

DROGENPOLITIK

Zwischen Verfolgung und Behandlung

• Irmgard Eisenbach-Stangl

Der fürsorgliche, auf Behandlung basierende und der repressive, polizeiliche Umgang mit Drogenkonsumenten werden zu meist als Gegensatz gedacht. Am Beispiel der österreichischen Drogenpolitik seit 1987 zeigt Irmgard Eisenbach-Stangl, daß dieses Verhältnis komplexer ist und eine durch vermehrte polizeiliche Anzeigen hergestellte Aufmerksamkeit mitunter zum Ausbau von behandelnden Drogeneinrichtungen entscheidend beiträgt. Da auch »Behandlung« eine Form sozialer Kontrolle ist, kann es in der Praxis zu einer Konkurrenz der beiden Kontrollsysteme um »ihr« Klientel kommen, können sich aber auch neue Formen der Zusammenarbeit entwickeln.

Die österreichische Drogensituation hat sich seit Mitte der 80er Jahre erheblich verändert. Als um etwa diese Zeit die HIV-Infektionen und die AIDS-Erkrankungen auch unter österreichischen Drogengebrauchern stiegen, wurde durch einen Erlaß des Gesundheitsministeriums die Ersatzdrogentherapie offiziell etabliert (verboten war sie nie gewesen). Dem sogenannten ersten Substitutionserlass im Jahr 1987 folgte bald der zweite im Jahr 1991, der den Zugang zur Ersatzdrogenvergabe deutlich erleichterte (Eisenbach-Stangl, Uhl 1992). Eine weitere drogenpolitische Neuerung war die Gründung von niedrigschwelligen Einrichtungen am Beginn der 90er Jahre (Eisenbach-Stangl, Burian, 1998).

Das nächste Ereignis, durch das die österreichische Drogensituation maßgeblich verändert wurde, war der Fall des »Eisernen Vorhanges« im Jahr 1989. Das Drogenangebot im Osten Österreichs war bis zu diesem Zeitpunkt häufig nicht bedarfsdeckend gewesen: die Wiener Heroinkonsumenten hatten sich immer wieder mit Opiumtee, den sie aus Mohnstroh zubereiteten, versorgt. Die Versorgung in Westösterreich war weit besser, da wichtige Handelsstraßen durch Tirol und Vorarlberg verliefen, jene Bundesländer, die an Italien, die Schweiz und Deutschland grenzen. Der Umbruch Ende der 80er Jahre veränderte die Versorgungsstruktur, wenn er sie nicht sogar umkehrte. Der Drogenmarkt im Osten expandierte aufgrund der größeren Durchlässigkeit der Grenzen. Die Ex-

pansion wurde zusätzlich durch den Krieg im ehemaligen Jugoslawien gefördert, der die Verlagerung der sogenannten »Balkanroute« nach Osten erzwang. Andererseits könnten die Handelsrouten, durch die Westösterreich versorgt worden war, aufgrund der genannten Ereignisse an Bedeutung verloren haben. Auf jeden Fall ist davon auszugehen, daß sich das Drogenangebot verbessert hat und daß die Preise für illegale Drogen in Österreich erheblich gesunken sind (Lenke, Olsson 1998).

Dem Fall des »Eisernen Vorhanges« folgte bald eine weitere soziopolitische Umwälzung: Österreich trat 1993 dem Europäischen Wirtschaftsraum bei und 1995 der Europäischen Gemeinschaft. Die Beitritte setzten Österreich unter größeren Druck, internationale Verträge zu unterzeichnen: die Convention on Psychotropic Substances aus dem Jahr 1971 und die Vienna Convention aus dem Jahr 1988 wurden 1997 ratifiziert. 1998 trat dann auch ein neues Drogen gesetz (das »Suchtmittelgesetz«) in Kraft, das erstmals in Österreich alle gültigen internationalen Verträge berücksichtigte. Darüber hinaus ist anzunehmen, daß die Zusammenarbeit der österreichischen Polizei mit der Europol und der Interpol durch die Integration Österreichs in die Europäische Union gefördert wurde.

Eine weitere drogenpolitische Neuerung ist erwähnenswert, obwohl sie nicht unmittelbar mit den genannten soziopolitischen und drogenpolitischen Veränderungen zusammenhängt. In den 90er Jahren wurde auf bundes-

staatlicher Ebene eine neue Drogenbürokratie etabliert: Jedes der neun österreichischen Bundesländer hat nun einen Drogenkoordinator und einen Drogenbeauftragten (es sollte sie zumindest haben), deren Aufgabe es ist, die Aktivitäten der verschiedenen, für die Drogenkontrolle zuständigen Einrichtungen auf Länder- und Bundesebene zu koordinieren: die Aktivitäten des Behandlungssektors, des Sozialhilfesektors, der Polizei und des juristischen Systems. Und in allen Bundesländern wurden Präventionseinrichtungen geschaffen, die Präventionsprojekte für illegale und manchmal auch für legale Drogen durchführen und sie häufig auch selbst evaluieren.

Die geschilderten Veränderungen können die Vermutung aufkommen lassen, Drogenkonsum, drogenbezogene Probleme, Drogenhandel und drogenbezogene Kontrollen seien seit Mitte der 80er Jahre gleichermaßen kräftig angestiegen: doch ist dies nicht der Fall. Der Drogengebrauch hat während der 90er Jahre nur wenig zugenommen, obwohl neue Drogen wie zum Beispiel Ecstasy auch Österreich erreichten (Bericht zur Drogensituation 1996, 1997, 1998, 1999, Eisenbach-Stangl 1998). Drogenbezogene Todesfälle stiegen bis 1994, gehen seither jedoch zurück. Kontinuierlich und kräftigst gestiegen ist jedoch die Zahl der Personen, die wegen drogenbezogener Probleme behandelt werden, und die Zahl der von der Polizei angezeigten Drogentäter. Der gemeinsame Anstieg der Drogenpatienten und der polizeilich Auffälligen ist alles andere als selbstverständlich. Er ist insbesondere nicht selbstverständlich in einer Situation, in der Drogenkonsum weitgehend stagniert, und in der die Meinung vorherrscht, daß Verfolgung und Strafe auf der einen Seite und Prävention und Behandlung auf der anderen Seite drogenpolitische Alternativen bilden.

In der Folge soll der Zusammenhang zwischen polizeilicher Verfolgung und Behandlung auf der Basis offiziellen statistischen Materials diskutiert werden. Die Datenlage ist beschränkt, doch bietet sie die Möglichkeit, präzisere Fragen über das komplexe Zusammenspiel der beiden Kontrollsysteme zu entwickeln.

Der Beobachtungszeitraum beginnt mit dem Jahr 1987 – dem Jahr, in dem die Substitutionstherapie offiziell etabliert wurde und somit die erste große drogenpolitische Neuerung gesetzt wurde. Die Beziehung zwischen Verfolgung und Behandlung wird auf Länderebene analysiert, denn hier werden die wichtigsten Entscheidungen über die Aktivitäten der beiden Kontrollsysteme – des Polizei- bzw. Gendarmerieapparates ebenso wie des Gesundheits- und Sozialhilfesystems, das für die Drogenbehandlung zuständig ist – gefällt. Mit anderen Worten: Die Durchsetzung der bundesstaatlichen Drogenpolitik ist vor allem eine Aufgabe der Länder, und die Drogenpolitik der österreichischen Bundesländer unterscheidet sich beträchtlich. Die drogenpolitischen Differenzen vermögen daher auch einen Einblick in das komplexe und komplizierte

Zusammenspiel von Polizei und Behandlungssektor zu vermitteln.

Die Entwicklung der polizeilichen Anzeigen von Drogendelikten

Im Beobachtungszeitraum seit 1987 vervierfachen sich die drogenbezogenen Anzeigen gemäß den speziellen, jährlich veröffentlichten Berichten des Innenministeriums beinahe. Im Vergleich dazu: Die Anzeigen insgesamt stiegen nur um etwa ein Viertel. In Tabelle 1 wird auch ersichtlich, daß der Anstieg auf starken Unterschieden der drogenbezogenen Anzeigen in den einzelnen Bundesländern basiert.

Es ist nicht auszuschließen, daß die unterschiedliche Anzeigendichte auf unterschiedliche Intensitäten des Drogenkonsums auf regionaler Ebene verweist: So war der Drogenkonsum in Wien – in der einzigen Großstadt Österreichs – stets verbreiteter als in anderen österreichischen Städten. Die epidemiologischen Erhebungen über den Drogenkonsum von Jugendlichen allerdings zeigten nie so erhebliche regionale Differenzen auf, wie es der Unterschied bei den Anzeigen vermuten ließe. Und zu bedenken ist ferner, daß nicht nur im Bundesland Wien, sondern auch in den Bundesländern Tirol und Vorarlberg ähnlich hohe »Inzidenzraten« von Drogentätern zu finden sind. Die regionale Anzeigendichte also kann mit großer Sicherheit nicht ausschließlich durch die regionale Konsumdichte erklärt werden.

Und sie ist auch nicht einfach durch die Handels- oder Marktdichte zu erklären. Es ließe sich davon ausgehen, daß Wien, Tirol und Vorarlberg für den Drogenhandel attraktiver sind als andere Bundesländer und daß sich in der Großstadt im Osten Österreichs und im Westen ausgedehntere Drogenmärkte etablieren konnten. Dieser Annahme wird jedoch durch Tabelle 2 widersprochen, in der der Anteil der Handelsdelikte an allen Drogendelikten pro Bundesland seit 1987 dargestellt ist und aus der ersichtlich wird, daß die genannten Bundesländer keine Sonderstellung einnehmen.

Tabelle 2 zeigt auch, daß der Anstieg der drogenbezogenen Anzeigen im Beobachtungszeitraum nicht auf einen Anstieg von Anzeigen von Handelsdelikten (Verbrechen) zurückzuführen ist, sondern vor allem auf einen Anstieg von Anzeigen wegen drogenbezogener Vergehen, das ist von Anzeigen wegen Besitzes und/oder Kleinhandels.

Es läßt sich also festhalten, daß eine hohe »Inzidenzrate« von Anzeigen wegen Drogendelikten nicht mit einer hohen Anzeigendichte wegen Handelsdelikten einhergeht: Bundesländer mit traditionell hoher Anzeigendichte, wie zum Beispiel Tirol, können ebenso traditionell Anteile von Handelsdelikten aufweisen, die unter dem österreichischen Durchschnitt liegen. Die Anzeigendichte kann also weder einfach auf die regionale Intensität des Drogenkonsums, noch auf die regionale Intensität des Drogenhandels zurück-

Tabelle 1: Die Zahl der polizeilich angezeigten Drogentäter nach Bundesland, pro 100.000 Einwohner, 1987–1998

Jahr	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Österreich insgesamt
1998	257	192	166	169	207	81	335	333	319	213
1997	266	171	176	163	168	93	334	271	382	222
1996	252	227	102	141	189	91	344	302	336	201
1995	243	95	109	101	70	71	210	303	323	163
1994	125	93	117	82	86	61	275	259	313	157
1993	121	60	81	72	101	38	229	286	291	137
1992	135	64	71	69	54	28	131	222	184	99
1991	114	47	52	42	52	35	74	122	127	69
1990	84	41	43	41	46	37	77	142	107	63
1989	117	49	37	41	33	26	78	114	101	59
1988	196	47	51	33	61	27	60	109	115	65
1987	140	58	62	32	40	26	69	112	103	63

Quelle: Jahresberichte des Bundesministeriums für Inneres, Zentralstelle für die Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität, 1987 – 1998; ÖSTAT; eigene Berechnungen

Tabelle 2: Der Anteil der Verbrechen an den Suchtgiftdelikten, nach Bundesland, 1987–1998 in Prozent

Jahr	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Österreich insgesamt
1998	4	5	20	11	15	11	4	9	20	13
1997	3	4	24	12	24	18	4	14	18	15
1996	5	4	23	11	10	16	4	10	19	13
1995	4	6	27	16	15	13	7	16	25	19
1994	8	6	25	11	9	18	7	19	23	18
1993	12	7	28	13	15	26	6	22	30	22
1992	6	15	26	24	15	43	19	32	25	24
1991	14	23	30	32	25	29	22	57	19	26
1990	14	15	40	26	51	19	16	49	21	27
1989	8	9	39	20	29	19	11	29	26	23
1988	4	9	32	16	26	19	8	29	26	21
1987	2	9	27	25	23	14	8	28	28	22

Quelle: siehe Tabelle 1

geführt werden, wiewohl beide Faktoren sicherlich nicht ohne Einfluß sind.

Die Entwicklung der Drogenbehandlung

Personen mit drogenbezogenen Problemen werden in Österreich in spezialisierten und in nicht-spezialisierten Einrichtungen behandelt. Die Einrichtungen gehören zumeist entweder dem Gesundheitsbereich, dem Sozialhilfebereich oder dem Justizbereich an. Damit sind die wichtigsten Kategorien genannt, auf deren Grundlage eine einfache Typologie des österreichischen Behandlungssystems für Personen mit drogenbezogenen Problemen entwickelt werden kann. Welchen Anteil an den Drogenbehandlungen die einzelnen Typen von Einrichtungen übernehmen, ist unbekannt.

Ich werde mich im folgenden nur mit jenen spezialisierten Einrichtungen beschäftigen, die entweder dem Gesundheits- oder dem Sozialhilfesystem zugeordnet sind. Ihr Anteil an der Drogenbehandlung übersteigt seit Mitte der 80er Jahre zunehmend jenen des Justizbereichs. Mitte der 90er Jahre standen etwa 100 Plätzen im Behandlungsvollzug für Drogenabhängige 400 Bet-

ten im sogenannten »freien« Behandlungssektor gegenüber (vgl. Eisenbach-Stangl, Burian 1997).

Der Anteil der spezialisierten Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialbereichs an der Drogenbehandlung differiert von Bundesland zu Bundesland. Würden in einem Bundesland keine spezialisierten Einrichtungen im medizinischen oder wohlfahrtsstaatlichen Bereich geschaffen, bedeutet das noch nicht, daß Personen mit drogenbezogenen Problemen keine Behandlung angeboten wird. Drogenbehandlungen werden dann vom allgemeinen medizinischen und psychiatrischen System oder von Sozialhilfeeinrichtungen durchgeführt. Dies hat nicht notwendigerweise zur Folge, daß die Versorgungslage schlechter einzustufen ist als in Ländern, in denen spezialisierte Einrichtungen geschaffen wurden. Zu bedenken ist jedoch, daß ein wichtiger Grund für die Gründung von spezialisierten Einrichtungen die Vernachlässigung, wenn nicht sogar die Ablehnung von Drogenkonsumenten durch das allgemeine medizinische und psychiatrische System und durch das Sozialhilfesystem war.

Der Aufbau spezialisierter Einrichtungen für die Drogenbehandlung kann daher als spezielle Fürsorge für Drogenkonsumenten betrachtet werden, doch ist er auch als besondere Aufmerk-

Tabelle 3: Die Zahl der ambulanten Drogeneinrichtungen per 1 Million Einwohner, die Zahl der stationären Drogeneinrichtungen und die Zahl der Betten für Drogenkranke in den Bundesländern in den 90er Jahren

	Ambulante Einrichtungen (per 1 Millionen Einwohner)	Stationäre Einrichtungen	Betten für Drogenkranke
Burgenland	–	–	–
Kärnten	9	–	–
Niederösterreich	7	**	**
Oberösterreich	4	1	20 +
Salzburg	10	–	–
Steiermark	4	–	–
Tirol	20	1 (2)*	20
Vorarlberg	20	1 (2)*	20 +
Wien	10	5 (8)*	320 +
Österreich insgesamt	8	8 (12)*	380 +

Quelle: Eine Liste aller ambulanten Einrichtungen zur Betreuung und Behandlung von Drogenkonsumenten, die am Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung 1998 erstellt wurde; eine Erhebung an stationären Drogeneinrichtungen aus dem Jahr 1993, die von der Autorin durchgeführt wurde; eigene Berechnungen

* Bei den Zahlen in Klammer wurden Abteilungen gezählt

** Niederösterreich und Wien verfügen über gemeinsame Drogeneinrichtungen

+ Die Zahl der Betten in den Einrichtungen dieses Bundeslandes nahm während der 90er Jahre zu

samkeit für diese Personengruppe zu werten, da über Fürsorge auch soziale Kontrolle ausgeübt wird. Ein ausgedehntes spezielles Behandlungssystem ist als Indikator für aktive Drogenkontrollen zu deuten, die einen vorrangig fürsorglichen oder einen vorrangig repressiven Charakter annehmen können.

Das spezielle Behandlungssystem für Drogenkonsumenten in Österreich ist schlecht dokumentiert. Tabelle 3 ist aus diesem Grund notgedrungen auf die Zahl der ambulanten und stationären Einrichtungen pro Bundesland und auf die Zahl der Betten beschränkt. Die Zahlen, die zum Teil auf informierten Schätzungen beruhen, können auch nur ganz allgemein die Situation in den »90er Jahren« darstellen. Zu erwähnen ist außerdem, daß die Versorgung im Osten Österreichs kompliziert ist: Die vergleichsweise große Zahl von stationären Drogeneinrichtungen in Wien versorgt auch Drogenkonsumenten aus dem umliegenden Bundesland, aus Niederösterreich. Die niederösterreichische Regierung unterstützt diese Einrichtungen finanziell. Zum Teil sind die Drogenzentren sogar in Niederösterreich angesiedelt, obwohl ihre Verwaltung im Wiener Raum liegt.

Tabelle 3 zeigt deutlich, daß die drei Bundesländer mit der höchsten Anzeigendichte auch jene Länder sind, in denen das spezielle Drogenbehandlungssystem am stärksten ausgebaut ist. Umgekehrt verfügen die Länder mit einer niedrigeren Anzeigendichte über ein viel bescheideneres ambulantes und stationäres Behandlungssystem für Drogenkonsumenten als Wien, Tirol und Vorarlberg. Nur ein Bundesland, Oberösterreich, stellt eine Ausnahme dar. Erwähnenswert ist außerdem, daß die Bundesländer mit einem überdurch-

schnittlich ausgebauten speziellen Behandlungssystem zugleich auch jene sind, in denen die niedrigschwelligen Einrichtungen gegründet wurden, also jene Einrichtungen, deren explizites Ziel es ist, den höchstmöglichen Anteil aller Personen mit drogenbezogenen Problemen anzuziehen und zu erfassen.

Die Entwicklung der Substitutionsbehandlung

Ein zweiter, weitgehend eigenständiger Indikator für aktive Drogenpolitik im Bereich der Drogenbehandlung ist die Zahl der Personen, die mit Methadon oder anderen Substanzen substituiert wurden. Wie die Ersatzdrogenvergabe gehandhabt und in welchem Ausmaß sie durchgeführt wird, wird von den einzelnen Landesregierungen entschieden, und die Entscheidungen können, wie eine Studie zeigt (Uhl u.a. 1992), sehr unterschiedlich ausfallen. In Wien zum Beispiel liegt die Ersatzdrogenvergabe weitgehend in den Händen von niedergelassenen Ärzten, in anderen Ländern, wie zum Beispiel in Tirol, wird sie recht zentralistisch gehandhabt. Unterschiede bestehen auch hinsichtlich der Durchführung der vom Erlaß geforderten begleitenden psychosozialen Betreuung. Die Tabellen 4 und 5, in denen die Zahl der in einem Jahr Substituierten und die Zahl der pro Jahr in das Substitutionsprogramm Aufgenommenen pro Einwohner dargestellt wird, zeigen die großen regionalen Unterschiede deutlich auf.

Wie in anderen Ländern, so zielte auch in Österreich die Einführung der Ersatzdrogenvergabe neben der Senkung der Infektionen mit

HIV und der Erkrankungen an AIDS auf die Senkung von Kriminalität. Dies zeigen auch die einschlägigen Evaluationsstudien, in denen zumeist versucht wird, den Beitrag dieser Art von Behandlung zur Senkung der Kriminalität zu erheben (vgl. z.B. Hirtenlehner 1997). Tabelle 4 und 5 zeigen jedoch, daß die Ersatzdrogenvergabe in Bundesländern mit hoher Anzeigendichte extensiver gehandhabt wird und die Ersatzdrogenvergabe daher auch mit dem Ausbau des speziellen Behandlungssystems variiert: In Wien, Tirol und Vorarlberg werden vergleichsweise mehr Personen substituiert als in Ländern mit niedriger Anzeigendichte. Tabelle 5 verweist allerdings auf die großen Unterschiede in der Handhabung der Substitutionsbehandlung: Es ist davon auszugehen, daß das Substitutionsprogramm in Tirol sich konzeptuell erheblich von jenem in Wien und Vorarlberg unterscheidet. In Tirol scheint nur eine geringe und abnehmende Zahl von Drogenkonsumenten in das Programm aufgenommen zu werden, doch offensichtlich werden die einmal Aufgenommenen länger im Programm gehalten. In Wien und in Vorarlberg hingegen scheint die Aufnahme in das Programm einfacher zu sein, aber die einmal Aufgenommenen dürften viel rascher wieder ausscheiden.

Verfolgen und Behandeln: neue Formen sozialer Kontrolle?

Die drei Bundesländer mit einer hohen Anzeigendichte für Drogendelikte sind also gleichzeitig jene Länder, in denen die Behandlung für Drogenkonsumenten am stärksten ausgebaut wurde. Wien, Tirol und Vorarlberg verfügen nicht nur über die meisten ambulanten und stationären Einrichtungen zur Behandlung von Drogenabhängigkeit, sie sind gleichzeitig die Bundesländer, in denen auch die »neuen« Behandlungs- und Betreuungsmodelle am besten etabliert wurden, die im Gegensatz zu den »alten« nicht auf Abstinenz, sondern auf »kontrollierte Abhängigkeit« und die Erfassung möglichst vieler, bisher nicht erreichter Drogenkonsumenten zielen. Zu den »neuen« zählen alle niedrigschwelligen Einrichtungen und Maßnahmen, die darauf gerichtet sind, »Risiko zu mindern« und »Leid zu reduzieren«, wie auch die Ersatzdrogenvergabe, die ja ebenfalls nicht auf die Behandlung von Drogenabhängigkeit konzentriert ist, sondern auf die Verringerung von Komorbidität und Vermeidung negativer sozialer Konsequenzen.

Die Bundesländer mit einer niedrigen Anzeigendichte sind hingegen gleichzeitig jene Länder, in denen »alte« Behandlungsmodelle entweder gar nicht oder nur in geringem Umfang etabliert wurden und in denen die »neuen« Modelle bestenfalls zögerlich eingesetzt werden. Repressive Kontrollen und Behandlung scheinen daher nicht (mehr?) jene Alternativen zu sein, als die sie der drogenpolitische Slogan »Therapie statt Strafe« gerne ausweist. In den meisten österreichischen Bundesländern zeigen sie eine paral-

lele Entwicklung, und das beiden Gemeinsame dürfte das Ausmaß der Problematisierung illegaler Drogen in einer gegebenen Region und die Intensität gesellschaftlicher Reaktionen auf drogenbezogene Probleme sein.

Jedoch bestimmen weder das Ausmaß der Problematisierung noch die Intensität der Reaktionen darüber, wie Polizei und Behandlungssektor interagieren: Das Zusammenspiel beider Kontrollorganisationen variiert vermutlich je nach Region, aber auch je nach organisatorischer Ebene, die betrachtet wird. Die Bandbreite der möglichen Interaktionsmuster wird in Österreich neuerdings (und vermutlich zunehmend) durch die erwähnte Drogenbürokratie eingeschränkt, deren Aufgabe ja unter anderem gerade darin besteht, die diversen Drogeneinrichtungen zu koordinieren. Wie die beiden folgenden Beispiele zeigen, ist der Spielraum dennoch nach wie vor groß. Unklar muß bleiben, wie typisch die beiden Beispiele für das Zusammenspiel der beiden Kontrollorganisationen in Österreich oder auch nur in den jeweiligen Bundesländern sind.

Das erste Beispiel stammt aus Innsbruck, der Hauptstadt des Bundeslandes Tirol und es stammt von einer Person, die seit langem mit der Drogensituation vertraut ist. Es wurde mir in einem privaten Gespräch mitgeteilt. In Innsbruck also, in einer kleinen Stadt, entschloß sich eine ambulante Drogeneinrichtung, deutsche Experten einzuladen und sich zusammen mit ihren Klienten über gesundheitsfördernde Maßnahmen zu informieren. Die Polizei hörte davon, begann sich dafür zu interessieren und nahm schließlich zusammen mit den Betreuern und ihren drogenkonsumierenden Klienten am Workshop teil.

In Wien wollte ein Sozialarbeiter die Interaktion zwischen der bekannten niedrigschwelligen Einrichtung »Ganslwirt« (zu der auch die Wiener Street-Worker gehören) und der Polizeistation, in deren Rayon der Ganslwirt liegt, untersuchen. Er durfte seinen Fragebogen nur an die im Ganslwirt tätigen Drogenarbeiter verteilen, die Polizei verweigerte die Befragung. Er konnte jedoch ein Interview mit einem leitenden Beamten der Polizeistation durchführen. Die häufigen Interaktionen zwischen den Drogenarbeitern und der Polizei sind gemäß den Ergebnissen der Studie als äußerst ambivalent zu bezeichnen. Einigkeit darüber, wer die Definitionsmacht besitzt, ist nur bei zwei Arten von extremen Ereignissen zu erzielen: Wenn Klienten des Ganslwirts gewalttätig werden, rufen die Drogenarbeiter die Polizei. Kommt es hingegen in der offenen Drogenszene nahe dem Ganslwirt zu einer Überdosierung, ruft die Polizei die nahe stationierten Street-Worker und unterstützt sie bei ihren Hilfeleistungen. Alle anderen Interaktionen verlaufen konfliktuell. Die Polizei benutzt den Ganslwirt, um nach Drogentätern zu fahnden. Häufig kontrolliert sie auch die Drogenkonsumenten, die sich in der Nähe der niedrigschwelligen Einrichtung oder des Stützpunktes der Street-Worker zeigen. Die Drogenarbeiter andererseits scheinen ihre Klienten

Tabelle 4: Die Zahl der im jeweiligen Jahr Substituierten, nach Bundesland, pro 1 Million Einwohner, 1987–1998

Jahr	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Österreich insgesamt
1998	36	60	106	149	255	63	288	596	1347	436
1997	33	69	105	152	285	60	292	552	1328	405
1996	47	73	102	142	192	48	294	544	1154	356
1995	40	73	94	139	153	43	280	608	1011	319
1994	25	69	76	131	112	39	264	573	883	281
1993	22	71	68	125	86	33	248	398	758	242
1992	22	75	62	111	84	29	223	326	684	217
1991	18	37	51	106	65	22	186	247	623	191
1990	18	43	45	91	59	17	174	122	466	147
1989	18	20	29	83	53	7	167	63	367	117
1988	11	20	14	81	31	6	171	35	218	128
1987	11	9	2	26	12	1	100	12	53	26

Quelle: Daten der Suchtgiftüberwachungsstelle am Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales; bearbeitet durch Martin Busch, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen; eigene Berechnungen

Tabelle 5: Die Zahl der Substituierten, die im entsprechenden Jahr in das Substitutionsprogramm aufgenommen wurden, pro Bundesland, pro 1 Million Einwohner, 1987–1998

Jahr	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Österreich insgesamt
1998	7	5	17	28	149	8	5	250	259	112
1997	7	18	16	42	177	14	9	250	387	120
1996	18	21	20	35	124	6	20	195	270	89
1995	22	25	29	37	90	6	29	212	307	96
1994	11	25	24	35	61	7	21	308	285	90
1993	7	20	14	41	31	6	35	171	261	77
1992	4	53	19	28	35	13	44	129	229	72
1991	7	16	19	33	20	8	26	137	324	87
1990	4	32	25	28	18	11	20	69	216	63
1989	1	12	18	30	33	3	36	35	204	58
1988	11	12	12	57	24	6	85	26	173	58
1987	11	9	2	26	12	1	100	12	53	26

Quelle: siehe Tabelle 4

ten gegen die Polizei zu schützen, oder sie werden zumindest verdächtigt, dies zu tun. Die Konflikte zwischen den beiden Organisationen werden zum Teil in gemeinsamen Diskussionssitzungen bearbeitet, zum Teil aber auch durch Interventionen von Seiten des Drogenkoordinators bereinigt (Tomschitz 1999).

Das Beispiel aus Tirol zeigt, daß die Entwicklung gemeinsamer (Gesundheits-) Interessen zwischen der Polizei und den Behandlungseinrichtungen möglich ist, und daß daraus zumindest kurzfristig und auf einzelne, konkrete Ereignisse bezogen Zusammenarbeit entstehen kann, an der sich selbst die Drogenkonsumenten beteiligen. Der angesprochene Zusammenhang als Frage formuliert: Unter welchen Umständen ist es möglich, daß Drogenkonsumenten, Drogenarbeiter und Drogenpolizei Übereinstimmung darüber entwickeln, daß repressive und rehabilitative Kontrollen gleichzeitig angewendet werden sollten, um die Gesundheit der Drogenkonsumenten zu schützen? Und kann die erzielte Übereinstimmung länger anhalten als ein Workshop?

Das Wiener Beispiel weist in eine andere Richtung. Die Zusammenarbeit zwischen Polizei und Drogenarbeit erscheint hier sehr fragil. Im »neuen« Behandlungssektor Beschäftigte neigen ver-

mutlich mehr als im »alten« Sektor Beschäftigte dazu, die Polizei zu rufen, einfach deshalb, weil ihre »Schwelle niedriger« ist und sie daher verletzlicher sind. Andererseits scheint es zwischen dem »neuen« Behandlungssektor und der Polizei einfach deshalb mehr Konflikte zu geben, weil es weniger klar ist, wem die Drogenkonsumenten »gehören«. Die Unsicherheit scheint besonders dann sehr groß zu werden, wenn Drogenarbeiter als Street-Worker auf die Straße gehen und damit in ein Gebiet eindringen, für das bisher ausschließlich die Polizei zuständig war. Aber unabhängig davon, ob die Interaktion zwischen der Polizei und den Drogenarbeitern konfliktuell oder kooperativ verläuft: die Zahl der registrierten und die Zahl der behandelten Drogenkonsumenten steigt offensichtlich parallel, und gleichzeitig steigt auch die Überlappung der Klientel der beiden Kontrollorganisationen. Davon gehen im übrigen auch die »alten Behandler« aus: Drogentherapeuten schätzen »informiert« (genaue Zahlen fehlen), daß der Anteil der strafrechtlich verfolgten unter den behandelten Drogenkonsumenten in den letzten zehn Jahren auf etwa 80 % angestiegen ist.

Die beiden Beispiele weisen auch darauf hin, daß die Polizei dem »neuen« Behandlungssektor

weit näher steht als dem »alten«: Der »alte« Behandlungssektor hatte mehr mit dem juristischen System zu tun, durch das ihm Klienten zugewiesen wurden. Der »neue« Behandlungssektor muß konkret und alltäglich mit der Polizei um das Verständnis und die Bezeichnung von Drogenkonsum ringen: Handelt es sich bei diesem Fall um »Krankheit« oder handelt es sich um »Kriminalität«? Eine Frage, die nicht einfach zu beantworten ist, da die Ziele des »neuen« Behandlungssektors mehr als die des »alten« jenen

land hingegen scheint man in erster Linie auf die Polizei und nicht auf die Behandlung zu setzen. Es gibt also Bundesländer, in denen Verfolgung und Behandlung als Alternativen betrachtet werden dürften. Doch scheinen diese drogenpolitisch »konservativen« Länder einer Minderheit anzugehören, die möglicherweise im Schwinden ist (vgl. Tabelle 6).

Anzumerken bleibt, daß die Drogenpolitik eines Bundeslandes nicht von den regionalen parteipolitischen Machtverhältnissen bestimmt

addiert –, um politische Konflikte zu vermeiden (Eisenbach-Stangl, Pilgram 1985). Die Differenzen, die sich in der regionalen Drogenpolitik beobachten lassen, sind daher vor allem Differenzen des Ausmaßes an drogenpolitischer Aktivität und das Ausmaß an drogenpolitischer Aktivität scheint wiederum an ältere drogenpolitische Traditionen anzuknüpfen: an jene mit dem »einheimischen« Rauschmittel Alkohol. Wien und Tirol waren jene Bundesländer, in denen seit Gründung der Republik im Jahr 1918 die meisten Maßnahmen gegen alkoholbezogenen Probleme gesetzt wurden, nicht zuletzt deshalb, weil in beiden Ländern die Abstinenzbewegung vergleichsweise stark war (Eisenbach-Stangl 1991).

Tabelle 6: Vier Arten des Zusammenspiels von Polizei und Behandlung und ihre Häufigkeit

		Ausbau des Behandlungssystems (»alt« und »neu«)	
		stark	schwach
Polizeiliche Aktivitäten	stark	Tirol Vorarlberg Wien	Burgenland
	schwach	Oberösterreich	Kärnten Niederösterreich Salzburg Steiermark

der Polizei ähneln: bei beiden Kontrollorganisationen geht es maßgeblich um den Schutz Dritter und um Sicherheit. Die »neuen« Behandler müssen in diesem Wettkampf ihre Nützlichkeit noch beweisen.

Die Wirksamkeit regionaler drogenpolitischer Traditionen

Die oben vorgestellten Daten zeigen jedoch auch, daß es neben parallelem Wachstum auch noch andere Formen des Zusammenspiels zwischen Polizei und Behandlung gibt: In Oberösterreich blieb die Zahl der verdächtigten Drogentäter deutlich unter dem österreichischen Durchschnitt, obwohl der Behandlungssektor ausgebaut und diversifiziert wurde. Im Burgen-

scheint, obwohl die politischen Parteien auf Bundesebene prononciert unterschiedliche drogenpolitische Standpunkte vertreten. In Wien sind seit der Ersten Republik (1918–1934) die Sozialdemokraten kontinuierlich die stärkste Partei, eine Partei, die seit Beginn der 70er Jahre auch in der Drogenpolitik auf »Behandlung statt Strafe« setzte. Vorarlberg und Tirol hingegen sind ebenfalls bereits seit der Ersten Republik Bundesländer, in denen die Österreichische Volkspartei (in der Ersten Republik Christlichsoziale Partei) die stärkste parteipolitische Kraft ist, und damit eine Partei, die repressive Drogenkontrollen bevorzugt. Wie auf Bundesebene werden jedoch auch auf Länderebene parteipolitische Standpunkte nicht durchgesetzt. Statt dessen werden die verschiedenen drogenpolitischen Optionen nebeneinander eingesetzt – oder auch

Irmgard Eisenbach-Stangl ist Mitarbeiterin am Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung in Wien

Literatur

Bericht zur Drogensituation, im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien 1996, 1997, 1998 und 1999

Eisenbach-Stangl, Irmgard: Eine Gesellschaftsgeschichte des Alkohols. Produktion, Konsum und soziale Kontrolle alkoholischer Rausch- und Genußmittel in Österreich 1918–1984, Campus, Frankfurt a.M. 1991

Eisenbach-Stangl, Irmgard: Why do offences against the Narcotic Law rise in Austria?, paper presented at the 24th Annual Alcohol Epidemiological Symposium of the Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol, Firenze, June 1998

Eisenbach-Stangl, Irmgard; Burian, Wilhelm: Zwischen Strafrecht und Therapiemarkt. Die Entwicklung des Behandlungssystems für Drogenabhängige in Österreich, in: Eisenbach-Stangl, I., Klingemann, H. (Hg.): Drogenbehandlung in deutschsprachigen Ländern und europäische Ausblicke, Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 2–3, 1998

Eisenbach-Stangl, Irmgard, Arno Pilgram: Gift im Gesetz. Die 4. Novelle zum Suchtgiftgesetz trat am 1.9. in Kraft, in: Falter, 18, 1985

Eisenbach-Stangl, Irmgard; Uhl Alfred: Geschichte und Praxis der Substitutionsbehandlung in Österreich, in: Bossong, H.; Stöver, H. (Hg.): Methadonbehandlung, Campus, Frankfurt a.M., 1992

Helmut Hirtenlehner: Die Wirksamkeit der oberösterreichischen Methadonbehandlung am Beispiel Linz, in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 1–2, 1997,

Lenke, Leif; Olsson, Börje: Heroin Seizures as an Indicator of Variations in Market Situations, Drug Availability and Heroin Use in Europe, Pompidou Group, Council of Europe 1998

Tomschitz, Günter: Niederschwellige Drogenarbeit im Umgang mit der Polizei: Ist eine Kooperation mit unterschiedlichen Aufträgen in der Gesellschaft möglich?, Diplomarbeit an der Akademie für Sozialarbeit der Stadt Wien, Wien 1999

Uhl Alfred; Springer, Alfred; Werner, Elisabeth; Jaklitsch-Schmitt, Erika; Warhanek, Raimund: Substitutionsbehandlung in Österreich. Begleitforschung zur peroralen Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigen, Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz 1992, Wien