine einfache „Raucherberatung“ eingefordert, die Hilfestellungen bei der Mäßigung des Cannabiskonsums geben könnte: Für diesen vergleichswei-

se harmlosen Drogenkonsum würden keine öffentlichen Unterstützungsangebote gemacht. Des Weiteren wird diskrete Hilfe für Personen vermisst, „*die nicht an der Nadel hängen*“, aber intensiv „Partydrogen“ konsumieren: L [Drogentest- und Informationsangebote zur Risiko- und Schadensminimierung] habe nur ein begrenztes Angebot und erreiche nur bestimmte Gruppen Betroffener: „*Für Leute, die nicht an der Nadel hängen, gibt es eigentlich zuwenig ... Auf der Rave-Party sein E untersuchen lassen ist ein guter Ansatz, aber dann kannst du eigentlich nirgends hingehen. Du versuchst dich auch abzugrenzen, du bist ja niemand, der an der Nadel hängt und Heroin nimmt und so. Und für die Drogen, von denen wir jetzt geredet haben, dafür gibt es eigentlich keine Anlaufstelle*“ (U9).

Das Strafrecht im Hinterkopf, der Polizei stets ausgewichen

Mehr als die Hälfte der „Unauffälligen“ berichtet zwar von Freunden und Bekannten, die mit der Polizei zu tun hatten, hat aber selbst keine Erfahrungen dieser Art gemacht. Beim kleineren Teil der GesprächspartnerInnen kam es im Zusammenhang mit Drogen zu Begegnungen mit der Polizei. Die Anlässe reichen von Anzeigen wegen Gebrauchs und geringfügigen Besitzes von Cannabisprodukten über die Hausdurchsuchung nach einer Anzeige gegen den ebenfalls Drogen konsumierenden Sohn bis zur Festnahme, erkennungsdienstlicher Behandlung nach leichtsinnigem Grenzübertritt mit Haschischbriefchen, oder gar U-Haft wegen versuchten Autodiebstahls im Drogenrausch und kurzer Freiheitsstrafe im Ausland, ohne Folgen in Österreich.

Die strafrechtliche und polizeiliche Zuständigkeit ist allen Befragten präsent und hat – neben den günstigen sozialen Voraussetzungen für die „Verhaltenskulтивierung“ – möglicherweise Anteil am Ausmaß der Kontrolliertheit des eigenen Drogengebrauchs. Doch da man selbst für den verantwortlichen Umgang mit Drogen so viel Sorge trägt, billigt man die polizeiliche und strafrechtliche Bedrohung nicht, sie wird als unzulässige Einmischung von Polizei und Staat in private Angelegenheiten empfunden. Kommt es zu Polizeikontakten, werden sie als zufällige Verwicklungen in einen sinnlosen Kleinkrieg oder ein Theaterstück beschrieben: „*Ich weiß nur, die Geschichte damals mit dem I., das ist einer meiner Söhne, da haben sie ihn halt erwischt mit 3 oder 4 Gramm. Dann sind sie da gekommen, Hausdurchsuchung machen (lacht), und ich hab' mich so blöd gestellt. So: ,Wie viel haben Sie da gefunden?‘, „3 Gramm!“ „3 Gramm – wie viel ist denn das?‘ Also er hat sich zum Schluss nicht ausgekannt, ob ich ihn verarsche*“ (U4).

Der häufig vermutete Reiz des Verbotenen und des „Räuber-und-Gendarm-Spiels“ mit der Exekutive wird auch von den jüngeren Befragten nicht geschätzt. Eine Ausnahme ist eine Gesprächspartnerin, die von unangemeldeten Musikfesten der Raver-Szene und dem Wettkampf mit der Polizei schwärmt. In der Regel überwiegt der Ärger über polizeiliche Behelligung und Schikanen sowie über die Kosten für Tests, Gutachten und Anwälte: „*Und einmal ... bin ich in der Nacht von Wien nach Tübingen gefahren, mit dem Auto, und da ... hab' ich so ein kleines Haschisch-Piece einstecken gehabt. Das waren aber 0,2 Gramm ... und bin*

dann auf der Autobahn irgendwo in Bayern um 2 Uhr in der Nacht angehalten worden, so ,bitte folgen!‘ und hab’ das Ding, weil ich es so lächerlich gefunden hab’, nicht einmal versteckt ... Ich hab’ mir gedacht: Das kann nichts werden – na glatt ist es was geworden, die haben das gefunden. Dann ging’s erst mal auf die Wachstube, die Polizisten waren total mühsam. Eine erkennungsdienstliche Behandlung ist mir dann zuteil geworden ... mit Amtsarzt und Blutabnahme und weiß der Kuckuck was und letztlich war ich aber fahrtauglich und sie haben mich drei oder vier Stunden später eh wieder weiterfahren lassen ... Und dann ist fast ein Jahr später eine Rechnung ins Haus geflattert für 1.700 Euro, also das war dann richtig bitter ... Aber es hat sonst keine Folgen gehabt“ (U5). Der Polizei wird selektive Aufmerksamkeit – sie sei mehr in der Techno- als in der schicken Szene unterwegs – und angesichts der Verbreitung von Drogengebrauch in der Stadt Überforderung und Ernüchterung attestiert, anders als am Land, wo überschießende polizeiliche Aktivität drohe. Ein Gesprächspartner berichtet über die „krumme Tour“ eines Streifenbeamten, der eine „Dose Gras“ ohne Anzeige beschlagnahmt habe.

Über positive Erfahrungen mit dem polizeilichen und justiziellen Apparat berichtet nur ein Gesprächspartner: Er bekam – zu seiner Überraschung – nach einer kurzen U-Haft Bewährungshilfe, obwohl er obdachlos gemeldet und drogenabhängig war. Der zweite mit U-Haft erfahrene Gesprächspartner – Besitzer eines Hanf-Shops – urteilt herber über die Strafjustiz: „... bin 14 Tage in Haft gesessen, in der Steiermark, wegen Besitzes von ein paar Pflanzen. Das, was in Wien straffrei ist, in der Steiermark habe ich das erst durchsetzen müssen. Ich habe bereits Hunderttausende Schillinge für Anwaltskosten ausgegeben. ... Ich bin wegen Pflanzenbesitz nicht verurteilt worden ... Das hat man in der Steiermark nicht gekannt. Da hört keiner zu, das wird nur pauschal abgehandelt. Wir werden nicht wie ein normales Unternehmen behandelt. Da wird nicht unterschieden, was ist ein Suchtmittel, was nicht, oder was ist Drogenbesitz“ (U12).

Gesellschaft, Politik und Drogen – Äußerungen zur (Wiener) Drogenpolitik

Drogenpolitik wird von den GesprächspartnerInnen nicht als Lokalpolitik verstanden. Drogenpolitik wird vor allem als internationale und nationale Verbots politik perzipiert, was nochmals unterstreicht, dass die „Unauffälligen“ sich vor allem mit den Kontroll- und Sanktionsdrohungen und weniger mit den Hilfsangeboten beschäftigen. Man kennt die meistdiskutierten Versuche, aus der internationalen Drogenpolitik lokal auszuscheren – etwa in Amsterdam und in Zürich – und man kennt die daraus resultierenden Probleme, doch wird der Politik dennoch ein gewisser Spielraum zuerkannt.

Das Räsonieren über Drogenpolitik hat zwei eng miteinander verbundene Schwerpunkte, zum einen Verbot und Freigabe, zum anderen die öffentliche Kommunikation über Drogen: Die Stellungnahmen über Sinn und Unsinn von Prohibition gehen häufig in die Debatte der Widersprüchlichkeit, Ehrlichkeit und Tabus

im gesellschaftlichen Drogendiskurs über. Die beiden Schwerpunkte kennzeichnen die subjektive Problemlage, die sich daraus ergibt, dass im eigenen Milieu Drogen konsumiert und über die Substanzen und ihre Wirkungen offen kommuniziert werden kann, dass aber aufgrund der Rechtslage weder dieser Diskurs noch die eigenen Lebens- und Konsumformen und -erfahrungen öffentlich gemacht und in öffentliche Diskussion eingebracht werden können.

Die überwiegende Mehrheit der GesprächspartnerInnen vertritt zum Teil radikale Legalisierungskonzepte und setzt auf Selbstkontrollen. Die drei jüngsten GesprächspartnerInnen aber äußern sich über die Freigabe selbst von weichen Drogen recht unsicher: „*Das Legalisieren ist immer ein zweischneidiges Messer. Wenn mir jemand die Frage stellen würde, ob es legalisiert werden sollt', möchte ich bitte nicht die Entscheidung für so viele Leute treffen, und ich kann es auch nicht für mich selbst beantworten*“ (U2). Möglicherweise wirkt das Verbot für die Jüngeren doch Identität stiftend, denn es wird davon ausgegangen, dass zuviel Toleranz zweischneidig ist, und schwachen Charakteren dabei Gefahr drohe, so wird dabei die eigene Souveränität im Umgang mit Risiken unterstrichen. Für die Älteren hat die Illegalität keine heroische Komponente (mehr) und nimmt der Ärger über die Zwänge und das Versteckspiel mit den Kontrollinstanzen mehr Raum ein.

Die Kriminalisierung von Drogen – so meint man – sei verantwortlich für das Fehlen von adäquater Drogenerziehung und -kultur, für die Attraktivität der Drogen und für die Ausbildung von Sucht. Durch die Kriminalisierung sei die Kommunikation zwischen den Generationen in Sachen Drogen gestört, ähnlich wie jene über Sexualität, die durch die Prüderie obstruiert werde: „*Und Aufklärung, Aufklärung, Aufklärung ... Dass man den Kindern in der Schule schon sagt, was das ist, und im Grunde genommen, dass man es ihnen zeigt, wie es geht. Das ist so wie mit der Sexualität, man überlässt den Leuten ... alles selbst heraus zu finden, weil man sich nicht traut, es ihnen anständig beizubringen*“ (U3). Die „praktische Aufklärung“ über Rausch und Nüchternheit wird in Zusammenhang gebracht mit Persönlichkeitsbildung, mit der Entwicklung einer Balance zwischen Leistung und Entspannung, Technik und Natur, Tag und Nacht: „*Natürlich wäre es toller, wenn es so wäre, dass man das im Gleichgewicht halten kann. ... Die einen sind nur auf voll Power und Leistung, das Aktive hält. Ich denk' mir aber, die Nachtseite, die Traumseite ist für unsere Gesundheit so wichtig. ... Ich hab' zum Beispiel mit dem Rauchen gelernt, mit meinem Körper zu kommunizieren. Und der braucht aber zum Beispiel diese Ruhephasen. Und gerade Schlafen und Träumen, da kriegst Du eigentlich immer so eine Reinigung verpasst. Und wenn Du das nicht hast, weil Du immer so aktiv bist – also ich denk' mir halt für mich, dass die Raucher oder halt die Drogensüchtigen eigentlich nur die andere Seite von den Überaktiven sind*“ (U4).

Fast alle GesprächspartnerInnen berichten, wie offen der Gebrauch von Drogen in der Familie gehandhabt werde – auch zwischen Eltern und Kindern: Man ist im Bilde über die Praktiken und Erfahrungen der je anderen Generation, es gibt Verständigung, wenn auch durch Krisen unterbrochen, es werden elterliche Gewohnheiten und Ratschläge angenommen oder verworfen, es wird gegen den

Rat der Mutter geraucht oder sogar härter konsumiert, oder auch gegen das Vorbild der Mutter Abstinenz gewählt, es wird nach Empfehlung des Vaters nicht zu früh begonnen, oder der Cannabiskonsum der Kinder von den Eltern übernommen und anderes mehr. Eine einzige – jüngere – Gesprächspartnerin erzählt, dass in ihrer Familie die Kunst des Wegschauens gepflegt werde (der Vater ist Kriminalbeamter). In den übrigen Erzählungen wird das Bemühen ersichtlich, Autorität und Glaubwürdigkeit durch den Austausch von Erfahrung und offene Problembearbeitung zu gewinnen.

Zwischen der Kommunikation im privaten Umfeld und dem öffentlichen Diskurs besteht naturgemäß eine große Spannung. Man würde seinen Kindern gerne die daraus resultierenden Nachteile für die politische Sozialisation ersparen: „*Die Drogenpolitik wird immer unglaublich schädiger, wenn sie sich nicht öffnet und objektiviert. Wir haben legale Drogen, die massiv schädigen, aber weil da eine starke Lobby dahinter steht, wird nichts dagegen gemacht. Das ist ein Signal, dass Politik nicht Sinnvolles darstellt und für den Menschen macht. Jungen Leuten so ein Signal zu geben, dass die Drogenpolitik reine Willkür ist, das ist in einer Demokratie sehr bedenklich. Viele Jugendliche kommen das erste Mal mit der Politik überhaupt über Drogen in Kontakt*“ (U12). Die Vorschläge beschränken sich daher nicht auf die Entkriminalisierung weicher Drogen: „*Ich würde mir wünschen, dass die Drogen freigegeben würden. Bei den harten Drogen vor allem bei Heroin sollte es unter Aufsicht genommen werden ... Das hat mehrere Gründe. Zum einen wäre die ganze Kriminalität rundherum weg. Zum anderen würde der Staat dadurch zu Mehreinnahmen kommen. Das würde der Mafia grundsätzlich fürchterlich schaden und den Drogenbauern in den Ländern der Dritten Welt würde es helfen, wenn sie legal anbauen dürften ... Die DrogenkonsumentInnen sollten dann schon geschult werden, damit umzugehen. Das müsste schon in der Volksschule anfangen. Es würden nicht mehr Drogenabhängige werden, meines Erachtens, es gäbe nur mehr Konsumenten, die das hie und da probieren und die gut damit leben können. Und die gibt es jetzt schon zu Tausenden, und die wären nicht mehr gezwungen, Illegales zu tun. Es gibt viele Menschen, die Drogen konsumieren und trotzdem einem geregelten Leben nachgehen. Das Schädliche daran ist nur die Menge. Es ist so wie beim Wein, wenn man es hie und da trinkt, ist es auch nicht schädlich*“ (U7).

Ein entgegengesetzter Vorschlag will den Drogen- und Abhängigkeitserfahrenen in der bisher unstimmig und undifferenziert verlaufenden Drogendebatte mehr Gehör verschaffen: „*Es müssten so Leute wie ich, die sich das aber trauen können, die keine Angst haben müssen um ihren Ruf ... in Schulen gehen und mit Klassen reden. Leute, die es geschafft haben, davon loszukommen. Weil ein Schüler glaubt doch bitte niemandem, der das aus der Theorie alles weiß. ... Für meinen Sohn war, glaub' ich, ziemlich abschreckend, wie ich ihm dann einmal die ganze Wahrheit über mich gesagt hab'. Da hab' ich dann schon gemerkt, na bumm ... nicht nur Leute, die früher Junkies waren, auch ... jemand, der ihnen auch vermittelt, es kann jeden treffen und es ist nicht das Ende der Welt und du bist deswegen kein Outlaw. Und du musst dich deswegen auch nicht selbst hassen ... Wenn ich nicht so Angst hätte um den Respekt in meinem Beruf, dann würde ich das sogar als eine Art Verpflichtung gegenüber der Gesellschaft sehen, dass man so was macht*“ (U8).

Veränderungen der Wiener Drogenszene

Die Anordnung der GesprächspartnerInnen nach ihrem Alter, dem Zeitpunkt ihres ersten und den Phasen ihres intensiven Drogenkonsums eröffnet die Möglichkeit, die Szenenentwicklung – die Verortung der eigenen Subkultur und das Auftreten neuer Phänomene – aus den Erinnerungen der Befragten chronologisch nachzuzeichnen. Ein Interviewpartner ist in den späten 60er Jahren, 3 in den späten 70er Jahren, 2 in den frühen 80er Jahren, 3 in den frühen 90er Jahren und 2 erst Ende derselben mit Drogen in Kontakt gekommen. Der älteste Befragte beschreibt die Drogenszene, der er seit 1968 angehörte, als alternative, studentische Jugendwohngemeinschaft. „*Wir haben uns sehr stark im studentischen Bereich bewegt und durch die künstlerische Arbeit und durch die Wohngemeinschaft und so. Das war ganz selbstverständlich, wenn man da irgendwo eingeladen war, dann ist der Joint herum gegangen, oder man hat sich verabredet, ein Wochenende auf den Bauernhof zu fahren und dort LSD zu nehmen. Jeder hat gewusst, ein LSD Trip kann bis zu 24 Stunden, manchmal sogar länger dauern, und da hat man dann schon auch aufgepasst aufeinander*“ (U3). Man wurde durch bekannte Personen aus dem näheren Umkreis versorgt, die die Drogen von ebenso bekannten Quellen bezogen: „*... da hat's keine Ausländer gegeben, das waren Österreicher. Der eine Freund war ein Deutscher, der hat die gepressten Marihuana Platten gekriegt aus Holland, so wie es heute ist. Das LSD ist sicherlich irgendwo in irgendwelchen Küchen gemacht worden, das ist sicher nicht aus Amerika gekommen*“ (U3). Der Befragte konsumiert seit Mitte der 80er Jahre nur noch gelegentlich im Freundeskreis und zeigt sich wegen seines Enkels besorgt über die leichte Zugänglichkeit von Drogen für SchülerInnen.

Befragte, die in den 70er Jahren mit Drogen in Berührung gekommen sind und seither regelmäßig konsumieren, berichten über die Kultivierung ihres Cannabisgebrauchs im Zusammenhang mit ihrem Älterwerden und ihrem sozialem Aufstieg, er sei nun in den Arbeits- und Freizeitrhythmus eingebaut und selbst in das Familiengeschehen. Zunehmend habe man von anderen illegalen Substanzen, wie etwa Kokain, Abstand genommen, aber auch vom Alkohol. Selbstgezogenes Gras von hoher Qualität mache unabhängiger und sei sicherer, auch für Kinder: „*Je mehr man darüber ein Trara macht, umso interessanter wird das. Mein Kind, die das täglich sieht, die wird wahrscheinlich ein richtiger Gegner werden, der geht es schon richtig am Nerv. Auch in meinem Bekanntenkreis gibt es viele Antiraucher. Ich kenne aber auch andere, wo die Kinder mitrauchen. Da müssen die Kinder nicht auf der Straße kaufen*“ (U11).

Auch wenn man selbst Kokain konsumiert hat, beurteilt man die Verbreitung der „Kokserei“ außerhalb des Rotlichtmilieus und der Oberschicht, den Straßenverkauf eines unsauberer und schädlichen Gemisches von Speed und Koks kritisch. Zu einem ähnlichen Urteil kommt ein Gesprächspartner, der Mitte der 80er Jahre mit Medikamenten und anderen psychoaktiven Substanzen experimentiert hat. Diese Stoffe seien heute weit schwerer zugänglich, zum Unterschied von Heroin und Kokain, die in jeder Straßenbahn äußerst billig, jedoch von problematischer und unkontrollierbarer Qualität angeboten würden. Hingegen hätten Lokale, in denen man Haschisch kaufen könnte, eine zunehmend kürzere Lebensdauer und hier sei der Preis zuletzt eher angestiegen.

Eine Gesprächspartnerin teilt die Beobachtungszeit in Phasen ein, in denen jeweils bestimmte Drogen und bestimmte Musikrichtungen in oder aus der Mode kamen: zuerst in der „gehobenen“ Szene, später bei den Randgruppen und bei den Jüngeren. Ursprünglich habe Heroin als schicke Droge gegolten: „Weil bis jetzt war es halt so, dass jedes Jahrzehnt und jede Musikbewegung auf eine Drogen gegründet war. Die 60er, 70er Jahre, da war LSD das große neue Ding; die späten 70er und 80er Jahre ... so David Bowie und so, das war das Heroin-Zeitalter, Punk, Sid Vicious. Und das ist ja das, wo ich groß geworden bin. Damals war Heroin echt eine Kult-Droge. Und die 90er Jahre waren das Kokainzeitalter. Die 90er sind Koks. Bis 95 war's das Koks und dann auf einmal ist Ecstasy gekommen, mit der Techno-Bewegung. Die Techno-Bewegung und Ecstasy, da wär' glaub ich keines ohne das andere denkbar“ (U8). Heroin, aber auch Ecstasy hätten sehr an Image verloren, wären nur noch eine Sache für Randgruppen und eine kleiner werdende Jugendszene. „Es hat eine totale Veränderung gegeben: Also ich glaub' zum Beispiel, dass Heroin heute total unschick ist und uninteressant ... Wer nimmt heute noch Heroin? Die sind echt schon am Abschuss, oder wie man da sagt“ (U8). Und: „... das mit dem Ecstasy, da bin ich mir nicht so sicher. Das war ja dann auch in so schicken Kreisen interessant, da haben dann auch Leute angefangen, auf Ecstasy Sex zu haben und so. Und da hör ich nie wieder was davon, ich hab das Gefühl, die Leute haben gemerkt, dass das echt gefährlich sein kann“ (U8).

Hingegen hätte sich das „Kiffen“ in allen Milieus gleichermaßen verbreitet, es entspräche dem Rotwein: „Was sich geändert hat, ist, dass heute jeder kifft und zwar so, dass unsere Kinder inzwischen nicht einmal mehr wissen, dass das verboten ist. Wir haben die ärgsten Probleme, dass wir meinem Sohn erklären, dass das ein Delikt ist, wo er Probleme kriegen wird mit der Polizei ... der glaubt, nur Dealen ist verboten“ (U8).

Die ehemaligen Angehörigen der Raver-Szene sehen sich als Ex-Mitglieder einer spezifischen und abgegrenzten Subkultur. Hier kommt die Sprache auf die Preiseinbrüche, die innerhalb kürzester Zeit stattgefunden haben: Heimische MDMA-Produkte wären rasch wesentlich billigerer Importware gewichen. „Die Es‘ am Anfang waren wirklich so reine MDMA Produkte, wo nichts verschnitten war. Das waren alles Kapseln. Dann sind diese gestampften Pillen gekommen mit den verschiedenen Aufdrucken, verschiedenste Pillen, da waren ganz dreckige Sachen dabei. Das hat man auch daran gemerkt, wie man davon runterkommt ... Auch so Haut- und Augenring-Geschichten und Depressionen“ (U9).

Die jüngsten Befragten wissen naturgemäß weniger über Veränderungen der Szene zu berichten, aber auch sie erleben den steigenden Verfolgungsdruck und die „sinkende Halbwertszeit“ der Quellen: „Ich weiß nicht, früher war das alles ziemlich entspannt und nicht so stressig, wenn du irgendwo hin gegangen bist. Jetzt, dadurch dass es irgendwie gefährlicher geworden ist, werden die Leute auch irgendwie depperter, die das machen und so. Früher sind wir in Lokalen drin gesessen und haben noch einen Ofen geraucht und da sind die ärgsten Bob Marley Typen gesessen und jetzt sind das total überhebliche Arschlöcher, die genau

wissen, dass es sonst nirgendwo mehr was gibt“ (U2). Bestätigt wird, dass deshalb Gras zunehmend selbst gezogen wird. Und wenn der jüngste Gesprächspartner von immer jünger werdenden routinierten KonsumentInnen spricht, macht das bewusst, wie sehr alles Erinnern auch Selbststilisierung ist.

2. Die „KlientInnen“

Die Interviewten

Kategorien:	KI6	KI1	KI2	KI8
<i>Alter</i>	53	52	50	49
<i>Geschlecht</i>	männlich	männlich	männlich	weiblich
<i>Abgeschlossene Berufsausbildung(en)</i>	Ja	Ja	Ja	Nein
<i>berufstätig/ arbeitslos</i>	Arbeitslos	Berufstätig	Berufstätig	Arbeitslos
<i>Einstiegsalter</i>	17/18 (1968/69)	16 (1968)	15 (1969/70)	14 (1970)
<i>Konsumierte Drogen</i>	Aufputschende Medikamente, Speed, Haschisch, Heroin	Cannabis, codeinhaltige Präparate, LSD, Heroin	Haschisch, LSD, Heroin, Morphium, Speed, Antpanthan, Captagon	Haschisch, Rohopium, Heroin, Amphetamine, Captagon, Opium-Tee
<i>Drogenhandel betrieben</i>	Im größeren Stil	Im größeren Stil	Für Eigenbedarf	Nein
<i>Dauer des unbehandelten Drogenkonsums</i>	Ca 10 Jahre	Ca. 9 Jahre	13 - 14 Jahre	1 - 2 Jahre
<i>Erfahrungen mit Polizei, Gericht, Gefängnis</i>	Zahlreiche Polizeikontakte u. Gerichtsvorladungen, einmal in Haft	Mit Polizei	Mit Polizei, Gerichtsverhandlung, bedingte Verurteilung	Zahlreiche Polizei- und Gerichtskontakte, Jugendstrafe
<i>Behandlungsdauer</i>	Seit mind. 26 Jahren	1 - 2 Jahre	3 - 4 Jahre	Seit 33/34 Jahren
<i>(Mindestzahl) kontaktierter Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen</i>	(5) stat. Psychiatrie, AKH Drogenambulanz, PKH Baumgartner Höhe, Streetwork Rochusgasse, Substitution (ngl. ÄrztIn)	(3) AKH Drogenambulanz, Change, API Langzeittherapie	(5) Streetwork, PSD, PKH Baumgartner Höhe, KH Neunkirchen (Entzug), API Langzeittherapie	(5) PKH Baumgartner Höhe, stat. Psychiatrie, Change, API Kurzzeittherapie, AKH Drogenambulanz
<i>Erfolgreich absolvierte bzw. aktuelle Therapieform</i>	Substitution	Abstinenzorientiert	Abstinenzorientiert	Substitution

Kategorien:	KI3	KI4	KI7	KI9
<i>Alter</i>	45	40	39	31
<i>Geschlecht</i>	weiblich	männlich	männlich	weiblich
<i>Abgeschlossene Berufsausbildung (en)</i>	Ja	Ja	Arbeitslos	Berufstätig
<i>berufstätig/arbeitslos</i>	Berufstätig	Berufstätig	Ja	Ja
<i>Einstiegsalter</i>	17 (1976)	15/16 (1979/80)	20 (1985)	13/14 (1988/87)
<i>Konsumierte Drogen</i>	Heroin	Haschisch, LSD, Kokain, Schwammerl, Heroin, Rohypnol, Opium-Tee	Kokain, Heroin	Haschisch, LSD, Kokain, Heroin
<i>Drogenhandel betrieben</i>	Für Eigenbedarf	Für Eigenbedarf	-	Ja - sehr kurze Phase
<i>Dauer des unbehandelten Drogenkonsums</i>	3 Jahre	9 - 10 Jahre	Ca. 15 Jahre	15 - 16 Jahre
<i>Erfahrungen mit Polizei, Gericht, Gefängnis</i>	Bedingte Haft	Mit Polizei	Verurteilt zu 32 Monaten	Einige Polizeikontakte
<i>Behandlungsdauer</i>	4 Jahre	11 - 12 Jahre	Mind. seit 4 Jahren	Seit 3 Jahren
<i>(Mindestzahl) kontakterter Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen</i>	(3) AKH (Entzug), Ambulatorium für Suchtkranke, API Langzeittherapie	(3) Wiederholte Entgiftungen und Entzüge, API Langzeittherapie	(6) Grüner Kreis, Zukunftsschmiede, Change, Substitution (ngl. Arzt), Ambulatorium für Suchtkranke, PKH Baumgartner Höhe	(4) Psychotherapie (ngl. Therapeut), API Kurzzeit- und Langzeittherapie, Wiener Berufsbörse
<i>Erfolgreich absolvierte bzw. aktuelle Therapieform</i>	Abstinenzorientiert	Abstinenzorientiert	Substitution	Abstinenzorientiert

Kategorien:	KI10	KI5	KI11
<i>Alter</i>	30	26	22
<i>Geschlecht</i>	männlich	männlich	weiblich
<i>Aktuell berufstätig/Arbeitslos</i>	Berufstätig	Arbeitslos	Berufstätig
<i>Abgeschlossene Berufsausbildung(en)</i>	Nein	Ja	Nein
<i>Einstiegsalter</i>	17/18 (1993)	13 (1992)	14 (1997)
<i>Konsumierte Drogen</i>	Cannabis, Kokain, Heroin	Haschisch, Ecstasy, Speed, LSD, Morphin, Kokain, Heroin	Medikamente, Ecstasy, Speed, Heroin
<i>Drogenhandel betrieben</i>	Im großen Stil (Fahrer für afrikanische Dealer)	-	Nein
<i>Dauer des unbehandelten Drogenkonsums</i>	6 Jahre	8 Jahre	5 Jahre
<i>Erfahrungen mit Polizei, Gericht, Haft</i>	Vorstrafen, Untersuchungshaft	Mehrmalige Haft	Einmal Polizei
<i>Behandlungsdauer</i>	Seit 6 Jahren	Seit 4-5 Jahren	Seit 2 Jahren
<i>(Mindestzahl) kontakterter Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen</i>	(6) Substitution, PKH Baumgartner Höhe, Mauer-Öhling, Schweizer Haus Hadersdorf, API Kurzzeit- und Langzeittherapie	(3) API Langzeittherapie, Substitution (ngl. Arzt), Ganslwirt	(3) Streetwork, BBZ Dialog, Needles or Pins
<i>Erfolgreich absolvierte bzw. aktuelle Therapieform</i>	Abstinenzorientiert	Substitution	Substitution

7 der 11 Befragten wurden von MitarbeiterInnen der Wiener Drogenhilfe (einer stationären Langzeittherapie, zwei ambulanten Einrichtungen, einer niedergelassenen Ärztin) vermittelt, sie befanden sich zur Zeit des Interviews in Behandlung. 5 von ihnen waren im Substitutionsprogramm, 2 wurden nach einer Langzeittherapie nachbetreut. Zusätzlich konnten 4 DrogenkonsumentInnen interviewt werden, die das Behandlungssystem erfolgreich durchlaufen hatten und seit vielen Jahren abstinent waren. Das Alter und das Geschlecht wurden bei der Auswahl berücksichtigt, wie auch die Gesprächsfähigkeit und die Kooperationsbereitschaft (es wurde weder Druck ausgeübt, noch wurden Gratifikationen eingesetzt). Es ist daher von einer „positiv“ verzerrten Auswahl auszugehen. Die Befragten hatten nicht mit allen Einrichtungen der Wiener Suchthilfe gleichermaßen Erfahrungen gesammelt.

Es wurden 7 Männer und 4 Frauen interviewt, sie waren zwischen 22 und 53 Jahren alt. Das vergleichsweise hohe Durchschnittsalter (etwa 40 Jahre) ist darauf zurückzuführen, dass beabsichtigt war auch Personen zu erfassen, die in den ersten drogenpolitischen Phasen mit der Drogenhilfe Kontakte geknüpft hatten. Alle Befragten haben relativ früh (mit etwa 16 Jahren) und langjährig harte Drogen konsumiert, alle Heroin, viele in Kombination mit Kokain. Bis sie sich in Betreuung begaben, vergingen durchschnittlich 8 Jahre (bei den Frauen rund 6, bei den Männern rund 10 Jahre). Mehr als die Hälfte gab an, während der Zeit des illegalen Drogenkonsums Drogenhandel betrieben zu haben. Alle hatten mit der Polizei zu tun gehabt, 5 berichteten von Haftexzessen, zumindest 4 waren in den Genuss von „Therapie statt Strafe“ gekommen.

Nur 3 der Interviewten haben keine abgeschlossene Berufsausbildung, 4 – alle in Substitutionsbehandlung – sind arbeitslos. Die berufliche Integration wird durch mangelnde Qualifikation, Obdachlosigkeit, gesundheitliche Probleme (HIV und Hepatitis) und Schulden, die bei Eintritt in ein Anstellungsverhältnis zu Gehaltspfändungen führen, behindert.

Die Befragten stammen überwiegend aus der (unteren) Mittelschicht, ein Interviewter kommt aus dem Arbeitermilieu, zwei aus „besseren Verhältnissen“. Wirft man einen Blick auf das familiäre Umfeld, so finden sich bei fast der Hälfte der Interviewten Angehörige bzw. Ehepartner mit Suchtproblemen (illegalen Drogen, Medikamente, Alkohol). Ein Drittel der Befragten war mit dem Tod einer oder mehrerer Bezugsperson(en) im jugendlichen Alter konfrontiert und/oder berichtet von problematischen Familienverhältnissen (Vater oder Mutter unbekannt, Misshandlung, emotionale Vernachlässigung, Heimaufenthalte).

Betreuung und Behandlung

Die „Selbstbehandlung“

Der Inanspruchnahme professioneller Behandlungsangebote geht häufig „Selbstbehandlung“ voraus, die bei den im Rahmen dieser Studie Interviewten allerdings

nie zum Erfolg führte. Bei ihnen handelte es sich zumeist um **Selbstentzug** und um **Substitution mit Opium-Tee**, der aus geriebenen Mohnkapseln hergestellt wird, die in Trockenblumengeschäften erworben werden. Der Selbstentzug führte in der Regel zu kurzen abstinenten Phasen, nur in einem Fall (Kl2) gelang eine zweijährige, durch einen Ortswechsel unterstützte Abstinenz.

Kalte‘ Entzüge – Entzüge ohne ärztliche Betreuung und medikamentöse Linderung der Begleiterscheinungen – beruhen nicht immer auf einer freiwilligen Entscheidung, sie „passieren“ auch durch Krankenhausaufenthalte (Kl4) oder Haft (Kl6, Kl5). Nach der Entlassung wird der Drogenkonsum wieder aufgenommen: „... mit der Blutvergiftung fünf bis sechs Wochen (Krankenhaus), Rippenbrüche, weiß Gott was, da bist nüchtern. Da bin ich einmal dann zweieinhalb Monate (nüchtern) gewesen, ... , wenn du aber keine richtige psychische Betreuung hast, oder wenn du nicht abgeschottet bist, bist sofort wieder drinnen, ich hab immer wieder angefangen, es ist einfach nicht gegangen“ (Kl4).

Die DrogenkonsumentInnen sind auch immer wieder mit Versorgungsengpässen konfrontiert und substituieren sich zur Überbrückung mit Opium-Tee: „... wenn wir nichts gehabt haben, haben wir meistens aus einem Laden extrem starke peruanische Mohnkapseln gehabt, so ganz kleine und die haben wir ... immer wieder nebenbei genommen. Da hast Du sicher sein können, du hast keinen Kracher ...“ (Kl4).

Selbstbehandlung schildern hauptsächlich **ältere Behandelte**, die wenig Vertrauen zu den vorhandenen Betreuungsangeboten hatten: „Die einzige Hilfe – immer wieder im F [Krankenhaus] – auch zu der damaligen Zeit noch. Zuerst musste man zu einem Psychiater gehen und dann ist man auf der psychiatrischen Abteilung des F gelandet. Die Sachen, die man dort bekommen hat, konnte man vergessen ...“ (Kl6). Auch den ersten niederschwülligen Angeboten wurde mit Skepsis begegnet: „In der Zeit hat es die ersten Streetworker gegeben. ... Ich habe dann so ein Röhrchen voll Tabletten bekommen. Das war für einen Entzug zu Hause gedacht. Der ist natürlich auch in die Hosen gegangen, weil ich habe in meinem Wahn das ganze Röhrchen auf einmal geschluckt. ... Ich war ziemlich misstrauisch, sie [die Streetworkerin] weiter zu treffen. Zu der Zeit damals hat man sich ständig verfolgt gefühlt. Heute ist das anders. Mit den Substitutionsprogrammen ist das ja in einer gewissen Weise legalisiert“ (Kl2). Aus Angst vor rechtlichen Konsequenzen wird selbst in lebensbedrohlicher Situation auf ärztliche Hilfe verzichtet: „Das war Strychnin und wir haben das gespritzt. Meine damalige Freundin hätte das fast nicht überlebt. ... Ich habe mich nicht getraut, eine Rettung anzurufen. Dann habe ich Angst gehabt, wir alle gehen meier ... [ich] habe ihr dann Unmengen von Salzlösung gespritzt. ... einen ganzen Vormittag und einen Nachmittag bis zum Abend hin habe ich gebraucht, sie am Leben zu erhalten. ... Bei Überdosierung hat damals ein jeder gewusst, dass man mit Kochsalzlösung ausschwemmen muss“ (Kl2).

Jüngere Behandelte berichten viel seltener über Selbstentzüge, unter anderem wohl deshalb, weil sich die Versorgungslage bei den Suchtmitteln, wie bei den professionellen Hilfsangeboten verbessert hat. Nun wird zunehmend professionelle

Betreuung und Behandlung konsumiert: „*Gott sei Dank habe ich mich vor meiner ersten Festnahme substituieren lassen, weil sonst hätte ich im Gefängnis nichts bekommen. Die hätten mich krachen lassen. Das machen die beinhart*“ (Kl5). „*Das erste Mal bin ich ... 2001 substituiert worden und danach immer wieder mit Pausen, ... weil ich gewusst habe, ich schaffe es ohne nicht. Bevor ich wieder stehlen gehe und wieder ins Gefängnis, da lasse ich mich lieber substituieren und hab meine Drogé.*“ (Kl5) oder „*Da war ich ja ziemlich oft am Karlsplatz, da sind ganz hinten die Streetworker. Ich hab ja in meiner Zuheit nicht mit vielen Leuten dort geredet, ... Man geht aus der Wohnung, geht dort hin, regelt seine Sachen und geht wieder zurück. ... meistens die Spritzen [umtauschen], ...*“ (Kl11).

Die Auswahl der Einrichtung: „*Ich glaub ich hätt' gar nicht aufgehört, weil ich hätt' von den meisten Einrichtungen ja gar nichts gewusst*“ (Kl11).

Zu den wichtigsten **Informationsquellen über Angebote der Suchthilfe** zählt **Mundpropaganda** – Einrichtungen und ihren MitarbeiterInnen geht ein Ruf voraus, der dafür ausschlaggebend ist, ob sie kontaktiert werden oder nicht. Über die Drogenstation des A und des G, wie die Drogenambulanz des F [alles stationäre Suchthilfeeinrichtungen] hieß es: „*Der Dr. X. hat schon einen gewissen Ruf gehabt und beim Dr. Y. hat es sich so herumgesprochen gehabt, dass es die zweite Klasse ist. ... Beim Dr. Y. geht es legerer zu und beim Dr. X. gab es ein strengeres Regime, da wird man mehr gefordert. Ich habe mir gedacht, wenn schon, denn schon ...*“ (Kl2) und „*Über den Dr. Z. hat man immer gute Sachen gehört, ...*“ (Kl6)

Man geht auch dorthin, wo die **Freunde aus der Drogenszene** waren: „*In meiner Freundesgruppe, alle Junkies, war ich der erste, der das [stationäre Langzeittherapie] durchgezogen hat. Aus dieser Clique ist dann zwei Jahre später eine Frau auch gegangen, und die hat mir später dann gesagt, dass ich für sie sozusagen den Anreiz dafür gegeben habe ...*“ (Kl2). Und man meidet die Einrichtungen, in denen die Freunde scheiterten: „*Ich kenn' sehr viele, die im B [stationäre Suchthilfeeinrichtung] waren. ... Ich kenn' niemanden, der dadurch auf Dauer clean wurde.*“ (Kl6)

Schlechte Erfahrungen mit einzelnen MitarbeiterInnen führen **zur ablehnenden Haltung gegenüber der gesamten Einrichtung**: „*Ich hab wahnsinnig viele Ärzte kennen gelernt, der ärgste war der Dr. X. Das war der furchterlichste, ich war einige Male bei ihm. Ich war mir nie sicher, ob der einem wirklich helfen will oder ob ihm das einen absoluten Spaß gemacht hat*“ (Kl6)

Bei der **Auswahl einer Behandlungsmaßnahme** verhält es sich ähnlich wie beim Besorgen von Drogen: Eine „Connection“ zu haben hilft. In den **70er und 80er Jahren** spielten vor allem die „Behandlungspioniere“, jene ersten Professionellen, die in der Drogenszene gut bekannt waren, eine wichtige Rolle. Sie genießen das Vertrauen der KonsumentInnen und bahnen den Weg in die Drogenhilfe: „*Ich bin gleich in die Drogenambulanz ... gegangen und kam zum Dr. V., ... Zu dem ist man einfach hingegangen. ... Er war sehr wertfrei und freundlich, immer da, bis zu dem Zeitpunkt, wo mir klar war, dass ich das ambulant nicht schaffen werde ... Der hat dann zum Hörer gegriffen und den Kontakt zum A [stationäre Suchthilfeeinrichtung] hergestellt*“ (Kl1).

Bei den **jüngeren Behandelten** spielen „bekannte“ Einzelpersönlichkeiten keine Rolle mehr. Zu jedem, der/die kompetent ist, kann ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden: „*Der Therapeut hat mir dann vom A [stationären Suchthilfeeinrichtung] erzählt. Er hat dort Jahre lang gearbeitet. Da habe ich das Gefühl gehabt, dass ist es. ... Er hat mir das sehr gut beschreiben können. Da habe ich dann ein bisschen Vertrauen in diese Institution bekommen*“ (Kl9). Und: „*Irgendwann war ich halt dann auch mit drinnen [im Spritzenbus] und dann hab ich die A. kennen gelernt, das ist eine Betreuerin von dort. Und die hat mir dann überhaupt einmal gesagt, dass es die [ambulante Suchthilfeeinrichtung C] und das alles gibt, wo ich psychologische Hilfe krieg', ohne Tabletten*“ (Kl11).

Probleme beim Finden des geeigneten Suchthilfeangebotes gibt es, wenn die „Connection“ fehlt: „*Vielleicht hätte ich vorher schon die Möglichkeit gehabt, vom Ziehen wegzukommen, dadurch dass ich jemanden zum Reden gefunden hätt'. Nur, du gehst halt nicht hin, wenn du keine Spritzen tauschst oder wenn du nicht gerade wirklich jemanden kennst ... Und meistens ... würden sie [Angehörige der Drogenszene] dir auch nicht vorschlagen: „Ja willst nicht aufhören. Geh, dort hin.“ Das sagt dir keiner von den Drogenabhängigen. Die meisten sagen: „Willst eine Tablette?“*“ (Kl11).

Und hin und wieder wird auch geprüft, welche Behandlungseinrichtung **den eigenen Vorstellungen und Bedürfnissen** am ehesten entspricht: „*Ich hab auch geschaut, wo ich Möglichkeiten hab. A [stationäre Suchthilfeeinrichtung] hat zum Beispiel unten einen Proberaum gehabt, da hab ich gedacht, das ist nett, da kann ich Musik machen, meine Sachen machen. B [stationäre Langzeittherapie-Einrichtung], das hat mich nicht so interessiert*“ (Kl4). Und: „*In B [stationären Suchthilfeeinrichtung] ist es ein bissl ... also mir kommt halt vor, dass du dermaßen abgeschottet bist von der Realität, da auf irgendeinem Bauernhof mit Kühen und Pferden, ausmisten und so, dass du dann so jenseits von der wirklichen Realität bist, dass es dann ziemlich schwierig ist. Wahrscheinlich tun sich diese Leute dann irgendwo am Land sicher leichter*“ (Kl4).

Eine Behandlungsinitiierung durch Außenstehende, ohne Auftrag der zu behandelnden Person und ohne ausreichende Information über die entsprechende Einrichtung, wird – wie zu erwarten – als problematisch erlebt: „*Einmal war ich eine Woche in D [stationäre Suchthilfeeinrichtung]. ... Nach dem Entzug hab ich gesagt, okay mach ich, auf viel Druck von der Familie ... Aber da dort alle auf Weisung waren, nicht freiwillig, haben die mich ang'schaut wie einen Außerirdischen ... es war dort sowieso jeder positiv, also keiner hat einen negativen Harn zusammengebracht. Ich hab es dann auch nicht lang ausgehalten und bin dann wieder gegangen*“ (Kl10).

Die Bereitschaft zur Behandlung: „*Wirklich angemeldet hab ich mich, wo ich gewusst habe, ich muss jetzt was machen, weil sonst bin ich tot*“ (Kl4).

Geht die **Initiative von den Eltern** aus, wird die professionelle Suchthilfe zumeist nur punktuell in Anspruch genommen (Kl10, Kl3). Dem Druck der Familie, sich

einer professionellen Behandlung zu unterziehen, wird bis zu einem gewissen Grad nachgegeben, der erhoffte Erfolg bleibt aber letztendlich aus: „..., das war nicht von mir sondern von der Familie und ich hab halt ja gesagt, obwohl ich es eigentlich nicht wollte. Ich hab dann immer die Biege gemacht, hab entzogen und bin dann immer weg.“ (Kl10).

Widrige, äußere Umstände (Kl3, Kl10) wie der Verlust der Wohnung, Schulden, drohende Haftstrafen, massive gesundheitliche Probleme fördern die Entscheidung, sich in professionelle Betreuung zu begeben. Was allerdings nicht immer bedeutet, dass die Betroffenen deshalb für sich „selber aufhören wollen“, sie tun es „wegen der äußereren Rahmenbedingungen“ (Kl3). Die Erfahrung wiederholter wirkungsloser Entzüge, die Angst vor weiterem sozialen Abstieg, vor dem Abgleiten in die Kriminalität, dem Verlust der Arbeitsfähigkeit, der Kreativität, des Kindes und schließlich des Lebens führt aber dann zur „Selbsterkenntnis“ (Kl1, Kl2, Kl6, Kl4, Kl9), „professionelle Hilfe in Kauf zu nehmen“ zu müssen (Kl1). Die widrigen, äußeren Umstände werden in vollem Ausmaß allerdings zumeist erst beim späteren Nachdenken über das eigene Leben im Drogenmilieu sichtbar: „Viele, viele Freunde sind an Überdosierung gestorben und so schreckliche Dinge sind passiert, die man, wenn man draußen ist, auch als schrecklich registriert, aber wenn man drinnen ist, es nicht als so schrecklich ansieht, weil es einfach so ist. Das hat mich dann bewogen, mein Vorhaben wirklich zu wollen und das nicht nur pro forma zu machen“ (Kl2).

Ein anderer Zugang zur Behandlung verläuft über „Therapie statt Strafe“ (Kl8, Kl7, Kl5, Kl10). Die drohende Haftstrafe bei Therapieabbruch kann dabei immer wieder die beabsichtigte Wirkung entfalten: „Ich bin zwar freiwillig hin, aber ich weiß nicht, in wie weit ich den Hut drauf g'haut hätt', wenn ich nicht irgendwo im Hinterkopf dann auch gehabt hätt': ,Okay, ja nachher steht dann Gefängnis an‘“ (Kl10). „Therapie statt Strafe“ wird auch als Erweiterung des eigenen Handlungsspielraums im repressiven System gesehen, eine Art „Ass im Ärmel“, das bei Bedarf selbstständig ausgespielt werden kann: „Ich habe einen Antrag auf Therapie statt Strafe gestellt und gewusst, der wird durchgehen, ... da hab ich mir keine Sorgen machen müssen ... Ich habe gesagt: ,Ich möchte Therapie statt Strafe, weil ich einfach genug von dem Leben habe.‘ So habe ich das dem Richter reingepresst“ (Kl5). Als Zugang, der allerdings nicht allen gleichermaßen offen steht: „Ich war damals schon etwas älter, 34/35 Jahre. Ich dachte schon, die nehmen mich nicht mehr. Jüngere haben bessere Chancen als Ältere, die schon so lange am Gift sind“ (Kl8).

Auch wenn das über „Therapie statt Strafe“ vermittelte Angebot nicht zur gewünschten Abstinenz führt (Kl5, Kl7, Kl8), kann sie zu positiver Erfahrung verhelfen: „Die Kurzzeittherapie hat mir gut getan. Es war Frühling, wir haben Wanderungen gemacht, lauter so Sachen, die man ja sonst nicht macht“ (Kl8). Sie erleichtert auch den Zugang zu anderen Angeboten der Suchthilfe, die genutzt werden können, um negative Folgeprobleme zu vermindern: „Hab mich wieder substituieren lassen, hab aufgehört zu stehlen und mit dem ganzen Scheiß“ (Kl6).

In der Suchthilfe – Erfahrungen mit Einrichtungen: „*Da hat mich eine gefragt, was ich vor habe, nach dem Entzug. Ich hab' gesagt: ,Wenn ich rauskomme, nehme ich nie wieder Heroin, nur mehr Antapentan oder Captagon.‘ Die hat die Hände über den Kopf zusammengeschlagen und ich habe mir gedacht: ,Was hat die denn?“ (Kl2).*

Für die **KonsumentInnen der 70er Jahre** (Kl6, Kl8) waren die wenigen **ambulanten Einrichtungen, vor allem das H und die Drogenambulanz des F, wichtige Zufluchtsstätten** – vor der Polizei, aber auch bei anderen Problemen: Man hatte „*immer Verbindung zur Drogenambulanz, man hat immer irgendwas gebraucht, einen Schrieb fürs Gericht oder so*“ (Kl8). Die Beliebtheit der Drogenambulanz und der angeschlossenen Entzugsstation ist auf die dort tätigen Ärzte zurückzuführen, die – trotz immer wieder aufflackernder Konflikte – als hilfsbereit, verständnisvoll und wohlwollend erlebt werden: „*Ich hab viele Leute gekannt, die rausgeflogen sind. ... aber bis das passiert ist, hat er [Dr. Z.] wirklich alle Augen zugeschränkt. Irgendwann geht es dann einfach nicht mehr, weil er hat ja auch eine Verantwortung. ... aber die Leute haben im Nachhinein alle gesagt: ,Es war trotzdem ehrlich. Ich hätte das auch gemacht, wenn ich an seiner Stelle gewesen wäre. Ich hätte mich auch rausgeschmissen*“ (Kl6). Positiv erwähnt wird auch der Umgang mit Rückfällen: „*Beim Dr. Z. war das ganz was anderes, der hat mit Rückfällen gerechnet: 2 bis 3 mal sehe ich dich sicher da, bevor du es einmal schaffst, über längere Zeit clean zu bleiben. Der hat die Materie so gesehen, wie sie ist. Das ist bei Ärzten relativ selten ...*“ (Kl6). Und sehr positiv hervorgehoben werden die innovativen Therapien, wie etwa die Substitution mit morphinhaltigen Mitteln (Kl6, Kl8), die zu einer Zeit einsetzte, als sie in Österreich noch stark umstritten war. Die Konflikte werden mit dem Pflegepersonal ausgetragen: „*Es kann nicht so eine große Schuld sein, wenn ich einmal statt um 7:30 um 8:00 komm. Ich wollte da raus, die wollten mir auch helfen, aber wenn dann die Handlanger von den Leuten, die dir helfen wollen, so einen Fehler machen, der dich aus der Bahn haut ... Da war ich so verletzt und verwirrt und dann bin ich zornig geworden und hab gedroht ... Ich war dort nicht mehr erwünscht ... Mit Widerwillen hab ich mir dann das Heroin wieder reing'haut*“ (Kl8).

Die jüngeren Befragten gehen ganz allgemein weit seltener auf besondere Einrichtungen ein. Die ambulanten Betreuungsangebote sind umfangreicher und vielfältiger geworden, neben den spezifischen der Wiener Drogenhilfe, umfassen sie nun auch unspezifische, wie zum Beispiel die niedergelassener PsychotherapeutInnen. Der Zugang ist meist unproblematisch, sofern es nicht zu Engpässen und daraus resultierenden Wartezeiten kommt, die besonders von deprivierten Personen (wie z.B. Obdachlosen) sehr schmerhaft erlebt werden: „... *ich will nicht mehr zur Scheiß Karlsplatz-Drogenszene hin. Ich will mein eigenes Leben leben. Es lässt sich momentan, teilweise nicht verhindern, eben weil ich noch in der Wartezeit bin*“ (Kl5).

Nicht zuletzt deshalb, weil sie helfen die Wartezeiten zu überbrücken, werden die niederschwellige Einrichtungen sehr positiv erwähnt: „*Ja, die sind total leiwand. Gott sei Dank, dass es so etwas gibt. ... Das ist nicht selbstverständlich. Ich hab ihnen oft genug gesagt ...: ,Ich bin so froh, dass es euch gibt!*“ (Kl5)

und: „... die Streetworker, das sind die, die ich am besten kenn'. Weil ich von den Streetworkern direkt hier zur Frau T. [Mitarbeiterin der Suchthilfeeinrichtung C] gekommen bin“ (K11). In den niederschwelligen Einrichtungen wird die geeignete Betreuungsform gefunden und vermittelt – Psychotherapie und Substitution in der Nähe des Wohnortes im Falle von K11, „betreutes Wohnen“ und ein Beschäftigungsangebot im Falle von K15.

Die psychotherapeutischen Angebote der ambulanten Einrichtungen werden von den Befragten selbst dann gut angenommen, wenn es sich um „Therapie statt Strafe“ handelt. Die mit den Vorgaben verbundenen Reglementierungen führen zwar zum Widerstand, doch kann dieser im psychotherapeutischen Setting bearbeitet und die mangelnde Motivation überwunden werden: „*Da bin ich einmal in der Woche hingegangen, zu einer Therapie ... dann ist mir das ... auf die Nerven gegangen und ich hab' aufgehört, mich auf die Therapie einzulassen. ... Ich wollte eine Zeit lang, ... 2 – 3 Monate einmal, ohne irgendwas probieren. Ich hab dann mit dem Therapeuten das vereinbart, dass ich noch eine Zeit lang dabei bleibe. Wenn ich gesagt habe: ,Okay, ich brauch' es', dann habe ich ihn angerufen und ... wir können uns gegen Ende der Woche treffen. Da ist es mir eine Zeit gut gegangen, und dann habe ich wieder gesagt: ,Ich mache es wieder wöchentlich'. Ein Jahr ist es dann so weiter gegangen*“ (K17). Ist die Psychotherapie mit Kosten verbunden, wird zumeist darauf verzichtet, da die Verschuldung aufgrund der Drogenkarriere häufig groß ist: „*Leider Gottes hätte ich dann ein Drittel selber finanzieren müssen. Das wären 30 Euro in der Woche, das sind 120 Euro im Monat, das ist auf keinen Fall drinnen. Das ist das Problem, weil sonst hätte ich es gerne noch ein bisschen weiter gemacht. Vor allem jetzt, ... weil ich jetzt weiß, wohin ich mich wenden könnte, wo ich Zeit für ein therapeutisches Gespräch habe*“ (K17).

Im Gegensatz zur ambulanten Betreuung wird der stationäre Entzug von den älteren Befragten als durchgängig problematisch dargestellt: So wird über das Ruhigestellen mit Schlafmitteln (K18) an der psychiatrischen Klinik des F berichtet. Als „schrecklich“ wurden die sogenannten „Narcanti-Entzüge“ erlebt (K16), die an der Anfang der 80er Jahre gegründeten Entzugstation des F durchgeführt wurden. Und als „gefährlich“ wird der später eingesetzte „Schlafentzug“ eingestuft: „*Man bekam so Medikamentencocktails und die dachten man schläft da 14 Tage, man hat aber doch einiges mitbekriegt. Ich hatte lange Fingernägel und hab mich damit selbst verletzt. Ich bekam mit, wie sie mir mit so langen Nadeln in die Leiste gestochen haben und Blut abzapften. Man war in so einem Dämmerzustand, die Eindrücke waren halb real halb Traum*“ (K18). Den Betroffenen war bewusst, dass die Entzüge damals noch „in den Kinderschuhen“ (K18, K16) steckten, mangels Alternativen wurde das Angebot aber wiederholt in Anspruch genommen.

Als defizitär wurde auch der Entzug am G erlebt. Kritisiert werden die mangelhafte medizinische Versorgung, die inhumane Betreuung, die gemeinsame Unterbringung mit AlkoholikerInnen und psychiatrisch Erkrankten und die Anhaltung: „*Die Betreuung dort war zu wenig, und war nicht adäquat, man ist damals unter psychisch Kranken gelegen. ... weil der Entzug so arg war, habe ich gebeten, dass sie mir etwas geben, da haben sie gesagt, ich bekomme nichts. Da wollte ich*

gehen, weil ich ja freiwillig da war. Sie ließen mich nicht mehr gehen. Da habe ich angefangen gegen Kästen und Türen zu schlagen und so. Dann sagten sie, wenn ich nicht aufhöre, dann sperren sie mich in das Gitterbett. Auf einmal war ich da gefangen. Das war dann auch das letzte Mal, dass ich auf den Steinhof gegangen bin“ (Kl2). Von ähnlichen Erfahrungen berichtet ein anderer Befragter: „Zu den Patienten hatte ich überhaupt keinen Bezug, denn die waren auf Alkohol bis wirklich psychisch krank. ... Ich war vier oder fünf Tage dort, hab keine einzige Sekunde geschlafen ... Die Schmerzen, ich konnte nichts essen, ich war ein Wrack. Wenn ein Arzt kam und ich sagte: ‚Das geht so nicht, ich halt das nicht aus‘, meinte der: ‚Das gehört halt dazu, in 14 Tagen ist es eh vorbei‘. Am fünften Tag hab ich es dann abgebrochen“ (Kl6).

Jüngere Behandelte (Kl5, Kl7, Kl9, Kl10, Kl11) erwähnen lediglich in welchen Einrichtungen sie entzogen haben. Der Entzug ist heute eine Routinebehandlung, die nicht weiter kommentiert wird. Kritisiert wird nur, dass Entzugsbehandlungen immer rascher durchgeführt – „*Das G entzieht immer schneller, lässt den Leuten weniger Zeit ...*“ (Kl10) – und die Wartezeiten immer länger werden: „... wie ich das erste Mal auf Entzug gegangen bin, hab ich zwei Wochen gewartet, jetzt wartet man ... sechs bis acht Monate“ (Kl10).

Bei der stationären Langzeittherapie überwiegen bei den älteren, wie bei den jüngeren Befragten die ambivalenten Aussagen, obwohl sich die Behandlungsmethoden im Beobachtungszeitraum maßgeblich verändert haben. So wurden jene, die in den 70er und 80er Jahren stationär behandelt wurden, konfrontativen Techniken ausgesetzt: „*Das war eine eher extreme Form noch der Körpertherapie, schreien, brüllen, spucken, kotzen. ... So knallhart Eindringen ist schon heftig*“ . Das Verhalten einzelner TherapeutInnen sei distanzlos und unprofessionell gewesen und würde aus heutiger Sicht als Missbrauch geahndet werden: „*Es hat dort noch so unschöne Dinge gegeben, dass TherapeutInnen mit PatientInnen ins Bett gegangen sind. Mir ist das nicht passiert, habe das aber aus sicheren Quellen gewusst.*“ (Kl2). Die Kontrolle der Abstinenz war mangelhaft: „*Dass jemand verdeckt rückfällig war, das war mehr oder minder gang und gäbe*“ (Kl2). Es fällt leicht, die MitarbeiterInnen zu täuschen: „... dann habe ich mit der Zeit gemerkt wie der Hase läuft, dass unter den Patienten irrsinnig geschummelt wird in Bezug auf Drogen“ (Kl2). Doch konnte auch diese Behandlung wirksam sein: „*Ich bin nach Wien reingefahren, habe Heroin gespritzt, ... , drei hintereinander innerhalb von 2 Stunden. Aber draußen [Suchthilfeeinrichtung A] haben sie es schon geschafft gehabt, so viel bei mir aufzureißen, dass ich trotz Drogen diesen Zustand, wo dir alles egal war, nicht mehr erreicht habe. Es hat also ‚Klack‘ gemacht. Ab da hab ich die Therapie wirklich für mich gemacht. Nicht wegen der Schulden oder wegen dem Körper*“ (Kl3).

Die Langzeittherapie wird über die drogenpolitischen Phasen hinweg aber gleichermaßen als entmündigend erlebt, auch wenn die Entmündigung nachträglich betrachtet, doch immer wieder auch als notwendig und unumgänglich gesehen wird: „*Es ist einfach so, dass du wirklich entmündigt gehörst. Es nutzt (sonst) alles nicht. Es muss total radikal gemacht werden.*“ (Kl4) und „*Du kommst da als*

Erwachsener rein, und ... jetzt muss der Zustand wieder hergestellt werden, wo ich ein Kind bin, das erzogen werden muss und das wird auch erzogen“ (Kl9).

Die Entmündigung ist unter anderem auf eine stark reglementierte Tagesstruktur zurückzuführen, die zugleich als stützend, beengend und belastend erlebt wird: Die zahlreichen Regeln, die es im stationären Alltag einzuhalten gilt, überfordern. Sie erzeugen Druck und machen Angst vor unabsichtlichen Übertretungen und Bestrafung: „*Es gibt wahnsinnig viele Verwarnungsbereiche. Bei jeder Minute zu spät aufstehen oder zu spät kommen gibt es eine Verwarnung. Dadurch gibt es sehr viele Bestrafungsaktionen ... Da war für mich halt das Problem, dass ich schon Angst gehabt habe irgendetwas falsch zu machen, ... ob ich eh nichts vergessen habe, ob ich eh nichts übersehe, ob ich eh alles richtig mache, weil sonst gibt es was ... Ich bin echt schon in der Früh habt acht gestanden und zack, zack, zack, jetzt muss ich funktionieren und nichts darf schief gehen. Das war auch wirklich wahnsinnig anstrengend*“ (Kl9). Andererseits geben die Regeln Halt: „*Für mich war sehr positiv und auch irgendwie die Rettung, diese dichte Struktur, die einem vorgegeben wird*“ (Kl9) und „... das ist halt wahrscheinlich auch Sinn und Zweck des Ganzen. Die Idee, die da dahinter steht ist, dass es Konsequenzen gibt. Das wird immer verglichen mit dem Leben. Das macht halt viel Druck.“ (Kl9). Und zusätzlich ermöglichen sie – wenn sie transparent sind – Selbstbestimmung: „*Ich hab noch I [stationäre Suchthilfeeinrichtung] gemacht, ich muss sagen, das ist eines der besten Systeme, ... da steht keiner hinter dir, der dir auf die Finger klopft, sondern da weißt du, wenn du eine Grenzüberschreitung machst, ... dass du die Konsequenzen dafür tragen musst. Da ist keiner dort, der dir sagt: ,Du, du, du, das darfst nicht‘, sondern: ,Ja, mach’s, aber die Konsequenzen musst du nehmen‘“ (Kl7). Das aufwendige Regelwerk kann aber auch als Machtinstrument der MitarbeiterInnen gesehen werden, dass dazu benutzt wird, „unliebsame“ KlientInnen los zu werden: „*Normalerweise wird an Fehlern gearbeitet. Ich habe einen Fehler gemacht und mich haben sie rausgehaut. Die wollten mich von Anfang an nicht haben, dass habe ich gespürt*“ (Kl6).*

Ein weiteres mehrfach angesprochenes Problem ist das Zusammenleben unterschiedlichster Personen auf engem Raum, die gleich behandelt werden: „*Es gibt oft ganz starke Altersunterschiede. In meiner Wohngruppe war das jüngste Mädchen 16 und der älteste war 38. Da fahrt aber die Eisenbahn drüber, da gibt es das gleiche Programm. Ich fände es super, wenn da persönlicher darauf eingegangen wird, weil das löst manchmal eine extreme Wut aus. Das wird dann auch zu einer Kluft zwischen den Patienten*“ (Kl9).

Die **Vorbetreuung**, als Motivationsprüfung für die Langzeittherapie, wird überwiegend als hilfreich erlebt, doch wird der Beitrag der **Nachbetreuung** zur erfolgreichen Behandlung höher eingestuft und wird sie als eine Form der Entwöhnung von der Entmündigung gesehen: „*Die Nachbetreuung ist ganz, ganz wichtig, ... A [stationäre Suchthilfeeinrichtung], mit der Dichte und der Dauerstruktur, das steht im krassen Gegenteil dazu, wie es dann in deiner Wohnung ist und im Leben.*“ (Kl9) Und: „*Ich bin der Meinung, dass war ganz, ganz wichtig, um die Füße auf den Boden zu kriegen und zu halten. ... Ohne dem ist es so: ,Ich*

„streichle dich kurz und dann stelle ich dich dort hinein, wo du hergekommen bist“ (Kl2). Am Ende der Langzeittherapie ist die Gefahr des Rückfalls und des erneuten Abgleitens in die Sucht groß: „*Du musst dir vorstellen, du lebst ein Jahr lang in einem goldenen Käfig und kommst raus und die Welt schaut ganz anders aus. Das habe ich am Anfang nicht ausgehalten und habe mir was reingehaut*“ (Kl6). Gleichzeitig ist aber auch die Bereitschaft, zurück auf die Station und in ihren reglementierten Tagesablauf zu gehen, sehr gering: „*Ich wollt nicht mehr zurück nach A [stationäre Suchthilfeeinrichtung], weil A ist ziemlich straff ...*“ (Kl6) Und „... *ich wollte dort auf keinen Fall mehr zurück, das war eine Horrorvorstellung*“ (Kl2).

Die Beschäftigungsangebote im Rahmen einer Langzeittherapie stoßen zumeist auf Ablehnung und werden als „Ausbeutung“ gesehen: „*Dass [diese Einrichtung] gefördert wird, ist eine Frechheit, weil die machen nichts anderes, als sich da draußen ein Imperium aufzubauen. Lauter Bauernhöfe, auf Kosten der Suchtkranken*“ (Kl7). Und: „*Ich will in kein Arbeitslager*“ (Kl5). Hingegen werden **berufliche Qualifizierungs- und Reintegrationsmaßnahmen, die vor allem nach der Behandlung angeboten werden**, begrüßt und gerne in Anspruch genommen: „... *ich habe das sehr genossen, dass ich da den Computerführerschein nachmachen hab können*“ (Kl7). Und: „... *da habe ich den Taxischein gemacht und bin dann auch gefahren, ... Den Taxischein habe ich in der Nachbetreuung gemacht*“ (Kl2). Wie: „*Ich bin froh, dass es so was gibt [befristete Anstellung in einem sozialökonomischen Betrieb], in meiner Situation, die Schule nicht fertig, keine Ausbildung ... Man braucht nicht lügen, warum man jetzt jahrelang nicht gearbeitet hat, man kommt wieder ins Arbeiten rein ... ich möchte dann Weiterbildungskurse machen am WIFI, ... Das wird unterstützt. Man wird auch unterstützt in der Integration in den ersten Arbeitsmarkt, das ist begleitend*“ (Kl10).

Angesichts zahlreicher erfolgloser Entzüge ist **das Substitutionsprogramm für ältere Behandelte** eine Möglichkeit den Kontakt zum Drogenmilieu und zur häufig von Suchtproblemen gezeichneten Familie abzubrechen (Kl6, Kl8). „*Das Problem war, mein Bruder, der ist vor zwei Jahren an einer Überdosis gestorben ... es war sehr schwer auszuweichen, weil er immer um mich war*“ (Kl6). Am Beginn war die Zahl der Betreuungsplätze allerdings beschränkt und waren die Nebenwirkungen der damals verabreichten Ersatzdroge – des Heptadon – belastend. Eine langjährige Behandlung erschien erst ab dem Zeitpunkt, ab dem morphinhaltige Substitutionsmittel eingesetzt wurden, denkbar: „*Ich dachte mir dann, am besten ist, ich suche mir was, wo ich keinen Grund habe, irgendwas auszuweichen und versuche da eine Dosis zu erwischen, wo ich leben kann*“ (Kl6). Auch sie waren anfänglich nur in Ausnahmefällen erhältlich: bei besonderer Vertrauenswürdigkeit (Kl6), bei Beharrlichkeit oder bei einem Partner, der bereits entsprechend eingestellt war (Kl8).

Bei **jüngeren Befragten** führt die Abwägung diverser Folgeprobleme zum Entschluss, das Ersatzdrogenprogramm in Anspruch zu nehmen: „*Bevor ich wieder stehlen gehe und wieder ins Gefängnis, da lasse ich mich lieber substituieren*“ (Kl5). Bei der Abwägung spielen auch präventive Überlegungen eine Rolle: Kommt man ins Gefängnis, wird nur dann substituiert, wenn man bereits in Freiheit ein-

gestellt wurde. Die Entscheidung für die Substitutionsbehandlung fällt trotz allem nicht leicht, da sie die Drogenabhängigkeit quasi „veröffentlicht“: „... ich habe mir gedacht, das liegt dann überall auf“ (Kl5). Bevor die Krankenkassen die Behandlungskosten übernahmen, wurden viele zusätzlich durch die finanzielle Belastung abgeschreckt: „... da war ich bei der Dr. W. im ersten Bezirk ... Die hat ein Schweinegeld [2500 Schilling pro Monat] genommen für das Rezept“ (Kl7).

Im Gegensatz zum Entzug wird die Substitutionsbehandlung durchgängig als **Experimentierfeld** erlebt: „... das Substitutionsmittel (hat) zumindest in der Anfangszeit die Droge nicht ersetzt, sondern nur den Entzug beseitigt ... Dann passiert folgendes: Man nimmt dieses Ersatzding ... und ist einmal körperlich so gut beieinander, um sich etwas für den ‚Kick im Kopf‘ aufzustellen. Das hat einigen das Leben gekostet“ (Kl6). Und: „Hat sich ja lange niemand ausgekannt. Da hat es noch die Allerweltstherapie gegeben, da heißt es: ‚Ja, gebt ihm ein Methadon. Wie groß ist er? Ja, 65 mg.‘ Das war so die Standarddosis“ (Kl7). Wiederholt wird über negative Erfahrungen mit dem Substitutionsmittel Methadon berichtet (Kl6, Kl7, Kl8): „Das Methadon ist der größte Dreck, den es überhaupt gibt. Durch das bin ich mehr abhängig geworden als durch alles andere“ (Kl7). Die Erweiterung der Palette um morphinhaltige Präparate wurde folgerichtig als Verbesserung erlebt, wie auch die intensivere und individuell abgestimmte Betreuung, die damit einhergeht. Die Erweiterung hat andererseits aber auch neue Probleme mit sich gebracht – Probleme der Ein- und Umstellung auf ein bestimmtes Präparat: „Es hat sich auch mit Subotex lange keiner ausgekannt. ... die [Ärztin] hat mir ein Subotex nach dem anderen gegeben, ... ich hab nur noch angefangen mit Entzugserscheinungen ... sagt sie: ‚Das versteh ich aber nicht, da haben Sie noch eines, noch eines, noch eines ... gehen Sie einmal nach Hause.‘ Ich habe nicht einmal mehr richtig gehen können. Und dann bin ich nach Hause, hab mir noch einmal was nachgeworfen, weil ich hab nur noch Entzugserscheinungen gehabt, schwerste, ... Am Abend hat es wenigstens ein bisschen nachgelassen, da habe ich wieder was genommen und da hätte ich beinahe eine Überdosis gehabt. Am nächsten Tag hat sie gefragt: ‚Wie ist es Ihnen gegangen?‘, sag ich: ‚Seien Sie ehrlich, lesen Sie das [Dosierungsempfehlung] nicht?‘“ (Kl7). Mit dem Ausbau des Programms werden die Behandelnden zunehmend auch als überfordert und wenig ansprechbar erlebt: „Ich seh's bei meiner Hausärztin. Die hat angefangen mit, ich weiß nicht, 40 oder 50 Substitutionspatienten. Jetzt hat sie, ich weiß gar nicht, 200, ...“ (Kl7) und: „Es war auch nicht das, was ich wollt, weil ich wollt irgendjemand mit dem ich auch reden kann und bei einer Ärztin, die hat so viele Patienten, dass das nun einmal nicht geht“ (Kl11).

Mehrere Substituierte (Kl6, Kl7, Kl8) berichten von der **missbräuchlichen Verwendung des Substitutionsprogramms**. Erwähnt wird, dass DrogennutzerInnen, vor allem Jugendliche, zu rasch aufgenommen und zu hoch dosiert werden (Kl6, Kl7, Kl8) und dass es zu wenig Kontrollen gibt: „Es wird sehr viel Schindluder getrieben ... Leute kommen ins Ersatzprogramm, die es nicht unbedingt notwendig gehabt hätten und die dann im Nachhinein, über das Programm mehr drauf sind als vorher“ (Kl6). Und den Substituierten wird der Missbrauch durch unerfahrenen ÄrztlInnen ermöglicht: „... stellen sie dich ein auf 800 mg Morphinum, ... in der Beobachtung kommt man dann drauf, dass der mit 300 auch auskommt. Es gibt

solche, die das an den Hausarzt übergeben, der sich überhaupt nicht oder wenig auskennt. Dann schreibt der 800 mg weiter. Damit gibt der dem 500 mg zum Verkaufen. ... er hat zwar ein bisschen ein Geld, dass er weiter existieren kann, aber er kauft sich mit dem Geld wieder nur Drogen“ (Kl7).

Konflikte entstehen auch bei der Konsumform, Vorschreibungen werden gerne als unsinnige Bevormundung wahrgenommen: „*Ich find das überhaupt blöd: „Ich erlaube Dir, etwas Unerlaubtes zu nehmen, aber wie Du das nimmst, bestimme ich!“*“ (Kl6). Viele Befragte schrecken trotz der massiven Nebenwirkungen, die bei der intravenösen Einnahme zu erwarten sind, nicht davor zurück: „*Zu meiner Zeit bekam man das Methadon pur, dann mit Wasser verdünnt, auch noch kein Problem, dann nimmt man halt einen größere Spritze, dann haben sie es mit Sirup verdünnt und das zu spritzen hat immer in einem Fieberschub bis über 40 Grad und Schüttler ausgeartet*“ (Kl6). Von einer Befragten wird allerdings bewußt ein Substitutionsmittel gewählt, das schwierig zu spritzen ist: „*Da wollten sie mir damals Substidol geben. Diese Kapseln, die wollt ich nicht ... weil ich gewusst hab, dass man die spritzen kann ... Na, ich hab auch gehört, dass man sich die Kompensan spritzen kann. Das ist halt komplizierter, als wenn du die Kapsel aufmachst und es rein leerst*“ (Kl11). Letztendlich löst sich das Problem des intravenösen Konsum von selbst, denn: „*Das Spritzen erübrigt sich mit der Dauer der Durchführung, da es irgendwann aus körperlichen Gründen nicht mehr möglich ist*“ (Kl6).

Das Wissen, das die Substituierten während ihrer langjährigen Erfahrungen mit illegalen Drogen und Substitutionsmitteln gesammelt haben, wird bei der Programmgestaltung ihrer Meinung nach zu wenig berücksichtigt: „*Ich weiß nicht, ob die Statistik das aufzeigt und ob klar war, wie es zu diesen Überdosis-Anhäufungen kam. Ich glaub, das hat nie jemand eruiert, oder das war denen vollkommen wurscht, aber schuld war das falsche Programm*“ (Kl6). Und auch wenn die Drogenabhängigkeit als chronische Krankheit und die Substitution als deren medizinische Therapie definiert wird, so wird die Inanspruchnahme des Ersatzdrogenprogramms doch als **stigmatisierend** erlebt und gerne geheim gehalten. Dies gelingt nicht immer und kann im Berufsleben existenzbedrohende Konsequenzen haben: „*War ein super Job, und auf einmal ruft mich der Werkstellenleiter rein, legt mir einen Zettel hin und sagt, da steht drinnen, dass ich ... im Methadonprogramm bin und dass ich so und so viel nehme und dass ich drogensüchtig bin. ... Am Anfang ... habe ich es nicht angegeben. Für was denn auch, ein Zuckerdiabetiker muss sich auch nicht angeben. ... Also da ist jemand draufgekommen, der heiß war auf mich, und hat das quasi denen gesteckt*“ (Kl7). Auch bei der Inanspruchnahme sozialer Einrichtungen, erleben sich Substituierte als Menschen zweiter, wenn nicht sogar dritter Klasse: „*Eine Fixzuweisung für ein Männerwohnheim dauert Ewigkeiten, vor allem für Leute, die substituiert sind. Die Substituierten müssen überhaupt länger warten als jeder andere, als Alkoholiker zum Beispiel, obwohl die mehr Ärger machen als einer, der substituiert ist. Die substituierten Leute, die geben eine Ruhe, die sind ruhig*“ (Kl5).

Ein langjährig Substituierter hat die Sucht als **chronische, lebenslang behandlungsbedürftige Erkrankung** akzeptiert, für eine andere ist die Einnahme

von Ersatzdrogen keine Lebensperspektive (Kl8): Sie gibt das Ziel, abstinenz zu werden, nicht auf und versucht ihre Lebensumstände dementsprechend zu gestalten (Trennung vom drogenabhängigen Ehemann und dessen Freundeskreis). Unter den befragten Substituierten sind es die Frauen, die an einem abstinenzorientierten Ziel festhalten (Kl8, Kl11), sie können entweder mit familiärer Unterstützung rechnen, oder werden gut betreut. Die Männer sind auf die Kontrolle ihrer körperlichen Symptome konzentriert (Kl5, Kl6, Kl7), sie sind mit Obdachlosigkeit und existenzbedrohenden Schulden konfrontiert. Von Arbeitslosigkeit sind allerdings fast alle betroffen.

Trotz aller Kritik wird das Substitutionsprogramm von den Befragten geschätzt und als Angebot wahrgenommen, das ein **normales und unauffälliges Leben** ermöglicht: „... seit zehn Jahren, egal wer mich kennt, wenn die Leute das wüssten, die würden das nicht glauben“ (Kl6). Es gibt Sicherheit und stabilisiert die Gesundheit: „Ich muss mir nur einmal in der Woche ein Rezept holen und mir das aus der Apotheke abholen ... Für mich ist es ein ganz normales Medikament, dass mir Sicherheit gibt. Das ist für mich in erster Linie sehr wichtig, das ist mein Anker. ... Ich werde durch das auch nicht kränker, es verändert nicht meine Organe oder sonst irgendwas, nicht mein Gehirn, dass ich dumm werde. Ich weiß seit 14 Jahren nicht mehr, was ein Entzug ist“ (Kl6). Solange die günstige Abgabe nicht gefährdet ist, können langjährig Substituierte (Kl6, Kl8) ihr Drogenproblem als gelöst betrachten: „Ich könnte mir vorstellen, dass die Substitution weiter geht ... aber du kriegst es nicht mehr auf Rezept, sondern du musst es selbst bezahlen. Das kann dann schon sehr teuer sein“ (Kl6).

Auch **abstinenten Befragte** akzeptieren die Substitutionstherapie als Behandlungsvariante: „Es kommt darauf an, was jemand möchte, zu was er in der Lage ist, oder was er investieren will, oder ob einer zufrieden ist, in einem Substitutionsprogramm aufgenommen zu werden, und das bis zu seinem Lebensende ...“ (Kl1). Sie verhilft Betroffenen zu „einem Leben in Würde“, verhindert „Beschaffungskriminalität“ und ermöglicht berufliche und gesellschaftliche Integration (Kl3). In einer Abstinenz um jeden Preis wird kein Sinn gesehen, denn: „Was nutzt das nüchtern sein, wenn du das Leben emotionell einfach nicht packst. Da ist es hundert Mal besser, die Leute kriegen eine Substitution und haben ihre Ration jeden Tag“ (Kl4). Außerdem weiß man heute: „... dass Leute wirklich total wegkommen, das gibt es nicht so oft“ (Kl3). Sie sind allerdings froh, dass sie sich selbst noch nicht für diese Variante entscheiden konnten: „Ich bin froh, dass ich dem entkommen bin. Möglicherweise wäre ich da heute immer noch substituiert. ... einerseits ist es gut, dass es das gibt und andererseits sehe ich auch, dass viele ... keine Motivation und keinen Druck haben, es wirklich zu versuchen ... sie stellen sich auf den Standpunkt, das steht mir zu – stimmt ja auch – und lassen sich quasi versorgen: ‚Ich bin ja krank und ich kann ja nichts dagegen tun‘. Für manche passt das schon, aber es gibt auch viele Trittbrettfahrer“ (Kl2).

Abschließend ist zu erwähnen, dass **die Inanspruchnahme einer Behandlungseinrichtung im Extremfall zum Einstieg** in den Konsum illegaler Drogen führen kann: „Anfangen hab ich eigentlich nur, da war ich im J [ambulante psychosoziale Behandlungseinrichtung], ... Da bin ich hingegangen, ..., wie mein

Vater gestorben ist, ... und dann hab ich auch das erste mal Tabletten gekriegt, Antidepressiva. Und so hat das ganze angefangen“ (Kl11).

Die Institutionen der Strafverfolgung

Die Polizei

Alle Befragten kamen mit der Polizei in Kontakt, doch waren die Kontakte von **recht unterschiedlicher Intensität**. Je angepasster eine DrogenkonsumentIn wirkte, desto weniger bekam er oder sie mit der Polizei zu tun (Kl1, Kl4, Kl9): „*Ich war ein Großhandelskaufmann mit Dienstauto, Anzug und Lederkoffer. Einmal bin ich im Auto aufgehalten worden, da war ich sehr stark von reinem Heroin beeinflusst, da habe ich gesagt, ich wär' einfach sehr müde, ich sei von einer längeren Dienstreise zurückgekommen. Das habe ich dann auch vor dem Amtsarzt gesagt und da habe ich den Führerschein sofort wieder bekommen*“ (Kl1). Und auch das „schwache“ weibliche Geschlecht kann vor polizeilichem Interesse schützen: „*Kontakte mit der Polizei? Das war skurril. Damals war ich 21. Das arme kleine Mädchen haben sie heim geschickt und den bösen Buben (ihren Lebensgefährten) haben sie eingeliefert [in die Psychiatrie]*“ (Kl3).

DrogenkonsumentInnen, die dem Stereotyp des Junkies entsprechen – männlich, arbeitslos, kriminell, Unterschicht, mangelnder familiärer Rückhalt – berichten von wiederholten Zusammenstößen mit der Polizei, von polizeilicher Härte und von Haft und Verurteilungen (Kl6, Kl11, Kl18): „*Irgendwer hat mich vernadert, der hat gemeint, der hackelt nichts, der könnte damit (Bankraub) was zu tun haben*“ (Kl2).

Ein wiederkehrendes Thema ist die **Androhung und der Einsatz von körperlicher Gewalt** durch die Exekutive. Die jüngste Befragte schildert den Versuch eines Polizisten, sie beim Betreten der Wohnung eines Dealers als Schutzschild einzusetzen: „... *er [der Polizist] sagt voll zu mir, ich soll vorangehen. Hab ich gesagt: „Sind Sie wahnsinnig! Glauben Sie, ich lass' mich von dem erstechen oder von Ihnen erschießen?“ ... Für den war ich nur irgendein abgefickter Drogenjunkie und das find' ich so schlimm. Das jemand so denken kann. Und vor allem, ich war ja damals erst 17*“ (Kl11). Zwei Befragte geben an, geschlagen worden zu sein: „... *bumm, patsch ... viele Cobra-Polizisten in meiner Wohnung, die haben sie auf das fürchterlichste durchwiihlt, und hinten haben sie die zwanzig Deka Haschisch gefunden. Dann haben sie mich fürchterlichst niedergeschlagen und geprügelt ... Ich bin dann am Raubdezernat gesessen und die haben mich dort weiter verprügelt, bis sie draufgekommen sind, dass aus mir nichts herauszubekommen ist, weil ich es nicht gemacht habe*“ (Kl2). Und: „*1979... da bin ich das erste Mal ganz brutal mit der Polizei in Kontakt gekommen. Das war ja damals ganz anders wie heute, waren ganz andere Methoden ... das werde ich mein Leben lang nicht vergessen*“ (Kl6).

Polizeiliches Fehlverhalten wird unter anderem mit der **Angst der Polizei vor (schwarzafrikanischen) Dealern** erklärt: „*Da haben sie den H. ... erschossen. Aber das ist eher durch die Angst der Polizisten bedingt ... Also nicht ... weil die das absichtlich machen ... sondern einfach, weil sie selber Angst gehabt haben“* (Kl4). Die Angst vor „schwarzen“ Dealern, wie die Angst als Rassist zu gelten, wird für die verschärzte Verfolgung „harmloser“ weißer KonsumentInnen verantwortlich gemacht: „*Dann unsere Polizei ... die geht nur auf die Weißen los. Alles was schwarz oder dunkel ist, trauen sie sich nicht mehr ... Es ist furchtbar geworden. Die zerren die 16-, 17-Jährigen herum, wie wenn sie Schwerverbrecher wären ... Ich bin kein Rassist, glauben Sie mir ... aber ich finde es arg, was sie bei uns aufführen, mit den Drogen. Ich finde es wirklich schlimm. Es traut sich keiner was machen, keiner traut sich was sagen, wenn du was sagst, bist du ein Rassist“* (Kl7).

Eine Befragte wird Anfang 1970 im Alter von 16 Jahren in einer „Drogenwohnung“ aufgegriffen, in **Polizeihhaft** genommen und „vergessen“. Es gab keine Familie, die sich um sie kümmerte und das Heim, aus dem sie fortgelaufen war, war geschlossen worden. Als sie nach 11 Tagen zu randalieren begann, wurde sie auf die Psychiatrie überstellt und dort weiter festgehalten, bis sich eine Sozialarbeiterin um eine andere Unterbringungsmöglichkeit bemühte (Kl8).

Nur in wenigen Fällen werden die Begegnungen mit der Polizei **neutral und sachlich** geschildert: „*Das war im Notquartier in der Meldemannstraße, da sind die Beamten um sieben in der Früh gekommen: ,Sind sie der H. M?‘, und dann haben sie mich mitgenommen. Was soll man machen. Ich habe gewusst, was Sache ist“* (Kl5). Und: „*Bei der Kriminalpolizei waren sie total zuvorkommend ... die wollten noch Zusatzinformationen. Die waren sehr bemüht: ,Du hilfst uns, wir helfen Dir‘ ... mich auf Therapie gehen zu lassen“* (Kl10). Ein Befragter hielt sich bedeckt und wollte keine Auskünfte geben (Kl7).

Gericht und Gefängnis

RichterInnen werden sehr unterschiedlich erlebt. Teils werden sie als **unterstützend wahrgenommen**: „*[Die Richterin] hat gemeint, ich bin schon auf den Weg der Besserung und sie will mir nichts verbauen und hat mir dann 2 Monate bedingt auf 3 Jahre gegeben“* (Kl2), teils aber auch **vorurteilsbehaftet und verfolgend**: „*Sagt Ihnen der Begriff Blutrichter etwas? Das ist einer, der nichts gelten lässt. Lasst keine Milde walten und keine Argumente ... Der hat mich schon verurteilt, noch bevor ich im Gerichtssaal war“* (Kl5). Und: „*Der Untersuchungsrichter war ein Albtraum, ... der wollt unbedingt, dass ich (10 Jahre) in Häf‘n geh. ... in der Anklageschrift der Staatsanwaltschaft waren es nur mehr 3 Jahre“* (Kl10).

Fünf Befragte haben **Gefängnisaufenthalte** hinter sich (eine Polizei-, zwei Untersuchungshaft). Die Haftsituation wird zumeist als abschreckend (Kl5, Kl6, Kl7, Kl8, Kl10) erlebt, und nur in einem – ersten – Fall als Abenteuer geschildert (Kl5). Die Erfahrung des „Eingesperrt-Seins“ ist ein Wendepunkt, wenn auch nicht immer in die erwünschte Richtung. Sie kann sowohl größere Vorsicht beim Drogenverkauf bewirken (Kl6), wie die erstmalige Begegnung mit der Drogenhilfe

und den vielfältigen Angeboten von „Therapie statt Strafe“ (K15, K7, K8) wie auch das Einlassen auf Therapie: „*Ich bin mir immer eingesperrt vorgekommen, was ja eigentlich nicht war, bis ich dann wirklich eingesperrt war und dann gewusst hab, was eingesperrt ist*“ (K10).

Maßnahmen, die vor dem Kontakt mit repressiven Institutionen schützen sollen

Gehört man gehobenen sozialen Schichten an und hält man entsprechende Verhaltenscodizes ein, so ist man beim Drogenein- wie verkauf vor polizeilichen Kontakten weitgehend geschützt. Ein Befragter, dessen frühere Aktivitäten heute als Drogenhandel größerer Stil zu betrachten wären, meint: „*Ich glaube, dass 90% aus meinem Herkunfts米尔ieu unbeschadet durchgerutscht sind. Ich kenne überhaupt nur einen, der im Gefängnis war wegen Drogenhandel*“ (K11). Er führt dies aber auch auf Selbstbeschränkungen zurück: Wir waren „... nicht ungeschickt, wir haben uns sehr an unseren inneren Kreis, der relativ groß war, gehalten, wir haben das relativ gut gemacht“ (K11). Ein anderer Befragter, der sein Umfeld mit Drogen versorgte, anfangs allerdings unvorsichtig agierte und deshalb eine abschreckende Hafterfahrung über sich ergehen lassen musste, entwickelt daraufhin – erfolgreiche – Grundsätze: „*Von den Leuten, die von mir was bekommen haben, habe ich ganz sicher gewusst, der wird nie jemanden was weitergeben. Ich habe sehr auf die Mengen geachtet, die ich weitergegeben habe, wollte jemand eine größere Menge, hat er sie nicht bekommen. ... nur maximal zwei Tagesrationen*“ (K16).

Um beim Einkauf nicht erwischt zu werden, ist es ratsam den Drogenkonsum geheim zu halten und das kriminelle Milieu zu meiden (K19): „*Ich war immer alleine unterwegs. Es hat auch niemand gewusst davon. Ich glaub, dass das schon einmal weniger Gefahr war für mich*“ (K19). Für den Drogenkauf werden unauffällige Orte gewählt: „*Ich bin nicht zu den Ballungszentren gefahren, wie Westbahnhof oder Gumpendorferstraße oder Karlsplatz. Das war immer tabu. Ich hab immer geschaut, dass ich mir das in irgendwelchen Hintergässerln besorg*“ (K19) und Dealer des Vertrauens: „*Am Anfang ... stabile Kontakte, dann bin ich immer nachlässiger geworden ... Zum Schluss war ich dann nicht mehr sehr wählerisch. Da habe ich dann auch gemerkt, dass ich mich in Gefahr begebe*“ (K19).

Veränderungen der Wiener Drogenszene

Nach wichtigen Veränderungen befragt, meinen die Interviewten, die Süchtigen wären im Vergleich zu früher jünger (K13, K14, K17), ihre Zahl sei gestiegen, wie auch die Beschaffungskriminalität (K16), die Herkunftsfamilien wären „kaputter“ und die Hemmschwellen, etwas zu konsumieren, was einem nicht gut tut, niedriger (K12). Auch fänden der Konsum und Handel nun in der Öffentlichkeit statt: „*Es war unvorstellbar, öffentlich zu dealen oder zu konsumieren, das fand fast ausschließlich im privatem Umfeld statt. Damals war Süchtig-Sein eine Privatsache, nie in der Öffentlichkeit*“ (K16). Die Szene sei dabei unübersichtlicher und anonymer geworden: „... das war damals wie eine große Familie, wir haben uns alle gekannt, sind teilweise auch miteinander aufgewachsen, das ist heute alles

ganz anders“ (Kl6), und der Zusammenhalt verloren gegangen: „Also früher hat es das nicht gegeben, wenn einer einen Turkey gehabt hat, hat ihm ein anderer geholfen. ... Das gibt's überhaupt nicht mehr“ (Kl7).

Der **Handel** hingegen ist „härter“ geworden: „Das Geschäft [steht] im Vordergrund“ (Kl1), es gibt „... kein Tabu mehr“ (Kl6) und „man wird nur gelinkt und zahlt ein Irrsinns Geld“ (Kl9). Versorgungslücken, wie in den 70er und 80er Jahren treten dafür heute nicht mehr auf. Wurden Drogen früher durch Szenenangehörige vielfach privat importiert (etwa aus der Türkei – Kl1, Kl6), geschieht dies heute so gut wie nicht mehr. Früher sei beim Verkauf von Drogen weniger der Profit als die Versorgung der Freunde und die Finanzierung des Eigenbedarfs im Vordergrund gestanden. Nicht an jeden wurde um jeden Preis verkauft: „... es hat so etwas wie Anstand geherrscht. Die damals Älteren haben schon ein bisschen auf uns Junge geachtet, die haben nicht um jeden Preis an uns was verkauft, sondern die sagten schon, du bist noch zu jung, geh schleich dich, ...“ (Kl1).

Im Laufe der Jahre übernahmen zunehmend nicht süchtige Dealer aus dem Ausland (Persien, Jugoslawien, Russland) den Handel (Kl1, Kl6, Kl7). Als auffallendste aktuelle Entwicklung wird das Auftreten von schwarzafrikanischen Händlern beobachtet, was teils dazu führt, dass intensiver Polizeieinsatz gefordert wird (Kl7, Kl11). Für andere wird den „Afrikanern“ die „Dreckarbeit“ für die Großdealer anderer Nationalität, die im Hintergrund bleiben, überlassen: „Die Schwarzafrikaner sind jetzt Figuren, die zum Abschuss freigegeben sind, die dürfen am Gürtel herumlaufen und irgendwelchen Mist verkaufen“ (Kl1). Ihnen werden keine anderen Erwerbsmöglichkeiten angeboten (Kl4). Jedenfalls signalisiert ihr Erscheinen negative Veränderungen, wie unter anderem sinkende Qualität von Drogen und steigende Skrupellosigkeit, da sie „nur am Geld“ orientiert sind: „Das Problem ist nur, dass die Schwarzen immer mehr zum Strecken anfangen und dass es immer gefährlicher wird. Wenn du es ziebst, dann ist das wurscht, weil ob du da ein wenig Speed mitziebst oder nicht, aber wenn du dir das spritzt, ...“ (Kl1). Und: „... dann sind die Schwarzen gekommen und seitdem ist es eine Katastrophe, die verkaufen an 12-Jährige, skrupellos, ...“ (Kl7).

Nach wie vor ist man auf eine „Connection“ angewiesen, wenn man „gute“ Ware beziehen will. Kauft man bei einem unbekannten Dealer ein, entfällt die einzige verfügbare Qualitätskontrolle. Nach wie vor belügt und betrügt man sich auch gegenseitig und lässt einander im Stich: Auf Zusagen, Hilfe und Unterstützung von Szenenangehörigen kann man sich nicht verlassen. Geht es um das Aufstellen des nächsten „Schusses“, zählen weder Freundschaft, noch Respekt oder Rücksichtnahme: „Wenn du für irgendwen was mitgenommen hast, eine größere Menge, dann lasst du die auch warten, zwei, drei Stunden, das war dir wurscht, du bist oben gesessen und hast dir einen nach dem anderen gegeben, auch wenn die unten gekracht haben und gewartet haben“ (Kl4). Trotz des beobachteten Preisverfalls sind die Kosten des illegalen Drogenkonsums und seiner Folgen nach wie vor hoch, sie führen zu Verschuldung, die auf legale Weise nicht zu bewältigen ist und in Beschaffungskriminalität und Drogenhandel endet: „In Wien gibt es keinen, der nur giftelt und nicht irgendwie schaut, dass er das Geld auftreibt, weil'st 6.000 Schilling am Tag brauchst, die müssen woher kommen“

(Kl7). Und: „*Es waren immer die Zeiten dazwischen, wo ich mir gedacht habe: „Nie wieder mit Polizei!“ Dann hab ich die Möglichkeiten [zum Dealen], die ich gehabt habe, abgelehnt. Aber irgendwann war man dann wieder soweit unten, weil man überall Schulden gehabt hat, man konnte keinen Zins mehr zahlen, etc. dann war das die letzte Rettung*“ (Kl6).

Die Wiener Drogenpolitik

„*Dass ich keine Möglichkeit mehr habe, keine Perspektive habe, das ist furchtbar*“ (Kl7).

Nur wenige der Befragten beobachten die Drogenpolitik systematisch. Die punktuellen Erfahrungen führen aber zu einer Reihe von kritischen Anmerkungen: „**Die Schutzzone am Karlsplatz, das regt mich furchterlich auf. ... Ich habe es noch nie erlebt, dass den Kindern etwas angeboten wurde. Ganz im Gegenteil. Wenn Kinder hergekommen sind, haben wir sie weg gestampft ... Die Unterrichtsministerin die glaubt, sie muss da irgendwas machen vor den Wahlen, oder will sie sich Prestige verschaffen? ... dort haben die Polizisten einen Überblick gehabt über die Leute, jetzt sind sie verstreut über den ganzen Karlsplatz. Ich glaub nicht, dass das sinnvoll ist ... Sonst von der Drogenpolitik habe ich nicht viel mitgekriegt ...“ (Kl5). Auch die **Einsparungen im Behandlungsbereich** werden heftig kritisiert: „*Seit Schwarz/Blau – immer weniger Geld – G [stationäre Suchthilfeinrichtung] – entzieht immer schneller – lässt den Leuten weniger Zeit. Einrichtungen werden geschlossen und viel mehr Polizeipräsenz ...*“ (Kl10). Die letzten **Entwicklungen im Rechtsbereich** hingegen werden von den „Behandelten“ nur am Rande wahrgenommen: So geht man davon aus, dass sich die Verfolgungssituation bei Haschisch entspannt habe und begrüßt dies: „*Ich glaube halt, dass es ein bisschen liberaler geworden ist in Punkt Haschisch, das man nicht mehr so verfolgt wird*“ (Kl9) und dass, wer nicht auffällig sei, auch kaum verfolgt werde, mit Ausnahme der StraßenverkehrsteilnehmerInnen.**

Insgesamt wird ein grundlegender kontinuierlicher **Einstellungswandel** beobachtet: So gab es noch vor wenigen Jahrzehnten keinerlei Wohlwollen für DrogenkonsumentInnen und keine Bereitschaft ihre Probleme zu verstehen (Kl2). Erst langsam setzte sich das Verständnis der Drogenabhängigkeit als Krankheit durch und verbesserte sich auch der Informationsstand der Polizei. Als nach wie vor kritisches Thema wird die (rechtliche) Differenzierung zwischen HändlerInnen und GebraucherInnen gesehen: Viele geben Drogen in ihrem unmittelbaren Umfeld weiter, um ihren Eigenbedarf zu finanzieren. Die mehrjährigen Haftstrafen, die auf die Weitergabe stehen, werden von den Verurteilten, die sich nicht als HändlerInnen verstehen, als Unrecht erlebt.

Die **Wiener Drogensituation** wird tendenziell günstiger eingeschätzt, als jene in den umliegenden Bundesländern. War auch hier die „Anfangszeit“ durch moralisch begründete Verfolgung geprägt und durch psychiatrische Versorgungsangebote, die sich ausschließlich am Abstinenzparadigma orientierten, so wurde doch in den folgenden Jahren die Wiener Drogenhilfe ausgebaut und diversifiziert. Besonders begrüßt werden die niederschwelligen Angebote, die den vielfältigen Bedürfnissen der KonsumentInnen gerecht werden, ihre Leiden mindern, ihren Alltag erleichtern, ihnen ein „*Leben in Würde*“ (Kl3) ermöglichen und nicht zuletzt auch den „gesellschaftlichen Schaden“ den sie anrichten begrenzen.

Auch die **Einstellung der Umwelt** habe sich gewandelt, meint man. Der Rückgang der Repressivität sei nicht auf ein besseres Verständnis der Drogenproblematik zurückzuführen, sondern auf zunehmende Gleichgültigkeit, obwohl die Informationsangebote zugenommen hätten und von Einzelnen auch wahrgenommen würden. Insgesamt sei es allerdings leichter geworden, über (die eigenen) Drogenprobleme öffentlich und im Bekanntenkreis zu sprechen, was zur Aufklärung von Jugendlichen beitrage. Nach wie vor würden KonsumentInnen aber als Randgruppenzugehörige eingestuft und wäre die Reintegration in den Arbeitsmarkt sehr schwierig: „*Sobald am Arbeitsamt die Drogenvergangenheit bekannt ist, wird einem von dort kein brauchbarer Job mehr vermittelt. Es beginnt ein Teufelskreis. Die Lebenshaltungskosten können nicht gedeckt werden, der Druck steigt – das Umfeld reagiert mit Vorwürfen – ... die Arbeitsangebote, die einem vermittelt wurden, waren eine absolute Frechheit. Das war ein Ausnützen der Menschen. Du warst süchtig, jetzt musst du froh sein, dass du einen Job hast, egal was du verdienst. ... So kann es ja nicht sein, mir muss das Arbeiten doch auch ein bisschen einen Spaß machen. Klar arbeitet man, um Geld zu verdienen, aber ich muss doch irgendeinen Bezug dazu haben. ... Der Druck und Frust führt häufig zu Rückfällen. ...*“ (Kl6). Auch dann, wenn (oder weil?) eine Person am Ersatzdrogenprogramm teilnimmt: „*Sobald ich einen Job habe, zack, und sobald ich ihn in den Fingern habe, zack, bin ich den Job wieder los ... ich würde gerne arbeiten, ich war 20 Jahre in der Gastronomie, ich war selbständig in der Gastronomie, ich bin Ingenieur beim Maschinenbau, das ist mein Grundberuf, also ich muss ehrlich sagen, ich glaube ich habe keine Chance, das ich irgendwas machen kann ...*“ (Kl7).

3. Die „Kriminalisierten“

Die Interviewten

Kategorien:	Kr2	Kr1	Kr11	Kr8
<i>Alter</i>	50	45	43	42
<i>Geschlecht</i>	Weiblich	Männlich	Männlich	Männlich
<i>Abgeschlossene Berufsausbildung(en)</i>	Ja	Ja	Nein	Ja
<i>Berufstätig/Arbeitslos bzw. Inhaftiert/ In Behandlung</i>	Arbeitslos (Sozialhilfe)	Berufstätig	Inhaftiert	Inhaftiert
<i>Einstiegsalter</i>	14	15	13	17
<i>Konsumierte Drogen</i>	Haschisch, Captagon, LSD, Heroin	Haschisch, LSD, Captagon, Heroin	Haschisch, Hero-in und Kokain	Haschisch, Speed, Captagon, Heroin
<i>Drogenhandel betrieben</i>	Ja	Nein	Ja	Ja
<i>Andere Finanzierungs-/ Beschaffungsform(en) des Drogenkonsums</i>	Prostitution	Verschuldung, Kleinkriminalität	–	Diebstahl
<i>Dauer des unbehandelten Drogenkonsums</i>	Ca. 8 Jahre	Ca. 6 Jahre	Ca. 20 Jahre	–
<i>Erfahrung mit Polizei, Gericht, Gefängnis</i>	Zahlreiche Polizeikontakte, 4-5 Vorstrafen, 2 Gefängnisaufenthalte	Zahlreiche Polizeikontakte, Bezirksgericht, 14-tägige Haftstrafe (Bekehrungserlebnis)	Zahlreiche Polizeikontakte, mehrere Gerichtsverhandlungen, 3 Haftaufenthalte, lehnt „Drogenfreie Zone“ ab	Zahlreiche Polizeikontakte, mehrere Gerichtsverhandlungen, 2 Haftaufenthalte, lehnt „Drogenfreie Zone“ ab
<i>Kontaktierte Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen</i>	AKH Schlafentzug, Ex-Konsumenten als Therapeuten, Suchtverlagerung zu Essstörung, Psychotherapie „So what“	AKH-Psychiatrie (Entzug) API, KIT-Tirol	Grüner Kreis (auf richterliche Weisung) – abgebrochen	Ganslwirt-Spritztausch, 3 Entzüge (in anderen Bundesländern), Substitutionsprogramm, Therapieeinrichtung Mauerach
<i>Aktuelle Konsumsituation</i>	Abstinenz, Ausstieg ohne Einrichtung (mit Unterstützung eines Freundes)	Abstinenz, Ausstieg ohne Einrichtungen in Haft (kalter Entzug)	In Haft Drogen abgesetzt	In Haft Drogen abgesetzt

Kategorien:	Kr6	Kr12	Kr7	Kr9
<i>Alter</i>	38	36	33	33
<i>Geschlecht</i>	männlich	weiblich	männlich	männlich
<i>Abgeschlossene Berufsausbildung(en)</i>	Ja	Ja	Ja	Ja
<i>berufstätig/arbeitslos bzw. inhaftiert/in Behandlung</i>	Geringfügig beschäftigt (AMS Programm, Notstandshilfe)	Inhaftiert	Inhaftiert	Inhaftiert
<i>Einstiegsalter</i>	17	15	16	14
<i>Konsumierte Drogen</i>	Haschisch, Heroin (18)	Haschisch, Heroin (16), Kokain (17)	Cannabis und LSD, Heroin (18-23)	Haschisch, Opiate auch Substitutionsmittel (18)
<i>Drogenhandel betrieben</i>	Nein	Nein	Ja	Ja
<i>Andere Finanzierungs-/Beschaffungsform(en) des Drogenkonsums</i>	Verschuldung (Kredite), Diebstahl	Diebstahl	Waffen- und Gewaltdelikte in der Drogenszene	–
<i>Dauer des unbehandelten Drogenkonsums</i>	–	Ca. 10 Jahre	Ca. 6 Jahre	4 Jahre
<i>Erfahrung mit Polizei, Gericht, Gefängnis</i>	Zahlreiche Polizeikontakte, mehrere Gerichtsverhandlungen, einmal in Untersuchungshaft.	Keine Angaben zur Polizei. Zahlreiche Gerichtsverhandlungen, 10 Haftaufenthalte, nimmt Gruppen- und Einzeltherapie in Haftanstalt in Anspruch.	Zahlreiche Polizeikontakte, mehrere Gerichtsverhandlungen und Haftaufenthalte. Bevorzugt Normalvollzug gegenüber „Drogenfreier Zone“, nimmt Gruppen- und Einzeltherapie in Haftanstalt in Anspruch.	Zahlreiche Polizeikontakte, mehrere Gerichtsverhandlungen und Haftaufenthalte. Lehnt „Drogenfreie Zone“ und therapeutische Behandlung der Haftanstalt ab.
<i>Kontaktierte Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen</i>	API, Grüner Kreis, Zukunfts-schmiede, Neustart und Change.	Verein PASS, kennt alle Wiener Einrichtungen, bevorzugt die Angebote niederschwelliger gegenüber hochschwellingen wie z.B. API.	Streetwork, Ganslwirt, Spritzenbus, Grüner Kreis	Streetwork, Ganslwirt, API-Ambulanz
<i>Aktuelle Konsumsituation</i>	Substitution	Substitution (Methadon) mit Beikonsum (Kokain)	Substitution im Gefängnis begonnen und auch wieder abgesetzt	Substitution (Methadon)

Kategorien:	Kr5	Kr3	Kr4
Alter	29	27	27
Geschlecht	männlich	weiblich	männlich
Abgeschlossene Berufsausbildung(en)	Ja	Ja	Ja
berufstätig/arbeitslos bzw. inhaftiert/in Behandlung	In Behandlung (bis 24 regelmäßig gearbeitet)	In Behandlung	In Behandlung „Therapie statt Strafe“
Einstiegsalter	15	9	12
Konsumierte Drogen	Haschisch, Ecstasy und Heroin (17), Kokain und Heroin (24)	Haschisch, Rohypnol (10), Heroin nasal (14), Heroin i.v. (16)	Haschisch, Kokain (15), daneben Ecstasy, Heroin nasal
Drogenhandel betrieben	Nein	Ja	Ja
Andere Finanzierungs- / Beschaffungsform(en) des Drogenkonsums	Veräußerung von Besitz, Kredit, Diebstahl	Diebstahl, Einbruch	–
Dauer des unbehandelten Drogenkonsums	9 Jahre	7 Jahre	–
Erfahrung mit Polizei, Gericht, Gefängnis	Polizeikontakte, Gerichtsverhandlung, 1 Haftaufenthalt, 1 Strafaufschub für „Therapie statt Strafe“.	Polizeikontakte, zahlreiche Verwaltungsstrafen, Gerichtsverhandlungen, mind. 4 Haftaufenthalte, „Therapie statt Strafe“ wegen Unbehandelbarkeit vom Staatsanwalt verweigert.	Polizeikontakte – ist von V-Mann der Polizei kontaktiert worden für Kokainkauf. Gerichtsverhandlung, Untersuchungshaft und Strafhaft, Teilaufschub durch „Therapie statt Strafe“.
Kontaktierte Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen	AKH, Dialog, Borschkegasse, Spritzenbus, Schweizer Haus Hadersdorf	Drogeninstitut Baumgartnerhöhe, Ganslwirt – Beratung und Bus, Schweizer Haus Hadersdorf	Zukunftsschmiede, Schweizer Haus Hadersdorf
Aktuelle Konsumsituation	Substitution	Substitution	Abstinent

Als „Kriminalisierte“ werden im Zusammenhang der vorliegenden Studie Personen verstanden, die wegen Delikten gegen das Suchtmittelgesetz verurteilt wurden und die zumindest eine Strafhafterfahrung aufweisen. Insgesamt wurden 12 Personen interviewt. Ein Interview (Kr10) konnte aufgrund technischer Aufnahmeprobleme nicht transkribiert werden und wurde ausgeschieden. Sie wurden teils in Justizanstalten „gefunden“ (Hirtenberg und Wien-Favoriten), teils über Nachbetreuungseinrichtungen rekrutiert (Schweizer Haus Hadersdorf und Neustart), teils aber auch bei den Gesprächen mit „unauffälligen DrogennutzerInnen“ entdeckt, deren Gefängnis erfahrung den privaten GesprächsvermittlerInnen nicht bekannt gewesen war. Durch die Rekrutierung über eine Normalvollzugsanstalt und eine Sonderanstalt, über eine stationäre und eine ambulante Nachsorgeeinrichtung und die privat vermittelte Kontaktnahme zu Ex-Straffälligen ist auch hier ein breites Spektrum von Kriminalisierungsvarianten abgedeckt. In den Justizanstalten und Nachsorgeeinrichtungen erfolgte die Auswahl durch die MitarbeiterInnen unter Berücksichtigung des „Wien-Bezugs“ der Person, wie auch ihrer Gesprächsfähigkeit.

higkeit und ihrer Kooperationsbereitschaft (es wurden weder Zwang noch Gratifikationen eingesetzt). Daher ist auch bei den „Kriminalisierten“ von einer positiv „verzerrten“ Auswahl auszugehen.

Es wurden 8 Männer und 3 Frauen befragt, sie waren zwischen 27 und 50 Jahren alt. Die Alters- wie die Geschlechtsverteilung entsprechen in etwa jenen von Gefangenen. Im Altersspektrum bildet sich ab, dass Strafen in der Regel zunächst nur angedroht und unter Bedingungen ausgesetzt werden, bevor sie eskalieren, und dass Gefängniskarrieren meist vor dem hohen Alter enden. Alle Gesprächspartner haben früh und langjährig harte Drogen konsumiert, alle Heroin, viele in Kombination mit Kokain und anderen Substanzen. Ein Befragter bezeichnet Alkohol als sein größtes derzeitiges Problem. 3 der nicht inhaftierten GesprächspartnerInnen waren zur Zeit des Interviews abstinent, zwei bereits seit vielen Jahren, 3 weitere waren substituiert. Von den Inhaftierten versuchten 3, die lange Haft ohne (Ersatz-)Drogen und Psychopharmaka zu bewältigen, 2 wurden substituiert und medizinisch-pharmakologisch behandelt. Illegaler und legaler Drogenbezug und -konsum greifen bei den „Kriminalisierten“ stark ineinander, lösen sich im Lauf der institutionellen Karriere ab, oder geschehen nebeneinander.

Hinsichtlich der sozialen Herkunft ergibt sich ein buntes Bild: Die Unterschicht dominiert nicht, wie erwartet, häufig ist hingegen von familiären und persönlichen Krisen am Beginn der Drogenkarriere die Rede (etwa Tod eines Elternteils oder eines Kindes). Die aktuelle sozio-ökonomische Situation ist allerdings prekär: Vor der aktuellen Haft oder nach Entlassung aus der letzten war das Gros der Befragten trotz relativ guter Ausbildung arbeitslos und von Sozialleistungen abhängig. Fast alle GesprächspartnerInnen haben einen markanten sozialen Abstieg hinter sich. Zum Zeitpunkt des Gesprächs übten nur 2 der Interviewten einen Beruf aus.

Drogenkonsum, Lebens- und Drogenprobleme und Problemmanagement

Die Manipulation des eigenen – psychischen und körperlichen – Zustands mit Hilfe von psychoaktiven Substanzen aller Art ist für fast alle „Kriminalisierten“ eine alltägliche, selbstverständliche und „normale“ Angelegenheit. Problematisiert wird bestenfalls, (noch) nicht zum rechten Maß, zur persönlichen Reife, oder auch zur richtigen Anleitung und Hilfe gefunden zu haben, um körperlich verträglichere Gebrauchsformen, psychisches Gleichgewicht und soziale Einpassung entwickeln zu können. Unabhängigkeit von psychoaktiven Substanzen scheint vielfach unerreichbar und undenkbar, Abhängigkeit wird als Schicksal akzeptiert, das man nur wünscht besser beherrschen zu können. Denn die Abhängigkeit wird als Ursache für die wiederholten sozialen Konflikte gesehen, in die man verwickelt war und die man in Zukunft gerne vermeiden möchte. Man möchte sich mit den staatlichen Einrichtungen im Allgemeinen und besonders im Hinblick auf den eigenen Drogenkonsum arrangieren. Ein Leben ohne Drogen trauen sich nur die wenigen zu, die (noch) über einige wirtschaftliche und soziale Ressourcen verfügen.

Drogen als Bestandteil des Lebens und der Lebensbewältigung können so selbstverständlich werden, dass es allenfalls noch gelingt, über den Ersatz einer Substanz durch die andere nachzudenken und über weniger schädigende Konsumpraktiken. Ein Gesprächspartner (Kr5) berichtet über den lebenslangen Versuch, eine Droge durch eine andere zu beherrschen, dabei den Konsum von illegalen Substanzen mit jenem von legalen zu kombinieren – alkoholischen Getränken, Schmerzmitteln und Substitutionssubstanzen – und legale wie illegale Quellen zu benutzen. Als alle Ressourcen aufgezehrt sind, beginnt er Drogen und lebensnotwendige Güter auf einer Weise zu beschaffen, die ihn mit dem Gesetz in Konflikt bringt. Sein zentrales Problem ist die alltägliche Versorgung und nicht die Abhängigkeit.

Auch zwei Gesprächspartnerinnen fühlen sich durch alltägliche Probleme mehr belastet als durch Drogenabhängigkeit. Die eine hat sehr früh zu illegalen Substanzen gegriffen: mit 9 Jahren rauchte sie den ersten Joint, mit 10 nahm sie Rohypnol und mit 14 Heroin. Sie ist in Heimen aufgewachsen, hat ein Kind verloren, leidet an Epilepsie und ist HIV-positiv. Seit dem 16. Lebensjahr wird sie substituiert (Kr3). Ihre Sorge ist, mit passenden Hilfen – zu denen sie die Substitution rechnet – und mit Anstand weiterhin „durchzukommen“: Sie hat nie Freunde „*beschissen*“ und ihre Sucht nie durch Prostitution finanziert. Zum Problem würde die Drogenabhängigkeit auch für die zweite erst dann, wenn sie zum „Junkie“ werde (Kr12). Sie ist zwar „behütet“ aufgewachsen, aber auch sie hat früh begonnen illegale Drogen zu gebrauchen – mit 16 Heroin, mit 17 Kokain – und sie ist heute substituiert, da alle Versuche drogenfrei zu werden scheiterten. Sie ist in zahlreichen Einrichtungen der Drogenhilfe betreut und behandelt worden und hat auch viele Gefängnisse kennen gelernt, an ihrer „*Unfähigkeit zur Entscheidung für ein normales Leben*“ hat dies nichts geändert. Trotz Resignation will auch sie ein Stück Normalität bewahren, bei ihr sind es das gefällige Äußere und soziale Verantwortung, die sich unter anderem darin ausdrückt, dass sie Spritzen nicht dort liegen lässt, wo Kinder spielen.

Ein weiterer Gesprächspartner, der aus „bürgerlichem“ Milieu stammt und dessen Mutter früh an Krebs verstorben ist, hat – die Erfolgskarriere seines Stiefbruders vor Augen – erst das Außenseitertum gesucht, dann mehrmals ehrgeizige Therapieziele verfolgt und ist dabei immer wieder rückfällig geworden und sozial abgedriftet („*Leben in Obdachlosigkeit und aus dem Müll*“). Sein zentrales Anliegen ist es, seine Lebensprobleme zu bewältigen, zu denen unter anderem Kreditschulden in Höhe von ATS 2,5 Millionen (ca. 181.500 Euro) und Sorgepflichten für die geschiedene Frau und sein Kind gehören (Kr6).

Die „Drogenkonsumpläne“, die die „Kriminalisierten“ angesichts ihrer problembeladenen, und von Misserfolgen gekennzeichneten Lebensgeschichte und ihrer mangelnden Ressourcen entwickeln und zu denen sie von MitarbeiterInnen niederschwelliger Einrichtungen auch immer wieder motiviert werden, zielen auf die Verminderung von „Abhängigkeitsstress“. Konkret heißt dies, dass sie sich gelegentlich einem Entzug unterziehen, um ihren Drogenbedarf zu reduzieren, dass sie Gebrauch von leidensmindernden Angeboten machen, wie etwa dem Spritzentausch, dass sie sich substituieren lassen und Sozialhilfeeinrichtungen nutzen. Selbst das Gefängnis erscheint ihnen als Einrichtung, die zu entlasten und

versorgen vermag. Man findet sich mit kleinsten Schritten ab, und unterlässt große Erwartungen. So hofft ein Gesprächspartner, das Verhältnis zu seiner geschiedenen Frau und seiner halbwüchsigen Tochter zumindest sanieren zu können. Diese Hoffnungen konnte er nur entwickeln, da ein Platz in einer betreuten Wohngemeinschaft, ein geschützter Arbeitsplatz und eine therapiegestützte Substitution sein Leben in Grundzügen stabilisiert haben.

Die GesprächspartnerInnen verstehen sich nicht als skrupellos und „asozial“ und sie sehen sich von den amoralischen und unkontrollierten Drogenabhängigen unterschieden. Die Abgrenzung von „den Junkies“ erlaubt ihnen, das eigene Leben unhinterfragt zu lassen und Scham- und Schuldgefühle oder auch nur einfaches Bedauern zu vermeiden. Für die Abgrenzung hilfreich ist auch die Überzeugung, zwar nicht gegen Entgleisungen gefeit zu sein, die Situation aber noch im Griff zu haben. So heben zwei jüngere Gesprächspartner (Kr7, Kr9) hervor, dass sie während ihrer Drogenkarriere anspruchsvolle und schwere Arbeit geleistet hätten und noch zu leisten im Stande wären. Einer von ihnen hat einen HTL-Abschluss mit Codein-„Unterstützung“ nachgeholt und hat während einer Phase von Heroinabhängigkeit als Fahrer für das Rote Kreuz gearbeitet. Auch längere Phasen von Drogenabstinenz ohne Inanspruchnahme nennenswerter „äußerer“ Hilfen belegen, dass man die Situation kontrolliert. Zur Selbstmedikation werden dabei Alkohol oder auch – selbst angebautes – Haschisch eingesetzt und ihr Einsatz als Indikator für die Angepasstheit der eigenen Konsumgewohnheiten gewertet. Neben die – bewusste – Wahl der Substanzen tritt zur Risikokontrolle die Entscheidung für bestimmte Kauf- und Konsumorte, über den Einsatz von Ressourcen und über die Annahme von Entzugs-, Therapie- oder Substitutionsangebote.

Das Risikomanagement zeigt nochmals deutlich, dass nicht die Substanzabhängigkeit als zentrales Problem gesehen wird, sondern die Disziplinlosigkeit – die riskante „Experimentierlust“, die „Spielsucht“, das unkontrollierte Bedürfnis nach Sensationen. Diese Sichtweise wird auch von den „Unternehmern“ unter den „Kriminalisierten“ geteilt: den wegen Drogenhandels Verurteilten, die teils familiäre Berufstraditionen (klein)unternehmerischer Art fortführen. Mit dem Handel wollen sie in erster Linie nicht den eigenen Konsum finanzieren, sondern ihre finanziellen Freiräume und ihr Selbstwertgefühl erhalten. Das Spiel mit dem Körper und mit Drogen, mit „Kopf und Kragen“, mit jeder Art von Gelegenheit und Geschäft ist eine Lebensweise, die nicht beklagt wird, solange Missgeschicke ausbleiben. Bedauert werden nur Fehleinschätzungen und Fehler, wie die Tricks und das Falschspiel der GegnerInnen.

Ein Gesprächspartner, der regulär mit Edelsteinen aus Fernost handelt, behauptet dass bei ihm spielerische Motive (der Wettbewerb mit Finanzbehörden und Polizei) stets eine größere Rolle gespielt hätten als das Geld (Kr11). Eine Erbschaft und sein Erwerb hätten ihn mit ausreichenden Mittel ausgestattet, er habe aber nicht akzeptieren können, dass die Kosten des Drogenkonsums so hoch seien und die Beschaffung so problematisch und deshalb Import und Verkauf selbst organisiert. Er bedauert mangelnde „Fortune“ bei seinen Geschäften und einer „Linken“ der Polizei erlegen zu sein, aber nicht seinen Drogengebrauch. Diesen habe er im Interesse seines Geschäftes stets zu kontrollieren verstanden,

etwa durch wiederholten Entzug mithilfe von Freunden im Ausland und durch Beschäftigung mit Buddhismus. Er habe den Respekt vor der Droge nie verloren und unter anderem nie Cocktails aus Heroin und Kokain genommen.

Ein weiterer Befragter, der in der Tourismusbranche tätig ist, sieht seinen Drogengebrauch (vornehmlich Kokain) im Zusammenhang mit den Konsumgewohnheiten in den Schulen und an den Arbeitsstellen seines Fachs. Wo man funktionieren muss, aber kein Platz für Gefühle ist, hilft die Droge: „*Kokain nehmen die meisten, damit sie funktionieren, weil sie funktionieren müssen einfach. In Berufen, wo wenig Platz für Gefühle ist: eine Nase und darüber gefahren über die Gefühle und es geht schon wieder dahin einfach*“ (Kr4). Seine Verurteilung wegen Handels verdanke er einem V-Mann der Polizei, der ihn zur Vermittlung eines Deals überredet habe, nicht seiner Abhängigkeit und seinem Geldbedarf. Durch die Verurteilung und die Therapieauflagen sieht er sich zu noch besserem Funktionieren, zur noch weiter gesteigerten Situationsanpassung gezwungen. Allgemein gilt für die „Kriminalisierten“, dass das Eingeständnis eines eigenen Drogenproblems einer Niederlage gleichkäme, und dass folgerichtig bei einer etwaigen „Fremdbehandlung“ der eigene Beitrag hervor gestrichen werden muss: „*Das ganze Leben ist Therapie, Therapie kann Hilfestellung sein, machen kann man sie aber nur selber*“ (Kr11). Besser als die Angebote der professionellen TherapeutInnen können die Hilfe der Familie, der Freunde und der Religion angenommen werden und die Stützung durch die Arbeit.

Unter den „Kriminalisierten“ findet sich ein Gesprächspartner, der durch die Haft „geheilt“ wurde: Er behauptet glaubwürdig, dass er seinen jahrelangen Drogengebrauch – unter anderem Heroin – stets im Griff gehabt habe. Er habe sich aber abrupt dagegen entschieden aufgrund einer kurzen Haft wegen Ladendiebstahls: „*Ich hab damals das Leben, das ich geführt hab, nicht als sonderlich belastend empfunden. Also wenn nicht andauernd die finanzielle Sache gewesen wäre – mit den Drogen an und für sich hab ich keine Probleme gehabt*“ (Kr1). Die Heroinabhängigkeit habe sogar Vorteile gebracht, etwa die Befreiung vom Bundesheer. Solange ihm der Drogenkonsum als beste Lebensform erschienen sei, habe er sie gelebt, nach einem kalten Entzug im Gefängnis und dem Erlebnis Haft habe er sich aber auf legale und auf weiche Drogen beschränkt und nun auch seit 10 Jahren kein Haschisch mehr konsumiert.

Eine weitere Gesprächspartnerin sei bereits eine „Verlorene“ gewesen, aber durch einen verständnisvollen Freund aus einer langen Drogenkarriere gerettet worden: Sie stamme aus einer zerbrochenen Familie, sei früh auf die alternative Drogenszene der 60er und 70er Jahre gestoßen, zwischen ihrem 20. und 30. Lebensjahr schwer heroinabhängig und zu „*Raub und Mord im Affekt in der Lage gewesen, um an Drogen zu kommen*“, sie sei nie berufstätig gewesen und von FreundInnen und Professionellen im Stich gelassen und betrogen worden. Finanziert habe sie den Drogenkonsum durch Nachtjobs, Prostitution und Drogen-Kleinhandel. Nach einem kalten Entzug in der Haftanstalt („*6 Wochen Hölle*“) und einer Entlassung ohne weiterführende Hilfen habe sie ein drogenerfahrener Freund bei sich aufgenommen und ihr beim schrittweisen Ausstieg geholfen. Sie lebe seither

mit ihm zusammen. Diese Beziehung und ihre religiöse Sinnsuche hätten sie in die Gesellschaft zurückgeholt: „*Wie ich dann herausgekommen bin und mit diesem Mann zusammen war, war es so, dass ich ... nimmer mehr so drauf gewesen bin, dass ich eine Entwöhnung gehabt hab, also ich habe das irgendwie geschafft. Das war auch kein Mann, der gsagt hat: du, du, du, du darfst es nicht! Das war gut, weil: „Du, du, du!“ bewirkt bei mir eher das Gegenteilige. Sondern der hat gesagt: wenn du da einmal, – also Mohnkapseln, so einen Opiumtee – also gspritzt hab ich dann nimmer mehr ... also, die Nadel, das war erledigt, ja – aber halt diesen Opiumtee, wenn du einen Gusto hast, du glaubst, du musst es machen, ich kann es dir nicht verbieten, na, dann machst du's. Aber es war so, dass es sich in Grenzen gehalten hat. Noch dazu war der Mann, mit dem ich zusammen war, nicht ganz, wie soll ich Ihnen das jetzt sagen, wir sagen immer „Frankist“ dazu, also der hat sich auch ausgekannt, er hat auch Haschisch geraucht z.B., der hat auch schon einmal Heroin gesnieft über die Nase, also der war nicht ganz so, dass er das überhaupt nicht gekannt hat. Wahrscheinlich hätte einer, der das überhaupt nicht kennt, mit mir ja gar nichts anfangen können, und ich mit dem auch nicht. Also, so hab ich mich langsam von dem verabschieden können, ja“* (Kr2).

Der Blick auf Einrichtungen der Drogenarbeit

Fast alle GesprächspartnerInnen kennen die Einrichtungen der Wiener Drogenhilfe aus eigener Anschauung. Die erste Kontaktnahme erfolgte überwiegend freiwillig, nur wenige haben Drogenhilfeeinrichtungen aufgesucht, um Haftstrafen zu vermeiden oder um gerichtlichen Weisungen Folge zu leisten. Erfolgte die Kontaktnahme unfreiwillig, blieb die Einrichtung den Befragten weitgehend fremd und sie konnten sich weder als deren KlientIn noch als Behandlungssuchende/r verstehen. Als nutzbringend wird nur die freiwillige Behandlung gesehen.

Zwei GesprächspartnerInnen wollten sich vor geraumer Zeit in B [stationäre Suchthilfeeinrichtung] einer langfristigen Behandlung unterziehen, um eine Haftstrafe aufzuschieben bzw. zu ersetzen. Beide haben die Behandlung bald abgebrochen und die „klare Rechnung“ mit der Justiz, die volle Strafverbüßung, vorgezogen. Es war zu belastend, vom Richter „hingeschickt“ worden zu sein und möglicherweise erfolglos behandelt entlassen zu werden – unter dem Damoklesschwert des Widerrufs des Strafaufschubs zu stehen (Kr7, Kr11). Auch in der Haft nehmen die Befragten keine Behandlungsangebote an und sie interessieren sich nicht für das Programm der „Drogenfreien Zone“. Der Normalvollzug, die kalkulierbaren Sanktion für die Straftat, ist für sie annehmbarer als die unklaren disziplinären Vorgaben, die mit der Behandlung verbunden sind. Ein weiterer Gesprächspartner, der gerade eine „Therapie statt (restlicher) Strafe“ absolviert und der bis dahin keine Erfahrungen mit Drogeneinrichtungen gesammelt hat, klagt über die Unernsthaftigkeit der Behandlung, über die Gleichgültigkeit bei Rückfällen und über die fehlende Arbeit – allesamt Faktoren, die bei ihm kein Erfolgsgefühl aufkommen lassen. Er fühlt sich als Außenseiter in der Einrichtung, der er zugewiesen wurde und auf sich gestellt (Kr4).

Unter den mit Drogeneinrichtungen Erfahrenen ist die Haltung verbreitet, quasi von „oben“ auf die professionelle Drogenarbeit „herabzublicken“ und sich als kundige/r KonsumentIn darzustellen: Man kennt viele der Einrichtungen, kann über deren Stärken und vor allem Schwächen diskutieren, und darüber, dass die vorhandenen Angebote nicht auf die eigenen Bedürfnisse zugeschnitten sind. Die Kritik trifft vor allem die Langzeittherapie und die Substitutionsbehandlung: Die erste verlangt zuviel und überfordert rasch, die zweite macht es zu einfach und befriedigt doch nicht. Eine Befragte entwickelt im Gespräch einen besonders ausgeprägt kritischen KundInnengestus, sie erzählt vom intensiven Informationsaustausch über Einrichtungen und TherapeutInnen in der Szene, stellt die Wiener Einrichtungen den freizügigeren in Westösterreich gegenüber, vergleicht das Regime einer Langzeittherapie in der Hauptstadt mit jenem in einem Gefängnis, und erstellt ein Ranking der ambulanten Angebote. Den Anfang ihres Unglücks und die Ursache für ihre Straffälligkeit schreibt sie der frühen Aufnahme in das Ersatzdrogenprogramm zu: Sie habe das Heroin nicht mehr gespürt, begonnen zusätzlich Substanzen wie Kokain und Psychopharmaka zu konsumieren und dabei den Halt verloren (Kr12). Das Substitutionsprogramm wird auch von anderen – vor allem von jenen, die keine psychosoziale Betreuung erhalten – als Experimentierfeld dargestellt, in dem das Risiko, eine iatogene Abhängigkeit zu entwickeln, hoch sei. Ein weiterer Gesprächspartner, der vielfach stationär entzogen und behandelt wurde, und „Drogenpäpste“ wie „Altjunkies“ gleichermaßen kennt, denkt – noch während er in Einzeltherapie, im Substitutions- und einem Schuldenregulierungsprogramm, unter Bewährungshilfe und auf einem AMS-Transitarbeitsplatz ist – über die zukünftige eigene Rolle in der professionellen Drogenarbeit nach (Kr6). Uneingeschränkt positiv werden nur die niederschwelligen Einrichtungen gesehen, die gesundheitliche und soziale Basisversorgung anbieten: Die Vergabe von Spritzen und Kondomen, geschützte Räume und anonyme Gespräche werden geschätzt, angenommen und unterstützt, etwa durch Einzahlung in die „Häfnkasse“ für mittellose Inhaftierte.

Bei aller Großspurigkeit gegenüber den Drogeneinrichtungen, hat man mit ihnen aber nicht abgeschlossen, mit Ausnahme der ältesten, heute drogenfreien GesprächspartnerInnen. Sie berichten von Frühformen des Entzugs unter Vollnarkose und im Dauerschlaf, von Methodenunsicherheit und erfolgreicher Hilfe, die nur außerhalb der Drogeneinrichtungen gefunden werden konnte. Die anderen nehmen die auf Abstinenz gerichteten Einrichtungen zumindest als Option wahr, auf die man im geeigneten Moment doch zurückgreifen könnte. Manche GesprächspartnerInnen kommen aber auch auf die eigene mangelnde Behandlungsreife zu sprechen.

Ein großer Teil der „Kriminalisierten“ ist substituiert. Die Abhängigkeit von Drogen ist in diesen Fällen mit der Abhängigkeit von Einrichtungen verbunden, die auch deshalb als problematisch erlebt wird, da sie das „souveräne“ Verhältnis zur Drogenhilfe stört. So wird unter anderem die damit verbundene Mobilitätsbehinderung beklagt (Kr8). Man behilft sich damit, Substitution als Provisorium für kritische Situationen – z.B. die Haft – zu sehen und die Substitutionsmittel und -dosen als selbst gewählt auszugeben. Nur in Ausnahmefällen wird die Chronifi-

zierung der eigenen Sucht, die dauerhafte Behinderung und das Angewiesensein auf öffentliche Hilfe zelebriert, ein passives Leben in fremdbestimmter Obhut demonstrativ genossen. So hat sich ein jüngerer Gesprächspartner, der früher gerne viele Einrichtungen kurz kontaktierte, heute unter dem Vorzeichen von „Therapie statt Strafe“ im Substitutionsprogramm und einer Drogenstation eingerichtet. Seine Selbstdarstellung als krank und rundum nachsichts- und unterstützungsbefürftig hat durchaus aggressive Züge.

Der Blick auf Institutionen der Strafverfolgung

Alle „Kriminalisierten“ haben per Definitionem Erfahrungen mit der Strafjustiz und ihren Organen und Einrichtungen gemacht. Alle haben Justizanstalten kennen gelernt, viele auch polizeiliche Gefangenenhäuser im Zusammenhang mit Verwaltungsstrafen. Die Gesamthaftzeiten reichen von 14 Tagen bis zu mehr als 10 Jahren. In keinem Fall beruht der Konflikt mit dem Strafgesetz ausschließlich oder primär auf dem Drogenkonsum, fast immer ist Beschaffungskriminalität wie etwa Diebstahl oder Veruntreuung im Spiel, in einem Fall auch schwere Gewaltkriminalität. Die längeren und voll verbüßten Strafen haben nicht so sehr mit dem Gewicht der begangenen Delikte als mit Tatwiederholungen bzw. Rückfällen zu tun. Zwei GesprächspartnerInnen haben gewerbsmäßig Drogenhandel betrieben.

Bei zwei Befragten liegen die Erfahrungen weit zurück und ist die Erleichterung spürbar, nicht mehr mit der Polizei und der Justiz zu tun zu haben. In den 70er Jahren habe die Polizei die Süchtigen „krachen“ lassen und geschlagen, Behandlung im Vollzug habe es nicht oder nur rudimentär gegeben, und auch die Justizanstalt X sei in der Szene in den Geruch einer Zwangsbehandlungsanstalt gekommen und habe einen schlechteren Ruf als der Normalvollzug gehabt. Eine Gesprächspartnerin wurde in der Korrekturzelle einer Justizanstalt sadistisch behandelt, sie erzählt aber auch von den ersten, sehr willkommenen Gruppengesprächen mit einer Mitarbeiterin der Bewährungshilfe, der zweite berichtet von einer 14-tägigen Freiheitsstrafe in einer 13-Mann-Zelle.

Für die anderen Befragten sind die Begegnungen mit der Strafjustiz noch nicht Geschichte: ihre Meinungen zu Polizei und Justiz gehen sehr auseinander. Fühlen sich die einen aufgrund ihres illegalen Drogenkonsums durch deren Institutionen besonders benachteiligt, zeigen die anderen Verständnis für ihre Sanktionierung und haben sie Frieden geschlossen oder zumindest zu befriedigenden Arrangements mit Polizisten, Richtern und Justizwachebeamten gefunden. Vorverdacht der Polizei und unverhältnismäßige Strafurteile für kleine Begleitdelikte kritisiert ein inhaftierter Gesprächspartner, der die Bedingungen für die Aufnahme in die drogenfreie Zone der Anstalt nicht erfüllen kann, doch versucht im Normalvollzug an seiner Abhängigkeit zu arbeiten. Er reduziert den Substitutionsmittelverbrauch und vermisst die Anerkennung für diese Bemühung unter denkbar ungünstigen Lebensumständen: er lebt mit drei weiteren Inhaftierten auf 20 Quadratmetern (Kr8). Mit unfairen Polizeipraktiken und dementsprechend ungerechten Urteilen

hadern auch zwei weitere Befragte. Einer, der nur auf Drängen eines V-Mannes den Ankauf von Kokain vermittelt hat (Kr4), sieht sich als Opfer der Polizei. Beim zweiten wird nicht wirklich klar, worin die unfairen Tricks der Polizei bestanden, die ihn als Drogenhändler zu Fall und zu einer 4-jährigen Haftstrafe brachten, die er bisher in vier verschiedenen Anstalten unter günstigen Bedingungen verbüßte. Ihm scheint das Bewusstsein wichtig zu sein, auch als Gefangener eine seinem Unternehmerstatus angemessene Behandlung und Platzierung zu genießen (Kr11).

Im Gegensatz hierzu stehen die Aussagen der zumeist mehrfach vorbestraften kleinkriminellen DrogennehmerInnen. Eine Gesprächspartnerin hat zwar schlimme Erfahrungen bei drei Verwaltungsstrafhaften gemacht, meint aber gelernt zu haben, in Anstalten zu leben, nicht zuletzt weil man hier ausreichend mit legalen (Schlafmittel) wie illegalen Substanzen versorgt werde. Sie befindet sich zum Zeitpunkt des Interviews nach einer bedingten Entlassung in einer Behandlungseinrichtung und ist nur darüber empört, dass ihr ein gänzlicher Strafaufschub zur Behandlung vom Staatsanwalt – „selbst Alkoholiker“ – wegen „Unbehandelbarkeit“ verweigert wurde (Kr3). Zwei weitere Gesprächspartner sind – trotz wiederholter Konflikte mit der Polizei und trotz wiederholter Verwaltungshaft – der Meinung, dass sich das Verhalten der Sicherheitsexekutive in den letzten Jahren deutlich gebessert habe, dass diese nun besser über die Drogenabhängigkeit informiert sei und mit den – dreister gewordenen – Drogenabhängigen fairer umginge: So werde bei Jugendlichen, die man erstmals mit Haschisch aufgreife, ein Auge zgedrückt. Beide Befragten fühlen sich auch von Richtern schonend behandelt, die das erste mal ein mildes Urteil verhängten, einer von ihnen nimmt den Widerruf eines Strafrests nach 3 Jahren Unauffälligkeit als „Pech“ hin. Des Weiteren wird die Vergabe von Substitutionsmitteln in den Justizanstalten positiv hervorgehoben, da sie dazu beitrage, das Zusammenleben von Insassen und Beamten zu erleichtern (Kr6, Kr9).

Ein Gesprächspartner, der langjährige Haftstrafen im Aus- und Inland zu verbüßen hatte, und zur Zeit 4 Jahre ohne Aussicht auf bedingte Entlassung einsitzt, will sich zu Polizei und Justiz nicht äußern. Wichtig ist ihm die Erfahrung, die Haft gut durchstehen zu können. Er hat sich vor Haftantritt in ein Substitutionsprogramm begeben, doch fällt es ihm nun leicht – leichter offenbar als in Freiheit – drogenfrei zu leben. Von der drogenfreien Zone wie von therapeutischen Maßnahmen im Vollzug hält er wenig, sie störten das „Durchtauchen“ durch die Strafe (Kr7). Fatalistisch scheint auch eine andere Befragte, die zahlreiche Freiheitsstrafen hinter sich hat. Dass sie bei ihrer Erstverurteilung wegen Beschaffungskriminalität aufgrund des damals geltenden Rechts keinen Strafaufschub erhalten hat, nimmt sie ebenso nüchtern zur Kenntnis, wie die Steigerung der Strafmaße als die geltende gesetzliche Spielregel. Sie erlebt auch nicht als Unrecht, dass sie kaum vorzeitig entlassen werden wird, dass ihre externe ambulante Therapie abgebrochen wurde und dass sie keinen weiteren Ausgang bekommt: Beim letzten ist sie geflohen, und mit einer Überdosis ins Spital eingeliefert worden (Kr12).

Gesellschaft, Politik und Drogen – Äußerungen zur (Wiener) Drogenpolitik

Es überwiegt die Meinung, dass das Suchtmittelgesetz zu streng sei, dass die aktuelle Prävention versage und dass die Öffentlichkeit drogenbezogenen Problemen gleichgültig gegenüberstehe. Vor allem Kindern und Jugendlichen würden die drogenbezogenen Risiken nicht ausreichend nahe gebracht. Eine schwer drogenabhängige und HIV-positive Gesprächspartnerin sieht sich als geeignetes abschreckendes Beispiel und sie lobt eine Mittelschullehrerin, die sie am Karlsplatz angesprochen und in ihre Schule eingeladen habe, um ihre Lebensgeschichte zu erzählen. Ihrem 19-jährigen Neffen rede sie in das Gewissen: „*Mein Kind wird sicher nicht drogenabhängig. Dem werden die Finger schon abeklopft. Den hätt' ich schon so aufgezogen. Ich hätt' ja meinen Kindern die Wahrheit gesagt, wie das war und warum. In dem Alter, wo er es versteht, hätt' ich ihm das erzählt, weil vorher hat es ja keinen Sinn ... So wie ich das bei meinem Neffen gemacht hab'. Der war auch neugierig auf das. Sag ich ,Rauchen kannst, aber Naserl oder so, wenn ich dir da drauf komme, breche ich dir die Nase“* (Kr3). Man möchte die schulische Prävention wie auch Anti-Drogen-Werbung ausgebaut sehen, man bejaht die Angebotsreduktion durch polizeiliche Überwachung und (stärkere) Bestrafung der HändlerInnen, will aber die Süchtigen von der Strafverfolgung ausnehmen und mit „ihren“ Substanzen versorgen statt mit problematischen Ersatzstoffen. Ein erfahrener Kunde von Drogeneinrichtungen billigt allen AkteurInnen, von der Polizei bis zu den NotärztInnen verbessertes fachliches Wissen zu, kritisiert aber, dass man sich nicht mit den Ursachen auseinandersetze und dass man zu nachsichtig sei: „*Die Erstkonsumanten, müssten eine saftige Abschreckung bekommen. Die sollten einen Tag alleine brummen, damit er einen Schreck bekommt, und dann sollten alle informiert werden, die Eltern, die Schule und die Lehrherrn. Wenn man mit 16 die erste Nacht alleine im Gefängnis sitzt, einen Anschiss von den Eltern bekommt, von der Schule und von den Lehrherrn, dann überlegt man es sich, ob man das wiederholt. ... Es ist die Frage, warum er das macht. Alle müssen sich damit auseinander setzen. Das könnte auf Grund von Misshandlung oder Depression sein. Wenn man einen gehörigen Schrecken bekommt, dann überlegt man sich das. Ich habe sehr lange gebraucht bis ich endlich eine Zelle von innen gesehen habe, alle haben die Augen zgedrückt*“ (Kr6).

Von der Behandlung, im Besonderen vom Ersatzdrogenprogramm wird differenzierte Behandlung für Jüngere und Langzeitkonsumenten eingefordert: „*Mehr Polizei ja, aber auch mehr Hilfsangebote, beides. Ich sag's Ihnen ehrlich, die jungen Leute ... Ein Problem ist das mit dem Substitutionsprogramm, das Morphin, Subtidol, ... Das Dirndl geht hin zu dem Arzt, mit 14 Jahren ... ich hab's mir so besorgt, hin und her, ich brauch's Programm. Und der stellt sie ein auf 600 Morphin oder auf 800 ... Dabei ist die vielleicht erst seit drei Monaten drauf oder hat gerade einmal ,einikostet' und das taugt ihr. Also ich finde, dass da viel*

genauer geprüft gehört, dass die Ärzte nicht gleich jeden ins Programm nehmen, vor allem die jungen Leute, dass das genau durchleuchtet gehört. Das heißt, den schnapp' ich mir einmal, leg ihn eine Woche in die Klinik, da kriegt er einmal was für den Entzug und ich kann das genau abstoppen, wie sehr der schon drinnen steckt oder auch nicht“ (Kr7). Langzeitabhängige sollten Heroin statt Methadon, und auch Kokain bekommen, da man unter letzterer Substanz wenigstens funktioniere (Kr4). Auch seien Konsumräume eine begrüßenswerte Einrichtung, sie sorgten für ein besseres Image der Abhängigen in der Öffentlichkeit, daneben seien die Notfallmaßnahmen verbesserungswürdig.

Auf die gesetzliche Regelung des Cannabis kommt man nur auf Nachfrage zu sprechen, der Nutzen der Entkriminalisierung steht für die GesprächspartnerInnen nicht zur Diskussion. Die Kriminalisierung erwecke zuerst Neugier, sie erzeuge später psychische Probleme und Ängste, und führe zum Griff nach härteren Drogen. Dazu ein wegen Haschischschmuggels Verurteilter, der eine mehrjährige Freiheitsstrafe im Ausland verbüßte: „*In den 80er Jahren, da war das noch verpönt, die langen Haare. Das war irgendwie noch ‚schlecht‘. Aber im Laufe der Zeit war es dann eher so: Okay, Du bist halt ein Alkoholiker, ich ein Kiffer. ... Wenn das Kiffen nicht kriminalisiert wäre, sondern man das ganz normal kaufen könnte und man nicht so in ein Eck gedrängt werden würde, wenn man kifft, dann wäre mein Leben vielleicht ganz anders verlaufen. Bei den harten Drogen muss es schon eine Grenze geben, das ist heikel“ (Kr11).* Die Ursache für die Kriminalisierung hat für ihn ökonomische Gründe: „*Das ist ein rotes Tuch für den Staat, weil er kein Geld dabei verdient. Wenn er Steuern dafür einnehmen würde, wenn es so wäre wie in Holland, dann würde der Staat sicher umdenken – zumindest der Finanzminister“ (Kr11).*

Bei der Entkriminalisierung gehen einige weiter, unter ihnen aktuell Abstinente: „*Man müsste sicher mehr tun in Richtung Entkriminalisierung. Weil es gibt doch genug Leute, die einfach auf diese Methadon-Programme nicht ansprechen. Die sind damit nicht erreichbar. Und da ist dann eben wieder eine Gruppe, die einfach wieder auf sich gestellt ist und eben Beschaffungskriminalität, eben dieses ganze Umfeld, so wie ich es erlebt habe. Und da sollte man eben schon ein bisschen mutiger sein“ (Kr1).* Ist für die einen die regulierte Heroinabgabe der Fortschritt, ist es für andere die „saubere Spritze“ und „Therapie statt Gefängnis“: „*Also ich hab die Zeit noch erlebt, wo ich von einer Apotheke in die andere rennen musste, um überhaupt eine Nadel zu kriegen. ... Ich hab', Gott sei Dank, einen Apotheker gehabt, der offensichtlich ein bisschen Mitleid mit mir hatte ... Ich hab' keine Hepatitis C, was ein Wahnsinn ist, weil alle meine Freunde, die noch leben, ja, in meinem Alter, sind Hepatitis C infiziert. ... Ich hab kein HIV. Also, das ist eine Gnade. ... Ich mein, da sind sie heute weiter mit den Bussen, mit dem, dass sie es verschrieben kriegen. Die andere Seite ist die, dass ich mit Freunden red' drüber, die das auch geschafft haben, und ohne Programm, ja, ohne dieses Heptadon oder Methadon, oder wie auch immer das heißt, ich bin froh, dass es das damals gar nicht gegeben hat“ (Kr2).*

Veränderungen der Wiener Drogenszene

Die ältesten GesprächspartnerInnen sehen die Szene zur Zeit nicht anders als „*je-der beliebige U-Bahn-Gast*“ und sie sprechen damit die zunehmende Sichtbarkeit des Drogenhandels auch mit „harten“ Substanzen an. Außerdem seien die Preise für Drogen stark verfallen und habe die Übernahme der Verteilung durch Fremde – zuletzt Schwarzafrikaner – die Selbstkontrolle der Szene und ihren Moralkodex untergraben, und damit zum Jüngerwerden der DrogenkonsumentInnen beigetragen. Wenn die Aussagen über die Preise auch meist recht pauschal bleiben, lässt sich ihnen doch entnehmen, dass der aktuelle Preis für einen „Druck“ Heroin (€ 10-15) oder das Gramm Kokain (€ 60,-) in etwa ein Fünftel der Summe beträgt, die man vor 20 Jahren für dieselbe Menge zahlen musste. Dem Preisverfall, der den Einstieg in den Drogenkonsum für Jüngere und weniger Wohlhabende erleichtere, entspräche ein Qualitätsverfall: „*Preise, das ist ein Punkt, es wird immer erschwinglicher. Dass es sich ein Jugendlicher heute schon mit dem Taschengeld leisten kann. 1989 hab' ich auf der Straße noch zwei, zweieinhalbtausend Schilling bezahlt für ein Gramm Heroin. Das war aber ein Brieferl, das hab ich aufmachen können, anschauen können, das war gute Qualität, das war einfach noch korrekt. Ja und in den 90er Jahren ist es Jahr für Jahr immer billiger geworden, jedes Jahr um 200 Schilling. ... 1989 waren irrsinnig viele Österreicher, die mit Heroin gehandelt haben. Vereinzelt schon Perser, oder ein paar Türken, oder so, aber hauptsächlich Österreicher. Anfang der 90er Jahre waren dann mehr Türken, Jugoslawen, Perser und dergleichen. Und irgendwann Mitte der 90er Jahre sind die Neger da gewesen, und die haben den Markt komplett überschwemmt. Mit einer durchschnittlich miesen Qualität. Aber die Preise halt auch – heute kostet ein Gramm 500 oder 600 Schilling ... Im Prinzip ist es sich gleich geblieben. Weil was hilft mir ein Gramm um 500 Schilling, wenn ich dann das ganze Gramm auf einmal nehmen muss, damit ich überhaupt was merk davon*“ (Kr7). Der Preisverfall bei Kokain wird von einem Gesprächspartner auch als „*Trotzreaktion*“ der Szene von selbst konsumierenden HändlerInnen und KonsumentInnen auf die Strafverschärfung für Handel von 15 auf 20 Jahre verstanden (Kr4).

Das Angebot und die Preise in Wien seien besser und günstiger als jene in anderen österreichischen Regionen, wie zum Beispiel in Innsbruck, weshalb sich ein innerösterreichischer Handel entwickelt habe. Verglichen mit asiatischen Ländern freilich seien die Kosten in Wien nicht so günstig, selbst wenn man die Flugkosten einbeziehe: Es sei aus diesem Grund schwer verständlich, warum sich Abhängige nicht häufiger auf fremden Märkten versorgten und Geschäfte mit dem Import machten.

Das Auftreten der fremden, aber vor allem der schwarzafrikanischen Straßendealer, wird mit der zunehmend unsicheren Qualität der Substanzen in Verbindung gebracht („*man kann in verpackte Kugeln nicht mehr hineinschauen*“ - Kr9), wie mit unverlässlichen Vertriebspraktiken. Die StraßenhändlerInnen wechseln häufig

und sie sind offensiv, selbst gegenüber „13-jährigen Mädchen“ (Kr8) – was zuvor nicht denkbar gewesen sei. Letztlich werden die HändlerInnen aber selbst als „*arme Hunde*“ gesehen und die Veränderung der Szene zu einer Schicksalsgemeinschaft von Benachteiligten („*Beschissenen*“ und „*Bescheißenden*“) beobachtet: „*Es gibt aber Leute, die dealen permanent, der macht seine Strafe und ist noch immer da. Oder es sind zwei andere da ... Da ist ja auch eine Organisation dahinter. Im Prinzip sind sie auch arme Hund, die, die auf der Straße unterwegs sind, müssen ja eh auf Zwang verkaufen. Aber sie sind so unverschämt und so frech und so skrupellos. Denen ist es wurscht, ob du ein 13-jähriges Mädchen anfixt, denen ist egal, wem sie was verkaufen. Ich bin heute noch so drauf, dass ich, wenn heute ein 15-Jähriger kommt und von mir was kaufen will, nein sag, tut mir leid. Kann ich nicht, kann ich nicht mit mir vereinbaren, dass ich heute einem Jugendlichen was verkaufe*“ (Kr8).

Insgesamt sei heute ein üppigeres Drogenangebot vorhanden. Neu sei der Verkauf von Heroin und Kokain durch dieselbe Dealerschaft. Zusätzlich seien immer mehr Substitutionsmittel auf den Markt gekommen, Wien sei hier das Einkaufszentrum für die Provinz geworden: „*Es gibt schon einen permanenten Handel mit den Substitutionssachen. Den gibt's eigentlich seit es die Substitution gibt. Und das ist schon etwas, das ich beobachtet hab', dass die Leute, die im Programm sind, und die auf alles drauf sind, egal was, die nehmen das Substidol, die nehmen Benzos dazu, also quer durch den Gemüsegarten – es ist einfach leichter zugänglich und mehr vorhanden, das ist eine Tatsache*“ (Kr8). Im Zusammenhang mit dem breiteren Angebot seien also auch neue Konsummuster entstanden. Haben ältere GesprächspartnerInnen noch zu Medikamentenmischungen (etwa mit Barbituraten) geneigt, mit negativen Folgen für Körper und Psyche, würden heute pharmazeutische Produkte (nicht zuletzt Substitutionsmittel) mit illegalen Drogen vermengt, und wären risikoreiche politoxikomane Gebrauchsmuster im Ansteigen. Der einfacher Zugang zu Drogen und der Verfall der Preise hätten auch nicht zu angepassterem und unauffälligerem Konsumverhalten geführt, insgesamt hätten sich die Drogenszenen ausgeweitet und teils auch vermischt. Von einem älteren Gesprächspartner wird bedauert, dass mit der leichten Erhältlichkeit aller Substanzen und mit Verbreitung der Substitutionsmittel das Abenteuerliche und Heroische am Drogengebrauch verschwunden sei: „*Ein Kapperl mit einem Cannabisblatt darauf ist cool, zu unserer Zeit hat einer eine Glasbläserlehre gemacht, um uns eine Wasserpfeife zu machen. Jetzt ist es zu leicht geworden*“ (Kr6).

4. Die Angehörigen¹

Die Interviewten

Die befragten Angehörigen von Drogenabhängigen – überwiegend Mütter – kamen in unterschiedlichen Phasen erstmals mit der Drogenproblematik in Berührung. Sie unterscheiden sich in einer Hinsicht wesentlich: sie setzen sich mit der Drogenproblematik „selbstorganisiert“, „fremdorganisiert“ oder „nicht organisiert“ auseinander. „Selbstorganisierte“ gehören Gruppen an, die sich ohne professionelle Unterstützung mit Drogenfragen beschäftigen, sei es indem sie drogenpolitische Forderungen erheben, sei es indem sie persönliche Probleme gemeinsam bearbeiten. Als „fremdorganisiert“ werden jene Angehörigen bezeichnet, die an professionell geleiteten speziellen Therapiegruppen teilnehmen, die zunehmend von den Einrichtungen der Wiener Drogenhilfe angeboten werden. Sind Angehörige „nicht organisiert“ bedeutet dies noch nicht, dass sie sich nicht mit der Drogenproblematik ihrer Kinder beschäftigen: Sie nehmen beispielsweise die Hilfe nicht spezialisierter Psychotherapeuten in Anspruch, oder versuchen, ihr soziales Netz zu mobilisieren. Und Angehörige ergreifen – wie die Aufstellung zeigt – auch mehr als eine der genannten Möglichkeiten, um die Drogenprobleme zu bewältigen. Die Pfeile zeigen, wie lange die Interviewten dies getan haben:

	„Selbstorganisiert“	„Fremdorganisiert“	„Nicht-organisiert“
70er Jahre	E1a E1b		E8 ↓
80er Jahre			
90er Jahre	↓ E3 E4	E4 ↓	E9 ↓
Nach dem Jahr 2000		E2 E5 E6 E7 ↓	

In der nächsten Tabelle werden die Interviewten kurz vorgestellt: ihr Geschlecht, ihr Alter zum Zeitpunkt des Interviews, ihr Beruf und ihre drogenbezogenen Aktivitäten. Auch ihre drogennutzenden Kinder werden kurz charakterisiert: deren Geschlecht, das Alter, in dem sie in etwa mit Drogen erstmals in Berührung kamen, die ungefähre Dauer ihrer Drogenkarriere, die Substanzen, die sie konsumierten und ihre Kontakte mit Justiz und Drogenhilfe. Anzumerken ist, dass viele Befragte den Konsum von Cannabis nicht zum Drogenkonsum rechnen und dass die Angaben über die Kontakte mit der Justiz und der Drogenhilfe sehr ungenau sind: Wie die Drogenkarriere der Kinder standen sie nicht im Zentrum des Interviews. Wie aus der Aufstellung ersichtlich ist, sind die Kinder in drei Fällen verstorben.

1 Dieses Kapitel baut auf der von Verena Kranzl eigenständig verfaßten Diplomarbeit auf.

Kategorien:	E1a	E8	E1b	E4	E3
Angehörige/ Geschlecht	Mutter	Mutter	Mutter	Mutter	Männlich
Alter	90	67	68	57	60
Beruf(e) bzw. Ausbildung(en)	Pensionistin, davor Sport- trainerin	Hausfrau	Pensionistin, davor Verkäuferin	Pensionistin, davor Angestellte	Pensionist, davor Polizist
Aktivitäten	1978 – : Gründung / Leitung der Selbsthilfegruppe „Hilfs- und Beratungsstelle für Drogengefährdete und deren Angehörige“	Besuch eines Infocenters für Jugendliche; Teilnahme an politischen Veranstaltungen im Bezirk	1980 – 2001 Mitglied der „Hilfs- und Beratungsstelle für Drogengefährdete und deren Angehörige“	Seit 1990 Teilnahme an diversen Selbsthilfegruppen; Einzeltherapie; Teilnahme an diversen professionell geleiteten Angehörigengruppen	1996 Gründer des Elternkreis Nord; seit 2000 Obmann des Österr. Dachverbandes der Elternkreise
Kind/ Geschlecht	Tochter	Tochter	Tochter	Sohn	–
Einstiegsalter	13	17	24	20	–
Dauer der Drogenkarriere	1966 – 1978 † (primär im Ausland – Türkei)	1977 – 1981	1979 – 2000 †	Seit etwa 1990	–
Konsumierte Drogen	unbekannt	Heroin, Alkohol	unbekannt	Heroin	–
Erfahrung mit Polizei, Gericht, Gefängnis	-	Gerichtsverhandlungen, (bedingte Verurteilung	-	Insgesamt etwa 45 Monate Haft	–
Kontaktierte Behandlungs- und Betreuungs- einrichtungen	„Fürsorge“	Infocenter f. Jugendliche, Borschkegasse, AKH, API Langzeittherapie, KH Neu-lirchen, Jugend am Werk	API Langzeittherapiestation, Substitutionsprogramm	„Baumgartner Höhe“, Borschkegasse, AKH, Grüner Kreis, „Enns, was weiß ich wo er über all war“, Streetwork	–

III. Die Wiener Drogenpolitik aus der Sicht ihrer AdressatInnen

Kategorien:	E2	E9	E5	E6	E7
Angehörige	Mutter	Vater	Mutter	Vater	Mutter
Alter	47	49	57	k. A.	43
Beruf(e) bzw. Ausbildung(en)	Hausfrau	Kupferdrucker	Reinigungskraft (Bedienerin)	k. A.	Beamtin
Aktivitäten	Besuch verschiedener Beratungsstellen; seit 1999 Mitglied in einer Selbsthilfegruppe	Selbstständig organisierte Familientherapie	Seit 2000 Einzeltherapie und Teilnahme an einer professionell geleiteten Angehörigengruppe	Kontakt mit div. Drogenhilfeeinrichtungen; seit 2002 Teilnahme an einer professionell geleiteten Angehörigengruppe	Kontakt mit diversen Drogenhilfeeinrichtungen; seit 2004 Einzeltherapie und Teilnahme an einer professionell geleiteten Angehörigengruppe
Kind	Tochter	Tochter	Sohn	Sohn	Tochter
Einstiegsalter	14	15	28	26	16
Dauer der Drogenkarriere	1996 – 1999 † 2000/01	1997/98 2000/01	Seit 1999	Seit 2001	Seit 2002
Konsumierte Drogen	Heroin	Haschisch, Heroin u.a.	Heroin	unbekannt	unbekannt
Erfahrung mit Polizei, Gericht, Gefängnis	Vormundschaftsgericht, Gerichtsverhandlungen	–	–	–	Gerichtsverhandlung (Verurteilung zu „Therapie statt Strafe“ und Geldstrafe) U-Haft wegen Drogenhandels; die Gerichtsverhandlung steht bevor.
Kontaktierte Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen	Ganslwirt	Ganslwirt	PKH Baumgartner Höhe, Substitutionsprogramm, Ganslwirt, Lainz, Dialog	Dialog	API, AKH, Grüner Kreis, P.A.S.S. Rosenhügel, Dialog inkl. Needles or Pins, Check-iT!, Substitutionsprogramm, Treffpunkt, Institut für Suchdiagnostik

Wie Angehörige ihre Lage sehen: „Man kann sich gar nicht vorstellen, was man da mitmacht als Eltern“

Das Informationsdefizit: „Man ist ja ahnungslos“

Erfahren Eltern vom Drogenkonsum ihres Kindes/ihrer Kinder, sehen sie sich in der Regel **mit einer neuen – bisher unbeachteten – Welt konfrontiert**, denn

„so lange es einen nicht wirklich betrifft, interessiert es einen ja nicht“ (E2). Der „Schleier“ (E1b) wird entweder mittelbar und langsam durch das veränderte Verhalten des Kindes gelüftet oder plötzlich und unmittelbar durch Dritte.

Das **veränderte Verhalten des Kindes** ist ein unsicherer Indikator – es könnte auch der Pubertät oder anderen Problemen zuzuschreiben sein – und die gemeinsame Gesprächsbasis reicht üblicherweise nicht aus, um die Hintergründe zu klären: Die Eltern fühlen sich durch Gesprächsverweigerung auf Distanz gehalten und bewusst – durch Lügen und Verheimlichen – in Unkenntnis belassen. Sie holen zusätzliche Informationen ein, indem sie das Kind beobachten – „Ich bin immer bei seiner Wohnung vorbeigefahren. Hab dann angerufen, sag ich: Wieso steht schon wieder das Auto da?“ (E5) – oder Kontakt zur Schule oder Arbeitsstätte aufnehmen. Doch werden auch die Schulangehörigen wenig kooperativ erlebt: Die LehrerInnen „... haben da eigentlich keine Ahnung gehabt. Die haben auch gar nicht gewusst, was da an der Schule rennt“ (E7). Ein Direktor, der auf eine Spritze am Schulgelände aufmerksam wurde, „... gibt (ihr) einen Schuss, weil dann war es nicht mehr auf seinem Grundstück“ (E4). Der Obmann des Elternvereins lehnt es ab, angesichts von Gerüchten, am Schulhof würde gedealt, einen Elternabend zu organisieren (E3). Eine Nachfrage beim Arbeitgeber über den Grund der Kündigung war zwar insgesamt informativer, doch wurde der Drogenkonsum mit keinem Wort erwähnt (E5).

Werden Eltern **durch Dritte über den Drogenkonsum informiert**, reagieren sie kurzfristig mit dem Verleugnen des Gehörten: „.... der Polizist hat mich auf die Seite genommen und gesagt: Wissen sie, dass ihr Sohn drogenabhängig ist? Sag ich, das glaub ich nicht, das kann ich mir nicht vorstellen, der hat gewettet gegen Zigaretten und jetzt auf einmal wäre er drogenabhängig, nein, da kann etwas nicht sein, ... nein, da kann etwas nicht stimmen, die verwechseln ihn, den muss ich sehen“ (E4). Das „Geständnis“ des Kindes ist auf Basis dieser Informationen dann allerdings leichter zu bekommen: „Da hat er halt dann zugegeben ... dass er Kokain von dem Dealer gekauft hat“ (E7).

Als Nächstes stellt sich für die Eltern die Frage, wie sie ihr Kind von den Drogen wegbekommen und sie begeben sich auf die **Suche nach ExpertInnen**. Früher – als es wenig Drogeneinrichtungen gab – wandte man sich zumeist an jugendspezifische Einrichtungen. Heute wird die Informationssuche durch regionalen Gegebenheiten und durch mangelnde technische Ausrüstung beschränkt: „Wenn Familien weit draußen wohnen, kommt man nicht so leicht zu bestimmten Földern und Informationen. Und so wie heute alle Infos über das Internet laufen, was tun jene, die keinen Zugang haben?“ (E8). Wie vor 30 Jahren, sind daher auch heute noch viele Eltern darauf angewiesen, Informationen über Drogenhilfen zufällig in der Zeitung zu finden (E5).

Begeben sich Eltern auf die Suche nach professioneller Hilfe, so hoffen sie anfänglich auf Heilung und erwarten ein „Rezept“ (E1a,E1b,E4). Die ersten Auskünfte, die sie von Professionellen erhalten, können sie dementsprechend schwer annehmen: „Die sind auch alle deppert. Was wissen die über mein Kind. Die kennen sich gar nicht aus“ (E4). Zu ExpertInnen für die unwissenden Eltern

werden im Laufe der Zeit aber auch die drogennutzenden Kinder: über Drogen und Drogenkonsum – „*Ich, in meiner Unwissenheit, na, wenn er es unbedingt braucht, muss man Drogen kaufen, nicht?*“ (E4) – wie auch über die Drogenszene und die Drogenhilfe. Mütter und Väter geraten solcherart leicht zwischen den Fronten des unterschiedlichen „ExpertInnenwissens“.

Die Sicht des Problems: „Wieso und warum machen die das?“

Die befragten Mütter und Väter erklären sich das Drogenproblem ihrer Kinder auf unterschiedliche Weise, doch vorzugsweise durch „äußere“ Ursachen, Ursachen, die letztlich unbegreiflich bleiben und weder von ihnen, noch von den Kindern beeinflusst werden können. Dazu zählen einerseits psychische Vorerkrankungen und Charakterzüge des Kindes (eine Mutter spricht davon, dass der Sohn schon immer Extreme suchte: „*Also er braucht immer den Kick*“ – E7), dazu zählen aber auch die labile Phase der Pubertät und der jugendliche Freiheitsdrang, dem alle Heranwachsenden ausgesetzt sind. Andererseits wird als Grund für den Drogenkontakt die Verführung durch FreundInnen und DealerInnen genannt. Im Extremfall sind die Ursachen „so mannigfaltig“, dass sie nicht mehr fassbar sind: „*Das fängt sicher in der Familie an, geht aber quer durch alle Gesellschaftssituationen. Und geht bis in den Berufsbereich. Auch die Politik ist da nicht ausgeschlossen*“ (E3).

Im **aktuellen Drogenkonsum** des Kindes sieht ein Teil der Interviewten die Krankheit, mit der Eltern zu leben lernen müssen (E4). Ein anderer Teil sieht im Drogenkonsum den schwachen Willen und den labilen Charakter des Kindes, der durch „das Böse“ – verkörpert durch die Substanz oder den/die DealerIn – manipuliert wird: „*Aber das wollen ja die Dealer nicht, dass einer weg kommt.*“ (E1a). In diesem Fall betrachten es die Eltern als ihre Aufgabe, dem Übel entgegenzuwirken, um das Kind „... von dem Ganzen wieder weg zubekommen“ (E6). Bei einigen Müttern, die sich schon lange mit dem Drogenkonsum des Kindes auseinander setzten, ist eine Veränderung der Sichtweise erkennbar: Sie erzählen davon, dass sie anfänglich alles taten, um ihr Kind wieder „rauszuholen“, dass sie aber mit der Zeit erkannten, dass sie sich mit der Krankheit abfinden müssten.

Stigma und Isolation: „Ein drogenabhängiges Kind – das war eh schon unterste Klasse – na da muss irgendwas mit den Eltern los sein“

Die Eltern – vorzugsweise die Mütter – **werden für die Probleme ihrer Kinder verantwortlich gemacht und moralisch verurteilt**: „*Man ist doch von den Leuten, von den Nachbarn ... angeschaut worden, was sind das für Eltern?*“ (E1a) Nicht nur die Nachbarn „... zeigen mit dem Finger“ (E2): Mütter berichten auch über Vorwürfe der Exekutive und im landesgerichtlichen Gefangenenumschlag: „*Wenn du dort ... jemanden besuchen warst, warst du automatisch genauso ein G'sindl, wie der, der drinnen sitzt*“ (E4). Dadurch kommt schon einmal der Wunsch auf, das Kind „*wäre Alkoholiker geworden*“ (E5), denn Alkohol sei auch eine Droge, aber „*gesellschaftlich anerkannt ... und in den höchsten Kreisen tabuisiert*“ (E2). Durch die Lobby, die hinter dem Alkohol stehe, werde auf ein Delikt, im „*Vollrausch*“ begangen, sogar mit Strafminderung reagiert (E4). „*Der Drogenkranke hat keine Lobby, das ist der Kriminelle, der Dreckshaufen*“ (E4). Geschürt werde das Vor-

urteil durch „... die Macht der Medien, so dass die meisten Leute Angst haben vor dem Stigma, wenn ihre Kinder süchtig sind“ (E8).

Die stigmatisierten Mütter und Väter **antworten mit Rückzug und leiden unter der Isolation**: So berichtet eine Mutter: „Ich hab meine ganzen Bekanntschaften eigentlich verloren. Weil die haben gesagt, selber Schuld““. Und sie fühlt sich „... von allen in Stich gelassen“ (E1a). Immer wieder auch „... vom eigenen Mann“ (E1a). Tatsächlich sind die interviewten Frauen, die über Isolation klagen, geschieden. Aber auch Väter klagen darüber, dass es durch das Drogenproblem zu vermehrten ehelichen Konflikten gekommen und die Gesprächsbasis zerstört worden sei (E6). Nur in einem Fall führte der Konflikt zu einem Neubeginn: „Der familiäre Zusammenhang ist besser geworden. Durch das neue Miteinander-Umgehen-Lernen mit dem Problem ist etwas sehr Positives entstanden“ (E9).

Nur in wenigen Fällen kann die Betroffenheit von den Angehörigen offen kommuniziert werden. Angehörige, die dazu in der Lage sind, nehmen sich selbst als Ausnahme wahr: „Ich war damals die große Ausnahme, ich habe immer offen darüber gesprochen“ (E8). Der Mitteilung folgt häufig die – als Erleichterung empfundene – Unterstützung durch die Familie und den Freundeskreis. Doch unabhängig davon, äußern alle Befragten das Bedürfnis, sich mit „Gleichgesinnten“ (E2), das ist mit anderen Betroffenen, auszutauschen.

Der beschwerliche Alltag: „Da könnte man ja Bücher schreiben über das Ganze, was wir mitmachen.“

Obwohl der Leitfaden für die Interviews keine Fragen nach dem Alltag der Angehörigen von DrogennutzerInnen enthielt, hat sich das Thema in den Gesprächen niedergeschlagen, man könnte auch sagen, in die Erzählungen gedrängt.

Eltern sind häufig **auf der Suche nach ihrem Kind**, vor allem dann, wenn es minderjährig ist: „Natürlich bin ich überall hin gerannt – sie war 13 – ich hab nicht gewusst, wo sie ist, wir waren sie suchen, 14 Tage nicht gefunden. Können sie sich vorstellen, man weiß nicht, wo das Kind ist?“ (E1a). Hinter der Suche steht die „... Angst, dass ihr etwas passiert ist“ (E8). Unklar ist, wo man suchen soll: „Wo soll ich um 11 am Abend oder 12 am Abend ein Mädchen in Wien finden? – Aber man tut es halt“ (E6). Meistens ist die Suche ergebnislos: denn selbst, wenn man das Kind findet, will – oder kann – es nicht nach Hause kommen. Immer wieder gibt man sich auch damit zufrieden zu wissen, wo das Kind ist. Und manchmal wird die Polizei – aus Verpflichtung (Abhängigkeitsanzeige) oder aus Not – in die Suche einbezogen. Nicht nur vor Ort wird gesucht, es werden auch Rückholaktionen aus dem Ausland organisiert (E1a).

Auch volljährige Kinder verschwinden: Sie erscheinen nicht pünktlich am Arbeitsplatz und sind auch privat unerreichbar. So war die Tochter einer Interviewten weder telefonisch erreichbar, noch öffnete sie die Wohnungstüre, obwohl Licht brannte und der Fernseher zu hören war. Die Mutter rief die Polizei, die den Tod der Gesuchten feststellte.

Eltern sind mit den – schweren – **gesundheitlichen Problemen** ihrer Kinder konfrontiert: Mit Infektionskrankheiten aller Art, einschließlich HIV und Hepatitis C. Eine Mutter erzählt von einer vermutlich erfolgreichen Chemotherapie ihres Sohnes, dessen Hepatitis C früh erkannt worden war. Andere Eltern berichten davon, dass sie ihr Kind auf AIDS untersuchen ließen „... aber es ist eh Gott sei Dank nichts“ (E7).

Auch die **psychische Lage** der drogennutzenden Kinder führt zu alltäglichen Sorgen: So berichtet eine Mutter von ihrer Tochter „... dass sie das letzte Jahr überhaupt nicht mehr leben wollte, ...“ (E1b) eine andere von ihrem Sohn „... wie er fast schizophren war, und wie er irrationale Sachen geredet hat ...“ und sie Angst gehabt habe, „... dass er sich etwas antut“ (E4).

Die unreinen Substanzen führen zu **Vergiftungen**. Eine Drogennutzerin, die eine mit einem Schlafmittel vermischt Substanz konsumiert hatte, wurde nur durch Zufall von einer Freundin gefunden: „Wir mussten sie herumführen, dass sie nicht einschläft, dass nicht der Kreislauf zusammenbricht, und das 2 Tage und 2 Nächte“ (E6). An dieser Stelle betont der Vater, dass die Tochter gestorben wäre, wenn er sie – wie von Professionellen empfohlen – vor die Türe gesetzt hätte.

Die **illegalen Substanzen sind kostspielig** und die Eltern werden von den Kindern zur Kasse gebeten. Sie lassen sich dazu bringen, Drogen zu kaufen und Geld zu geben. Die Kinder machen andernfalls Anderes zu Geld: „... die sind Schuhe kaufen gegangen mit den Eltern, weil die Eltern ihnen kein Geld mehr geben. Der hat die Schuhe um 3 Nummer größer genommen, weil er schon gewusst hat, der andere kauft sich die Schuhe“ (E1b). Das Entwenden von Wertgegenständen wird als nahezu normal betrachtet, selbst jene, die nicht bestohlen wurden, kommen darauf zu sprechen: „... wie ich von vielen Angehörigen gehört habe, dass die Kinder den Eltern Geld gestohlen und Schmuck gestohlen haben. Das muss ich wirklich sagen, das haben meine nicht gemacht. Wirklich“ (E5). Wird erzählt, „... dass der eine oder andere Schein nicht mehr da war ... oder der eine oder andere Gegenstand ...“ (E9), oder dass „die Golddukaten fehlten“ (E8), wird gerne hinzugefügt, dass es „... keine größeren Ausmaße angenommen ...“ habe und von Bekannten berichtet, deren Wohnung ausgeräumt worden sei und die das Türschloss auswechseln ließen (E9).

Eltern reagieren auf die tatsächliche oder drohende **Obdachlosigkeit** ihrer Kinder, indem sie ihnen eine Wohnung finanzieren: „... die Miete hat mein Mann persönlich bei der Hausmeisterin abgeliefert“ (E8). Und: „Ob er es warm hat, ist mir egal, aber ein Dach über dem Kopf ist mir wichtig“ (E4). Nicht zuletzt verhindern Eltern damit, dass das Kind immer wieder vor ihrer Türe steht und ihr „halbwegs geordnetes“ Leben bedroht.

DrogennutzerInnen haben oft **Schulden**. Manche Eltern sehen dies als Problem des Kindes, andere unterstützen sie bei der Rückzahlung: „Ich habe gewusst, wenn die E. nach A [stationäre Suchthilfeeinrichtung] geht und kein Einkommen hat, da habe ich angefangen, den Schuldenberg langsam abzustottern“ (E8).

Weitere Kosten fallen für die Eltern an, wenn sie die Kinder behandeln lassen. Manche gewinnen dabei den Einruck, man bereichere sich an ihrem Leid: „*Sie haben ... sehr viel Geld gemacht mit den armen Drogenabhängigen, weil die Eltern sind natürlich auch zu den Ärzten gerannt, und die haben kassiert*“ (E1a). Andere meinen, dass sich viele Familien professionelle Hilfe nicht leisten können: „*Wir sind 1½ Jahre zu einer privaten Therapie gefahren mit meiner Tochter, und das hat schon sehr viel Geld gekostet das Ganze. Ja, wir sind nicht eine Familie, die am Hungertod nagt. Aber es sind sehr viele, die sich das nicht leisten können*“ (E6). Eltern – so der Tenor – würden nicht nur von den eigenen Kindern, sondern auch von ÄrztInnen im privaten Sektor finanziell ausgenommen.

Die **innerfamiliären Zwistigkeiten** wurden bereits angesprochen: Alle Angehörigen erzählen, dass der Drogenkonsum einen Keil in die Familie treibe. Es kommt zur gegenseitigen Schuldzuweisung: „*Einer hat dem anderen die Schuld zu geschoben ...*“ (E1a) und es bilden sich – häufig geschlechtsspezifische – Differenzen beim Umgang mit den Problemen. In den Augen der Frauen werden die Männer „... *bösartig und wollen mit dem Kind überhaupt nichts mehr zu tun haben*“ (E1), „... *sie blocken einfach ab ... und (können) nicht aus sich rausgehen*“ (E2), sie wollen die Kinder hinauswerfen und mit Härte bestrafen: „*Der Vater ist überhaupt ganz fertig, der hat ... nur geschimpft, der hat gesagt, er schlägt ihr die Hand ab, damit sie nicht mehr spritzen kann*“ (E1b). Das Leitthema der Mütter ist hingegen das Verständnis und die nahezu bedingungslose Fürsorge. Der unterschiedliche Umgang von Vätern und Müttern führt zu massiven Konflikten – „*na Tragödien*“ (E1b), Scheidungen und Selbstmord von Müttern sind die Folge (E1b, E8).

In einzelnen Fällen übernehmen Angehörige die familiären Verpflichtungen der Kinder. So übernimmt eine Mutter die Sorgepflicht für den Enkel, der vom drogenabhängigen Sohn und dessen ebenfalls drogenabhängiger Lebensgefährtin misshandelt wurde.

Damit ist die **Gewalttätigkeit** der DrogennutzerInnen angesprochen, wobei „*sie meistens nur den Eltern gegenüber aggressiv sind. Bei den anderen sind sie so freundlich und so liebevoll, dass man das gar nicht glaubt*“ (E1a). Die Gewalt kennt man jedoch nur von anderen Angehörigen, keiner der Befragten wurde selbst zum Opfer.

Abtrennen, Durchhalten, Dableiben: „Wenn man da nicht hilft, hört sich die soziale Schiene komplett auf.“

Durch den Drogenkonsum erscheint das Kind unerreichbar: „*Das ist wie eine Glaswand, wir reden da herüber, und die Kinder sind dort drüben ..., weil wir nicht zueinander können, weil die Sucht dazwischen ist*“ (E1b). Die Angehörigen versuchen zu helfen, „... *weil wenn das Kind krank ist oder arm ist, hilft man*“ (E1b), aber „... *das eigene Kind hat sich nicht helfen lassen*“ (E1a). Die Phasen der Distanz werden von Phasen der Nähe abgelöst, in denen die Kinder versuchen, mit den Eltern zu sprechen. Aber dann macht wieder eine Phase der Distanz die Zuversicht zunichte, die die Eltern entwickelten. Für die Eltern ist es schwer an-

zuerkennen, „... dass man wirklich keinen Einfluss hat. Selbst wenn der – da war er erst 16, unser Sohn“ (E6).

Die Machtlosigkeit ist schwer annehmbar, sie verlangt Distanz und Abtrennung. So entwickelt man stattdessen Hoffnung, man hofft auf Einsicht beim Kind angesichts manifester Probleme, wie zum Beispiel einer U-Haft: „*Wir waren guter Hoffnung, dass er geprägt ist von dem Ganzen und dass er wirklich aufhören wird*“ (E7). Auf die Hoffnung folgt die Enttäuschung und darauf nicht selten Wut und Hass: „*Und geschimpft hab ich. Ich hab so geschimpft über sie, mir ist das alles rausgekommen, was ich dauernd geschluckt hab*“ (E1b). Und: „*Da hat er mich auch so sekkiert einmal. Hab ich gesagt: ist in Ordnung und wir fahren jetzt am Karlsplatz ... ich nimm 5.000 Schilling mit ... du kaufst dir soviel Heroin, wie du nur tragen kannst, das nimmst du mit nach Hause, legst dich in meinen Arm, und in meinen Armen darfst du sterben*“ (E4). Trotz allem wollen die Eltern ihre Kinder nicht „... hängen lassen“ (E8). Eine Mutter zu ihrem Mann, der das Kind vor die Tür setzen will: „*Kannst du dann leben mit dem, dass er komplett abstürzt? Ich kann nicht leben damit. Was aber jetzt für mich auch hart ist, weil so will ich auch nicht leben*“ (E5). Manche finden sich mit der Machtlosigkeit ab – wenn die Kinder starben, geht es gar nicht anders: „*Man kann nur zuschauen und warten ... da kann man nur da sein, wenn sie uns brauchen. Irgendwann kommen die Kinder dann schon auf das Angebot zurück, spät aber doch*“ (E9).

Keine der Befragten gab dem (zeitweiligen) Verlangen, sich zu distanzieren, nach, wiewohl sie damit den Ratschlägen Professioneller zuwiderhandelten. Deren Anweisung, nicht zu helfen, stürzt die Eltern in ein Dilemma: „*Und das sollst ja grad nicht, weil die sollen in ihr Schlamassel rein, dass sie selber zum Denken anfangen. Weil solang sie eben die Wohnung haben oder Essen haben, warum soll der die Droge lassen*“ (E1b). Einige lösten das Dilemma, indem sie teils den professionellen Ratschlägen folgten: „*Also wir haben uns eigentlich dann zurückgenommen, muss ich sagen ... die Betreuerin, die hat uns halt irgendwie dann schon den richtigen Weg gezeigt*“ (E7), teils versuchten, das Kind weiterhin zu beschützen: „*Unser Sohn bekommt es (Substidol) halt in der Apotheke und da haben wir eigentlich schon verlangt, dass er es vor der Apothekerin schluckt mit einem Glas Wasser*“ (E7). Dieselbe Interviewte konfiszierte die selbstgebastelten Geräte zum Aufkochen von Substidol, die sie im Zimmer ihres Sohnes fand. Andere transformieren den professionellen Ratschlag zum äußeren Zwang: „*Wenn wir ihm schon nicht helfen dürfen und die Hände zurücknehmen müssen*“ (E4). Und dritte lehnen die Ratschläge schlicht ab: „*Na weil man eben so Ratschläge bekommt: ,na helfen sie ihr nicht, weil wenn sie ihr helfen, verlängert das nur das Ganze‘. Also mit dem kann man als Mutter, wenn man sich um sein Kind sorgt, nicht wirklich viel anfangen. Mag im Endeffekt stimmen. Nur ich sehe es heute noch nicht so*“ (E2).

Die professionellen Ratschläge zeigen trotz allem Wirkung. So meint eine Befragte: „*Weil es ja so viele Bettler jetzt überall gibt ... ich gebe nur mehr einem Alten ... der ändert sich nicht mehr. Aber ein Junger, dem gebe ich kein Geld, und wenn er noch so ausschaut, dem gebe ich nichts, weil der kann sein Leben noch ändern*“ (E1b).

Die Drogen und die Drogenszene

Die Drogen(um)ordnung

Der Begriff „Droge“ hat für die Befragten unterschiedliche Bedeutung. Er ist „... das schlechte Wort, das man nicht in den Mund nehmen braucht“ (E5), er bezeichnet aber auch schlicht die Substanz, die zur Suchtkrankheit gehört (E4). Dementsprechend unterschiedlich ist die Sicht der gesetzlichen Bestimmungen: Alle befragten Eltern kennen die gesetzlichen Regelungen, manche sind mit ihnen einverstanden, andere lehnen sie ab.

Eltern, deren persönliche Drogenordnung mit jener des österreichischen Gesetzgebers übereinstimmt, betrachten Cannabis als Einstiegsdroge, die zwangsläufig zu einer Drogenkarriere führt, und sprechen sich gegen die Entkriminalisierung von weichen Drogen aus: „Und angefangen wird mehr oder weniger immer mit dem Kiffen, ... aber dann ist halt immer die Steigerung da“ (E6). Eine zweite Gruppe von Angehörigen findet hingegen, es sei „Ansichtssache“ (E2), ob Cannabis eine Droge sei und hält „... einen Joint einfach nicht für gefährlich“ (E11). Ein Interviewter setzt die Gefährlichkeit von Heroin jener von Nikotin gleich: Die Gefahr entsteht, so der Befragte, erst durch das Verschneiden mit Rattengift oder Schlafpulver (E6). Üblicherweise wird Heroin allerdings als harte Drogen wahrgenommen, die weichen Drogen, wie Cannabis, werden den legalen Substanzen gleichgesetzt: „Wie ich mein Achtel Wein trink, raucht sie halt zwei mal in der Woche“ (E2). Kokain hat einen unklaren Status, man kritisiert, dass es in der Haft erhältlich ist, doch ordnet man es nicht als Droge ein: „... weil da hat er ja einen Entzug gehabt. Er hat wohl Kokain konsumiert zwischendurch, aber er war gut drauf“ (E7). Diese Gruppe von Befragten befürwortet die gesetzliche Differenzierung von Drogen nach Konsumrisiken, und spricht sich teils für die Entkriminalisierung von weichen Drogen aus.

In den Interviews zeichnet sich eine dritte Perspektive ab, in der nicht die Substanz im Zentrum steht, sondern die Sucht als Krankheit. Der Umgang mit den DrogennutzerInnen sollte sich nach der Differenz krank/gesund richten: „Sie kriminalisieren sie und das mag ich nicht. Weil sie sind grundsätzlich keine Kriminellen“ (E4). Und: „... ich kann einen Drogenabhängigen ... nicht wegen Missbrauch anklagen“ (E4).

Die Drogenszene

Eltern beziehen ihr Wissen über den Drogenhandel und die Drogenszene aus den Medien und von den Kindern. Nur selten beruht es auf eigenen Beobachtungen und Erfahrungen.

Drogenhandel und Drogenszene werden nicht als örtlich begrenztes Phänomen gesehen: Drogen sind „... überall, auf der ganzen Welt“ (E4). Früher sei die Drogenszene auf das urbane Gebiet beschränkt gewesen, dann aber wäre eine massive Zunahme im ländlichen Bereich zu beobachten gewesen: „Aber wenn man in den letzten 3 Jahren bei uns am Land mitverfolgt hat, wie viele Kinder

mittlerweile schon zu Drogen greifen, dann ist das eine Steigerung sag ich von fast 700 bis 800 Prozent“ (E6). Und „... das Problem ist, sie bekommen es überall. Egal wo ... sie muss nicht nach Wien fahren“ (E6). Es gibt keinen drogenfreien Ort mehr: „Ich weiß nicht, wo man hinfahren muss, wo keine Drogen angeboten werden“ (E4).

Auch habe sich der **Drogenhandel verändert**: „*Und die verkaufen das öffentlich, also die verstecken sich nicht mehr irgendwo*“ (E6). Drogen werden auf der Straße oder in der U-Bahn angeboten, „*die jungen Leute (werden) direkt angesprochen*“ (E6). Die Dealer gehen auf die potentiellen KundInnen zu: „*Die stehen ja bei den Schulen, wo die Erstklassler sind*“ (E1a) und werben aggressiv, wie zum Beispiel durch die Abgabe kostenloser Proben: „*Die ... Dealer haben gar keinen Genierer mehr*“ (E6). Die Dealer fördern den Einstieg und verhindern den Ausstieg: „*Aber das wollen ja die Dealer nicht, dass einer weg kommt*“ (E1a).

Es wird zwischen „**armen“ und „bösen“ Dealern unterschieden**. Die ersten finanzieren mit dem Drogenhandel die eigene Sucht – wie die eigenen Kinder, wenn sie dealen –, die anderen, die „bösen“ oder wirklichen Händler, bereichern sich an den armen drogensüchtigen Kindern. „*Wenn der am Tag – braucht er nur um 1 000 Schilling was verkaufen –, sind 30.000 Schilling im Monat, lebt der wie ein Herrgott in Frankreich und ruiniert aber nicht nur einen, sondern genug, die etwas bei ihm kaufen*“ (E5). Dieser Weg wird zumeist von Menschen eingeschlagen, die keiner redlichen Arbeit nachgehen: „*Aber ein normaler Bürger – ein österreichischer –, der einer Arbeit nachgehen muss, und schauen muss, dass er die Familie zusammenhält, oder sonst irgendwas, sein Haus oder seine Wohnung, hat nicht die Zeit für das Ganze. Zeit haben nur die, die nichts arbeiten*“ (E6). Die bösen Dealer sind primär Ausländer, immer wieder Schwarzafrikaner und Asylwerber: „*Es kommen im Prinzip die ganzen Schwarzafrikaner, die suchen an um Asyl, und tun ... unsere vergiften*“ (E5). Und: „*Ich kann nicht sagen, es sind nur Schwarzafrikaner, natürlich sind auch Österreicher Dealer, ist mir ganz klar, aber ich bin überzeugt, dass über 70% die Schwarzafrikaner sind*“ (E6).

Ein Thema ist, dass **Substitutionsmittel (primär Substidol) am Schwarzmarkt erhältlich sind**. Die Kinder kaufen sich zum ärztlich verschriebenen Ersatzmittel „*Substidol dazu ..., schwarz*“ (E5). Wie das Medikament auf den Schwarzmarkt gelangt, bleibt unverständlich. Als Vorteil wird gesehen, dass die Substitutionsmittel billiger sind: „*Weil das Heroin kann sich ja eh schon fast keiner leisten von den Jugendlichen, außer sie werden kriminell*“ (E7).

Erfahrungen mit Polizei, Gericht und Einrichtungen der Drogenhilfe

Die Kinder berichten ihren Eltern über ihre Erfahrungen mit der Polizei, den Gerichten, dem Strafvollzug, der Drogenhilfe, doch haben die Eltern immer wieder auch persönlich mit diesen Einrichtungen zu tun, sei es weil sie kontaktiert werden, sei es weil sie selbst den Kontakt aufnehmen. Anlass für die eigenen Kontakte ist

zumeist das Kind, nur selten sind es eigene Anliegen, wie etwa die Suche nach Unterstützung oder die Bekämpfung des Drogenmissbrauchs.

Die Polizei

Die Kinder werden nicht nur straffällig, weil sie Drogen konsumieren, die Befragten berichten auch immer wieder von Kleinkriminalität und anderen „*irrationalen Dingen*“ (E4). Folgerichtig bekommen auch sie gelegentlich mit der Polizei zu tun.

Eine Befragte musste ihren Sohn, der sich in Polizeigewahrsam befand, identifizieren (E4), eine andere muss ihr Kind immer wieder von der Wachstube abholen (E2) und macht dabei positive Erfahrungen: „*Ich weiß nicht wie sie behandelt worden ist, bevor ich da war, aber zumindest bin ich normal behandelt worden ..., und das ist schon einmal was, weil normal sind ja Mütter von Drogensüchtigen auch – unter jeder Kritik*“ (E2). Die Angehörigen werden auch für die Aufklärung krimineller Handlungen herangezogen: „*Die Kriminalpolizei hat uns angerufen, sie wollen Auskunft von unserem Sohn ... Mein Mann hat ihn hingebbracht und sie haben gesagt: „So und jetzt bist du verhaftet“*“ (E7). Und manchmal werden sie aktiv unterstützt: „*Da hat es einen Polizisten gegeben, ich glaub, der war im 10. Bezirk. Der hat mich sogar angerufen, hat gefragt: „Sagen sie, ist die Tochter abgängig?“ sag ich: „Nein, sie hat sich gestern gemeldet, warum?“ Sagt er: „Na ich hab sie nämlich am Bahnhof gesehen, und ich wollt ihnen nur sagen, dass ich sie gesehen hab“*“ (E2).

Werden die Eltern aktiv und suchen sie die Hilfe der Polizei, überwiegen die schlechten Erfahrungen: „*Ich hab versucht, Hilfe zu holen. Ob man sie bekommt, ist eine andere Frage. Speziell schlimm war ja, wenn ich sie abgängig melden hab müssen, und bei uns auf der Gendarmerie, also das ist ja ein eigenes Kapitel. Also ich bin dort fast jedes Mal weinend heim gegangen, weil mich die so: „Was sind denn Sie für eine Mutter? Und was glauben Sie eigentlich, was wir zu tun haben? Wenn Sie sie wieder mal erwischen, dann sperren Sie sie gefälligst ein, lassen Sie sie nicht immer weg. Und wenn Sie so weitermachen, dann werden wir das dem Jugendamt melden.“ Sag ich: „Ich bin eigentlich deswegen da, weil ich sie abgängig melden muss, hat mir das Jugendamt gesagt.“ „Na was sind Sie für eine Mutter, dass ein Kind überhaupt so weit kommt.“ Das war das Schlimmste überhaupt dort hingehen, jedes Mal*“ (E2). Aber hin und wieder wird die kontaktierte Polizei auch als hilfreich erlebt: als Schutz vor dem gewalttätigen Sohn, oder bei der Suche nach der – toten – Tochter: „*,Na wollen sie sie sehen?“, „Na natürlich will ich sie sehen“. Und sagt er: „Brauchen Sie sich aber nicht fürchten, es ist ein friedlicher Anblick. Was wir da oft sehen, das können Sie sich nicht vorstellen“*“ (E1b).

Durchgängig schwierig scheinen die Kontakte zu werden, wenn die Angehörigen sich in polizeiliche Aufgaben einmengen. Wenn sie beispielsweise die Polizei kontaktieren, weil sie meinen, „*dass gegen die Dealer zu wenig hart vorgegangen wird*“ (E2), oder wenn sie Drogenumschlagplätze melden: „*Hat der gesagt: „Schauen sie das (Lokal) können wir nicht sperren, weil wir wissen wenigstens, wo wir hingehen können und wo wir sie zusammenfangen können.“ Sie*

haben weder zusammen gefangen noch sonst etwas. Dort sind weiter die Drogen verkauft worden“ (E1a).

Dass die Exekutive nicht härter vorgeht, „... sondern nur beobachtet, das ist für mich als Mutter ganz entsetzlich“ (E8). Und es wird nach Erklärungen für die mangelnde Härte der Polizei gesucht. So wird die Polizei verdächtigt, selbst zu konsumieren oder verbittert zu sein, „... weil sie sie verhaften, und die gehen wieder frei in kurzer Zeit ... Wir machen die Arbeit und dann werden sie frei gelassen ... Das ist wie eine Hydra, wo du einen Kopf abschlägst und er wächst immer nach. Es ist natürlich eine irrsinnig schwere Arbeit“ (E1b). Man vermutet aber auch knappe Ressourcen: „... wenn man einen jeden kontrollieren will, oder ein jedes Gebiet ... dann haben wir, weiß ich nicht, eine halbe Million Beamte zu wenig ...“ (E6), die überdies schlecht oder sogar falsch eingesetzt werden: „Sie haben gewusst, dort auf dem Bahnsteig sind Dealer ... Die fahren mit Blaulicht vor, dort. Die sind alle weg, logischerweise ... solche Sachen sind ja sinnlos“ (E1b). Und: „... wenn man 2 Minuten drüber ist (in der Kurzparkzone), hat man ein Zettelr drinnen. ... Ist schon o.k., man darf es nicht machen, aber was ist halt schlimmer? Also die Wertigkeiten sind schon“ (E2). Und so scheint es ratsam zu sein, die Zusammenarbeit mit der Polizei zu unterlassen: „Ob man dann selber durch den Dreck gezogen wird, ob die Polizei ins Haus kommt, und ob das anonym behandelt wird?“ (E5)

Die Haltung der Befragten gegenüber der Polizei ist also durchgängig gespalten und ambivalent. Sie wird teils als Kraft gesehen, mit der man zusammenarbeiten kann, um die Kinder von den Drogen wegzubekommen – man ist erleichtert, wenn die Kinder angezeigt werden und überlegt sich dies selbst zu tun -, teils aber auch als unverständliche und bedrohliche Kraft, die im schlimmsten Fall wie ein Bumerang auf einen selbst zurückfällt.

Das Gericht und der Strafvollzug

Gerichtsverhandlungen wie Strafen werden sehr unterschiedlich gesehen: Wird die Drogenabhängigkeit strafmindernd berücksichtigt, so kann dies als Stigmatisierung des Kindes, als dessen „Abschreibung“ verstanden werden. Ein Pflegschaftsrichter, der von der Mutter über die Drogenabhängigkeit der Tochter informiert worden war, habe „... die Verhandlung ... so geführt, so quasi, brauchen wir ihr gar nichts geben, das zahlt sich eh nicht mehr aus, das rentiert sich eh nicht“ (E2). Und auch die Nicht-Berücksichtigung der Drogenabhängigkeit kann als hart und ungerecht erlebt werden: „Wenn nicht einmal am Rande der Hinweis darauf gegeben wird, dass der (Beschuldigte) drogenkrank ist, und aus dem Grund diese Dinge macht“ (E4).

Die Eltern versuchen, das Gerichtsverfahren in ihrem Sinne zu beeinflussen. Sie geben dem Kind Anweisungen, wie es sich vor Gericht zu verhalten habe („Ich habe auf den R. eingewirkt, dass er ordentlich gekleidet war“ E8). Und sie kontaktieren vor und während der Verhandlung den Richter, um ihm das Verhalten ihres Kindes zu erklären. Umgekehrt binden die Richter die Eltern in die Verhandlung ein: Ein Richter spricht einen Befragten bei der Verhandlung an „... ob

die Zahlung (einer Geldstrafe von 700 €) von den Eltern geleistet wird. Hab ich gesagt: „Nein das sicher nicht“ ... der Richter gewährt eine Teilzahlung“ (E6).

In zwei Fällen machen die Kinder Hafterfahrungen: in einem Fall handelt es sich um eine sechswöchigen Untersuchungshaft, im zweiten um eine Freiheitsstrafe von 28 Monaten. Die betroffenen Angehörigen kritisieren die Unterbringung, wie den Umgang mit den Häftlingen als „*menschenunwürdig*“ (E4): Die Inhaftierten seien unterbeschäftigt, sie täten nichts anderes als „*Herumliegen ... den ganzen Tag Fernsehen und Lesen und Rauchen*“ (E4). Sie erhielten auch keine Behandlung. Immerhin aber wurde ein Kind „*von einem Priester ... regelmäßig besucht ... Das hat ihm auch sehr gut gefallen, das Gespräch mit dem Priester. Der hat ihn aufgebaut, hat mit ihm Zigaretten geraucht und so weiter*“ (E7). Der andere Sohn, der an einer psychischen Erkrankung litt, war überdies schlecht untergebracht („*Der sitzt zwischen Schwerverbrechern, zwischen Kinderschändern! In einer Achtmannzelle, ist schizophren*“ – E4). Die Mutter intervenierte so lange, bis der Sohn auf eine Substitutionsabteilung verlegt wurde. Sie gewinnt dabei den Eindruck, dass „*das Justizsystem ... mit den Drogenabhängigen oder überhaupt mit so Kranken überfordert* (ist). *Die haben keine Ahnung!*“ (E4). Beide betroffenen Angehörigen sprechen den Drogenkonsum im Gefängnis an. Der U-Häftling konnte Cannabis und Kokain kaufen, im anderen Fall entstand der Eindruck, dass der Sohn mit dem Substitutionsmittel „... schön ruhig gehalten (wurde). „*Mach keine Wellen und da geben wir ein bisschen mehr, als du brauchst, weil dann schlafst du viel.*“ So rennt das dort ab“ (E4).

Die Gerüchte über das reichhaltige Drogenangebot in den Gefängnissen halten Eltern, die sich überlegen, ihre Kinder anzuseigen, davon ab, dies auch in die Tat umzusetzen. Und im Gegensatz zur Polizei, die ambivalent gesehen wird, werden Gerichte und Strafvollzug durchgängig negativ erlebt.

Betreuung und Behandlung

Die Eltern „durchleben“ mit ihren Kindern auch die Betreuung und Behandlung – sei es in Einrichtungen der Drogenhilfe, sei es im allgemeinen medizinischen und sozialen System. Außerdem sammeln sie zunehmend selbst Behandlungserfahrungen, auf die in einem eigenen Abschnitt eingegangen wird. Aus den Erzählungen über die Behandlung der Kinder wird der **Wandel der Drogenhilfe in den letzten 40 Jahren deutlich sichtbar**.

In den 60er Jahren gab es keine Behandlungsangebote. Dr. X. war der erste, „*der das ... in die Hand genommen hat, der ... den ersten stationären Entzug aufgebaut hat*“ (E1b). Der Ruf von Dr. X. als „*Drogenpapst*“ (E3, E4) hält sich bis in die 90er Jahre. Seine Therapie war „*irrsinnig streng*“ (E1b:598), sie wurde von vielen Drogenabhängigen abgelehnt, war aber für einige gerade deshalb das Richtige: „*Dr. X. ... der war für die E. richtig, er war so eine Vaterfigur, mit dem sie auch streiten konnte*“ (E8). Andererseits habe er die Eltern schlecht gemacht, er habe bewirkt „... *dass die Eltern ... nicht zu viel zusammenkommen mit Abhängigen, weil die machen nur Blödsinn, die Eltern*“ (E1b). Dr. X. und seine SchülerInnen

werden als „*irrsinnige Elterngegner*“ (E1b) geschildert, die den Eltern die Schuld für die Drogensucht des Kindes gaben.

Die Gründung von neuen, mit anderen Methoden arbeitenden Einrichtungen wird begrüßt: „*Ehemalige Leute [MitarbeiterInnen] von Dr. X. sind abgewandert und haben gesagt, was der Wahnsinnige da verlangt, ist eine Katastrophe ... Nein, das ist der falsche Weg, man muss die mehr therapeutisch betreuen ... Und man hat gesagt, das ist eine abstinenzorientierte Einrichtung, da gründen wir jetzt was anderes und man gründete C [ambulante Suchthilfeeinrichtung]*“ (E3).

In den Erzählungen von Eltern, die nach Mitte der 90er Jahre erstmals mit Drogenproblemen konfrontiert wurden, finden sich keine „Drogengurus“ mehr: Jeder/jede nennt unterschiedliche Einrichtungen und Behandelnde. Die Behandlungslandschaft wird bunter und die Eltern stehen vor der neuen Schwierigkeit, die passende Einrichtung zu finden und zu wählen: „*Wir haben bei so vielen Einrichtungen angerufen und nachgefragt ... Dann haben wir eben die ganzen Leute und alles gesehen, dass wir gesagt haben, da wollen wir sie nicht weiter hingeben. Ja und mit sehr vielen Telefonaten und über Umwege eigentlich sind wir durch Zufall zum Verein K [ambulante Suchthilfeeinrichtung] gekommen*“ (E6). Die Unübersichtlichkeit führt dazu, dass die Entscheidung letztlich dem Zufall überlassen wird.

Statt der Charakteristika der Behandelnden und der Einrichtungen rücken nun die Eigenheiten der Behandelten in den Vordergrund: „*An und für sich ist nicht jede Einrichtung für jeden optimal ... für unsere Tochter war B [stationäre Suchthilfeeinrichtung], ... nicht optimal, sie hat von zu Hause her keine Grenzen gesetzt bekommen. Und dort hat sie eben Grenzen gehabt. Und wenn sie natürlich 18 Jahre keine Regeln einhalten muss, dann passt ihr das natürlich nicht in den Kram. Und so eine Art, wie halt B, ist nicht das Richtige gewesen für unser Mädchen. Für andere ist es natürlich eine ganz gute Einrichtung.*“ (E6) Ähnliche Aussagen werden über niederschwellige und rehabilitative Einrichtungen getätigt.

Zu Konflikten mit den TherapeutInnen kommt es aber nach wie vor. So bekommen Eltern häufig nicht die Ratschläge, die sie gerne hätten: „*Nehmen sie sich zurück, lassen sie ihn alleine, er macht das alleine für sich.‘ Sag ich: ,Na der lebt ja bei mir, wo soll er denn leben?‘ ,Na raus!‘ Das sind also Ratschläge, die nicht gut tun. Das sind eben Ratschläge und das ist auch ein Schlag und den brauchst sicher nicht in der Situation*“ (E4). Handelt es sich um volljährige DrogennutzerInnen, werden die Angehörigen nach Hause geschickt: „*Was wollen denn sie schon wieder da? Kann der nicht alleine kommen? ... Es ist mein Bedürfnis da zu sein, nicht seines, meines!*“ (E4). Im Extremfall wirft man sich gegenseitig Suchtprobleme vor: „*Und er sagt: ,Na sie haben ja auch ein ... Suchtproblem.‘ ... Hab ich gesagt: ,Wie meinen sie das?‘ ... ,Naja, diese Löwenmutter – und qua qua qua, das ist Suchtverhalten*“ (E4).

Insgesamt ist in den Erzählungen nur wenig Positives über die Behandlung zu finden. Ursache hierfür könnte sein, dass die Eltern auf die Heilung ihrer Kinder hoffen, darauf, dass diese ein drogenfreies Leben führen und dass dieser Wunsch nur sehr selten in Erfüllung geht.

Erfahrungen mit verschiedenen Arten von Drogenhilfsangeboten

Auch wenn der Wunsch nach Heilung dominiert, sind die Befragten froh, ihr Kind in einer **niederschwelligen Einrichtung** zu wissen: „*Hauptsache sie macht etwas*“ (E5). Besonders positiv streicht eine Mutter die Einrichtung E heraus, weil diese eine „*Anlaufstelle war, wo sie das Notwendigste bekommen hat*“ (E2). Die Inanspruchnahme dieses niederschwelligen Angebots erscheint als erster Schritt zu einem abstinenten Leben.

Die **Ersatzdrogenvergabe** wird zumeist abgelehnt: „*Dass die Medikamente brauchen, das ist das, was ich nicht versteh. Ich kann im Leben schon einen Fehler machen, aber ... dann muss ich selber an mir bauen und schauen, dass ich wieder rauskomme ... Dass man sagt, gut, soll es jetzt noch 10 Jahre dauern, aber dann bin ich wieder auf null, und lebe wie ein jeder andere Mensch. Aber ... manche nehmen das schon 20 Jahre, und das ist das, was ich nicht versteh*“ (E5). Die Drogenabhängigkeit werde künstlich aufrechterhalten und die Abstinenz verhindert: „*Es werden Medikamente verschrieben, wo man weiß, dass die nie wieder gesund werden. Man hält künstlich die Drogenabhängigkeit aufrecht. Na ist das bitte der richtige Weg?*“ (E3). Eine Interviewte, deren Tochter seit Anfang der 80er Jahre drogenfrei ist, meint: „*Als die E. abhängig war, gab es keine Ersatzdrogen ... dadurch konnte sie es wirklich schaffen*“ (E8). Auch werden die Risiken der Substitution hervorgehoben: Substidol sei gefährlicher als Heroin, vor allem wenn es gespritzt wird: „*Im Prinzip sterben ja die Süchtigen an Substidol. Das waren eben die letzten Fälle, die man in der Zeitung gelesen hat*“ (E7). Lediglich Befragte, deren Kinder mehrere Entzüge und Rückfälle hinter sich haben, äußern sich neutral zum Ersatzdrogenprogramm.

Die **abstinenzorientierten Einrichtungen** werden als Herz der Drogenbehandlung gesehen, doch ist es schwer, einen Platz in einer Entzugs- oder Langzeittherapieeinrichtung zu bekommen. Besonders jene, die nicht in Wien wohnen klagen über Wartezeiten, von sechs Wochen bis zu fünf Monaten ist die Rede und davon, dass ein Bett nur auf Druck zu bekommen sei. Die Kinder müssten sich wöchentlich melden und hielten das Warten oft nicht durch: „*Dieses „Warte ein halbes Jahr!“ oder „Warte vier Monate!“ – das ist ein Horror Und da finde ich das ganz legitim, dass man sagt: „Ruf an, 14 Tage, maximal drei Wochen“, aber dann muss ich einen Platz haben*“ (E4). Die Wartezeiten werden als „... ein bisschen menschenverachtend und respektlos dem Kranken gegenüber ...“ (E4) erlebt. Wird ein Platz frei müsse es „... von heute auf morgen ...“ (E5) gehen, die Betroffenen hätten keine Gelegenheit, die eigenen Angelegenheiten zu regeln, wie das Dauerrezept für Substidol zu stornieren, oder das Arbeitsamt zu informieren.

Beklagt wird auch die Beschneidung des Kontaktes mit den Kindern während des Entzugs. Die Kontrolle von Geschenken und nach Ausgängen mit Angehörigen wird als mangelndes Vertrauen verstanden: „*Sind wir zum Zahnarzt gefahren ... Der kommt zurück und wird in sämtlichen Körperöffnungen angeschaut. Weil er hätte ja etwas reinschmuggeln können, obwohl ich ihn als Mutter abgeholt habe, und ihn als Mutter wieder gebracht habe. Das war eines, was meinen Sohn*

wahnsinnig gestört hat. Also ich muss ehrlich sagen, das würde mich auch stören – weil ein bisschen ein Vertrauen muss schon da sein“ (E5). Ein weiterer Kritikpunkt ist die Vergabe von zu vielen Medikamenten während des Entzugs, die ihrerseits zu behandlungsbedürftigen Entzugserscheinungen führen: „Eine Ärztin (hat) ... die Hände zusammengeschlagen angesichts der Medikamentenliste, die er mitbekommen hat“ (E5).

Nachbetreuung – nach der stationären Therapie, wie nach der Haft – ist aus der Sicht der Befragten so gut wie nicht vorhanden: „Wenn du heute im A aufgenommen wirst, entweder auf Kurzzeit, oder auf Langzeit, können sie dir nicht garantieren, wie es nachher weitergeht“ (E3). Auch nach erfolgreicher Therapie werde DrogenkonsumentInnen keine Chance gegeben, in den Alltag zurückzukehren: „Wenn du ein Glück hast und du kommst von dem Glumpert weg, na was hast du denn für Chancen? Null, null!“ (E3) Und: „Der aus dem Häfn kommt, geht da in die Nachbetreuung, bekommt drei Billa-Gutscheine oder vier ... und that's it“ (E4). Auch ein Bewährungshelfer, „... der alle Monate einmal anruft und sagt: ,Hallo was tust und wie geht's?‘ ...“ (E6) genüge nicht.

Wenn es auch das Wichtigste sei, die individuell passende Therapieform zu finden („... ist ja wurscht was hilft“ – E1b), so hat man doch Vorstellungen über die **beste**. Die Geister scheiden sich vor allem bei der Alternative stationär oder ambulant. Sind für die einen die Vorteile stationärer Einrichtungen der Schutz vor Verführungen und der geregelte Tagesablauf, sind dies für die anderen Nachteile: Der/die DrogenkonsumentIn werde so aus dem Leben gerissen und von der Einrichtung abhängig. Stationäre Einrichtungen wären nur gut „... für Leute, die noch nie gearbeitet haben, zum Beispiel, die nicht wissen, dass man in der Früh aufstehen muss und hackln muss, dass man am Abend etwas zum Essen hat“ (E4). Ambulante Therapie sei hingegen mit Berufstätigkeit vereinbar und helfe, in das normale Leben zurückzufinden.

Zu erwähnen bleibt, dass die **Finanzierung** der Therapie für viele ein Problem darstellt, vor allem, wenn sie freiwillig stattfindet: „Zuschüsse bekommt man erst dann, wenn die Therapie gerichtlich verordnet ist. Dann wird die Therapie gezahlt“ (E6). Aber auch in Drogenhilfeeinrichtungen müsse man zahlen: „Und dann kommt es darauf an, was man verdient und so weiter, und dann wird das ausgerechnet, was man zum Beispiel beim B [stationäre Suchthilfeeinrichtung] dazu zahlen muss“ (E6).

Die Angehörigen suchen Unterstützung für sich

Hilfsangebote für Angehörige gab es in den 60er und 70er Jahren nicht. Ende der 70er Jahre entstanden folgerichtig die ersten Selbsthilfegruppen – Eltern organisierten sich selbst –, bald danach wurden aber auch die ersten professionellen Angebote – bei niedergelassenen ÄrztInnen und in Drogeneinrichtungen – etabliert.

Die Suche nach Hilfe wird durch schwere persönliche Krisen (wenn „... schon die Kacke am Dampfen ist“ – E4) motiviert: Angehörige fühlen sich allein gelassen, wollen aber nicht in die Passivität absinken („Grundsätzlich ist es für den

*Angehörigen wichtig, dass er aktiv bleibt ... und sich was sucht, was ihm hilft ...“ (E4), sie fühlen sich nicht in der Lage, schwere Erfahrungen allein zu verarbeiten (eine Interviewte ruft eine Woche nach dem Tod der Tochter bei einer Selbsthilfegruppe an), und sie wollen durchhalten. Sie erfahren zumeist durch Zufall – ein Zeitungsinserat etwa – von Angeboten, womit es allerdings noch nicht getan ist: „*Es ist ja ... Schwellenangst auch. Der erste Schritt über diese Schwelle ist ja der schwerste. Was erwartet mich dort? Was passiert dort? Waschen die mir den Schädel? Schauen mich alle blöd an? Beschuldigen mich die?*“ (E4).*

In späteren Jahren – als professionelle Angebote für Eltern vorhanden sind – werden Eltern von den Professionellen motiviert: Eltern, die Hilfe für ihr Kind suchen, werden zur Einzelbetreuung, Familiensitzungen und Angehörigengruppen eingeladen. „*Da waren die ersten Sitzungen nur für die Familie gedacht, die ersten fünf Sitzungen*“ (E6), danach hätte man ihr eine Angehörigengruppe angeboten.

Bei den Selbsthilfegruppen und bei den professionell geleiteten Angehörigengruppen stehen die Eltern im Mittelpunkt. Das ist für sie nicht einfach: „*Da besprechen wir halt das Ganze, was vorgefallen ist, wie es uns geht. Sollte eigentlich immer bezogen auf die Eltern sein, aber ... wie es dem Kind dann geht zur Zeit, so fühlen sich auch die Eltern*“ (E6). Positiv wird vermerkt, dass in Drogeneinrichtungen, in denen Angehörigengruppen angeboten werden, großer Wert darauf gelegt wird, dass keinerlei Informationen über die Kinder zu den Eltern durchdringen und umgekehrt. „*Der Kleine hat sich öfter einen Harntest abgeholt. Also, wenn ich da her gegangen wäre und gesagt hätte, ich bekomme den Harntest, geht das nicht. Er muss anrufen und sagen, meine Mutter holt den Harntest, dann bekomme ich ihn. Ja, also so wird das schon super gehandhabt*“ (E5).

Ziel der selbst- und fremdorganisierten Gruppenarbeit ist es zu lernen, mit der Krankheit des Kindes zu leben, sich zurückzunehmen und die eigenen Schuldgefühle zu bewältigen (E5). Dabei werden diverse psychotherapeutische Methoden eingesetzt. Die Erfahrungen sind gemischt, vor allem wenn Vergleichsmöglichkeiten vorhanden sind: „*War eine frische, also richtig von der Schule eine. Ja, war sehr theoretisch im Wissen, hat keinen Hintergrund gehabt, was das Wissen belangt von der Drogenarbeit. Sie hat Rollenspiele gemacht, Familienaufstellung, hat uns aber nicht mehr zurückgeholt. Also ich bin 10 Tage auf einer Person gehangen und hab mich überhaupt nicht rausgesehen*“ (E4).

Das Wichtigste aber ist die gegenseitige Unterstützung, die Aussprache mit gleichermaßen Betroffenen, wo „*.... man sieht, man steht nicht alleine da, es gibt andere auch, die das Problem haben*“ (E5), „*.... wo man wirklich angenommen wird und ernstgenommen wird*“ (E2). Man gibt Erfahrungen weiter, lernt voneinander und steht einander in Krisensituationen bei: „*Und die waren dann am Begräbnis und haben einen Kranz gebracht. Alleine das Gefühl, da kommt jemand, der dich gar nicht kennt und der nimmt dich und dein Kind wichtig – alleine das war für mich schon, ja beruhigend, oder ich weiß nicht, wie man das ausdrücken soll*“ (E2). Eltern, die nicht an selbst- oder professionell organisierten Gruppen teilnehmen, organisieren den Austausch mit anderen Betroffenen individuell.

Durch den Austausch mit anderen Betroffenen wird das individuelle Schicksal eingebettet: „*Es ging weniger über das Problemlösen, mehr über das Betroffen Sein*“ (E9). Dies führt Eltern, die therapeutische Einzelgespräche führen, dazu, eine Angehörigengruppe zu suchen: „*Uns war halt dann lieber, dass wir wirklich auch Gleichgesinnte finden, dass wir nicht nur mit einem Therapeuten eben reden, sondern auch wirklich mit betroffenen Eltern. Weil da wird man dann doch aufgebaut*“ (E7). Aus dem Gemeinsamen gewinnt der Einzelne die Kraft, „... diese Zeit überhaupt zu überstehen“ (E1b).

Die Angehörigen und die Drogenpolitik

Unter Wiener Drogenpolitik verstehen die Befragten sehr Unterschiedliches: Die einen bestimmte drogenpolitische Maßnahmen („*Drogenpolitik, ist eben, dass es die ‚Therapie statt Strafe‘ gibt*“ – E7), andere umfassende Politikbereiche, die z.B. Asyl- und Jugendpolitik einschließen („*Aussichtslosigkeit im Zukunftsbereich der Jugend*“ – E3). Bei aller Unterschiedlichkeit lässt sich doch ein gemeinsamer Zielbereich ausmachen: Zu ihm gehört das Eindämmen der Drogenszenen, das Bereitstellen von Therapie und die Entkriminalisierung der DrogennutzerInnen. An seinem Rand sind die Öffentlichkeitsarbeit, die Prävention und die Förderung der Selbsthilfe und Elternarbeit angesiedelt.

Die Drogenpolitik kommt bei den Angehörigen insgesamt sehr schlecht weg:
Man konnte entweder „... von der Drogenpolitik nicht viel mitbekommen“ (E7), und es wurde zu viel versprochen: „*Wenn'st denen allen zuhörst, dann haben wir ja, was weiß ich alles, bewegt, dass sich der Bisamberg wahrscheinlich verlagert hat nach St. Pölten. So hast den Eindruck, und irgendwo sehe ich es aber nicht*“ (E4). Die Politik nehme das Drogenproblem nicht ernst (E4) und verfolge keine ehrlichen Absichten (E3).

Eine Ursache für die Mängel der Drogenpolitik sei ihre politische Irrelevanz wie auch ihr politischer Missbrauch: „*Wir haben ... zirka 30 000 Opiatgeschichten. Alles andere ist ja ein Dunkelfeld. Das sind 60 000 betroffene Väter und Mütter ... Für die Politik eine Minderheit, Punkt. Für Wahlentscheidungen irrelevant ... die Schicksale, die zählen nicht*“ (E3). Mit der Forderung nach Freigabe von Haschisch versuche man WählerInnen anzusprechen: Parteienorientierung gehe über Problemorientierung (E1b, E3).

Eine weitere Ursache für die „unehrliche“ Drogenpolitik wird in der Inkompetenz der Verantwortlichen gesehen: bei PolitikerInnen, die „... von der Mutterie überhaupt keine Ahnung haben“ (E1b). Es gebe „*Funktionsträger*“ (E3) und „*normale Bürger*“ (E6), beide lebten in unterschiedlichen Welten. Letztere könnten sich den gesellschaftlichen Problemen nicht entziehen. Erstere sind die „*Höhergestellten*“ (E1a), „*die da Oben*“ (E9), die, die „*so großkopfert sind, und so alles wissen*“ (E1b). Sie könnten auf Grund ihres Namens Weisheiten von sich geben, ohne zu wissen „... was wirklich passiert in der Stadt“ (E3). Die Höher-

gestellten nehmen nicht Teil am Leben der normalen Bürger und diese fühlen sich „verhöhnt“ (E4) und entwickeln Ressentiments: „Ich hab einen Hass auf die alle, ich kann es ihnen gar nicht sagen“ (E1b). Selbstorganisierte Angehörige berichten über ihre Versuche die „... politisch Verantwortlichen aufzurütteln, dass wir endlich einmal auch über das Thema Drogen breiter diskutieren sollten“ (E3). Aber resignierend meinen sie: „Na, wer hat denn da Interesse daran? Ist doch alles happy bei uns“ (E3).

Zum Dritten seien sachliche Probleme für die Mängel der Drogenpolitik verantwortlich: Die Zuständigkeitsbereiche seien zu zergliedert, Drogenpolitik müsse stärker in andere Politikfelder eingreifen und diese verzahnen: „Es geht in den Schulbereich, es geht in die Gesundheitspolitik, es geht in die Justiz, es geht ins Innere. Und die alle verzahnen, dass da etwas Brauchbares rauskommt“ (E3).

Positiv wird nur die Entkriminalisierung von DrogennutzerInnen durch gesundheitsbezogene Maßnahmen gesehen: „Dass man denen wirklich eine Chance gibt und ihnen versucht zu helfen, also das find ich schon sehr positiv. Ja, dass man sich halt wirklich kümmert um ... dass die in dem Sinn, nicht unbedingt eine Randgruppe mehr sind, die Süchtigen. Dass man schon versucht, sie zu integrieren, ... auch in der Arbeit ..., dass man sie nicht links liegen lässt“ (E6). Aber auch die verstärkte Verfolgung der DealerInnen in den letzten Jahren wird positiv vermerkt: „Die Polizei ist jetzt ein bisschen mehr dahinter“ (E1a).

Die Urteile über die Drogenpolitik beruhen auf Erfahrungen mit Drogeneinrichtungen, auf Medienberichten und zu einem kleinen Teil auch auf **Kontakten mit PolitikerInnen**. Die Befragten treffen mit PolitikerInnen bei Vorträgen und Diskussionsabenden zusammen, andere begegnen dem Drogenkoordinator oder auch dem Bürgermeister im Zuge ihrer drogenpolitischen Aktivitäten. Zumeist werden negative Eindrücke formuliert, die Politiker scheinen nur in Ausnahmefällen die Sache der Eltern zu vertreten. Manche machen, wie die DrogenbehandlerInnen, die Eltern für die Drogenabhängigkeit des Kindes verantwortlich (E1b). Oder sie legen die Grenzen der Drogenpolitik – enttäuschend – offen: „Der damalige Drogenkoordinator X. hat mir eines Tages ... erklärt, in Wien wird es nie eine flächendeckende Suchtprävention geben“ (E3).

Auch in eigenen Angelegenheiten fühlen sich die Befragten selten unterstützt: Die Förderung der Selbsthilfe sei gering, die Ausgaben müssten fast zur Gänze selbst getragen werden: „Alle Fahrscheine, die wir brauchen, weil wir ins Gericht fahren mit den Leuten, das kannst ja gar nicht einreichen, kannst selber brennen. Mit viel Ach und Weh wurde ein Telefon finanziert“ (E4). Und öffentlichkeitswirksame Aktivitäten von Elterngruppen würden wenig geschätzt: „Das Thema bleibt halt in dem Reindl drinnen, Deckel drauf, macht's was wollts, aber seid's schön ruhig“ (E3). Politiker hörten nicht zu, und versuchten, die Angehörigen aus politischen Gremien auszuschließen. Es wird nur ein Fall berichtet, in dem sich ein „Politiker“ für die Anliegen der Eltern einsetzte – erfolglos: „Der Drogenkoordinator Y. hat sich da verwendet, aber anscheinend, so gut es gemeint war, ist es nicht zustande gekommen“ (E3).

Die Befragten formulieren viele – zumeist dringliche – **Wünsche an die Drogenpolitik:** In „... der Drogenpolitik sollten sie – nicht sollten sie, sondern müssen sie demnächst irgendwas schnell beschließen. Weil sonst geht Österreich zugrunde durch das“ (E6). Inhaltlich geht es um die Entkriminalisierung der DrogennutzerInnen, um die Reduktion des Drogenangebots, um präventive und therapeutische Maßnahmen und nur am Rande um die Unterstützung der Eltern.

Drogensucht sei eine Krankheit, und mit Kranken sei entsprechend umzugehen. Gerichtsverfahren und Freiheitsstrafen seien fehl am Platze: „Das ist genauso, wie wenn sie sagen, das ist ein schwerer Raucher und den klag ich jetzt an wenn er raucht. Da passt etwas nicht“ (E4).

Um die **Drogenszene einzudämmen**, müssten „... sie bei den Dealer härter durchgreifen ...“ (E2) und mehr Polizeibeamte einsetzen. Kritisiert wird die Erhältlichkeit von Substitutionsmittel am Schwarzmarkt (E7). Auch möchte man Dealer anonym anzeigen dürfen. Einzelne Interviewte stellen einen Zusammenhang zwischen dem Drogenhandel und dem Asylwesen her und wünschen sich dessen Reform: „Dass man Asylwerber, die straffällig werden, dass sie trotzdem noch in Österreich bleiben, weil sie eben ... arme Asylanten sind? ... Dort sollten sie wirklich den großen Hebel ansetzen und alles, was nicht zu uns herein gehört, wieder heim schicken“ (E6).

In Kindergärten und Schulen sei **Suchtprävention** flächendeckend einzusetzen, den Jugendlichen sollten Freizeitangebote zur Verfügung stehen. In die Betreuung der Kinder gehöre investiert, auch dann, wenn es die EU nicht fördere: „Und dieses Sparen bei Kranken und bei Kindern ist für mich ein Verbrechen“ (E4). Alle Kinder hätten das Recht auf liebevolle Betreuung und der Staat sollte dies durchsetzen. So könnte eine staatliche Familienbetreuung in Form persönlicher Familien-BeraterInnen etabliert werden, um falscher oder fehlender Erziehung entgegenzuwirken (E1b).

Die Zusammenarbeit zwischen den Schulen und den Eltern sei zu verbessern und die LehrerInnen besser zu schulen, Drogenprobleme zu erkennen und adäquat zu reagieren. Die Eltern sollten bei Elternabenden informiert werden. Insgesamt sollte die Öffentlichkeit umfassender aufgeklärt werden, sodass Drogenprobleme kein Tabu mehr seien: „Also, ich meine, Aufklärungsarbeit wäre total wichtig, das wäre eigentlich das Wichtigste. ... So wie bei Aids ... vielleicht auch Spots im Radio, Fernsehen. Weil da hört man ja eigentlich fast gar nichts, außer nur von Drogentoten halt“ (E7).

Die abstinenzorientierte Behandlung wäre auszubauen. Es wird auch der Wunsch nach Zwangstherapie laut, für minderjährige DrogenkonsumentInnen, wie für Häftlinge: „Warum gibt es keine Therapiehäfn? Nämlich wirkliche Therapiehäfn. Wo ich sag, also dort kommen all diese Leute hin, weil die sollen ja etwas daraus lernen, oder etwas machen. Weil er wird ja immer wieder rückfällig“ (E4). Der Ausbau der Nachbehandlung ist ein weiteres dringliches Anliegen: Der/die Drogenabhängige sollte in ein normales Leben zurückfinden, und einen

Arbeitplatz und eine Wohnung bekommen. Die Familie könne und solle ihm/ihr dies nicht vermitteln, er/sie müsse sich abtrennen (E4). Nur wenige Interviewte denken an den Ausbau niederschwelliger Angebote.

Die **Unterstützung von Angehörigen** wird nur selten angesprochen, und wenn, geht es um die Unterstützung von Selbsthilfe und um mehr professionelle Therapieangebote.

5. Zusammenfassung

Regionale wie überregionale Drogenpolitik richtet sich explizit an die gesamte Bevölkerung und nicht nur an DrogenkonsumentInnen und ihre Angehörigen. Die GebraucherInnen, und unter ihnen im Besonderen die kleine Subgruppe der gewohnheitsmäßigen KonsumentInnen, sind jedoch eine multiple drogenpolitische Zielgruppe: Neben den an die Allgemeinheit gerichteten drogenprohibitiven Botschaften, stehen für sie drogenpolitische Maßnahmen unterschiedlichster Art bereit, inklusive eines Bündels konkreter Hilfsangebote. Die Rekonstruktion der Wiener Drogenpolitik aus der Perspektive ihrer AdressatInnen konzentriert sich gerade aus diesem Grund auf die intensiveren DrogengebraucherInnen und ihre Angehörigen, weil sie als unmittelbar Betroffene über das primäre Versagen der Drogenprohibition und über die Reaktionen auf ihre Normverletzungen und manifesten Problemkonstellationen besser Auskunft geben können als DurchschnittsbürgerInnen.

Die Gespräche mit den AdressatInnen der Wiener Drogenpolitik zeigen, dass die „unauffälligen“, die „behandelten“ und die „kriminalisierten“ DrogengebraucherInnen und selbst die DrogenkonsumentInnen und ihre Angehörigen nicht scharf voneinander abgrenzbar sind, doch sind die betreffenden Gruppen in der Regel von recht unterschiedlichen Erfahrungen geprägt: außerhalb der Reichweite von Kontrollinstanzen, an das Drogenhilfesystem gebunden und darin relativ geschützt, von Polizei und Justiz beschattet und ihnen ausgeliefert, oder als außerhalb stehende Zeugen drogenpolitischer Unvollkommenheiten. Dieses Ergebnis bestätigt die kategoriale Vorauswahl von vier Gruppen von AdressatInnen, die auf der Basis der Vermutung getroffen worden war, dass die Perzeption der Wiener Drogenpolitik von der Position des AdressatInnen im Gefüge der Drogeneinrichtungen und von deren Problemdefinition abhängt. Anders ausgedrückt: Die DrogengebraucherInnen sehen die Drogenpolitik in den Institutionen verkörpert und verwirklicht, mit denen sie vornehmlich zu tun bekommen haben und sie leben aus diesem Grunde in (drogenpolitischen) Teilwelten.

Wer „unbehelligt“ geblieben ist – und damit zumeist in die Gruppe fällt, die von der Forschung als „bürgerliche KonsumentInnen“ apostrophiert wurde (Kemmesis 2003) –, zeigt unabhängig vom Ausmaß seiner oder ihrer drogenbezogenen Probleme, die Tendenz, dem eigenen Problemmanagement und dem eigenen informellen Netzwerk größere Bedeutung zuzumessen als den öffentlichen Einrich-

tungen repressiver bis helfender Natur. Die Kultivierung eines informierten und risikobewussten, wie diskreten Umgangs mit dem Drogengenuss, die zeitgerechte Korrektur von Konsumentgleisungen werden als Eigenleistung verstanden, die von politischer Seite eher behindert als erleichtert wird. Die materiellen, sozialen, beruflichen und familiären Verhältnisse der „**Unauffälligen**“ schaffen dafür günstige Voraussetzungen. Stößt man mit den eigenen Ressourcen an Grenzen, beginnt man öffentliche Angebote zu registrieren, und nimmt sie wahr als nicht maßgeschneidert und an Personen und Problemen ausgerichtet, mit denen man sich nicht identifizieren kann. Das negative Image von Drogen schlägt auf die Einrichtungen der Drogenhilfe durch und etabliert für gesellschaftlich integrierte DrogennutzerInnen eine Schwelle eigener Art. Für die Kriminalisierung unauffälliger Konsumgewohnheiten haben die „**Unauffälligen**“ das geringste Verständnis. Der Zwang, Gewohnheiten des eigenen Milieus verbergen zu müssen, anstatt eine „ehrliche“ und offene Diskussion über risikoreiche und -arme Drogen und Gebrauchsmuster führen zu können – unter anderem mit den eigenen Kindern – wird als Zumutung empfunden.

Die eigenen Strategien sind an Selbstkontrolle, nicht zuletzt auch zur Vermeidung von Entdeckung und Kriminalisierung orientiert, sodass insgesamt die Institutionen der Strafverfolgung als situationsbestimmend erlebt werden, während die kommunale Drogenhilfe wohlwollend beurteilt, aber letztlich für einen selbst als nicht hilfreich abschirmend und als machtlos erlebt wird. Als Anliegen wird die Zurkenntnisnahme und Akzeptanz abweichender Lebens- und Genussformen formuliert, ohne dass Drogengebrauch banalisiert und Gefahren gelehnt würden. In dieser programmatischen Richtung werden seitens der Wiener Drogenpolitik jedoch Signale vermisst.

Entwicklungsgeschichtlich besehen, ist eine Normalisierung des Drogenkonsums zu beobachten. Er hat heute weniger ideologischen Überbau, weniger Aspekte des Widerstands wie in früheren Jahrzehnten und es gibt Fälle innerfamiliärer Sozialisation im kontrollierten Drogengebrauch. Angesichts der zunehmenden Drogenerfahrungen und ihrer zunehmenden sozialen Duldung scheinen den jüngeren GesprächspartnerInnen die Alltagsregeln und die geltenden Normen längst auseinander zu fallen. Die zurückgezogene Gestaltung des Privaten scheint der Politik um Schritte voraus, einer retardierten (Drogen-)Politik gegenüber dominieren Resignation und Verdruss.

Auch bei den „**KlientInnen**“ finden sich oft längere Konsumphasen ohne Auffälligkeit. Die Selbstkontrolle und der Selbstentzug bleiben hier längerfristig erfolglos, zumeist ist es äußerer Druck oder auch eine Strafdrohung, die zur Kontaktaufnahme mit Einrichtungen der Drogenhilfe führen. Zunächst geht es häufig um die Vermeidung oder Verringerung von sozialen Übeln wie zum Beispiel Strafen. Und nur selten erweisen sich der erste Anlauf und die erste Anlaufstelle als die richtige Adresse zum richtigen Zeitpunkt. Mit dem Kontakt zu Behandlungseinrichtungen vermehren sich jedoch die Informationsquellen, ergeben sich Beziehungen und steigen die Chancen, die passende Unterstützung zu finden. Es lassen sich SuchthilfeklientInnen ausmachen, die sowohl etwas vom Einrichtungs-Shopping, wie von der Kombination von irregulären und regulären Versorgungsangeboten,

verstehen. Die erweiterten Wahlmöglichkeiten durch stark diversifizierte Angebote, die niedrigen Schwellen und die hohe Misserfolgstoleranz, die pragmatische statt moralische Haltung der BetreuerInnen erlaubt es den KlientInnen, sich als respektierte und relativ selbständige NutzerInnen der Einrichtungen zu sehen.

Wenn die Angebote kritisch gesehen werden, dann am ehesten darin, schwer wieder aus den Grenzen des letztlich doch stigmatisierenden Behandlungssystems hinaus treten zu können: etwa in das allgemeine Wohlfahrtssystem, in den Arbeitsmarktservice oder gar auf den Arbeitsmarkt. In der Drogenhilfe ist man relativ gut aufgehoben, aber zugleich auch gefangen. Hier klingt weniger Kritik an der Drogenpolitik, als an den gesellschaftlichen Konkurrenzverhältnissen und der Politik im Allgemeinen durch. Auf der anderen Seite nennen Befragten häufig auch die eigene persönliche Unreife als Grund dafür, das sie den „Durchbruch“ zur gesellschaftlichen Reintegration und zu einem Leben ohne illegale Drogen oder Substitute noch nicht schaffen. Es wird nicht der Mangel an institutionell offerierten Perspektiven, sondern vielmehr die persönliche Überforderung bei mehr als bescheidenen Zielen beklagt. In Einzelfällen wird das Netz der Einrichtungen durch ältere Befragte, die sich mit einem schmäleren, hochschwelligeren und fordernderen Angebot begnügen mussten, verdächtigt, eine Art von „Hängematte“ zu sein.

Mit der Strafverfolgung haben fast alle „KlientInnen“ Erfahrungen gemacht, Kriminalisierung und Inhaftierung werden als allgegenwärtiges Risiko wahrgenommen. Den Institutionen Polizei und Justiz schreibt man zu, selektiv zu agieren – manchmal ist allerdings auch von Willkür die Rede – aber jedenfalls erscheinen sie als beeinflussbar durch äußeren Schein und neuerdings auch durch den Krankheits- und Behandlungsstatus der Betroffenen. Der Kontakt zu Betreuungs- und Behandlungseinrichtungen gewinnt solcherart strategische Bedeutung in der Interaktion mit den Strafverfolgungsinstanzen. Das Risiko, von der Polizei aufgegriffen zu werden, sei – meint man – insgesamt nicht gestiegen, aber bei den wiederholt Auffälligen sei es größer geworden. Die rechtlich fundierte Differenz zwischen HändlerInnen und KonsumentInnen werde zu sehr betont, und solcherart der erfreulichen „Entkriminalisierung“ des Drogenkonsums von Abhängigen entgegengewirkt. Die günstige Versorgungssituation in Wien werde durch die in den Drogeneinrichtungen Tätigen garantiert, die Politik sei in dieser Hinsicht als Unsicherheitsfaktor zu betrachten, wobei kein Unterschied zwischen kommunaler und staatlicher Ebene gemacht wird. Eindruck hinterlassen vor allem Maßnahmen, die die Drogenarbeit tangieren, wie etwa die Errichtung einer Schutzzone am Karlsplatz.

Vom entwicklungsgeschichtlichen Standpunkt betrachtet, lässt sich festhalten, dass die Skepsis gegenüber der Behandlung von Seiten der jüngeren Befragten geringer ist. Ältere GesprächspartnerInnen haben sich (auch) als KlientInnen von Gurus erlebt, die Kompetenzdefizite mit Charisma kaschierten und nahmen (auch) als „PatientInnenpioniere“ an Behandlungsexperimenten teil. Heute wird mit Kontakten zu Einrichtungen weniger lange zugewartet, hat man weniger Angst sich auszuliefern und der Polizei ausgeliefert zu werden, wird die Behandlung auch als professioneller, klientengerechter und weniger entwürdigend erlebt, wird

aber auch der persönliche Einsatz auf beiden Seiten als geringer erachtet. Werden die frühere „Szene“ und die frühere Drogenhilfe auch als familiäre Settings beschrieben, so werden die heutige Szene und die heutige Drogenhilfe auch immer wieder als großer, anonymer und geschäftsmäßig organisierter Marktplatz mit den entsprechenden Vor- und Nachteilen dargestellt.

Die „kriminalisierten“ GesprächspartnerInnen waren weniger homogen wie erwartet. Unter den „**Kriminalisierten**“ finden sich einerseits Personen, die Randgruppen angehören, für die die Kriminalisierung und Freiheitsstrafen erwartbare Lebensereignisse darstellen, und andererseits drogenkonsumierende Personen mit unternehmerischer Haltung, die ihre günstigen sozialen Voraussetzungen und Kompetenzen nutzen, um auch aus dem Drogenhandel Vorteile zu ziehen. Manche von ihnen sehen sich als natürliche und unglücklicherweise unterlegene Gegenspieler der staatlichen Kontrollinstitutionen. Die „Kriminalisierten“ schwanken zwischen der Ergebung in das Schicksal, das ihnen ihr unangepasster Drogenkonsum beschert hat und der Entwicklung besserer Kontrollstrategien und -techniken für die diversen Konsumrisiken. Ziel ist dabei nicht die soziale Anpassung, sondern ein erfolgreicheres „Durchkommen“.

Sie sehen sich gerne als Opfer einer ungerechten Drogenordnung, als Personen, die sich unter glücklicheren Umständen und mit größerer privater Unterstützung bereits aus der Umklammerung der Strafverfolgung gerettet hätten. Es wird aber auch häufig über negative Erfahrungen mit (obskuren) Behandlungseinrichtungen, über Hilfeverweigerung und Behandlungsabbruch berichtet. Behandlungseinrichtungen werden in manchen Fällen mit dem Gefängnis verglichen, und das Letztere vorgezogen, da es „klare Rechnungen“ erlaube. Die Drogenhilfe bleibt hier fremd, man hat sich auf Polizei, Justiz und Strafvollzug eingestellt und dies ist um so besser gelungen, je unvoreingenommener sie erlebt werden. Die repressiven Instanzen haben ihren Schrecken verloren, ihre MitarbeiterInnen tun die Arbeit, die sie tun müssen.

Drogenpolitik erscheint aus dieser Perspektive wenig stringent, widersprüchlich bis widersinnig und ohne eigentliches Aktivitätszentrum und Entwicklungsrichtung. In der als anomisch erlebten Situation fällt es den Betroffenen schwer, sich zu orientieren. Über die Drogenverbote wird nicht gerichtet, sie werden allenfalls – zumindest bei weichen Drogen – als lächerlich erlebt. Man lehnt die polizeiliche Verfolgung und die „Abschreckung der Jugend“ nicht generell ab, wenn man auch Professionalität und entsprechende Distanz erwartet. Die Einrichtungen der Drogenhilfe werden dagegen an so hohen Erwartungen gemessen – zu heilen und vor der Strafverfolgung zu schützen – dass sie diese einfach enttäuschen müssen. Sie stehen so für unerfüllte Versprechungen der Politik.

Entwicklungsgeschichtlich betrachtet, werden die heutigen Polizeiaktivitäten und der heutige Freiheitsentzug als milder erlebt, doch bevorzugt man auch die „härteren“ Praktiken früherer Zeiten, da sie „ehrlicher“ gewesen seien: Ehrlicher als „Therapie statt Strafe“ und „drogenfreie Zone“. Die jüngeren GesprächspartnerInnen sind besser über die Drogenhilfe informiert und sie akzeptieren und nutzen sie häufiger, vor allem ihre niederschwelligen Angebote.

Die **Angehörigen** von DrogenkonsumentInnen – unter den GesprächspartnerInnen fanden sich fast nur Mütter – erleben sich vielfach als ungeliebte, behinderte, und in eine passive Zaungastrolle gezwungene TeilnehmerInnen der Drogenpolitik. Sie hoffen, dass ihre Kinder von den Drogen wegkommen, sei es, dass sie den Drogenkonsum als Krankheit verstehen und auf professionelle Heilung setzen, sei es, dass sie ihn als irrationales Verhalten betrachten und auf Einsicht hoffen. Die Polizei und die abstinenzorientierten Behandlungseinrichtungen werden als Verbündete gesehen, das Ersatzdrogenprogramm wird recht einstimmig abgelehnt. Weder Polizei noch Behandlungseinrichtungen arbeiten allerdings mit den Eltern so eng zusammen, wie diese es wünschen: Die Eltern fühlen sich von den Professionellen, wie auch „von der Politik“ bei der Bearbeitung der Probleme ihrer Kinder als Laien ausgegrenzt – man könnte auch sagen, sie fühlen sich „enteignet“ – und alleingelassen. Ihre schwierige Lage verschärft, dass sie sich von den Professionellen und den Politikern immer wieder für das Drogenproblem ihrer Kinder verantwortlich gemacht erleben.

Die Entkriminalisierung von Drogenkranken und der Strafaufschub zum Zwecke der Therapie finden bei den Eltern ungeteilte Zustimmung, HändlerInnen – meint man – sollten hingegen die volle Härte des Gesetzes spüren. Mit der offiziellen Drogenpolitik ist man also insofern einverstanden, doch wird kritisiert, dass zu wenig ernsthaft am Ziel Drogenfreiheit festgehalten und auf Prävention gesetzt werde und bemängelt, dass für die schulische und berufliche Reintegration der DrogengebraucherInnen zu wenig getan werde. Die Angehörigen selbst würden hingegen von der (Wiener) Drogenpolitik vernachlässigt, dementsprechend wird mehr Solidarität von den drogenpolitischen AkteurInnen eingefordert.

Die Bearbeitung der vielfältigen Alltagsprobleme, die bei drogenabhängigen Kindern entstehen, die auch ihrerseits den Kontakt zu den Angehörigen – den Müttern – nicht abbrechen, werden durch das Stigma, das ihnen anhaftet, behindert. Das engere und weitere soziale Netz der Angehörigen hält den Belastungen zumeist nicht stand und zerreißt mehr oder minder nachhaltig. Es entsteht der dringende Wunsch nach einem neuen sozialen Netz mit anderen betroffenen Angehörigen, in das das eigene Schicksal eingebettet und seines Charakters als Einzelschicksal entkleidet werden kann. Es dürfte allerdings nur eine Minderheit der Angehörigen von Drogenabhängigen in der Lage sein, sich ein solches Netz durch eigene Initiative zu schaffen, oder sich einem bestehenden Netz anzuschließen: Sei es in Form einer Selbsthilfegruppe, sei es in Form einer professionell organisierten therapeutischen Gruppe in einer Drogeneinrichtung und man wünscht sich hierzu politische Unterstützung.

GesprächspartnerInnen, die zu Beginn der Beobachtungsperiode Erfahrungen mit der Drogenhilfe und der (Wiener) Drogenpolitik sammelten, merken positiv an, dass die Behandlungsmonopole und die Drogenpäpste verschwunden seien und dass sich das Angebot vervielfacht habe. Allerdings hätten Angehörige auch heute keine Möglichkeit, bei der Behandlung ihrer Kinder mitzuentscheiden und mitzuwirken. Der nachvollziehbare Wunsch in der Drogenhilfe wie in der (Wiener) Drogenpolitik einen Überblick zu bekommen und zu bewahren, und einfache, klare Verhaltensregeln zu erhalten, bleibt naturgemäß frustrationsanfällig.

Ausgewählte Schlussbetrachtungen: Die erfolgreiche Entfaltung der Wiener Drogenpolitik und ihre Grenzen

Die vorliegende Studie setzt Ende der 60er/ Anfang der 70er Jahre ein, zu dem Zeitpunkt als die ersten jugendlichen KonsumentInnen illegaler Substanzen in der Bundeshauptstadt auftraten und man sich in der Gemeinde erstmals darum bemühte, mit anderen als strafrechtlichen Maßnahmen auf Drogengebrauch zu reagieren. Die Studie begleitet die Wiener Drogenpolitik in den folgenden 35 Jahren, und sie folgt ihr einerseits mithilfe der Sammlung und Analyse von schriftlichen Materialien, andererseits mithilfe von Interviews mit Personen, die die drogenpolitischen Maßnahmen der Stadt in diesem Zeitraum an maßgeblicher Stelle umsetzten – den „AkteurInnen“ –, und von Interviews mit Personen, an die die Maßnahmen unmittelbar gerichtet waren und sind – den „AdressatInnen“. Die im Verlauf der Studie gesammelten Unterlagen und Informationen können keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, doch gerieten sie so umfangreich und vielfältig wie vielschichtig und so können abschließend nur wenige ausgewählte rote Fäden durch das Gesamtmaterial gezogen werden.

Die in Dokumenten und Statistiken verschriftete und im Verlauf der Studie in Gesprächen erzählte Entwicklungsgeschichte der Wiener Drogenpolitik ist ohne Mühe als **Erfolgsgeschichte einer regionalen Drogenpolitik in der Europäischen Union** zu lesen, als gelungener Balanceakt auf einem Seil, das von verschiedenen und teils gegeneinander gerichteten gesellschaftlichen Kräften bewegt und immer wieder auch geschüttelt wird. In diesem Zusammenhang sind die internationale und die nationale Drogenpolitik zu nennen, in deren, seit mehr oder minder langem entwickelten Rahmen sich die Wiener Drogenpolitik einzufügen hatte und hat. Der vorgegebene Rahmen wurde im Beobachtungszeitraum durch den supranationalen drogenpolitischen Rahmen der Europäischen Union verstärkt und verkompliziert, der vermutlich einen größeren Einfluss auf die Ausformung der Wiener Drogenpolitik hatte, als sich am vorgelegten Material nachweisen lässt. (So dürfte etwa die, aufgrund verbreiteteren Drogenkonsums bereits zu einem früheren Zeitpunkt entwickelte Drogenpolitik anderer europäischer Städte durch den EU-Beitritt Österreichs in den 90er Jahren für Wien verstärkt zum Vorbild geworden sein.)

Im drogenpolitischen Rahmen auf nationaler Ebene, in den sich die Wiener Maßnahmen einpassen mussten und müssen, fand im Beobachtungszeitraum stets

das jeweilige parteipolitische Kräfteverhältnis einen Ausdruck: die gesetzlichen Bestimmungen, wie auch die Strategien der Rechtsdurchsetzung im polizeilichen und (straf)justizellen Bereich wurden gerne den herrschenden parteipolitischen Programmen angepasst. Das parteipolitische Kräfteverhältnis wurde und wird in unterschiedlicher Zusammensetzung auch unmittelbar auf der städtischen Ebene wirksam, auf der die Entscheidungen über die sozialen, gesundheitlichen und pädagogischen Maßnahmen fallen. Und da – wie auch die Gespräche mit den Wiener DrogenpolitikerInnen zeigen – sich die parteipolitischen Konzepte von Drogen, Drogenkonsum, drogenbezogenen Problemen und adäquaten Maßnahmen auch hier grundlegend unterscheiden, ist der gemeinsame Nenner, auf den eine konsensorientierte Drogenpolitik der Stadt bauen kann nicht nur recht klein, sondern auch labil.

Lassen sich die städtischen Maßnahmen mit professionellen Strategien im polizeilichen und (straf)justizellen Bereich, die in der Stadt wirksam werden, über die aber nicht auf regionaler Ebene (mit)entschieden werden kann, bestenfalls abstimmen, so war und ist die Wiener Drogenpolitik auch darauf angewiesen, die drogenpolitischen Anliegen der Professionellen in den Drogeneinrichtungen der Stadt aufeinander abzustimmen: Ein nicht immer einfaches Unterfangen, da auch die „AkteurInnen“ der städtischen Drogenpolitik mitunter sehr unterschiedliche drogenpolitische Konzepte (gegeneinander) vertreten. Verglichen mit den Stimmen der „AkteurInnen“ auf nationaler und städtischer Ebene sind jene der „AdressatInnen“ in Wien hingegen recht leise: Weder „die Zivilgesellschaft“ noch die DrogenkonsumentInnen und ihre Angehörigen wurden im Beobachtungszeitraum drogenpolitisch maßgeblich aktiv. Bei letzteren ist sogar Deaktivierung zu beobachten, die wenigen selbst betroffenen drogenpolitischen AktivistInnen früherer Jahrzehnte sind verstummt und teils als AkteurInnen, teils als KlientInnen in der zunehmend professionalisierten Drogenhilfe aufgegangen.

Trotz der vielfältigen und teils gegeneinander gerichteten Kräfte, die auf die Wiener Drogenpolitik einwirkten, hat sie sich – seit ihrer vergleichsweise späten organisatorischen Etablierung zu Beginn der 90er Jahre – in kurzer Zeit in eine von Beginn an zumindest in Umrissen vorgegebene Richtung zügig weiterentwickelt. Deren Vorzeichen waren und sind die – thematische und organisatorische – Zusammenfassung von drogenbezogenen Aktivitäten in bestehenden Politiksegmenten („Querschnittspolitik“) und die Professionalisierung der entsprechenden Dienste mit dem Ziel der sozialen Integration des neuen Politikbereichs: So wurden die sozial integrativen Maßnahmen für KonsumentInnen im Sozial- und Gesundheitsbereich ausgebaut und diversifiziert unter Einbeziehung „leidensmindernder“ Interventionen, sie wurden durch präventive Maßnahmen ergänzt, die die soziale Integration des Drogenkonsums und -diskurses zu fördern beabsichtigen, um drogenbezogene Risiken zu reduzieren und so wurde zuletzt die Verflechtung der drogenpolitischen Maßnahmen mit den allgemeinen Sozial-, Gesundheits- und Bildungseinrichtungen der Stadt vorangetrieben. Zur Erfolgsgeschichte ist zu zählen, dass die Entwicklung auf einem parteipolitischen Konsens aufbauen konnte und dass es gelang eine zunehmende Zahl von professionellen „AkteurInnen“ einzubinden, wie eine zunehmende Zahl von „AdressatInnen“ zu erreichen: Die DrogengebraucherInnen waren am Ende der Beobachtungsperiode in einem

Maße von den Drogendiensten erfasst – „durchdrungen“ – wie niemals zuvor, ein in Zeiten der „Deregulierung“ bemerkenswertes Ergebnis, das seinerseits auf den Einsatz beträchtlicher Ressourcen und damit auf den politischen Stellenwert der „Drogenfrage“ in Wien verweist. Nicht zuletzt ist zu erwähnen, dass sich sowohl „AkteurInnen“ wie „AdressatInnen“ mit den drogenpolitischen Maßnahmen der Stadt zufrieden zeigen und auch dann, wenn sie in einem anderen Bereich tätig sind oder die Angebote nicht in Anspruch nahmen, der drogenpolitischen Entwicklung der Stadt Respekt zollen.

Der Erfolgsgeschichte der Wiener Drogenpolitik sind Grenzen gesetzt, die bereits angesprochen wurden: **Die gebündelte Drogenpolitik der Stadt umfasst nicht alle wesentlichen drogenpolitischen Bereiche**, sie ist mit drogenpolitischen Maßnahmen konfrontiert, die auf anderen Politikebenen entschieden werden, die mit anderen Mitteln und Zielen arbeiten und für die vermutlich größere Ressourcen bereitstehen. So wurden die polizeilichen Aktivitäten in der Stadt im Beobachtungszeitraum in zumindest vergleichbarem Maße quantitativ und qualitativ ausgebaut wie die „sozial integrativen“ Maßnahmen, und so nahmen sie spätestens in den ersten Jahren des neuen Millenniums eine Richtung, die der städtischen Drogenpolitik zuwiderlief: Statt auf den Großhandel konzentrierte sich die Verfolgung nun auf den Straßen-Kleinhandel, wo sie auf die Klientel der städtischen Drogendienste aber auch auf schlichte KonsumentInnen stieß. Die neue polizeiliche Strategie war nicht nur nicht mit der städtischen Drogenpolitik koordiniert und belastete deren Dienste in vielerlei Hinsicht, sie erschwerte auch die Arbeit der „Strafjustiz“, wie die Gespräche mit den „AkteurInnen“ aus diesem Bereich zeigen.

Die mangelnde Abstimmung der drogenpolitischen Ebenen und Bereiche hat nicht nur die (kostspielige) Konkurrenz und Verdoppelung von Maßnahmen und Kontrollaktivitäten zur Folge: Sie fördert auch die Ausbildung von diversifizierten Kontrollkulturen für unterschiedliche Gruppen von DrogennutzerInnen (hinsichtlich der sozialen Herkunft, der sozialen Integration, wie des Drogenkonsums), die sie ihrerseits prägen, wie die im Rahmen der Studie durchgeföhrten Interviews mit „AdressatInnen“ zeigen. So sind die – gesellschaftlich vergleichsweise privilegierten – Lebenswelten der „unauffälligen“ DrogenkonsumentInnen (negativ) durch ihr polizeiliches „Gegenüber“ bestimmt und durch die (generalpräventive) Drogenprohibition, die diese durchzusetzen haben. Wenige jüngere „Unauffällige“ nehmen vermutlich die Beratungsangebote des Pill-Testing-Programms in Anspruch, die sie dabei unterstützen, die Risiken ihres „Lebensstiles“ zu reduzieren. Die, auf ihre marginalisierte Klientel abgestimmten Drogenhilfeeinrichtungen vermögen die „Unauffälligen“ nicht anzuziehen, da sie ihrerseits das Stigma ihrer Zielgruppe tragen. Sie erfassen Personen, die sich unter ihren Schutz stellen, um dem polizeilichen und justiziellen Zugriff zu entfliehen, auch um den Preis als „abhängig krank“ zu gelten. Die Gefängnisse schließlich sind die Kontrollkultur „der Wahl“ für marginalisierte Personen, die nicht als Kranke und Abhängige gesehen werden wollen, sondern die es vorziehen „Verlierer“ zu sein, oder auch nur Personen, die einmal Pech hatten, aber lernen können, es das nächste Mal geschickter anzustellen: mit den Drogen, wie mit der Kriminalität. Auf einer abstrakteren Ebene betrachtet, ist von einer Entsprechung des Mehrfachkonsums von illegalen und legalen Substanzen – der heute den Normalfall darstellt – durch

Mehrfachkontrollen auszugehen, bei der sich aufeinander abgestimmte diversifizierte Konsum- und Kontrollwelten ausgebildet haben.

Die aufeinander abgestimmten Konsum- und Kontrollwelten markieren nicht nur unterschiedliche Lebensstile und Lebenskonzepte, sie sind hierarchisch angeordnet und indizieren auch unterschiedliche Lebensverhältnisse und Lebenschancen. Und damit ist eine weitere Begrenzung der Erfolgsgeschichte der Wiener Drogenpolitik angesprochen: **Die gebündelte („querschnitthafte“) Drogenpolitik der Stadt umfasst per definitionem nicht alle Politikbereiche, die die Drogensituation determinieren.** Den potentiellen und tatsächlichen Vorteilen bei der (thematischen und organisatorischen) Bündelung von drogenspezifischen Maßnahmen entsprechen potentielle und tatsächliche Nachteile bei den ursachenbezogenen Maßnahmen. Ist die „Querschnittspolitik“ stark bei zielgerichteten Aktivitäten gegen drogenbezogene Probleme, so ist sie schwach im Kampf gegen allgemeine und grundlegende soziale Probleme, die den Nährboden für eine Vielzahl von „Lebensstilproblemen“ bilden und sie mag unter Umständen sogar zur Schwächung der Maßnahmen gegen letztere beitragen, in dem sie Ressourcen aller Art – inklusive der öffentlichen Aufmerksamkeit – auf sich vereint. Als Beispiele für allgemeine und grundlegende soziale Probleme sind einerseits Armut, Arbeitslosigkeit und mangelnde Bildung – oder auch sozialer Ausschluss – zu nennen, andererseits Individualisierung und Kommodifizierung auch des Drogenmarktes.

Die resignative Einschätzung der letzten Phase/der letzten Phasen der Wiener Drogenpolitik durch die AkteurInnen aus der Drogenhilfe mag (auch) der Vernachlässigung der Ursachenbekämpfung zu zuschreiben sein – von wenigen GesprächspartnerInnen wurde das Thema explizit angesprochen. So ist trotz intensiver drogenpolitischer Maßnahmen in dieser Zeit von einer steigenden Zahl von marginalisierten DrogengebraucherInnen auszugehen – in Wien wie in Gesamtösterreich –, was einerseits darauf hinweist, dass die drogenpolitischen Maßnahmen die soziale Lage ihrer KlientInnen nicht grundlegend zu verbessern vermögen, andererseits, dass aufgrund der insgesamt wachsenden Armut und Ungleichheit, für steten und zunehmenden „Nachwuchs“ gesorgt ist.

Zu den grundlegenden Problemen der zweiten Art ist die Individualisierung zu zählen, durch die die Attraktivität von psychoaktiven Substanzen steigt. Einerseits hofft man, mit ihrer Hilfe mit den damit verbundenen Anforderungen zu Rande zu kommen – etwa in dem man Ängste dämpft –, andererseits wird der Konsum zum Mittel, die eigene Besonderheit darzustellen: neue und/oder durch das Verbot besondere Substanzen sind dazu mehr als andere geeignet und Konsumrisiken tragen in diesem Kontext nur zur Steigerung der Attraktivität der Stoffe bei. Die Konsumrisiken sind nicht nur unter dem (symbolischen) Aspekt der Selbstdarstellung zu betrachten, sie sind auch unter dem (realen) Aspekt der Kommerzialisierung der Drogenmärkte zu sehen, die den stetigen Preis- und Qualitätsverfall der Substanzen nach sich zog: Eine Entwicklung, der nicht nur die städtische Drogenhilfspolitik, sondern der auch die national und international gesteuerte repressive Drogenpolitik nichts entgegenzusetzen vermochten, wenn sie die entsprechenden Maßnahmen nicht sogar beschleunigten.

Die angesprochenen Grenzen regionaler/ Wiener Drogenpolitik sind keinesfalls als Plädoyer für ihre Abschaffung zu lesen: Die Überlegungen sind als Anregung gedacht, eine „ganzheitlichere“ Drogenpolitik – auf allen Ebenen und in allen Bereichen aufeinander abgestimmte drogenpolitische Maßnahmen – anzudenken, und über der Drogenpolitik nicht die Bekämpfung der Armut und der Ungleichheit, wie der Vereinzelung und der Kommodifizierung zu vergessen.

Literatur

- Aarburg, H.-P. von; Stauffacher, M. (2004): From law enforcement to care: Changed benefits and harm of heroin use in Switzerland through a shift in drug policy? In: Decorte, T.; Korf, D. (eds.): European Studies on Drugs and Drug Policy. VUB Brussels University Press, Brussels, S. 21 – 46
- Anton Proksch Institut (1987-2004): Jahresberichte. Drogenabteilung des Anton Proksch Institutes, Anton Proksch Institut, Wien
- Arge Selbsthilfe Österreich (2005): www.selbsthilfe-oesterreich.at
- Bergmark, A. (2004): Risk, pleasure and information. In: Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift, English Supplement 2004. Stakes, Helsingfor
- Berlach-Pobitzer, I.; Schmied, G.; Spirig, H. (2004): Evaluation der „Drogenfreien Zone“ in der Justizanstalt Hirtenberg. In: Neue Kriminalpolitik, Jg.16 (Heft 3)
- Bernard, J. (1997): „Drogen“ in Österreichs Tagespresse – Semiotische Analyse, Projektbericht. Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Wien
- BMI (Hrsg.) (1961 – 2005): Polizeiliche Kriminalstatistik – Jahresberichte. Bundesministerium für Inneres, Wien
- BMI (Hrsg.) (1975-2005): Jahresberichte der Zentralstelle für die Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität, Abteilung II/D/8. Bundesministerium für Inneres, Wien
- BMI (Hrsg.) (1984): Suchtmissbrauch. Vorbeugung – Bekämpfung – Heilung. Enquête 1984. Wien
- BMI (Hrsg.) (1996 - 2003): Öffentliche Sicherheit. Diverse Hefte, Magazin des Innenministeriums, Wien
- BMI (Hrsg.) (2000 – 2005): Kriminalitätsberichte. Bundesministerium für Inneres, Wien
- BMI (Hrsg.) (2003): Suchtmittelbericht 2002. Bundeskriminalamt, Bundesministerium für Inneres, Wien
- BMI/BMJ (Hrsg.) (1981 – 2002) Sicherheitsberichte. Bericht der Bundesregierung über die Innere Sicherheit in Österreich, Wien
- BMJ (Hrsg.) (1983): Verschärfte Maßnahmen gegen den Rauschgifthandel und Verbesserung der Situation Süchtiger. In: BMJ: Gesetzesvorhaben im Bereich des Strafrechts. Schriftenreihe des BMJ, 1983/2, Wien
- Bodzenta, E. (1971): Suchtgift täuscht und enttäuscht. Über die Bedeutung bewusstseinsverändernder Drogen bei Jugendlichen. Bundesministerium für Unterricht und Kunst, Wien
- Boekhout van Solinge, T. (2002): Drugs and Decision-Making in the European Union. CEDRO, Amsterdam

- Bogner, A.; Menz, W. (2002): Das theoriegeleitete Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Alexander Bogner, Beate Littig, Wolfgang Menz (Hg.): Das Experteninterview. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 33 – 70
- Bohrn, A.; Bohrn K. (1995): KOSI: Eine Langzeit-Therapiestation für drogenabhängige Mädchen. In: Brosch, R.; Juhnke G. (Hrsg.): Jugend und Sucht - Ein Ratgeber. Verlag Orac, Wien
- Bohrn, K.; Bohonnek, A. (1998): Substanzkonsum und –missbrauch im Kindes- und Jugendalter. Risikofaktoren, Probier- und Einstiegsverhalten, Verläufe und Ausstieg. Endbericht an das Bundesministerium für Jugend und Familie, Wien
- Brosch, R. (1994): Die Drogenambulanzen des Anton Proksch Institutes. In: Springer, A., Feselmayer, S., Burian W., Eisenbach-Stangl, I. Lentner, S., Marx, R.,(Hrsg.): Suchtkrankheit das Kalksburger Modell und die Entwicklung der Behandlung Abhängiger – Festschrift für Rudolf Mader zum 60. Geburtstag, Springer-Verlag Wien New York
- Brosch, R. (2005): Geschlechtsspezifische Ansätze in der Drogenbehandlung. In: Irmgard Eisenbach-Stangl, Susanne Lentner, Rudolf Mader (Hrsg.): Männer, Frauen, Sucht, Facultas, Wien
- Bruck, J.; Mader, R.; Sluga, W. (1967): Rauschgift – und Drogenmißbrauch – ein aktuelles Poblem in Österreich?. In: Wiener Medizinische Wochenschrift, 117 Jg, Nr. 42/43
- Bruckner, P. (2001): Verdammt zum Glück. Der Fluch der Moderne. Aufbau Verlag, Berlin
- Burian, W. (o. J.): 20 Jahre Langzeittherapiestation Mödling, Langzeittherapiestation Mödling, Mödling
- Busch, M. (2004): Substitutionsbehandlungsdaten 1987 - 2003 - Spezialauswertung des ÖBIG für dieses Projekt. ÖBIG, Wien
- Busch, M.; Türscherl, E.; Haas, S. (2003): Weiterentwicklung des Monitoringsystems im Drogenbereich, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen
- Carstairs, C. (2003): The Aspirations of the International Drug Control System in the 20th Century. Paper presented at the NAD Research Meeting: Tensions in drug policy in Western Europe, Helsingborg, 12 –13th May 2003
- Castel, R. (1983): Von der Gefährlichkeit zum Risiko, in: Manfred Max Wambach (Hg.): Der Mensch als Risikko, edition suhrkamp, Franfurt am Main, S. 51- 74
- Castel, R. (2002): Von der Gefährlichkeit zum Risiko: Auf dem Weg in eine post-disziplinäre Ordnung? Online-Magazin für Philosophie und Praxis vom 10. 5. 2002. Übersetzung eines Beitrages aus: Burchell, G.; Gordon, C., Miller, P. (eds.) (1991): The Foucault Effect. Studies in Governmentality, Chicago UP, Chicago
- Change (o. J.): Überblick über die Geschichte des Change seit 1970, unveröffentlichtes Dokument, Wien
- Coser, L. A. (1974): Einige Funktionen abweichenden Verhaltens und normative Flexibilität. In: Fritz Sack, Rene König (Hrsg.): Kriminalsoziologie, Akademische Verlagsgesellschaft, Frankfurt am Main

- Decordoba , U.; Bäwert, A.; Fischer, G. (2005): Sucht, Sex und Gender. In: Eisenbach-Stangl, I.; Lentner, S.; Mader, R (Hrsg.): Männer, Frauen, Sucht, Facultas, Wien
- Deutzenhauser, T. (2000): Prävention attraktiv gestalten – Öffentlichkeitsarbeit in der Suchtvorbeugung. In: Fellöcker, K.; Franke, S. (Hrsg.): Suchtvorbeugung in Österreich, Springer, Wien
- Dialog (1982 - 2005): Tätigkeits-/Jahresbericht, Verein Dialog, Wien
- Dialog (1986b): Projekt „86 Arbeitserprobung und Motivationstraining, Verein Dialog, Wien
- Dialog (2002): 20 Jahre Verein Dialog, Verein Dialog, Wien
- Dialog (o.J.): Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgefährdete und deren Angehörige – Entstehungsgeschichte, Tätigkeitsbereiche, Perspektiven, Verein Dialog, Wien
- Dressel (1991): Sozialmedizinische niederschwellige Betreuungseinrichtung für drogengefährdete und drogenabhängige Jugendliche und junge Erwachsene („Ganslwirt“) - Projektbeschreibung, aktualisierte Fassung: Jänner 1991, Verein Wiener Sozialprojekte, Wien
- Drogenambulanz AKH (1996): AKH Drogenbericht 1996, Klinische Abteilung für Allgemeine Psychiatrie, Universitätsklinik für Psychiatrie, Allgemeines Krankenhaus Wien
- Dür, W. et al. (1990): AIDS-Aufklärung bei Jugendlichen. Ludwig Boltzmann-Institut für Medizinsoziologie, Wien
- Eisenbach-Stangl, I. (1979): Das Drogenproblem als Bestseller, in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Heft 4, S. 17 – 21
- Eisenbach-Stangl, I. (1984): Jugend und Rausch. Eine empirische Analyse legalen und illegalen Rauschmittelkonsums Wiener Schüler. Schriftenreihe des Ludwig Boltzmann-Institutes für Suchtforschung, Verlag Brüder Hollinek, Wien
- Eisenbach-Stangl, I. (1991): Eine Gesellschaftsgeschichte des Alkohols. Produktion, Konsum und soziale Kontrolle alkoholischer Rausch- und Genussmittel in Österreich 1918 – 1984, Campus, Frankfurt/Main 1991
- Eisenbach-Stangl, I. (2000): Zwischen Verfolgung und Behandlung. In: Neue Kriminalpolitik, Jg. 12, Heft 2
- Eisenbach-Stangl, I. (2002): Zum Stellenwert der ambulanten Behandlung. In: Dialog (Hrsg.): Wirkungskreise, 20. Jahre Verein Dialog, Wien
- Eisenbach-Stangl, I. (2003): Drogen und Un-Sicherheit, In: Hanak, G.; Stangl, W. (Hrsg.): Innere Sicherheiten, Jahrbuch für Rechts- und Kriminalsoziologie 2002, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
- Eisenbach-Stangl, I. (2005): Psychoaktive Substanzen. In: Stadt Wien(Hrsg.): Gesundheitsbericht Wien 2004. AutorInnen: Bachinger, E.; Csitkovics, M. Wais, K. – Wien
- Eisenbach-Stangl, I.; Burian, W. (1998): Zwischen Strafrecht und Therapiemarkt. Die Entwicklung des Behandlungssystems für Drogenabhängige in Österreich. In: Eisenbach-Stangl, I.; Klingemann, H. (Hrsg.): Drogenbehandlung in deutschsprachigen Ländern und Europäische Ausblicke, Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 2-3, Wien
- Eisenbach-Stangl, I.; Pilgram, A. (1982): Therapie sonst Strafe – die Suchtgiftgesetznovelle 1980 und ihre Konsequenzen. Kriminalsoziologische Bibliografie, 9, Heft 36/37

- Eisenbach-Stangl, I.; Pilgram, A.; Oberzaucher, N.; Schmied, G.; Stummvoll, G. P. (2005): Asylwerber und Drogenkriminalität. (unveröff. Forschungsbericht des IRKS, in Kooperation mit dem LBI für Suchtforschung und dem Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung), Wien
- Eisenbach-Stangl, I.; Uhl, A. (1992): Geschichte und Praxis der Substitutionsbehandlung in Österreich, in; Bossong, H.; Söver, H. (Hrsg.): Methadonbehandlung – Ein Leitfaden, Campus, Frankfurt/New York
- Entwicklungspartnerschaft druGaddicts@WoRk (2005): <http://www.work.at/>, 9.4.2005
- Erben, E.; Kodek, G.; Pipal, J. (1980): Kommentar zur Suchtgiftgesetzgebung. Juridica Verlag, Wien
- Fehervary, J.; Stangl, W. (2001) (Hg.): Polizei zwischen Europa und Regionen, Wiener Universitätsverlag, Wien, S. 7 – 13
- Fellöcker, F. (2005): Die Aktivitäten und die Angebote für Eltern drogenabhängiger Kinder im ländlichen und großstädtischen Raum, Referat am Workshop der Sektion Drogenforschung der ÖGS, Wien, 5. 4. 2005
- Fellöcker, K.; Franke, S. (2000): Suchtprävention – eine Einführung. In: Fellöcker, K.; Franke, S. (Hrsg.): Suchtvorbeugung in Österreich, Springer, Wien
- Feselmayer, S. et al (2005): Geschlechtsspezifische Behandlung für Frauen mit alkoholbezogenen Problemen. Entwicklung, Status quo, Diskussion. In: Eisenbach-Stangl, I.; Lentner, S.; Mader, R. (Hrsg.): Männer, Frauen, Sucht, Facultas, Wien
- Fischer, G. et al. (1997): Das Betreuungsprofil der Drogenambulanz im Wiener Allgemeinen Krankenhaus unter besonderer Berücksichtigung von Risikopopulationen. In: Neuropsychiatrie, Band 11, Heft 4/1997
- Foregger, E.; Litzka, G. (Hrsg.) (1980): Suchtgiftgesetz idF der Nov 1980. Manz, Wien
- Franke, S. (2000): Strategien der Suchtprävention in Wien. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 3 – 4
- FSW (2003): Jahresarbeitsbericht 2002, Fonds Soziales Wien, Wien
- Graßberger, R. (1969): Suchtgiftmißbrauch und Kriminalität. In: BmfI (Hrsg.): Kriminalpolitische Schriftenreihe, Band 2, 2. Teil, Wien
- Gratz, W. (1976): Die Praxis des Maßnahmenvollzugs an entwöhnungsbedürftigen Rechtbrechern. Wien (Forschungsbericht des Ludwig Boltzmann-Instituts für Kriminalsoziologie)
- Gratz, W.; Werdenich, W. (1980): Von den Schwierigkeiten, wenn unter Gefängnisbedingungen Süchtige entwöhnt werden sollen. In: Mader, R.; Strotzka, H. (Hrsg.): Drogenpolitik zwischen Therapie und Strafe, Jugend und Volk, Wien
- Gruber, Ch.; Uhl, A.; Kobra, U.; Bachmayer, S. (2002): Evaluation der Wiener Berufsbörse. Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung, Wien
- Grüner Kreis (2003): Die ersten 20 Jahre. Magazin Grüner Kreis, 48/2003, Wien
- Grüner Kreis (o. J.): Diverse Broschüren, Grüner Kreis, Wien
- Haas, S. (1997/98): Liegt Wien in Europäischen Trend? Internationale Entwicklungstendenzen des Drogenproblems, Wiener Drogenkommission 1997/98
- Haas, S. (2000): Suchtprävention im europäischen Vergleich. In: Fellöcker, K.; Franke, S. (Hrsg.): Suchtvorbeugung in Österreich, Springer, Wien

- Hacker, P. (2000): Vorwort. In: Die Wiener Drogenkommission 1997/ 98, Wiener Zeitschrift für Suchtforschung
- Hacker, P. (2000a): Welche Maßnahmen setzt Wien derzeit? , in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 3 –4/ 2000
- Hauser, W.; Haller, R. (1988): Drogenstation Krankenhaus Stiftung Maria Ebene. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 2-3
- Haydn, F. (2006): Die Wiener Drogenszene im Wandel. Aus der Perspektive aktueller und ehemaliger DrogenkonsumentInnen, Diplomarbeit an der Universität Wien, Fakultät für Sozialwissenschaften, Wien
- Help U (2006): Ein Projekt der Wiener Linien und der Sucht- und Drogenkoordination Wien, Dezember 2006
- Hiess, P. (2005): „Der Karlsplatz ist nicht cool“. Ein Tag mit den Streetworkern in der Karlsplatz Passage, In: Gesunde Stadt, Magazin des WHO Projektes: „Wien – Gesunde Stadt“, Wien
- Höld, E. (1994): Station für Entzug und Kurzzeittherapie „517“ der Drogenabteilung des Anton Progsch Institutes. In: Springer, A., Feselmayer, S., Burian W., Eisenbach-Stangl, I. Lentner, S., Marx, R.,(Hrsg.): Suchtkrankheit das Kalksburger Modell und die Entwicklung der Behandlung Abhängiger – Festschrift für Rudolf Mader zum 60. Geburtstag, Springer-Verlag Wien New York
- IFES (1993 - 2005): Suchtmittel-Studie im Auftrag der Drogenkoordination Wien, Bevölkerungsbefragungen Wien, Wien
- Karazman-Morawetz, I. (2002): Die suchtpräventive Arbeit des Kriminalpolizeilichen Beratungsdienstes (KBD) und Effekte seiner Interventionen (beratende oder begleitende Tätigkeiten) an Schulen. Forschungsbericht des Institutes für Rechts- und Kriminozoologie, Wien
- Kemmesies, U. E.(2003): Zum prekären Geltungsbereich des Betäubungsmittelgesetzes: Umgang mit illegalen Drogenim „bürgerlichen“ Milieu (UMID). Endbericht, Johann - Wolfgang- Goethe – Universität, Centre for Drug Research, Frankfurt
- Klemperer, V. (1995): Tagebücher 1942, Aufbau Taschenbuch Verlag, Berlin
- Knoblauch, H. (1995): Vom moralischen Kreuzzug zur Moraltechnologie, in ders.: Kommunikationskultur, Boston/ New York, S. 1 – 30
- Koller, G. (2000): Von der Not zur Wendigkeit – 15 Jahre Suchtvorbeugung in Österreich. In: Kurt Fellöcker, Silvia Franke (Hrsg.): Suchtvorbeugung in Österreich, Springer, Wien,
- Korf, D.; Nottelman, N. (1998): Urban Drug Problems, Policymakers and the General Public. In: European Journal on Criminal Policy and Research, 6
- Kranzl, V. (2006): Selbsthilfegruppen für Eltern Drogensüchtiger und ihre zivilgesellschaftlichen Aktivitäten, Diplomarbeit an der Universität Wien, Fakultät für Sozialwissenschaften, Wien
- Kranzl, V. (2005): Selbsthilfegruppen für Eltern Drogenabhängiger in Wien – ein Beispiel für Zivilgesellschaft, Referat am Workshop der Sektion Drogenforschung der ÖGS, Wien, 5. 4. 2005
- Kravagna, S. (2005): Der Faktor Hautfarbe in der quantitativen Analyse von Gerichtsurteilen gegen weiße und schwarze Straftäter in Wien. Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 30, 41-64
- Kriener, H. (2000): Neue Wege in der Suchtprävention: das wissenschaftliche Pilotprojekt ChEckiT!. In: Fellöcker, K., Franke, S. (Hrsg.): Suchtvorbeugung in Österreich, Springer, Wien

- Kriener, H. et al (2001): An inventory of on site pill-testing interventions in the EU, EMCDDA Scientific Report, EMCDDA, Lisbon
- Kuntsche, E. (2002): Wird Cannabis von 15-Jährigen in der Schweiz wie eine legale Substanz konsumiert?. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 4
- Kuschej, H.; Pilgram, A. (1998): Fremdenfeindlichkeit im Diskurs über „Organisierte Kriminalität“. Wien (Forschungsbericht des Instituts für Rechts- und Kriminalsoziologie)
- Leichsenring, K. (2007): Rescaling of Social-Welfare Policies, General Assembly Meeting of the European Centre for Social Welfare Policy and Research
- Mader, R. (1983) (Hrsg.): Alkohol und Drogenabhängigkeit – Neue Ergebnisse aus Theorie und Praxis, Verlag Brüder Hollinek, Wien
- Melvyn, P. (2006): Rescaling in 8 European Countries – an Overview, General Assembly Meeting of the European Centre for Social Welfare Policy and Research
- Mittasch, R. (2006): Interview, Wien
- Nittmann, G. (1980): Streetwork mit Drogenabhängigen. In Mader, R. Strotzka, H. (Hrsg.): Drogenpolitik zwischen Strafe und Therapie, Verlag Jugend & Volk, Wien und München
- Oberleitner, R. (1998): Schengen und Europol. Kriminalitätsbekämpfung in einem Europa der Inneren Sicherheit. Manz-Verlag, Wien
- ÖBIG (1997 – 2006): Berichte zur Drogensituation. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
- Olson, B. (2004): The Dilution Process – National Alcohol Policy Goes European, 30th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol – Alcohol: Global Pressures, Local Concerns, Helsinki, Finland
- Parker, H; Aldridge, J.; Measham, F. (1998): Illegal leisure. The normalization of adolescent recreational drug use, Routledge, London and New York
- Parsons, T. (1970): Struktur und Funktion der modernen Medizin. In: Rene König, Margret Tönnesmann (Hrsg.), Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3
- PASS (1993): Jahresbericht 1992/93, Verein PASS, Wien
- Pernhaupt G. (1980): Behandlungsprogramme und-möglichkeiten für Drogenabhängige in Österreich: in Mader, R. Strotzka, H. (Hrsg.): Drogenpolitik zwischen Strafe und Therapie, Verlag Jugend & Volk, Wien und München
- Pernhaupt, G.; Legl, Th.; Rohrhofer, A.; Schön, Th. (1994): Der Grüne Kreis. In: Pfersmann, D.; Presslich, O. (Hrsg.) : Drogensucht und Therapie, Verlag Wilhelm Maudrich, Wien
- Pfersmann, D.; Presslich, O. (Hrsg.) (1994) : Drogensucht und Therapie, Verlag Wilhelm Maudrich, Wien
- Pilgram, A. (1980): Suchtgiftkriminalität in Österreich - Anleitung zur unvoreingenommenen Lektüre amtlicher Statistiken. In: Mader, R.; Strotzka, H. (Hrsg.): Drogenpolitik zwischen Therapie und Strafe, Jugend und Volk, Wien
- Pilgram, A. (1986): Der Strafvollzug in der Medienberichterstattung 1970 bis 1983. In: Weinzierl, E.; Stadler, K. R. (Hrsg.): Justiz und Zeitgeschichte V. Symposium zur Geschichte des Strafvollzugs in Österreich. Geyer-Edition, Wien

- Pilgram, A. (1992): Mit dem Gesetz gegen Drogen – zur Geschichte des österreichischen Suchtgiftgesetzes. Beiträge zur historischen Sozialkunde, Jg. 22, Nr.1, Verein für Geschichte und Sozialkunde, Wien
- Pilgram, A. (2003): Die Entwicklung der Haftzahlen in Österreich. Darstellung und Analyse der Ursachen. In: BMI/BMJ (Hrsg.) Sicherheitsbericht 2002. Bericht der Bundesregierung über die Innere Sicherheit in Österreich. Wien
- Pilgram, A.; Stummvoll, G. P. (2005): Geschlechtsspezifische Kriminalisierung im Zusammenhang mit Suchtmitteln. In: Eisenbach-Stangl, I.; Lentner, S.; Mader, R. (Hrsg.): Männer. Frauen. Sucht. Facultas, Wien
- Platt, J. G.; Labate, Ch. (1976): Heroin Addiction, Theory, Research, Treatment. John Wiley and Sons, New York
- Prießnitz, F. (1976): Suchtgiftkriminalität in Wien. Vortrag in der „Österreichischen Gesellschaft für Strafrecht und Kriminologie“, am 29.4.1976 an der Universität Wien
- Ranefeld, J. (1979): Die Sonderanstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 2, 1979 (Heft 3)
- Rudas, S. (1980): Neuordnung der psychiatrischen Versorgung einer Großstadt – Koordination der Erform anhand eines umfassenden Zielplanes. In: Österreichische Krankenanstaltenzeitung (ÖKS), 9
- Ruschak, M. (2004): Mündliche und schriftliche Mitteilungen
- Salem, E.; Werdenich, W. (1981): Resultate der Behandlung Drogenabhängiger im Maßnahmenvollzug (1975-1978). In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 4.Jg. (Heft 3)
- Schilder, E. (1980): Zur Entstehung des §9a Suchtgiftgesetz. In: Mader, R.; Strotzka, H. (Hrsg.): Drogenpolitik zwischen Therapie und Strafe, Jugend und Volk, Wien
- Schinnerl, G. (2000): Ecstasy – Neue Wege der Prävention bei Konsumenten, in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 3 –4
- Schinnerl, G. (2001): 10 Jahre niederschwellige Drogenarbeit in Wien. Was tut not? In: Verein Wiener Sozialprojekt (Hrsg.): Perspektiven der Drogenarbeit und Drogenpolitik. Ein Lesebuch, Wien
- Schmidhofer, H. (2000): Der Spitalverbindungsdiest “Contact”. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 23/2000 Nr. 3/4
- Schmidt –Semisch, H.; Wehrheim, J. (2005): Exkludierende Toleranz. Ordnung und Kontrolle im Kontext akzeptierender Drogenarbeit. In: Bernd Dollinger, Wolfgang Schneider (Hg.): Sucht als Prozess, Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin, S. 221 -238
- Schneider, W. (2005): Akzeptanzorientierte Drogenarbeit, in: Dollinger, B.; Schneider, W. (Hg.): Sucht als Prozess, Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin, S. 267 - 282
- Schobel, W. (1994): Das Half-Way-House in der Drogentherapie. In: Springer, A., Feselmayer, S., Burian W., Eisenbach-Stangl, I. Lentner, S., Marx, R.,(Hrsg.): Suchtkrankheit das Kalksburger Modell und die Entwicklung der Behandlung Abhängiger – Festschrift für Rudolf Mader zum 60. Geburtstag, Springer-Verlag Wien New York
- Schweizerhaus Hadersdorf (2005): Über uns. <http://schweizerhaus.com>, 18.07.2007

- Sluga, W.; Spiel, W. (1968): Die Gammler. Eine sozialpsychiatrische Studie. In: Der Nervenarzt, 6
- Spirig, H. (2000): Die „Drogenfreie Zone“ in der Justizanstalt Hirtenberg. Untersuchungsbericht für das Bundesministerium für Justiz, Wien
- Sprenger, M. (2004): Schreiben vom April 2004 an „Der Standard“
- Springer, A. (2000): Drogenpolitik und Suchtprävention in Österreich. In: Fellöcker, K.; Franke, S. (Hrsg.): Suchtvorbeugung in Österreich, Springer, Wien
- Springer, A. (2003): Schadensbegrenzung als wirksames Prinzip in der Sucht-krankenhilfe. In: SUB, 24. Jahrgang, 01b
- Springer, A.; Uhl, A. (1993): Suchtgiftprävention in der Schule. Ludwig Boltzmann-Institut für Suchtforschung, Wien
- Springer, A.; Uhl, A. (1996): Primärprävention des Drogenmissbrauchs und ihre Evaluation. Forschungsbericht des Ludwig Boltzmann-Institutes für Suchtforschung, Wien
- Springer, A.; Uhl, A.; Maritsch, F. (1987): Das Cannabisproblem in Österreich. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1 –2
- Statistik Austria (Hrsg.) (2006): Gerichtliche Kriminalstatistik 2005. Verlag Österreich GmbH, Wien
- Stipsits, A. (2002): Suchtprävention an Wiener Schulen durch Polizeibeamte. Traiskirchen (Abschlussarbeit an der SIAK)
- Stitz, M. (1986): Österreich. In: Bundesverband der Elternkreise (Hrsg.): Bericht über das Symposium „Die Familie im Drogenproblem“, Wien
- Stummvoll, G. P. (2006): Junkie-Jogging am Karlsplatz. Die Schutzzone und der verrechtlichte öffentliche Raum, in: dérive. Zeitschrift für Stadtforschung, Heft 24, S. 20 – 29
- Uhl, A.; Springer, A. (2000): Leitbild der österreichischen Fachstellen für Suchtvorbeugung. In: Fellöcker, K.; Franke, S. (Hrsg.): Suchtvorbeugung in Österreich, Springer, Wien
- Uhl, A.; Springer , A. (2002): Professionelle Suchtprävention in Österreich: Leitbildentwicklung der Österreichischen Fachstellen für Suchtprävention. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien
- Uhl, A.; Springer, A. (1997): Die Wiener Drogenszene. WUV - Universitätsverlag, Wien
- Verein Selbsthilfe gegen Sucht (1979): Protokoll der Generalversammlung des Vereins Selbsthilfe Gegen Sucht vom 22.5.79, Wien
- VWS (1992 - 2006): Tätigkeits- und Jahresberichte der Einrichtungen Ganslwirt, Big Elefant, Streetwork, fix und fertig, betreutes wohnen, ChEckiT! Verein Wiener Sozialprojekte, Wien
- Wagner, E.; Presslich, O.; Fischer, G.; Kasper, S. (1999): Der Einsatz von Morphin-retard in der stationären Detoxifikationsbehandlung opiatabhängiger bzw. polytoxikomaner Patienten. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 22, Heft 1, 1999
- WBB (1996 - 2005), Jahresberichte, Wiener Berufsbörse, Wien
- Wiener Drogenbericht 1992/ 1993, Magistrat der Stadt Wien (Hrsg.), Wien 1994
- Wiener Drogenbericht 1996, Magistrat der Stadt Wien (Hrsg.), Wien 1997
- Wiener Drogenbericht 2003 –2005, Sucht- und Drogenkoordination Wien (Hrsg.), Wien 2006

- Wiener Drogenkonzept 1999, Magistrat der Stadt Wien (Hrsg.), Wien 1999
- Willner, M. (1999): Welche Aufgaben ergeben sich durch das neue Suchtmittelgesetz für die MA 15 - insbesondere für das Referat behördliche Angelegenheiten.
In: Bericht der Wiener Drogenkommission 1997/98, Magistrat der Stadt Wien,
Wien <http://www.drogenhilfe.at/drpoli/d-w-b.htm>, 15.7.2005
- Yalcinkaya, E. et al.(1999): Erhebung Schottenring. Die soziale, gesundheitliche und rechtliche Lage der Jugendlichen vorort. AG SCHOP, Backbone, Back on Stage, VWS/ Streetwork, Z'SAM, Wien

Anhang: Leitfaden für ExpertInnen (Beratung, Betreuung)

1. Biographie als Drogenexperte/-in

Seit wann sind Sie im Drogenbereich tätig? Bitte beschreiben Sie Ihre „Biographie als Drogenexperte/-in“ und ihre aktuelle Tätigkeit.

(Jahr des Eintritts, warum Entscheidung für diese Tätigkeit, andere Tätigkeiten – davor und parallel, erste Einrichtung und Position darin und alle folgenden, Art der derzeitigen drogenspezifischen Tätigkeit)

2. Ideologie und Praxis heute und früher

Welchen drogenpolitischen Auftrag hat Ihre Einrichtung (die Einrichtung, in der sie derzeit tätig sind) und wie gut lässt sich dieser in die Praxis umsetzen?

(Beschreibung der Einrichtung)

3. Vernetzung

Mit welchen Einrichtungen arbeitet Ihre Einrichtung derzeit eng zusammen und mit welchen hat sie so gut wie keinen Kontakt? Wie gut gelingt die Zusammenarbeit? Gibt es Probleme und wenn ja, welche? Warum gibt es zu genannten Einrichtungen keinen Kontakt? Was müsste geschehen, damit die Zusammenarbeit besser wird?

(Zusammenarbeit mit Drogeneinrichtungen und Nicht-Drogeneinrichtungen, Einrichtungen aus den verschiedensten Kontrollbereichen – eventuell bildliche Darstellung)

4. Netz der Wiener Drogenpolitik

Welche spezielle/besondere Rolle hat die Einrichtung, in der Sie derzeit tätig sind:

(1) für die Drogensituation/die Drogenprobleme in Wien (2) für die Drogenpolitik?

- (1) Spezialisierung auf ein bestimmtes Segment der Drogenszene und der Drogenprobleme, Übernahme einer bestimmten Behandlung oder Betreuungsaufgabe.
- (2) Zusammenarbeit mit Drogeneinrichtungen aller Art inkl. Polizei, Justiz, Prävention und Verwaltung/Politik. Wenn es unerwähnt bleibt, nachfragen nach Polizei, Justiz, Prävention, Verwaltung/Politik)

5. Veränderungen der Vernetzungen (Politik, Arbeitsumfeld, ...)

Hat es Ihres Wissens nach wesentliche Veränderungen der Rolle der Einrichtungen gegeben? Wenn ja, um welche Veränderungen handelt es sich und wann fanden sie statt?

(Veränderungen der Klientel, Veränderungen der Zusammenarbeit mit anderen Drogeneinrichtungen, Veränderungen der offiziellen/inoffiziellen Position in der Wiener Drogenpolitik – 70er, 80er, 90er Jahre)

6. Einrichtungen, die das Netz der Wiener Drogenpolitik dominieren

Gibt es zur Zeit Einrichtungen, die die Drogenpolitik bestimmen?

(Behandlungseinrichtungen, aber auch Einrichtungen in anderen Bereichen inklusive Verwaltung – wenn nicht genannt, nachfragen, insbesondere nach dem Fonds Soziales Wien)

7. Entwicklung der Wiener Drogensituation

Wie würden Sie die Entwicklung der Wiener Drogenpolitik beschreiben?

(KonsumentInnen und HändlerInnen, Substanzen, Marktsituation, Problemlagen der Szene/von DrogenkonsumentInnen und Probleme Dritter/der Stadt – zeitlich so weit zurück wie möglich)

8. Entwicklung der Wiener Drogenpolitik

Wie würden Sie die Entwicklung der Wiener Drogenpolitik beschreiben? Lassen sich Ihrer Meinung nach Einschnitte ausmachen, und wenn ja, welche? Welche Faktoren sind Ihrer Ansicht nach dafür verantwortlich? Hatten Veränderungen im Rechtsbereich einen Einfluss? Wie sehen Sie den Ausbau und die Ausdifferenzierung der drogenspezifischen Einrichtungen?

9. Wirkung der Wiener Drogenpolitik auf die Drogensituation

Welchen Einfluss hat die Wiener Drogenpolitik auf die Wiener Drogensituation im Laufe der Zeit (der letzten 30 Jahre) Ihrer Meinung nach gehabt?

(Umfang, soziale und regionale Ausformungen, Probleme der KonsumentInnen/der Szene und Dritter, Substanzen, Marktsituation)

10. Dokumentation und Bürokratie

Was meinen Sie zur Dokumentation im Drogenbereich? Wird zuviel oder zuwenig dokumentiert? Wird das Wesentliche dokumentiert? Ist die Dokumentation benutzerfreundlich? Ist sie für die Wiener Drogenpolitik relevant und wird sie adäquat genutzt? Für wen ist sie von Nutzen? Wenn Sie nicht zufrieden sind, was würden Sie verändern?

11. Internationale und europäische Einflüsse

Hat sich die Drogenpolitik Ihrer Ansicht nach an ausländischen – insbesondere europäischen – Modellen orientiert? Wenn ja, wann und an welchen? Hat der EU-Beitritt Österreichs Auswirkungen auf die Drogenpolitik gehabt? Wenn ja, welche?

12. Eigene, ideale Drogenpolitik

Wenn sie die Wiener Drogenpolitik gestalten könnten, was würden Sie zuerst verändern?

13. Dominante DrogenexpertInnen

Wen würden Sie interviewen, wenn Sie die drei wichtigsten Wiener DrogenpolitikerInnen der letzten 30 Jahre befragen sollten?

Optional:

- Wir haben uns mit Ihrer Einrichtung beschäftigt, dürfen wir Ihnen unsere Ergebnisse zeigen und Fragen stellen?
- Gibt es schriftliche Unterlagen für Ihre Einrichtung? Wenn ja, dürften wir uns diese ansehen?

Leitfaden für AdressatInnen

1. Biographie (Verhaltens- und Drogenkonsummuster, Lebenswelt)

- Erzählen Sie bitte kurz, wann sie mit Drogen in Kontakt gekommen sind und welche Sie konsumiert haben? Beschreiben sie bitte Ihre heutige Situation.
- Mit welchen Problemen und Konflikten waren Sie durch den Drogenkonsum konfrontiert?
- Haben Sie schon einmal selbst versucht den Drogenkonsum zu reduzieren oder aufzuhören? Wenn ja, was haben Sie getan?
(Rolle von FreundInnen, PartnerInnen, Eltern, Selbsthilfegruppen, ...)

2.1 Institutionelle Biographie anhand der Kontakte mit den Drogeneinrichtungen

Haben Sie im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialsystems in Anspruch genommen? Wenn ja, waren das Einrichtungen, die auf Drogenprobleme spezialisiert waren oder Einrichtungen, die für Krankheiten oder Probleme aller Art zur Verfügung standen?

- Welche Einrichtungen waren das? – Aufzählen lassen.
- Wie sind Sie zu diesen Einrichtungen gekommen? – diverse Zwänge, welche? Empfehlungen von Eltern, drogenkonsumierenden oder nichtkonsumierenden FreundInnen, Broschüren, ... Waren die Maßnahmen hilfreich und wenn ja, in welcher Hinsicht?
- Welche Kontakte bestehen zur Zeit?

2.2 Institutionelle Biographie anhand der Kontakte mit dem Justizsystem

Haben bzw. hatten Sie im Zusammenhang mit Ihrem Drogenkonsum Kontakt mit dem Justizsystem (Anzeigen, Polizei, U-Haft, Bewährungshilfe, ...)

- Wenn ja, welche Strafen haben Sie bekommen oder gab es Strafaufschub wegen ‚Therapie statt Strafe‘ bzw. eine Rücklegung der Anzeige?
- Welche Maßnahmen des Justizsystems fanden Sie hilfreich, welche weniger hilfreich? Was hat Ihnen geholfen, was weniger? Was hat Ihrer Meinung nach gefehlt?
- Welche Kontakte mit dem Justizsystem haben Sie zur Zeit?

3. Veränderungen der Drogenszene

Waren Veränderungen für Sie spürbar? Wenn ja, welche? Wie beurteilen Sie diese?

- Bei den Angeboten der sozialen und gesundheitlichen Einrichtungen – Art, Qualität und Quantität, z.B: Substitution, Spritzenauschprogramm, Wohn- und Arbeitsprojekte, Drogentestprogramme, ...)
- Bei ‚Therapie statt Strafe‘ – leichter oder schwerer geworden?
- Bei der Justiz – Reaktionen der Polizei, Richter- oder Staatsanwaltschaft, im Strafvollzug inkl. Behandlungsvollzug und drogenfreie Zonen, Änderungen des Suchtgift-/Suchtmittel-Gesetzes

4. Veränderungen in der Drogenpolitik, spezielle in Wien

Waren Veränderungen für Sie spürbar? Wenn ja, welche? Wie beurteilen Sie diese?

5. Umwelt – Integration

Haben Sie Veränderungen in den Reaktionen Ihrer Umwelt wahrgenommen? Ist sie gegenüber Drogenkonsum und DrogenkonsumentInnen toleranter oder intoleranter geworden?

6. Wünsche an die Wiener Drogenpolitik

Welchen gesellschaftlichen Umgang mit Drogen würden Sie sich wünschen? Was fehlt Ihnen?

(*Mehr Einrichtungen, mehr Polizei, staatliche Anlaufstellen, in Ruhe gelassen werden, ...*)

Soziodemographische Daten erheben:

- Alter – Geschlecht
- Ausbildung/Beruf
- Ev. Herkunft

Nach dem Interview dokumentieren:

- Wie kam es zu dem Interview?
- Wo wurde das Gespräch geführt, Atmosphäre während des Gesprächs
- Was wurde noch nach dem aufgezeichneten Gespräch besprochen?

Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung
Herausgegeben vom Europäischen Zentrum Wien
mit dem Campus Verlag, Frankfurt am Main/New York

- | | |
|---|---|
| Band 15: HOLZMANN, R., PALMER, E. (HG.) (2007)
Revolution in der Alterssicherung.
Beitragskonten auf Umlagebasis
810 S., EUR 79,- | Band 14: WALDRAUCH, H., SOHLER, K. (2004)
Migrantenorganisationen in der Großstadt.
Entstehung, Strukturen und Aktivitäten am Beispiel Wien
708 S., EUR 59,90 |
| Band 13: ZARTLER, U., WILK, L.,
KRÄNZL-NAGL, R. (Hg.) (2004)
Wenn Eltern sich trennen.
Wie Kinder, Frauen und Männer Scheidung erleben
500 S., EUR 45,- | Band 12: OECD (2003)
Behindertenpolitik zwischen
Beschäftigung und Versorgung.
Ein internationaler Vergleich
408 S., EUR 34,90 |
| Band 11: KRÄNZL-NAGL, R., MIERENDORFF, J.,
OLK, Th. (Hg.) (2003)
Kindheit im Wohlfahrtsstaat.
Gesellschaftliche und politische Herausforderungen
474 S., EUR 34,90 | Band 10: MARIN, B. (2000)
Antisemitismus ohne Antisemiten.
Autoritäre Vorurteile und Feindbilder
880 S., EUR 51,- |
| Band 9.1: DAVY, U. (Hg.) (2001)
Die Integration von Einwanderern.
Rechtliche Regelungen im europäischen Vergleich
1056 S., EUR 69,- | Band 9.2: WALDRAUCH, H. (2001)
Die Integration von Einwanderern.
Ein Index der rechtlichen Diskriminierung
582 S., EUR 51,- |

Public Policy and Social Welfare
A Series Edited by the European Centre Vienna with
Ashgate, Aldershot, Brookfield USA, Singapore, Sydney

- Vol. 33: *Zaidi, A. (forthcoming 2008)*
Poverty of Older People and Pensions Policy in the EU
c. pp. 200, c. £27.50
- Vol. 32: *Marin, B., Zaidi, A. (Eds.) (2007)*
Mainstreaming Ageing.
Indicators to Monitor Sustainable Policies
pp. 856, £37.50
- Vol. 31: *Billings, J., Leichsenring, K. (Eds.) (2005)*
**Integrating Health and Social Care Services for
Older Persons.** Evidence from Nine European Countries
pp. 352, £27.50
- Vol. 30: *Zaidi, A. (forthcoming 2008)*
Well-being of Older People in Ageing Societies
c. pp. 400, c. £27.50
- Vol. 29: *Marin, B., Prinz, Ch., Queisser, M. (Eds.) (2004)*
Transforming Disability Welfare Policies.
Towards Work and Equal Opportunities
pp. 392, £35.00
- Vol. 28: *Leichsenring, K., Alaszewski, A. (Eds.) (2004)*
**Providing Integrated Health and Social Care for
Older Persons.** A European Overview of Issues at Stake
pp. 510, £27.50
- Vol. 27: *Kenis, P., Maas, F., Sobiech, R. (Eds.) (2001)*
**Institutional Responses to Drug Demand in Central
Europe.** An Analysis of Institutional Developments
in the Czech Republic, Hungary, Poland and Slovenia
pp. 412, £27.50
- Vol. 26: *Prinz, Ch. (Ed.) (2003)*
European Disability Pension Policies.
11 Country Trends 1970-2002.
With an Introduction by Bernd Marin
pp. 430, £25.00
- Vol. 25: *Stanovnik, T., Stropnik, N., Prinz, Ch. (Eds.) (2000)*
Economic Well-being for the Elderly.
A Comparison across Five European Countries
pp. 272, £27.00
- Vol. 24: *Marin, B., Meulders, D., Snower, D. J. (Eds.) (2000)*
Innovative Employment Initiatives
pp. 558, £29.50

Wiener Drogenpolitik 1970 bis 2005. Außen- und Innenansichten

Die Studie untersucht die Entwicklung der regionalen Drogenpolitik von Wien im Zeitraum von 1970 bis 2005. Die Untersuchung setzt zu der Zeit ein, als man auch in Österreich begann, auf die grundlegenden Veränderungen des Drogenkonsums zu reagieren, die in industrialisierten Ländern in den 1960er Jahren stattgefunden hatten: Die DrogenkonsumentInnen waren jünger, gebildeter und gesellschaftskritischer geworden und Cannabis war zur meistgebrauchten illegalen Substanz avanciert. Wie in anderen Ländern, so wurde auch in Österreich das strafrechtlich- „repressive“ drogenpolitische Instrumentarium durch „integrative“ Maßnahmen aus den Bereichen Gesundheit, Sozialhilfe und Bildung ergänzt, die auf regionaler Ebene ausgebaut wurden.

Die Studie betrachtet die Entwicklung der Wiener Drogenpolitik über einen Zeitraum von rund 35 Jahren aus verschiedenen Blickwinkeln: Aus einer wissenschaftlichen Beobachterperspektive und aus der subjektiven Perspektive zweier Gruppen von Betroffenen. Die „Innenansichten“ sind auch als – qualitative – Form der Evaluation der drogenpolitischen Aktivitäten der Gemeinde zu lesen.

Für die „Außenansicht“ wurde die Ausdifferenzierung des kommunalen drogenpolitischen Apparates auf der Grundlage von Berichten und Statistiken untersucht. Auf derselben Grundlage wurde der nationale Rahmen erkundet, insbesondere die Drogengesetzgebung und die Aktivitäten der Drogenexekutive, beide zentrale Bereiche der nationalen Drogenpolitik, die in die lokale hineinwirken und sie begrenzen.

Bei den Betroffenen handelt es sich zum einen um Professionelle, die in der Beobachtungsperiode mit der Umsetzung von regionaler und nationaler Drogenpolitik in Wien befasst waren – um drogenpolitische „AkteurInnen“ –, zum anderen um DrogenkonsumentInnen und Angehörige von DrogenkonsumentInnen – um drogenpolitische „AdressatInnen“. Insgesamt wurden über 90 Betroffene interviewt und die Interviews inhaltsanalytisch ausgewertet.



Irmgard Eisenbach-Stangl, Univ. Prof., Dr., Senior Social Scientist am Europäischen Zentrum für Wohlfahrts- politik und Sozialforschung, Programme Area „Alcohol, Drugs, Addiction“, davor Senior Researcher am Ludwig Boltzmann-Institut für Suchtforschung, Wien

Arno Pilgram, Univ. Doz., Dr., Senior Researcher am Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie, Wien, Forschungsbereiche Rechtspolitik und Gesetzesimplementationen, soziale Interventionen in der Kriminaljustiz

Christine Reidl, Mag., Researcher am Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, vorher Researcher am Ludwig Boltzmann-Institut für Suchtforschung und am Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie, Wien