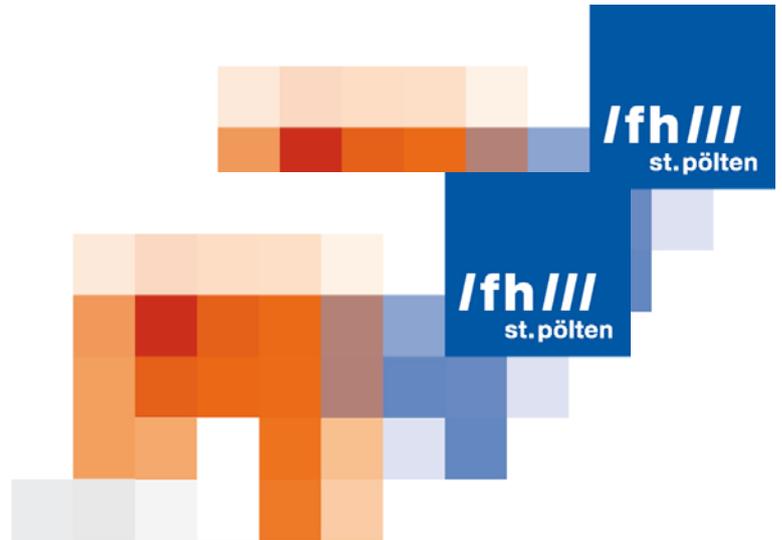




Soziale Arbeit



Drogenpolitische Tendenzen und Entwicklungen  
in Österreich  
und im Speziellen im Bundesland  
Niederösterreich  
seit Einführung des NÖ Suchtplans 2000  
- neue Anforderungen an den Suchtplan 2010

**HAMMERL SABINE**

Diplomarbeit  
eingereicht zur Erlangung des Grades  
Magistra (FH) für sozialwissenschaftliche Berufe  
an der Fachhochschule St. Pölten  
im September 2009

Erstbegutachter:  
FH-Lektor Herr Mag. Christian Tuma, DSA

Zweitbegutachter:  
FH-Lektor Herr Alexander Bernardis, MAS, DSA

## Kurzfassung

Soziale Arbeit im Handlungsfeld Sucht ist eingebettet in ein Rahmenkonstrukt von rechtlichen, drogenpolitischen, gesellschafts- und gesundheitspolitischen Normen, Richtlinien und Paradigmen. Dieser Rahmen gibt, verknüpft mit dem Hilfsanspruch der ProfessionistInnen, einen Spielraum vor in dem sich suchtttherapeutische Maßnahmen und Hilfsangebote an Betroffene richten können.

Im Bundesland Niederösterreich wurde im Jahr 2000 von der Landesregierung der Niederösterreichische Suchtplan verabschiedet und als wichtiges drogenpolitisches Grundsatzpapier bzw. Maßnahmenkatalog für die niederösterreichische Suchtarbeit vorgestellt. Bis zum Jahr 2010 soll dieses Positionspaper unter der Leitung der NÖ Suchtkoordination neu überarbeitet werden.

Die vorliegende Arbeit versucht nun Fragen im Hinblick auf neue Anforderungen des Suchtplans 2010 zu beantworten, fokussiert vor allem auf die Klientel der illegalen SuchtmittelkonsumentInnen.

Dies wurde einerseits mit intensiven Literaturstudien und andererseits anhand von qualitativ analysierten ExpertInneninterviews mit relevanten Schlüsselpersonen im Bundesland NÖ und auf Bundesebene vorgenommen. Die Forschungsergebnisse werden gegen Ende präsentiert und ihnen innovative bzw. liberale Haltungen und Grundsätze der (sozialen) Arbeit mit suchtmittelabhängigen Menschen gegenübergestellt. Zuvor werden in einem großen Überblick diverse suchtbezogene Definitionen erörtert, auf die aktuelle Drogensituation in Österreich und die internationale und nationale Drogenpolitik eingegangen und wichtige gesetzliche Grundlagen in diesem Bereich aufgezeigt.

*Schlüsselwörter:*

*Suchtmittelgesetz, Substitution, Nationale und internationale Drogenpolitik, Niederösterreichischer Suchtplan, Harm Reduction , akzeptierende Drogenarbeit, Beratung, Therapie, Integration, Versorgung illegaler SuchtmittelkonsumentInnen, Qualitätsstandards*

## **Abstract**

Social work connected with the subject area addiction is closely related to legal, political, social and health-promoting issues. Within this interdisciplinary framework therapeutic arrangements are adopted by experts. In 2000 the government passed an important document (Suchtplan) controlling and regulating the work with drug-addicts in the state of Lower Austria. This programme is going to be revised by interdisciplinary working groups until 2010. For the one thing the present study deals with issues which are related to this programme for another thing it especially focalizes the situation of people consuming illegal drugs.

Intensive studies of professional literature and analysis of interviews conducted with relevant experts provided the basis for the present thesis. The results are presented in the last part of this paper subsequent to an extensive exposition of the most important terms and definitions concerning the subject area addiction; moreover national and international political sanctions and legal frameworks of drug problems are discussed.

*Key words:*

*Law of addictive drugs (Suchtmittelgesetz), substitution, national and international drug politics, relevant document concerning the addiction politic in Lower Austria (Suchtplan 2000), Harm Reduction, accepting approach concerning drug-addicted humans,, consumers of addictive drugs, counselling, therapy, integration, maintenance of consumers of addictive drugs,*

## DANKSAGUNG

Ein herzliches DANKESCHÖN an **alle meine Lieben!**; besonders an meinen **Mann Alexander** und an **meine** (schon so großen) **Kinder Annika und Lukas** ! Ihr habt am meisten zu spüren bekommen, wie herausfordernd dieses Studium bzw. diese Diplomarbeit phasenweise für mich war...Euer Verständnis dafür war herausragend!

Besonders DANKE sagen möchte ich auch meiner **Freundin Tina**; die es genau versteht mich zu motivieren und mich mit ihrem scharfen Verstand in jeglicher Lebenslage coachen kann.

DANKE an meinen Betreuer **Herrn Mag. Tuma**; der mich mit viel Geduld durch diese Arbeit begleitet hat und an alle meine **lieben ArbeitskollegInnen** in der Suchtberatung Wiener Neustadt! Ihr seid einmalig!

Last but not least, DANKE auch an **alle meine Freunde, Bekannten und StudienkollegInnen**, die mir zusätzlich geholfen und mich ermutigt haben!! Es würde den Rahmen sprengen Euch nach der Reihe zu erwähnen! Ich hoffe, ihr fühlt Euch hiermit angesprochen!

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung – Problemaufriss und Zieldarstellung</b>	<b>1</b>
1.1.	Aufbau der Arbeit	3
<b>2</b>	<b>Psychiatrische bzw. medizinische Begriffsbestimmungen zum Themenkreis Sucht</b>	<b>5</b>
2.1	Definition Sucht	5
2.2	Abhängigkeit	6
2.3	Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10	7
2.4	Definition Drogenabhängigkeit	8
2.5	Mehrfachabhängigkeit – Polytoxikomanie	9
2.6	Missbrauch	9
2.7	Psychotrope Substanzen	9
2.8	Harm Reduction	10
2.9	Substitution	10
2.9.1	Die wichtigsten Substitutionsmittel	12
2.9.2	Daten des BMGFJ- Substitutionsregisters	14
2.9.3	In Substitutionsbehandlung befindliche PatientInnen	14
<b>3</b>	<b>Die aktuelle Drogensituation in Österreich</b>	<b>16</b>
3.1	Zusammenfassung der wichtigsten Trends	17
3.1.2	Personen die 2007 eine drogenspezifische Behandlung begonnen haben	25
3.1.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten	20
3.2	Generelle Drogensituation in den EU-Ländern	20
<b>4</b>	<b>Gesetzliche Grundlagen im Suchtbereich</b>	<b>22</b>
4.1	Das österreichische Suchtmittelgesetz	22
4.1.1	Strafrechtliche Bestimmungen des SMG	23
4.1.2	Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Suchtgiftmisbrauch	30
4.1.3	Das Prinzip „Therapie statt Strafe“	25
4.1.5	Weitere neue Drogenverordnungen ab März 2007	26
4.2	Suchtmittelkriminalität	27
4.2.1	Anzeigen nach dem SMG und SGG	27
4.2.2	Verurteilungen nach dem SMG und SGG	28
<b>5</b>	<b>Strukturen internationaler und nationaler Drogenpolitik</b>	<b>30</b>
5.1	Internationale Drogenpolitik	30
5.1.1	Internationale Organisationen im Drogenbereich	31
5.1.2	Europäische Rechtsinstrumente sowie politische Dokumente	32
5.2	Nationale Drogenpolitik	32

5.2.1	Organisationsstruktur Österreichs im Drogenbereich .....	33
<b>6</b>	<b>Suchtarbeit in NÖ- Der niederösterreichische Suchtplan.....</b>	<b>35</b>
6.1	Der Niederösterreichische Suchtplan 2000- Zielsetzung und inhaltliche Schwerpunkte .....	35
6.2	(drogenpolitische) Leitlinien der NÖ Suchtarbeit .....	36
6.3	Die Koordination der Suchtarbeit in NÖ.....	37
<b>7</b>	<b>Beschreibung des Forschungsprozesses .....</b>	<b>39</b>
7.1	Forschungsfragen und Hypothesen.....	39
7.4	Die zu beforschende ExpertInnengruppe .....	42
<b>8</b>	<b>Forschungsergebnisse .....</b>	<b>44</b>
8.1	Das Dilemma der liberalen versus einer prohibitivorientierten bzw. restriktiven Drogenpolitik .....	45
	Exkurs Abstinenzorientierung: .....	47
8.1.1	Die Forderung nach einem umfassenden Harm Reduction Ansatz in der Drogenhilfe.....	48
8.1.2	Die Forderung einer Entkriminalisierung illegaler SuchtmittelkonsumentInnen.....	52
8.1.3	Die Forderung nach der Anwendung akzeptanzorientierter „tools“ in der Suchtarbeit .....	56
8.2	Defizite in der Versorgungslandschaft für suchtmittelkonsumierende Menschen in NÖ .....	59
8.2.1	Defizite im Hinblick auf die Substitutionsversorgung in NÖ .....	59
8.2.2	Defizite im Hinblick auf niederschwellige Einrichtungen in NÖ.....	61
8.2.3	Defizite im Hinblick auf die (Re)Integration drogenabhängiger Personen .....	63
8.3	Die Forderung nach weiteren Qualitätsstandards bzw. nach Qualitätssicherung der Suchthilfe in NÖ .....	66
8.3.1	Die Kooperation .....	66
8.3.2	Die Erhebung der diversen Betreuungsstandards .....	68
8.3.3	Die Vereinheitlichung der Dokumentationssysteme und diverser Arbeitsstandards .....	69
<b>9</b>	<b>Resümee .....</b>	<b>71</b>
	Literatur.....	76
	Abkürzungsverzeichnis .....	83
	Abbildungsverzeichnis .....	84
	Anhang .....	86

## **1 Einleitung – Problemaufriss und Zieldarstellung**

Der niederösterreichische Suchtplan wurde im Jahr 2000 von einer interdisziplinären Projektgruppe, unter Einbindung von ExpertInnen aus verschiedenen Suchtbereichen, im Auftrag der Niederösterreichischen Landesregierung veröffentlicht. Dieser Rahmenplan stellt ein wichtiges drogenpolitisches Grundsatz- bzw. Positionspapier für die Suchtarbeit im Bundesland Niederösterreich dar.

Im Jahr 2010 soll der niederösterreichische Suchtplan, wiederum mit Hilfe diverser multiprofessioneller bzw. interdisziplinärer Arbeitsgruppen adaptiert und neu bearbeitet werden. Beauftragt damit wurde die niederösterreichische Fachstelle für Suchtkoordination unter der Leitung der Suchtkoordinatorin des Bundeslandes Frau Mag. Dr. Ursula Hörhan. (Siehe Kapitel 6)

In den diversen Maßnahmenpaketen des niederösterreichischen Suchtplanes ist unter anderem der Vollausbau der Suchtberatungsstellen Niederösterreichs verankert worden. Dieser Ausbau soll bis spätestens Ende 2009 mit der Eröffnung der Suchtberatung Klosterneuburg und den Suchtberatungen in Scheibbs, Melk und Stockerau, durch die beiden großen Träger in Niederösterreich: Caritas und PSD (Psychosozialer Dienst), von statten gehen.

Die niederösterreichischen Suchtberatungsstellen sollen Anlaufstellen für alle von Sucht betroffenen, deren Angehörigen und Vertreter des sozialen Umfeldes mit dem Ziel der ambulanten und gemeindenahen Versorgung sein. Zielgruppen sind: suchtkranke/suchtgefährdete Personen aller Suchtformen, Angehörige von Suchtkranken/Suchtgefährdeten, Selbsthilfe- und Betroffenenengruppen, Schulen, Sozialeinrichtungen, Behörden, Spitäler, niedergelassene ÄrztInnen und TherapeutInnen, und ArbeitgeberInnen.

(vgl. [www.suchtvorbeugung.at](http://www.suchtvorbeugung.at) )

Aufgrund meiner Tätigkeit als Diplomierte Sozialarbeiterin in einer dieser Suchtberatungsstellen (Träger ist in dem Fall entlang der Südbahn das Anton Proksch Institut) entstand das Erkenntnisinteresse, dem in der vorliegenden Diplomarbeit Rechnung getragen wird.

Immer wieder stoße ich beim direkten Agieren mit Betroffenen auf strukturell bzw. politisch bedingte Defizite und Problemlagen. Berührungspunkte mit suchtpolitischen und rechtlichen Thematiken ergeben sich nahezu täglich.

Der Fokus wird in dieser Arbeit auf den Personenkreis der illegalen SuchtmittelpatientInnen gelegt. D.h.: jenem Personenkreis die nach wie vor in vielen Bereichen massive Stigmatisierung und Benachteiligung erfahren. – selbst innerhalb suchttherapeutischer Strukturen bzw. suchtspezifischer juridischer Maßnahmen.

Um gewisse drogenpolitische Entwicklungen und Mechanismen in diesem Handlungsfeld besser zu verstehen und bestenfalls adäquater reagieren zu können, steht diese (Master)Thesis unter folgenden aufgeworfenen Fragestellungen bzw. Zielformulierungen:

- Wie sehen aus suchttherapeutischer, drogenpolitischer und gesellschaftspolitischer Sicht aktuelle Anforderungen des geplanten neuen Suchtplans 2010 aus?
- Inwieweit wurden die Maßnahmepakete des NÖ Suchtplans 2000, wie Beratung, Therapie, Integration, Versorgung tatsächlich im Laufe dieser nahezu 10 Jahre umgesetzt? Welche Bereiche sind defizitär?
- Wie werden suchttherapeutische Zugänge wie Harm Reduction, akzeptanzorientierte Haltung, Sozialraumorientierung etc. in der Drogenarbeit bzw. in der Drogenpolitik gesehen und als wichtig erkannt?

- Werden im neuen Suchtplan 2010 auf Besonderheiten in sozialraumbezogener bzw. räumlicher Hinsicht geachtet, oder auf sonstige Besonderheiten Rücksicht genommen (Beispielsweise auf das Konsumverhalten) und wurden bzw. werden diese Überlegungen inkludiert??
- Wie sehen konkrete Anforderungen an die Sozialarbeit aus?

### **1.1. Aufbau der Arbeit**

Um den oben erwähnten Forschungsfragen und Zielformulierungen bestens gerecht zu werden, gliedert sich die vorliegende Thesis in einen theoretischen und einen empirischen Teil.

Neben intensiver Literatursichtung diverser Fachbücher, relevanter Jahresberichte und Evaluationslektüre für den Literaturteil der vorliegenden Arbeit, wurde ein empirischer Teil angefügt, welcher anhand der qualitativen Forschungsmethode erarbeitet wurde.

Die qualitative Forschungsmethode ist für diese Forschungsfrage besonders geeignet, da sie an bestehenden Problemen bzw. sozialen Phänomenen im Gegenstandsbereich ansetzt und die Ergebnisse wieder mit der Praxis verbindet (vgl. Mayring 2002: 34f)

Insgesamt wurden acht ExpertInneninterviews durchgeführt und diese anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Nach einer Einleitung und dem Problemaufriss wird im Kapitel 2 vorerst relevante psychiatrische und medizinische Begriffsbestimmungen bzw. Terminologien zum Themenkreis Sucht definiert und erläutert.

In weiterer Folge findet im 3. Kapitel die Auseinandersetzung mit der aktuellen Drogensituation in Österreich anhand von Zahlen, Daten und Fakten statt.

Die gesetzlichen Grundlagen bzw. das juristische Regelwerk bilden einen Grundpfeiler in der Drogenpolitik Österreichs. Im 4. Kapitel wird das juristische Konstrukt des Sucht- und Drogenbereiches erörtert und dessen wichtigste Prinzipien dargestellt.

Im fünften Kapitel wird die internationale Drogenpolitik, auch auf EU- Ebene und die nationale drogenpolitische Situation eingehend durchleuchtet.

Das 6. Kapitel stellt das drogenpolitisch wichtige Positionspapier – den niederösterreichischen Suchtplan – näher vor.

Nach eingehender Beschreibung des Forschungsprozesses im siebenten Kapitel, widmet sich das achte Kapitel der Beschreibung und Darstellung und Diskussion der Forschungsergebnisse. Abschließend wird aufbauend auf die Forschungsergebnisse ein Resümee und ein fachlicher Ausblick zur Thematik präsentiert.

## **2 Psychiatrische bzw. medizinische Begriffsbestimmungen zum Themenkreis Sucht**

### **2.1 Definition Sucht**

Wanke und Caspari (1995:510) sehen in der Sucht ein in erster Linie psychisches Problem mit möglichen sekundären körperlichen und sozialen Folgen. Sie definieren wie folgt:

*„Sucht bezeichnet ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand. Diesem Verlangen werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet, es beeinträchtigt die freie Entfaltung der Persönlichkeit und zerstört die sozialen Bindungen und sozialen Chancen des Individuums.“*

Die beiden unterscheiden zwischen den Leitsymptomen „Alkoholismus“, „Medikamentenabhängigkeit“, „Drogenabhängigkeit“ und den „nicht-stoffgebundenen Süchten“ (Spielsucht, Internetsucht, Sexsucht, etc.)

Feuerlein u.a. (vgl. 1998:20) weisen darauf hin, dass eine genaue Definition von Sucht schwierig ist. Sie nennen als wichtige Voraussetzung für das Entstehen einer Sucht die Gewöhnung in sowohl pharmakologischer Sicht als auch psychologischer Sicht. Auch sie unterscheiden einen engeren und einen weiteren Suchtbegriff, wobei letzterer die bereits oben erwähnten nicht-stoffgebundenen Süchte berücksichtigt, die hier bei Feuerlein als „Tätigkeitssüchte“ bezeichnet werden, wie z.B. Magersucht, sexuelle Perversionen etc..

Schwierigkeiten der genauen Definition von Sucht, sowie eine hierbei bestehende negative Konnotation führten dazu, dass der Begriff „Sucht“ in den 70iger Jahren von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durch den Begriff „Drogenabhängigkeit“ ersetzt wurde.

## 2.2 Abhängigkeit

Bezüglich der Abhängigkeit unterscheidet Springer (vgl. 2000:18ff) drei Dimensionen oder Ebenen der Abhängigkeit:

- Psychische Abhängigkeit:

Dieser Begriff bezeichnet eine Situation, die davon gekennzeichnet ist, dass das heftige Verlangen besteht, sich zeitweilig oder regelmäßig eine Droge zuzuführen, um sich ein Lustgefühl zu bereiten, oder Unlustgefühle auszuschalten. Dieses Verlangen ist dabei so stark, dass es die gegebenen sozialen Regeln durchbricht. Der/die Abhängige ist dadurch bereit, auch illegale Mittel einzusetzen, um zu seiner/ihrer Droge zu gelangen und er/sie schreckt auch nicht vor Handlungen zurück, die ihr/ihn selbst und /oder andere schädigen.

Dieser seelische Zustand ist der bedeutendste Faktor, der innerhalb der chronischen Vergiftung durch eine psychoaktive Substanz zur Wirkung gelangt. Beim Gebrauch bestimmter Drogen entwickelt sich nur die psychische Abhängigkeit; bei Substanzen, die eine körperliche Abhängigkeit bewirken, ist gleichzeitig auch eine seelische Abhängigkeit gegeben.

- Physische Abhängigkeit:

Darunter versteht man einen Anpassungsvorgang des Organismus, der dadurch erkennbar wird, dass intensive körperliche Beschwerden auftreten, wenn eine bestimmte Droge nach gewohnheitsmäßiger Einnahme nicht verabreicht wird, bzw. wenn ihre Wirkung durch einen spezifisch wirksamen Antagonisten aufgehoben wird. Diese Beschwerden werden akutes Entzugssyndrom genannt. Das klinische Erscheinungsbild dieses Syndroms hängt davon ab, welche Substanz in abhängiger Weise gebraucht wurde. Vereinfachend kann man sagen, dass das Entzugssyndrom aus dem Negativ der Substanzwirkung und einem unspezifischen Erregungszustand des vegetativen Nervensystems besteht. Der Entzug kann jeder Zeit dadurch beendet werden, dass man die Droge, von der Abhängigkeit besteht, wieder verabreicht oder dass man eine andere Substanz mit vergleichbarer pharmakologischer

Wirkung (einen Agonisten) gibt. Bei chronisch gleich bleibender und ausreichender Dosierung der Droge tritt kein Entzugssyndrom auf.

Die physische Abhängigkeit verstärkt das Ausmaß der psychischen Abhängigkeit und fördert das Bedürfnis zu kontinuierlicher Drogeneinnahme und zu Rückfällen nach Entwöhnungsversuchen. Im Rahmen des Zustandes der psychischen Abhängigkeit ist oftmals auch das Phänomen der pharmakologischen Toleranz<sup>1</sup> zu beobachten, ohne dass jedoch zwischen den beiden Phänomenen ein zwangsläufiger Zusammenhang besteht.

- Soziale Abhängigkeit:

Drogengebrauch spielt sich im sozialen Raum ab und gewinnt für den /die einzelne/n KonsumentIn, und die Gruppe in dem er/sie sich befindet, eine Fülle von symbolischen und kommunikativen Bedeutungen. Diese Bedeutungen wieder bedingen für viele KonsumentInnen starke Anreize, den Drogengebrauch fortzusetzen. Soziale und psychische Abhängigkeit treten miteinander in Verschränkung.

### **2.3 Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10**

Mindestens drei der folgenden Komponenten müssen während des letzten Jahres für eine sichere Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung gegeben sein:

- Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren (Craving)
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums ( Kontrollverlust)

---

<sup>1</sup> „Unter pharmakologischer Toleranz versteht man das Phänomen, dass sich der Organismus an die Wirkung einer Substanz gewöhnt und dass in der Folge größere Mengen dieser Substanz benötigt werden, um den bereits bekannten Effekt zu bewirken. Dieser Prozess tritt nicht nur bei Suchtgiften ein, sondern ist eine ganz allgemeine Folge der Wechselwirkung zwischen Arzneimittel und Organismus. Toleranzentwicklung ist daher nicht gleichbedeutend mit Abhängigkeit. Der Grad ihrer Auswirkung ist auch von subjektiven Eigenschaften des Organismus abhängig.“ (vgl. Springer, 2000:20)

- Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums ( Körperliche Abhängigkeit)
- Nachweis einer Substanztoleranz ( Toleranzentwicklung)
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen ( Psychische Abhängigkeit I)
- Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen ( Psychische Abhängigkeit II)

(vgl. Musalek 2009:5)

## **2.4 Definition Drogenabhängigkeit**

Drogenabhängigkeit bezeichnet einen Zustand seelischer oder seelischer und körperlicher Abhängigkeit von einer Substanz mit zentralnervöser Wirkung, die zeitweilig oder fortgesetzt eingenommen wird.

(vgl. Wanke, Caspari, 1995 und WHO)

Die Begriffe der Drogenabhängigkeit und der Sucht werden heute vielfach synonym gebracht, wobei ersterer vor allem im Zusammenhang mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen Anwendung findet.

„Droge im Sinne der WHO ist zusehen als übergeordneter Begriff für Medikamente, illegale Rauschgifte, Drogen im pharmazeutischen Sinn, Genussgifte wie Nikotin und Alkohol, sowie für industrielle Stoffe mit psychotroper Wirkung.“ (Solms/Steinbrecher, 1975:16)

Springer definiert Drogenabhängigkeit folgendermaßen:

„Eine Abhängigkeit erzeugende Droge ist eine Substanz, die die Fähigkeit aufweist, mit einem hohen lebenden Organismus in Wechselwirkung zu treten und einen Zustand von seelischer und körperlicher Abhängigkeit, beziehungsweise sowohl seelischer als auch körperlicher Abhängigkeit zu bewirken“. (Eine Droge kann prinzipiell auch medizinisch und außermedizinisch gebraucht werden, ohne notwendigerweise Abhängigkeit herzustellen.) (Springer, 2000:16)

## **2.5 Mehrfachabhängigkeit – Polytoxikomanie**

Polytoxikomanie bedeutet Mehrfachabhängigkeit. Die Entzugssymptome bei Mehrfachabhängigkeit verlaufen wesentlich komplizierter. Generell führt Mischabhängigkeit bei den Betroffenen zu einem ausgeprägteren und raschen körperlichen, geistigen und sozialen Verfall.

(vgl. Springer, 2001:71ff)

Feuerlein u.a. (1998) nennen bestimmte Wirkungen der Kombination von Alkoholismus, Medikamentenmissbrauch, und dem Konsum illegaler Substanzen. Sie unterscheiden zwischen synergetischer oder qualitativ verändernder Wirkung, antagonistischer Wirkung und neutraler Wirkung. Darüber hinaus beschreiben sie eine Reihe von Interaktionen von Alkohol und Medikamenten, die die Aufnahme und Metabolisierung von Pharmaka beeinflussen.<sup>2</sup>

## **2.6 Missbrauch**

*„Unter Missbrauch versteht man einen anhaltenden oder sporadischen exzessiven Gebrauch einer Droge, der sich außerhalb der gebräuchlichen und akzeptierten medizinischen Praxis abwickelt.“* (WHO, 1970)

„Drogenmissbrauch“ ist schlecht definiert, das Phänomen selbst schwer fassbar. Es ist de facto nicht möglich, eine Definition des Drogenmissbrauchs zu finden, die von der Mehrheit der Personen akzeptiert wird, die sich mit den Problemfeldern des Gebrauchs psychoaktiver Stoffe befassen. Dies gilt auch für die oben wiedergegebene Definition, die von der WHO gegeben wurde.

## **2.7 Psychotrope Substanzen**

Als psychotrope Stoffe definiert sind jene Stoffe, die Fähigkeit besitzen, einen Zustand der Abhängigkeit und eine Anregung oder Dämpfung des

---

<sup>2</sup> Metabolisierung bedeutet in diesem Zusammenhang Stoffwechsel/Verstoffwechslung

Zentralnervensystems, die zu Halluzinationen oder Störungen der motorischen Funktionen, des Denkens, des Verhaltens, der Wahrnehmung oder der Stimmung führt, hervorzurufen und die aufgrund dieser Wirkungen missbräuchlich verwendet werden. (vgl. Springer, 2000:27)

## **2.8 Harm Reduction**

Harm Reduction meint schadensminimierende Maßnahmen die gesetzt werden, um Schäden im Hinblick auf illegalen Suchtmittelmissbrauch hintanzuhalten bzw. zu verhindern. Dies kann beispielsweise mit Spritzentauschprogrammen, Impfungen (HBV, HCV, etc.), aber auch mit der Einrichtung von offiziellen Konsumräumen geschehen. (vgl. [www.drogensubstitution.at](http://www.drogensubstitution.at), Haltmayer)

Weiters zielt Harm Reduction auf Maßnahmen die einer sozialen Ausgrenzung von Betroffenen entgegenwirken, also entstigmatisierend ausgerichtet sind. Stichworte, wie heroingestützte Behandlung, und iv. Substitution mit dementsprechender Abgabeform sind akzeptanzorientierte Modelle des Suchthilfesystems, die in Österreich aufgrund einer sehr restriktiv gepolten Drogenpolitik nur in Ansätzen Fuß fassen kann. „Beispiele aus dem Ausland (Deutschland, Schweiz, Holland) zeigen gangbare Wege mit ermutigenden Ergebnissen und wissenschaftlich belegter Wirksamkeit.“ (vgl. Haltmayer, ebd.)

## **2.9 Substitution**

„Bis Mitte der 80er Jahre waren in Österreich die Angebote zur Behandlung und Betreuung von Drogenabhängigen fast ausschließlich auf Abstinenz ausgerichtet“ (Haas/Guzei/Türscherl 1999:46) Starke Kritik kam deshalb vor allem bezüglich des Anstiegs von HIV- Infektionen bei drogenabhängigen Personen unter den suchttherapeutischen ProfessionistInnen auf. Die Forderung ging in Richtung bestehende Betreuungsangebote für Drogenabhängige um „suchtbegleitende und substituierende Maßnahmen“ zu erweitern. (vgl. ebd.)

Die gesetzliche Etablierung der Substitutionsbehandlung für drogenabhängige bzw. opiatabhängige Personen fand in Österreich im Jahr 1987 mit der ersten Fassung des Erlasses zur oralen Substitutionsbehandlung von intravenös Drogenabhängigen, auf Basis des damalig geltenden Suchtgiftgesetzes (SGG), statt.

Das Jahr 1987 leitete mit der Zulassung von Methadon zur medizinischen bzw. psychiatrischen Behandlung/ Substitution von opiatabhängigen Menschen einen Paradigmenwechsel in deren medizinischen, psychotherapeutischen und sozialarbeiterischen Behandlung ein.

Die Zunahme von drogenkranken Personen und in diesem Zusammenhang entstandene Erkrankungen (Komorbiditäten) haben gerade in dieser Zeit massiv zugenommen. Stand früher im Fokus der Drogentherapie die Abstinenz (Entzugstherapie) der opiatabhängigen Menschen, so wurde im Laufe der Zeit die pharmakologische Therapieform, die Drogensersatztherapien eingeführt. (vgl. Stolz-Gomboci 2009)

Man ging davon aus, dass ein bestimmter Prozentsatz von illegalen SuchtmittelpatientInnen nicht von Opiaten wegkommen kann bzw. will. Zusätzlich trat Anfang der 1980er Jahre die Problematik von HIV bzw. AIDS auf und seit Entdeckung des HIV Virus stellen i.v. Drogenabhängige diesbezüglich eine Hochrisikopopulation dar mit einer befürchteten hohen Durchseuchung. (vgl. ebenda)

Opiatabhängigen Menschen wird durch die Verabreichung legaler oraler Substitutionsmittel Erleichterung verschafft auf illegales Heroin zu verzichten. Die betroffenen Personen sind somit unter ärztlicher Kontrolle und eine Entkriminalisierung und Schadensminimierung (Harm Reduction) kann angestrebt werden. Ein weiteres Ziel der Substitutionsbehandlung ist somit eine körperliche, psychosoziale Stabilisierung, die bestenfalls wieder eine Eingliederung in die Gesellschaft mit sich bringen kann.

(vgl. [www.drogenhilfe.at](http://www.drogenhilfe.at))

Die Substitutionstherapie muss als Teil von umfassenden Bedürfnissen und Behandlungsnotwendigkeiten für diesen Personenkreis gesehen werden. Sie ist eine mittlerweile selbstverständliche, aus dem europäischen Behandlungsraum kaum wegzudenkende, Methode. Substitution ist unter anderen:

- eine Soforthilfe
- eine Dauerhilfe
- eine Überbrückung / zwischenzeitliche Intervention
- eine Hilfe zur Stabilisierung
- etc.

### 2.9.1 Die wichtigsten Substitutionsmittel

In Österreich werden folgende Substitutionsmittel hauptsächlich eingesetzt: Methadon, Retardiertes Morphin, Buprenorphin und Codein.

- Methadon

Methadon ist ein vollsynthetisch hergestelltes Razemat aus rechts- und linksdrehendem Heptanon. Methadon wird im Organismus rasch verteilt, hat allerdings eine Depotwirkung und ermöglicht somit verzögerte Entzugserscheinungen bei den PatientInnen.

Die Verabreichung von Methadon zur Substitution ist mittlerweile eine etablierte Therapieform.

Methadon gilt als das Substitutionsmittel mit den meisten Nebenwirkungen bei einer Langzeiteinnahme. ( Gewichtszunahme, Libidoverlust, Obstipation, depressive Verstimmungen, starkes Verlangen nach Benzodiazepinen und Alkohol.)

- Retardiertes Morphin

Morphin ist ein Alkaloid des Opiums. Es wird in einem „first- pass- effect“ in der Leber umgebaut. Die Wirkdauer ist gering: 3-4 Stunden nach oraler Applikation und 1-2 Stunden nach intravenöser Verabreichung.

Die in Österreich zur Substitution entwickelten Morphine, wie Substitol®, Kapanol®, Compensan® haben Retardformulierungen und können einmal

täglich eingenommen werden. Leider haben diese Präparate ein hohes Suchtpotential und werden oftmals missbräuchlich angewandt. Die Kriminalität im Bezug auf dieses Medikament bzw. dessen Warenwert und illegaler Handelspreis steigen stetig.

Trotzdem hat sich der Einsatz von retardierten Morphinen in der Substitutionstherapie bewährt. Österreich nimmt beim Einsatz von retardierten Morphinen eine Vorreiterrolle ein. Retardierte Morphine sind nur in Österreich zu gelassen; schon alleine deshalb gibt es wenig vergleichbare Studien zu dieser Art der Substitutionstherapie.

- Buprenorphin

Buprenorphin wurde 1978 erstmals von Jasinski in den USA als alternatives Substitutionsmittel in der Behandlung von Opiatabhängigkeit vorgeschlagen und ist ein Derivat de Thebains; ein natürlicher Bestandteil des Opiums.

Dieser Bestandteil wirkt als partieller Antagonist, der ein geringeres Abhängigkeitspotenzial bewirkt. Die Gefahr einer tödlichen Überdosierung ist geringer, selbst wenn PatientInnen, wie es immer wieder vorkommt, die ausgefolgten Tabletten auflösen und intravenös injizieren oder nasal einnehmen. Durch die Art der Wirkung ist Buprenorphin aber für den Missbrauch relativ ungeeignet.

Buprenorphin ist in Tablettenform erhältlich und wird sublingual eingenommen.

- Heroin

In Österreich ist die Verabreichung von Heroin gesetzlich nicht möglich und kann deshalb zur Substitutionstherapie nicht verabreicht werden. In der Schweiz, in Groß Britannien und in den Niederlanden findet Heroin allerdings schon seit geraumer Zeit Verwendung für die legale Behandlung von schwerstdrogenabhängigen bzw. HIV-positiven Menschen.

(vgl. [www.drogenhilfe.at](http://www.drogenhilfe.at))

### 2.9.2 Daten des BMGFJ<sup>3</sup>- Substitutionsregisters

Das nicht unumstrittene Substitutionsregister wurde im Rahmen der neuen Substitutionsverordnung 2007 (Siehe auch Kap. 4.1.4 und 4.1.5) eingeführt und enthält alle im Rahmen einer Erstbehandlung eingesetzten Substitutionsmittel, inklusive Name des/der PatientIn und Daten des einstellenden Arztes/ der einstellenden Ärztin.

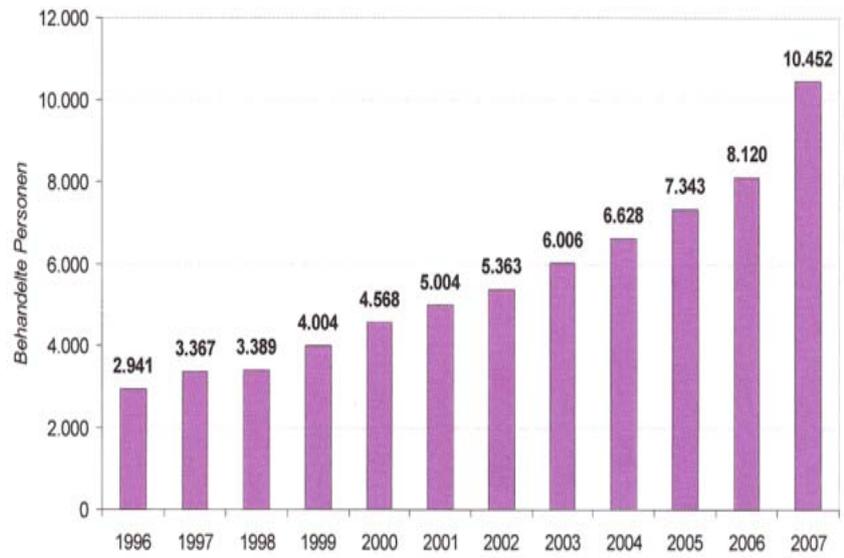
Laut diesem Register wurde im Jahr 2007 30% aller Verschreibungen mit Methadon getätigt, 31 % mit retardierten Morphinen, 38 % mit Buprenorphin und 1% mit Codein/Codidol ® (vgl. ÖBIG 2008:19)

### 2.9.3 In Substitutionsbehandlung befindliche PatientInnen

Dem österreichischen Bericht zur Drogensituation 2008 entnommen, ist bundesweit eine zunehmende Akzeptanz und Inanspruchnahme von Substitutionsbehandlungen im Jahr 2007 zu beobachten. Wie die folgende Abbildung zeigt, ist seit dem Jahre 1997 (3 323 SubstitutionspatientInnen) ein kontinuierlicher Anstieg sowohl bei Erst- als auch bei fortgesetzten Behandlungen zu erkennen. Im Jahr 2007 waren 10. 452 PatientInnen mit einem Substitutionspräparat offiziell eingestellt; dies bedeutet ein Anstieg von über 29% im Vergleich zum Jahr 1997.

---

<sup>3</sup> Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend

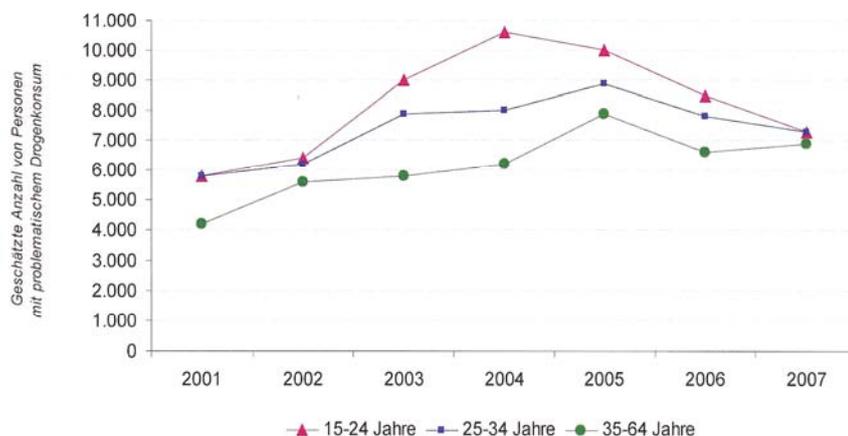


**Abb.1:** Entwicklung der Zahl der jährlichen Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich (1997-2007) (ÖBIG/GÖG 2008: 28)

### 3 Die aktuelle Drogensituation in Österreich

Laut Prävalenzschätzungen<sup>4</sup> des Berichtes zur Drogensituation in Österreich 2008 (GÖG/ÖBIG) ist der Drogenkonsum in Österreich seit dem Jahr 2004 stark angestiegen; allerdings seither, also im Berichtszeitraum des Berichtes zur Drogensituation 2008, jedoch stabil geblieben bzw. sogar leicht zurück gegangen. (vgl. [www.goeg.at](http://www.goeg.at) )

Die aktualisierte Prävalenzschätzung des problematischen<sup>5</sup>, meist polytoxikomanen Konsums mit Beteiligung von Opiaten zeigt für das Jahr 2007 ca. 22 000 – 33 000 ( 2004: ca. 25 000 – 35 000 ) betroffene Personen aus Österreich auf. Generell sind höhere Prävalenzraten vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen festzustellen.



**Abb.2:** Geschätzte Anzahl von Personen mit problematischem Drogenkonsum in Österreich, (Kral 2009:4)

<sup>4</sup> Anmerkung: Prävalenzschätzungen sind für problematischen Drogenkonsum aufgrund ihrer Komplexität mit einer Reihe von methodischen Problemen verbunden, die die Aussagekraft stark einschränken. Die Ergebnisse stellen daher immer eine grobe Annäherung dar und müssen vorsichtig interpretiert werden!

<sup>5</sup> „Problematischer Drogenkonsum“= häufigere Gebrauch sogenannter „harter Drogen“ (v.a. Opiate und Kokain), die oftmals mit Abhängigkeit und gesundheitlichen, sozialen und rechtlichen Folgen einhergeht.

### 3.1 Zusammenfassung der wichtigsten Trends

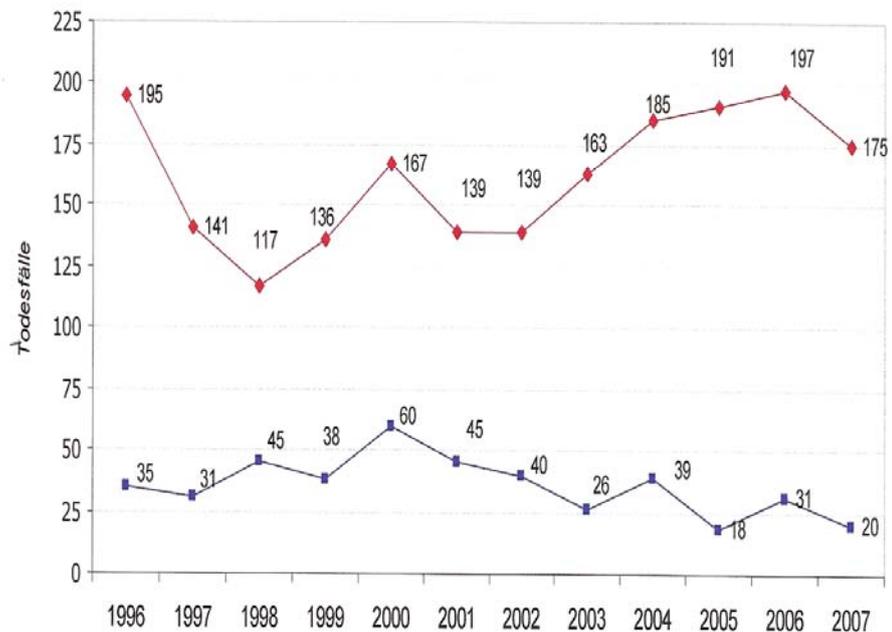
Zu bemerken ist laut Drogenbericht 2008 auch eine generelle Verbreiterung des Substanzspektrums beim Probier- und Experimentierkonsums, aber auch des Freizeitkonsums, mit verschiedenen Substanzen (Cannabis, Opiate, Amphetamine, Kokain, aber auch biogene Drogen und Schnüffelstoffe etc.) Zusätzlich ist laut ÖBIG Bericht eine steigende Risikobereitschaft zu hochriskantem Konsum zu erkennen; nicht nur bei den illegalen Suchtmitteln. (Kral 2009:1)

Im Vergleich zu anderen EU- Ländern dominieren Opiate im Behandlungsbereich in Österreich immer noch als vorrangige Problemdrogen („Leitdrogen“) stark, während Kokain nur eine untergeordnete Rolle spielt. Neben einem i.v.- Konsum stellt auch das „Sniffen“ (vor allem bei Heroin) eine relevante Applikationsform dar. Allerdings ist bei zunehmender Dauer des Konsums ein Umstieg von Sniffen auf intravenösen Konsum erkennbar.

Wurde im Jahr 2006 ein Anstieg der Drogentoten in Österreich beobachtet, ist im Jahr 2007 die Anzahl der suchtgiftbezogenen Todesfälle (2006:197, 2007:175) erstmals wieder gesunken.<sup>6</sup> Dies könnte eventuell ein Beweis der Stabilisierung bzw. eines Rückgangs des Eingangs erwähnten problematischen Drogenkonsums darstellen. Das Durchschnittsalter der Todesfälle steigt seit 2006 weiterhin kontinuierlich an. (vgl. ebd.)

---

<sup>6</sup> Die statistische Erhebung der suchtgiftbezogenen Todesfälle ist allerdings kritisch zu sehen. Sind doch laut Interviewpartner 5 die fehlenden Ressourcen des Gerichtsmedizinischen Instituts zu beachten. Ca. 1500 Obduktionen werden im Jahr seit 2007, seit der Einführung des neuen sanitätspolizeilichen Leichenbeschaugesetzes, weniger vorgenommen. Durch diese Reduktion der Obduktionen könnten eventuell falsche Rückschlüsse auf die tatsächliche Todesursache gezogen werden.



**Abb.3:** Entwicklung der direkten und indirekten suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich (1996-2007) (OBIG/GÖG 2008)

### 3.1.1 Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen (Gesamtbevölkerung)

Hinsichtlich illegaler Drogen ergeben sich bezogen auf die Lebenszeitprävalenz relativ stabile Konsumraten:

- Am häufigsten liegen Konsumerfahrungen bzgl. Cannabis vor: ca. 1/5 der Bevölkerung hat Cannabis bereits einmal konsumiert; davon sind ca. 30-40% junge Erwachsene
- Bei XTC, Amphetamine, Kokain liegt die Prävalenzrate zwischen 2- und 4 %
- Opiate bzw. Heroin eine Rate von 1-max. 2%

(vgl. Kral 2009:2)

### 3.1.2 Personen die 2007 eine drogenspezifische Behandlung begonnen haben

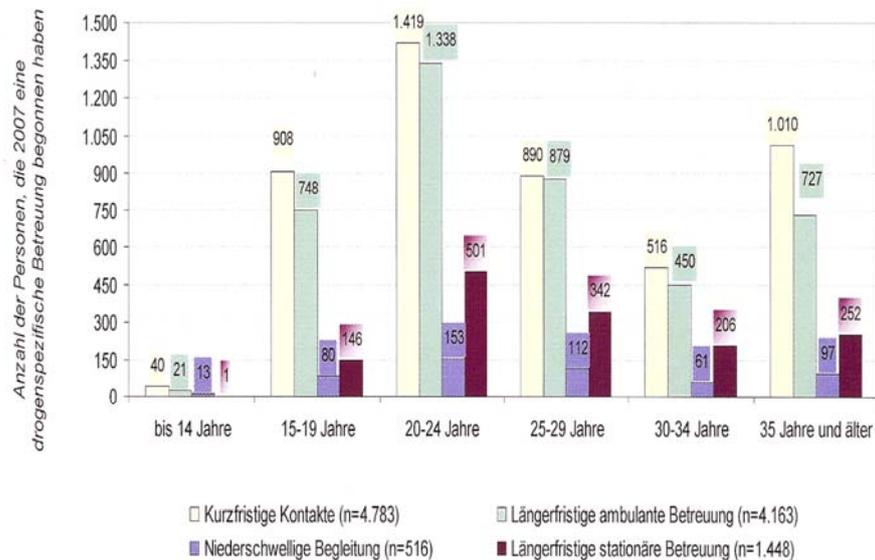
Die folgenden Erhebungen basieren auf Daten der von DOKLI (österreichweites Dokumentationssystem für KlientInnen der Drogenhilfe) erfassten Einrichtungen der Drogenhilfe in Österreich seit 1.1.2006 (vgl.

DOKLI Klientenjahrgang 2006, Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend:99ff)

- Bei längerfristigen ambulanten Betreuungen ist ein leichter Rückgang der KlientInnen von 4200 auf 4 163 Personen zu vermerken
- Auch bei den stationären Betreuungen (1 448 Personen) und bei den begonnen niederschwelligen Betreuungen ( 516 Personen) erkennt man einen Rückgang der KlientInnenzahlen

Die Charakteristika der Klientel lassen sich wie folgt beschreiben:

Ca 1/5 der betreuten Personen sind unter 20 Jahre alt; ca. 50 % gehören der Altersgruppe 20-29 Jahre an. Der Frauenanteil liegt in den Settings zwischen 20- 30%; wobei der Frauenanteil mit ansteigendem Alter abnimmt. (Frauen weisen meist ein niedrigeres Alter beim Erstkonsum auf und haben früher intravenösen Konsum)



**Abb.4** : Anzahl der Personen die 2007 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben (Kral 2009:5)

### 3.1.3 Drogenbezogene Infektionskrankheiten

Die Raten der Infektionskrankheiten sind laut ÖBIG 2008 in Österreich, wie in den übrigen EU- Ländern auch, als relativ stabil zu verzeichnen.

Hepatitis B (HBV) liegt 2007 zwischen 7-22 % und bei Hepatitis C (HCV) ist ein Prozentsatz zwischen 20 und 63 % zu vermerken. Weiterhin hat Österreich eine niedrige Prävalenzrate von 0-4% bei HIV- Erkrankungen.

### 3.2 Generelle Drogensituation in den EU-Ländern

Laut Europäischen Drogenbericht 2008, der von der EBDD (Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht) jährlich veröffentlicht wird, ist in Europa eine wachsende politische Konvergenz hinsichtlich der Frage, wie die Drogenproblematik angegangen werden sollte, zu beobachten. Diese Thematik wird noch eingehender im Kapitel 5 dieser Arbeit behandelt.

Folgende Zahlen sollen das Ausmaß der Drogenproblematik im EU- Raum nur kurz umreißen:

- Aktuelle Prävalenzschätzungen ergeben, dass es im EU-Raum zwischen 1,2- 2,1 Millionen problematische DrogenkonsumentInnen gibt, von denen ca. 850 000 -1,3 Millionen ihre Suchtmittel intravenös applizieren. In den meisten EU- Staaten werden als problematischste Suchtmittel Opiate angeführt. (vgl. EBDD 2008: 24)
- Ca. 8 Millionen Menschen, hauptsächlich junge erwachsene Männer um die 20 Jahre, konsumieren in Europa täglich Cannabis.
- In den letzten Jahren ist die Anzahl der gemeldeten Verstöße gegen die Drogengesetzgebung der einzelnen EU- Länder drastisch gestiegen. Dies betrifft weniger den Drogenhandel, als den Konsum und den Besitz für den Eigengebrauch. Die Zahl der Straftaten im Konnex mit dem Drogenbesitz ist um über 50 % gestiegen.

- Cannabis ist nach wie vor im Europäischen Raum die am häufigsten mit Drogendelikten in Verbindung stehende Droge. (vgl. EBDD 2008:11)

## 4 Gesetzliche Grundlagen im Suchtbereich

In weiterer Folge soll nun in diesem Kapitel der vorliegenden Arbeit ein kurzer Überblick über die relevanten Passagen des österreichischen Suchtmittelgesetzes und zudem Novellierungen dessen bzw. Verordnungen der letzten Jahre angeführt werden. Im Anhang können die einzelnen Gesetzespassagen in ihrem vollständigen Wortlaut nachgelesen werden.

### 4.1 Das österreichische Suchtmittelgesetz

Das Suchtmittelgesetz (SMG) wurde 1998 vom bis zu diesem Zeitpunkt geltende Suchtgiftgesetz abgelöst (SGG). Regelungen des SGG wurden übernommen, jedoch wurden teilweise in dieses Bundesgesetz neue Regelungen implementiert. (vgl. Dobias 2007:1) Das Prinzip „Hilfe vor Strafe“ findet darin weiterhin Fortsetzung.

Dieses Konzept „Therapie statt Strafe“ und alternative Varianten bezüglich einer Strafverfolgung wurden mit dem neuen SMG 1998 weiter ausgebaut. (vgl. Haas, 1998:7) „Gesamt gesehen sieht aber das Gesetz keine relevanten Änderungen in den grundsätzlichen Bestimmungen im Vergleich zum SGG vor.“ (vgl. ebd.)

Das SMG; das Bundesgesetz über psychotrope Stoffe und Vorläuferstoffe ist in sechs Hauptstücke gegliedert. Zusammenfassend werden Suchtgifte und Vorläuferstoffe als Suchtmittel bezeichnet.

Zusätzlich kommen im österreichischen Suchtmittelrecht folgende Verordnungen zum Tragen:

- Die Suchtgiftverordnung (spielt in der Substitutionsbehandlung eine große Rolle)
- Die Suchtgift – Grenzmengenverordnung
- Die Psychotropenverordnung
- Die Psychotropen- Grenzmengenverordnung
- Die Weiterbildungsverordnung orale Substitution

(vgl. Dobias 2007:2)

#### 4.1.1 Strafrechtliche Bestimmungen des SMG

Im fünften Hauptstück des SMG sind die strafrechtlichen Bestimmungen und Verfahrensvorschriften verankert.

Vorrangig unterscheidet das SMG nach der Menge und nicht nach der Art des Suchgiftes. Zudem wird eine Grenzziehung zwischen „großer und kleiner Menge“ an Suchtgiften vorgenommen. Hierbei gibt es aber keine genauen Mengenangaben. „Eine schwammige Definition von Grenzmengen hat den Vorteil, dass wesentlich besser auf die individuelle Sachverhaltsmerkmale abgestellt werden kann, was letztendlich dem Betroffenen zu Gute kommt, da bei solchen Einschätzungen auch schwer abhängigen Straftätern eine weitere Chance gegeben werden kann, in dem die Anzeige auf Probe zurückgelegt und dem Süchtigen die Möglichkeit der Durchführung einer gesundheitsbezogenen Maßnahmen gegeben werden kann.“ (Knell 1998:46) Die Bezeichnung „geringe Menge“ verschafft den Gerichten einen größeren Spielraum im Bezug auf das Prinzip „Therapie statt Strafe“ und wird als bedeutendes Element eines liberalen Strafvollzugs gesehen. (vgl. ebd.)

Die gerichtlichen Strafbestimmungen im Hinblick auf Suchtmittel sind auf die Taten Erwerb, Besitz und das in Verkehr setzen (Dealing), sowie das Erzeugen, das Ausführen, das Einführen ausgerichtet; nicht allerdings auf den Konsum der Suchtmittel.

#### 4.1.2 Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Suchtgiftmissbrauch (§11 SMG)

Als gesundheitsbezogene Maßnahmen, die von der Gesundheitsbehörde oder gegebenenfalls vom Schularzt als geeignet und notwendig erachtet wird und von der Staatsanwaltschaft, den Gerichten oder der Schulleitung angeordnet werden, kommen folgende in Betracht: (§11SMG Abs. 2)

- Die ärztliche Überwachung des Gesundheitszustandes

- Die ärztliche Behandlung einschließlich der Entzugs- und Substitutionsbehandlung (sic!)
- Die Psychotherapie
- Die klinisch- psychologische Beratung und Betreuung
- Die psychosoziale Betreuung und Beratung

Diese Maßnahmen sind im zweiten Hauptstück des SMG verankert und finden in dem Prinzip „Therapie statt Strafe“ ihre Anwendung. (SMG Abs. 2 Z3-5)

Die Durchführung der gesundheitsbezogenen Maßnahmen müssen durch qualifizierte und mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs hinreichend vertrauten Personen durchgeführt werden. Aufgrund des Rechtes der freien TherapeutInnenwahl in Österreich, kann die Staatsanwaltschaft oder das zuständige Gericht die Art der gesundheitsbezogenen Maßnahmen bestimmen, jedoch nicht eine konkrete Einrichtung. Der/die Betroffene kann von der Staatsanwaltschaft, dem Gericht oder der Schulleitung verpflichtet werden, Bestätigungen über den Beginn und den Verlauf der gesundheitsbezogenen Maßnahme zu erbringen. (vgl. Wenda 2009:5) Durch eine Gesundheitsbehörde, dem Schularzt/ der Schulärztin bzw. . die Schulleitung, die Staatsanwaltschaft oder ein Gericht kann eine gesundheitsbezogene Maßnahme angeordnet werden.

Im neu etablierten SMG 1998 wurde der Thematik Beschaffungskriminalität als ein Symptom von Drogenabhängigkeit weitaus mehr Beachtung geschenkt als noch im vorher angewandten SGG. So haben nun beispielsweise straffällig gewordene Drogenabhängige, die ihre Sucht z.B. mit Diebstahl finanziert haben, die Möglichkeit sich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme zu unterziehen und sich dadurch in Behandlung begeben können. Dadurch wurde ein Stück weit einer Akzeptanz der Suchtmittelabhängigkeit als Krankheit Rechnung getragen und vorangetrieben. „Alternativen zur Bestrafung von Suchtmittelmissbrauch“ wurden von der Abkehr der rein „ärztlichen Bewachung und Behandlung“ im SGG durch die unterschiedliche Schaffung von Möglichkeiten eines suchtherapeutischen Zugangs aufgezeigt.

### 4.1.3 Das Prinzip „Therapie statt Strafe“

Wie in der folgenden Abbildung zu ersehen ist, sieht das SMG verschiedenen Diversionsregelungen nach dem Prinzip „Therapie statt Strafe“ vor.

Therapie statt Strafe – Diversionsregelungen des SMG	
Vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung § 35 Abs. 1 SMG	Vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung § 35 Abs. 2 SMG
Leichtere Straftaten (§§ 27 Abs. 1 & 2, § 30) <i>(ua. Besitz, Erwerb, Weitergabe von Suchtmitteln bzw. Anbau von Pflanzen zur Suchtgiftgewinnung oder der genannten Pilze)</i>	Schwerere Straftaten nach dem SMG <i>(übrige Delikte § 27, §§ 30 bis 31a sowie Vorbereitung zum SG-Handel, SG-Handel (§§ 28+28a), wenn Täter selbst süchtig ist); Beschaffungsdelikte</i>
Voraussetzungen: 1. ausschließlich für den eigenen persönlichen Gebrauch oder den persönlichen Gebrauch eines anderen begangen und 2. der Beschuldigte darf keinen Vorteil gezogen haben	Folgende Voraussetzungen müssen vorliegen: 1. für das angezeigte Delikt dürfen nicht mehr als fünf Jahre Strafe drohen, 2. die Schuld darf nicht schwer sein und 3. eine Verurteilung darf aus prognostischer Sicht nicht notwendig sein, um weitere Delikte zu verhindern
<i>Wenn während Probezeit neuerlich ein solches Delikt begangen wird: Vorgangsweise wie in rechter Spalte</i>	<i>Weitere Anwendungsfälle: Neuerlicher Verstoß der Delikte in li. Spalte während Probezeit nach § 35 Abs. 1 (Spalte links) oder wenn linke Spalte nicht anwendbar, weil z.B. nicht ausschließlich persönl. Gebrauch</i>
Gemeinsame Voraussetzungen: - Einholung einer Auskunft von der Suchtgiftüberwachungsstelle (Gesundheitsministerium) - Stellungnahme des Gesundheitsamtes, ob und welche gesundheitsbezogene Maßnahme notwendig ist (darauf kann z.B. bei Cannabis verzichtet werden) - Wenn gesundheitsbezogene Maßnahme(n) notwendig ist: vorläufiger Rücktritt nur, wenn sich die Person bereit erklärt, sich einer solche Maßnahme zu unterziehen - Wenn gesundheitsbezogene Maßnahme(n) nicht zweckmäßig, nicht möglich, unzumutbar oder aussichtslos, können bestimmte Auflagen erteilt werden* - Wenn zweckmäßig, kann auch Bewährungshilfe aufgetragen werden* * Zustimmung des Betroffenen notwendig	
Probezeit in beiden Fällen: 1 bis 2 Jahre	
Wenn der Betroffene während der Probezeit die Auflagen nicht einhält (z.B. beharrliche Weigerung der gesundheitsbezogenen Maßnahme), wird das Verfahren fortgesetzt. Ebenso, wenn eine neuerliche Anzeige (SMG oder Beschaffungsdelikte) erstattet wird. Allerdings kann unter Umständen das Verfahren neuerlich vorläufig eingestellt werden, mit neuer Probezeit.	
Wenn während der Probezeit keine neue Anzeige erfolgt und die Auflagen erfüllt werden, wird das Verfahren endgültig eingestellt.	

**Abb.5** : Diversionsregelungen des SMG (Dobias 2007:5)

Im § 39 SMG geregelte Aufschub einer Freiheitsstrafe für suchtgiftabhängige Verurteilte kann nunmehr für Freiheitsstrafen bis zu drei Jahren zwecks Ermöglichung einer gesundheitsbezogenen Maßnahme gewährt werden. (vgl. Haas 1997:8) Bei erfolgreichem Verlauf der gesundheitsbezogenen Maßnahme wird die Strafe mit einer Probezeit von 1-3 Jahren auf Bewährung ausgesetzt. Wenn sich der Verurteilte weigert die Maßnahme zu vollziehen oder eine neue Straftat begangen wird, so ist automatisch der Aufschub der Strafe zu widerrufen und die Strafe muss vollzogen werden. (vgl. Dobias 2007:6)

#### 4.1.4 Neuerungen der „Weiterbildungsverordnung orale Substitution“

Diese Verordnung trat im März 2007 in Kraft und besagt unter anderen, dass sich ÄrztInnen in der Substitutionsbehandlung einer geregelten, verpflichtenden, bundesweiten Weiterbildung unterziehen müssen bzw. bei einer Neuzulassung eine Basisausbildung von mindestens acht Modulen zu absolvieren ist. Von dieser Teilnahme ist kein Arzt, keine Ärztin ausgenommen, der/ die in der Substitutionsbehandlung tätig sein möchte. (vgl. [www.drogensubstitution.at](http://www.drogensubstitution.at))

Zudem muss ein Eintrag in einer aktualisierten Liste der Landessanitätsbehörden stattfinden, wer offiziell zur Substitutionsverschreibung zugelassen ist.

Diese Regelung hat unter der Ärzteschaft zu großen Protesten geführt, da darunter viele schon seit Jahren Substitutionsbehandlungen durchführen und sich kompetent genug fühlen.

Verantwortlich für die neue Drogenverordnung zeichnet sich Dr. Franz Pietsch, nationaler Drogenkoordinator, Vorsitzender der Bundesdrogenkoordination und des Bundesdrogenforums und Dienststellenleiter der Drogenabteilung des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Dieser argumentiert mit einer Steigerung der Qualität und einer Qualitätssicherung in der Substitutionsbehandlung. Transparenz und Vermeidung von Mehrfachbehandlungen soll vermieden werden. ( vgl. ebd.)

#### 4.1.5 Weitere neue Drogenverordnungen ab März 2007

Drei Hauptpunkte haben durch die neue Drogenverordnung im Jahr 2007 zu sehr kontroversen Diskussionen geführt:

Dies ist zum einen die Verschreibung, dass die Mittel der ersten Wahl zur Substitutionstherapie Methadon und Buprenorphin sein sollen. Somit wird dem /der Behandelnden vorgeschrieben welches Präparat einzusetzen ist. (vgl. Haas et al. 2007:38) Ein Abweichen von den Mitteln der ersten Wahl ist aber an bestimmte Vorgaben geknüpft. Grundsätzlich ist das Verschreiben

von retardierten Morphinen nicht verboten; allerdings nur in Ausnahmefällen zu verschreiben. Ein Substitutionsnachweis ist zu erstellen und jedeR Substituierte muss von der einstellenden Person bei einem Substitutionsregister des BMGFJ gemeldet werden. (vgl. ebd.)

Des Weiteren ist es zu einer Verschärfung der Mitgabemodalitäten der Substitutionsmedikamente an Drogenabhängige gekommen. Der Arzt/die Ärztin hat die tägliche kontrollierte Einnahme des Substituten unter Aufsicht zu verordnen. Auch hier gelten wieder Ausnahmeregelungen, wie beispielsweise Arbeit; Urlaube, etc. Diese Ausnahmen können allerdings nur in Absprache mit der verschreibenden Person und dem/der AmtsärztIn getroffen werden. (vgl. ebd.) Dadurch erwächst der Amtsärztin/dem Amtsarzt eine verstärkte weitere Kontrollfunktion in diesen Belangen.

„ Dies stellt für manche Ärztinnen und Ärzte einen schweren Eingriff in ihre Benhandlungskompetenz dar, aber auch datenschutzrechtliche Bedenken werden geäußert.“ (Haas et al. 2007:39)

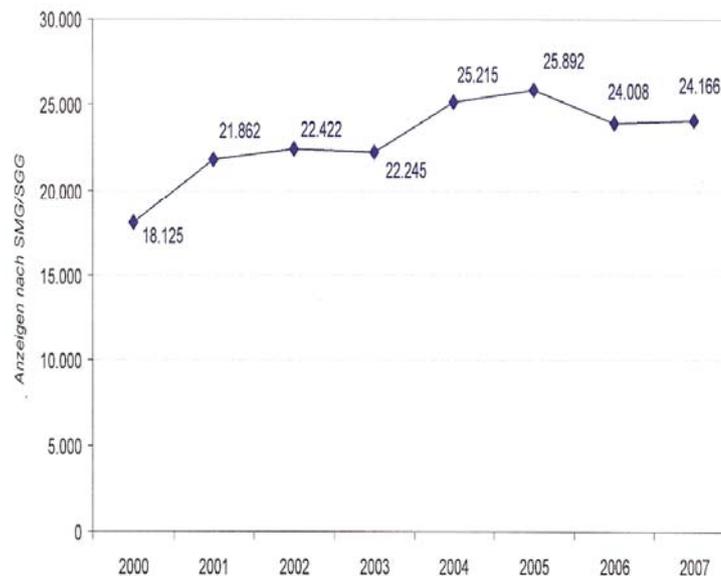
## **4.2 Suchtmittelkriminalität**

Laut dem Jahresbericht zur Drogensituation 2007/ÖBIG sind im Bezug auf Anzeigen nach dem SMG und SGG und im Bezug auf Verurteilungen folgende Entwicklungen aufzuzeigen:

### **4.2.1 Anzeigen nach dem SMG und SGG**

Im Jahr 2007 sind 24.166 Anzeigen bundesweit aktenkundig. Ein leichter Anstieg zum Jahr 2006 mit 24.008 Anzeigen ist zu erkennen. Davon beziehen sich 66% auf ErsttäterInnen bzw. 31% auf WiederholungstäterInnen. 95% der Gesamtmenge, das sind ca. 22.929, auf Suchtgifte, die restlichen 5 % auf psychotrope Stoffe. (Kral 2009:18)

Von bundesweit 24.166 erstatteten Anzeigen nach SMG und SGG entfallen alleine 3.464, also 14 %, auf das Bundesland Niederösterreich; mit einem Anstieg zu 2006 von 414 Anzeigen. (vgl. ebd.)



**Abb.6** : Entwicklungen der Anzeigen nach dem SMG und SGG bundesweit (2000-2007)  
(ÖBIG/GÖG:2008)

#### 4.2.2 Verurteilungen nach dem SMG und SGG

Die bundesweite Verurteiltenrate nach dem SMG und SGG liegt bei 5.437 Verurteilten. Im Vergleich zum Jahr 2006 ist hier ein Absinken von ca. -6% zu bemerken.

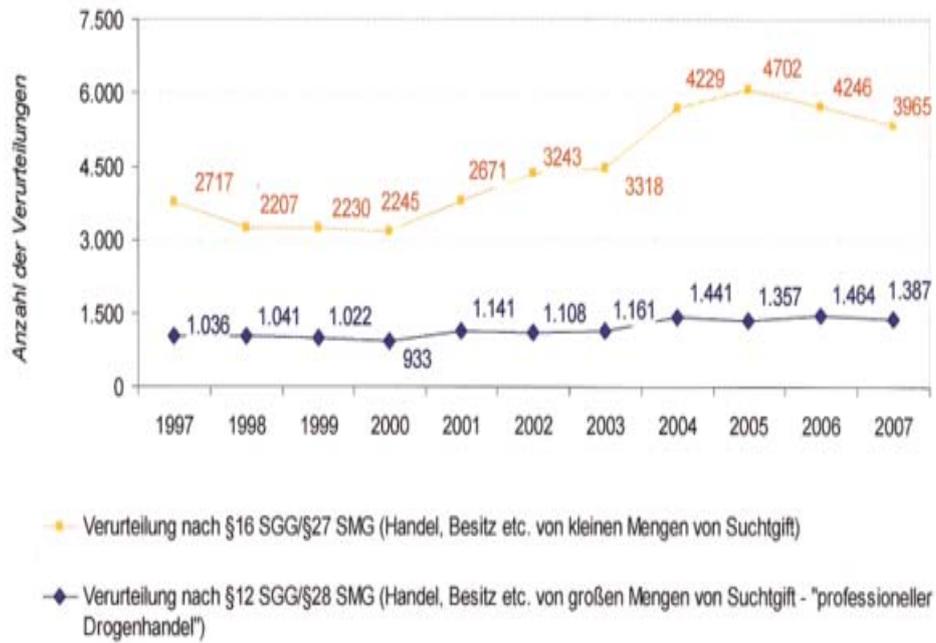
Zu allen Gesamtverurteilungen in Österreich sind die Verurteilungen nach SMG und SGG 12,6% davon. 1.387 nach §28 SMG; d.h.: Handel, Besitz, etc. von großen Mengen Suchtgift – „professioneller Drogenhandel“.

3.956 nach §27SMG; d.h.: Handel, Besitz, etc. von kleinen Mengen.

Bei der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung ist seit 2005 ein kontinuierlicher Anstieg der Zahlen der Anzeigenzurücklegung festzumachen.

Von insgesamt 10.379 Anzeigenzurücklegungen und Verfahrenseinstellungen im Jahr 2007 entfallen 88%, also 9.173, auf vorläufige Anzeigenzurücklegung nach §35SMG und 12%, also 1.206, auf Verfahrenseinstellungen nach §37SMG.

Zum Aufschub des Strafvollzuges im Rahmen des Prinzip „Therapie statt Strafe“ /§39 liegen weiterhin keinerlei verlässlichen Daten bundesweit vor.



**Abb.7:** Entwicklung der Verurteilungen nach §27 und §28 SMG in Österreich von 1998-2007 (ÖBIG/GÖG 2008)

## **5 Strukturen internationaler und nationaler Drogenpolitik**

Schmidt und Hurrelmann vertreten die Ansicht, dass Sucht- und Drogenpolitik ein Rahmenkonstrukt ist für alle damit verbundenen Bereiche, wie Drogengebrauch, Drogenmissbrauch, sowie Drogenkriminalität bzw. Kriminalität. (vgl. Schmidt/Hurrelmann 2000:17)

Drogenpolitik kann in die Bereiche Behandlung/Therapie; Rehabilitation, Repression (Strafgesetz, öffentliche Ordnung, Exekutive etc.) und Prävention unterteilt werden.

Madlung (2009:3) nennt als die vier tragenden Säulen der Drogenpolitik:

- die Therapie,
- die Repression , mit Verfolgung , Haft und Kontrolle bzw. Ordnungspolitik,
- die Säule der Maßnahmen zur Harm Reduction (schadensminimierende Maßnahmen)
- und die Säule der Prävention.

Wobei Madlung davon ausgeht, dass nur eine Drogenpolitik, nämlich diese die von Ansätzen einer Harm Reduktion orientierten Denkweise geprägt ist, eine menschliche, demokratische und effektive Drogenpolitik sein kann. ( vgl. Madlung 2009:26)

Die Thematik Harm Reduction und Drogenpolitik in Österreich wird im Kapitel 8, bei der Darstellung der einzelnen Forschungsergebnisse, noch weiter ausführlicher diskutiert.

### **5.1 Internationale Drogenpolitik**

Wenn der komplexe Themenbereich der Drogenpolitik angerissen wird, ist es unabdingbar eine nationale Drogenpolitik im großen, umfassenden Rahmen der internationalen Drogenpolitik zu betrachten, die vor allem in den Vereinten Nationen (UN) und auf EU Ebene ihren zentralen Ursprung und

ihre Verwaltung platziert hat. Österreich ist seit 1995 Mitglied der EU und hat somit Einfluss auf die Maßnahmen und Grundsätze der europäischen Drogenpolitik und ist, so wie alle anderen Mitgliedstaaten auch, zu deren Umsetzung und Einhaltung verpflichtet. (vgl. [www.drogensubstitution.at](http://www.drogensubstitution.at) )  
Zudem ist Österreich Mitglied der Vereinten Nationen, die ihren Sitz in Wien haben, und somit sämtlichen Völkerrechtsverträgen bzw. Übereinkommen zur Drogenkontrolle beigetreten und muss auch hierfür eine innerstaatliche Umsetzung garantieren.

Die drogenpolitische Entwicklung hat in den einzelnen europäischen Ländern unterschiedliche Verläufe genommen und erstreckt sich von einer prohibitiven und restriktiven Drogenpolitik, wie etwa in Italien bis zu liberalen Einstellungen in diesem Bereich , wie beispielsweise in der Schweiz und den Niederlanden.

#### 5.1.1 Internationale Organisationen im Drogenbereich

- Die Internationale Suchtstoffkommission (CND)

Diese Einrichtung ist seit 1946 ein Nebenorgan des Wirtschafts- und Sozialrates der Vereinten Nationen, dem 53 Mitgliedsstaaten angehören. Die Kommission ist zuständig für alle Fragen betreffend der Bekämpfung des Drogenmissbrauches. Sie erarbeitet Übereinkommen und Empfehlungen und tagt einmal jährlich in Wien (vgl. BMGFJ 2009:33)

- Das Internationale Suchtstoffkontrollamt (INCB)

Diese Kommission wurde durch das VN-Übereinkommen von 1961 ins Leben gerufen und hat Mitglieder von 13 unabhängigen ExpertInnen, die allerdings keine RegierungsvertreterInnen der einzelnen Mitgliedsstaaten sind. Ihr Sitz ist in Wien und hat als Aufgabe die Kontrolle und Überwachung der Einhaltung der UN-Übereinkommen. (vgl.ebd.:40)

### 5.1.2 Europäische Rechtsinstrumente sowie politische Dokumente

- Europäische Drogenstrategie 2005-2012

= definiert Grundsätze und Leitlinien bezüglich der Drogenpolitik

- EU-Drogenaktionsplan 2009-2012

=definiert konkrete Maßnahmen und Ziele

- Rahmenbeschluss zu Mindeststrafen bei Drogenhandel
- Ratsempfehlung zu Harm Reduction
- Ratsempfehlung zu neuen psychoaktiven Substanzen
- Jahresberichte der Europäischen Beobachtungsstelle (EBDD)  
(vgl.ebd.42)

### 5.2 Nationale Drogenpolitik

Das SMG, wie unter Kapitel 4.1 ausführlich behandelt, stellt für die österreichische Drogenpolitik ein elementares Rahmenkonstrukt dar. Durch die Einführung des SMG 1998 wurden repressive Maßnahmen gegen die organisierte Kriminalität erhöht. Allerdings wurde auch gleichzeitig Augenmerk auf integrative Maßnahmen gelegt und auf niederschwellige Einrichtungen (Dies allerdings in den Ballungszentren wie Wien und Graz etc.; in den ländlichen Regionen ist eine besorgniserregende Unterversorgung eminent) und die Einführung einer Substitution fokussiert.

„In Österreich weist die Drogenpolitik eine Differenzierung zwischen Drogenabhängigkeit und Drogenhandel auf. Im Sinne einer umfassenden Strategie werden „gesundheitspolitische Interventionen“ um polizeiliche und strafrechtliche Maßnahmen ergänzt, insbesondere wird auf eine Bekämpfung des Handels mit illegalen Drogen, der organisierten Kriminalität und der Geldwäsche abgezielt.“ (vgl. [www.drogensubstitution.at](http://www.drogensubstitution.at) )

Dass Prinzip der Prävention und Therapie vor die Bestrafung zu setzen hat in Österreich seit Jahren Bedeutung. Trotz dessen ist für den Besitz von illegalen Suchtmitteln vom Gesetzgeber die Freiheitsstrafe als Konsequenz vorgesehen. Dies weist auf einen restriktiven und prohibitiven Ansatz der österreichischen Drogenpolitik hin.

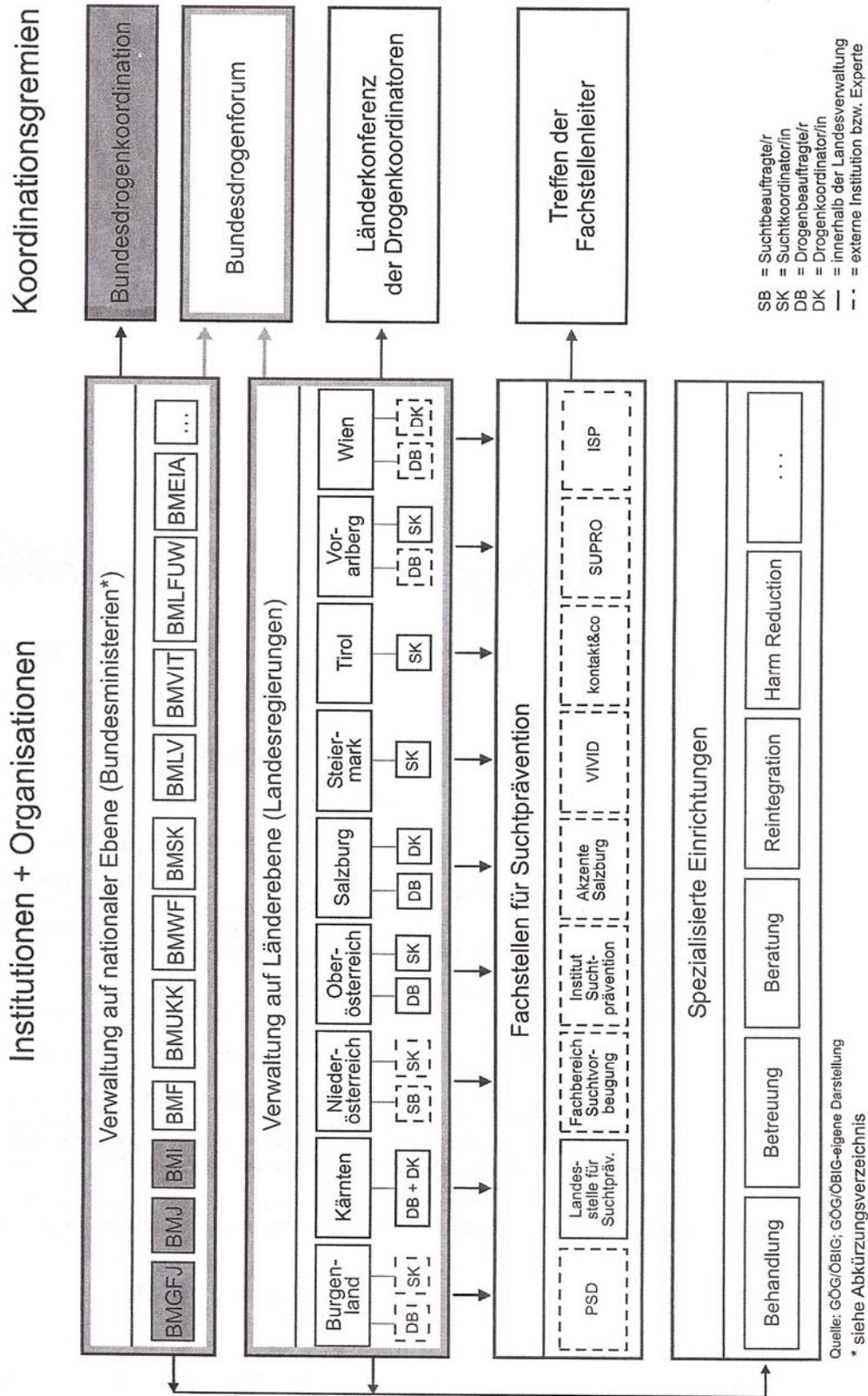
### 5.2.1 Organisationsstruktur Österreichs im Drogenbereich

Die Bundesdrogenkoordination wurde 1997 in Österreich installiert. Die Rolle des nationalen Bundesdrogenkoordinators hat seit dem Jahr 2001 Dr. Franz Pietsch über, dessen Büro dem Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend zugeordnet ist.

Die Bundesländer nehmen im Drogenbereich eine wichtige Rolle aufgrund der föderalistischen Gegebenheiten in Österreich ein. Alle neun Bundesländer verfügen über regionale Strategien bzw. Drogenkonzepte oder Suchtpläne. Wie der unten beigefügten graphischen Darstellung zu entnehmen ist, haben alle Bundesländer DrogenkoordinatorInnen und Fachstellen für Suchtprävention, bzw. SuchtkoordinatorInnen bestellt. (Siehe auch Kapitel 6.3) Inwieweit diese Mitbestimmungsrecht z.B. auf neue Verordnungen im SMG haben sei dahin gestellt. Trotz massiver Kritiken seitens der Ärzteschaft des Bundeslandes NÖ und der DrogenkoordinatorInnen zur neuen Substitutionsverordnung 2007, wurde diese vom zuständigen Ministerium verabschiedet.

Auf Bundesländerebene und auf Länderebene ist die Vernetzung und die Kooperation untereinander ein wichtiges Thema. Hierfür findet z.B. das jährliche Bundesdrogenforum statt.

Österreich verfügt aufgrund seiner ausgeprägten föderalistischen Strukturen bisher noch keine einheitliche, festgeschriebene nationale Drogenstrategie. Allerdings wurde bereits auf Bundesebene mit der Erstellung eines österreichischen Drogenkonzeptes begonnen, das mit der derzeit in Entwicklung befindlichen EU- Drogenstrategie für die Jahre 2005 bis 2012 abgestimmt wird und im Zuge zweier Aktionspläne umgesetzt werden soll. (vgl. ÖBIG 2004:7)



**Abb.8:** Überblick über die organisatorische Struktur des Drogenbereichs in Österreich (Bericht zur Drogensituation 2007 ÖBIG/GÖG:8)

## **6 Suchtarbeit in NÖ- Der niederösterreichische Suchtplan**

### **6.1 Der Niederösterreichische Suchtplan 2000- Zielsetzung und inhaltliche Schwerpunkte**

Der NÖ Suchtplan stellt ein wichtiges drogenpolitisches Grundsatz- bzw. Positionspapier bzw. einen Rahmenplan für die Suchtarbeit im Bundesland Niederösterreich dar. Schwerpunkte sollten gesetzt werden, mit dem Ziel in Niederösterreich Suchtarbeit strukturiert und abgestimmt anzugehen. (NÖ Suchtplan 2000:7) Illegale Suchtmittel gemäß SMG und legale Suchtmittel mit Alkohol, Nikotin und Medikamente wurden als zu behandelnde Suchtbereiche definiert. Für den „neuen“ NÖ Suchtplan werden erstmals alle stoffungebundenen Süchte, wie pathologisches Kaufen, Spielen und Internetsucht in das Gesamtkonzept implementiert.

Der im Jahre 2000 erstellte NÖ SUCHTPLAN ist kein Konzept, das sich als Endprodukt einer Entwicklung verstand, sondern als Beginn einer auf die Zukunft ausgerichteten und geplanten Suchtarbeit in Niederösterreich. Dementsprechend war damals der Plan dieses Paper regelmäßig und kurzfristig (alle 3-5 Jahre) zu überarbeiten und den neuesten (suchtherapeutischen, gesellschaftlichen und drogenpolitischen) Entwicklungen anzupassen. Nunmehr sind allerdings zehn Jahre vergangen und die Neuerstellung dieses suchtspezifischen Rahmenplans erscheint in Fachkreisen bzw. bei SuchtexpertInnen längst überfällig.

Bis zum Jahr 2010 soll der NÖ Suchtplan , wiederum mit Hilfe diverser multiprofessioneller bzw. interdisziplinärer Arbeits- und Projektgruppen, neu überarbeitet und veröffentlicht werden. (Hauptbeauftragte dafür ist die NÖ Fachstelle für Suchtkoordination unter der Leitung von Frau Mag. Dr. Ursula Hörhan)

Die im NÖ Suchtplan 2000 erstellten Maßnahmenpakete für die Suchtarbeit, sind:

- PRÄVENTION
- BERATUNG
- THERAPIE
- INTEGRATION,
- Gesetzliche REGELUNGEN bzw. Verordnungen

Verschiedene Zeithorizonte für den Beginn bzw. Umsetzung der einzelnen Projekte im Rahmen der Maßnahmenpakete wurden gesetzt: kurzfristig - 1 Jahr, mittelfristig 2-4 Jahre und langfristig 5-10 Jahre

Diese Pakete müssen in der Neuüberarbeitung des NÖ SUCHTPLANS für 2010 den aktuellen Entwicklungen im Suchtbereich angepasst werden und eventuell neue Schwerpunkte gesetzt werden.

## **6.2 (drogenpolitische) Leitlinien der NÖ Suchtarbeit**

Die NÖ Suchtarbeit wird von drei wesentlichen Säulen getragen:

- Prävention
- Beratung
- Therapie

Die wichtigsten Positionen bzw. Grundsätze dafür sind:

- Gesundheitsförderung als integrativer Ansatz
- Prävention vor Therapie
- Sucht wird als Krankheit verstanden
- Therapie statt Strafe
- Suchtfreiheit als Ziel im Sinne einer Abstinenzorientierung
- Stärkung der persönlichen Ressourcen, Aufklärung statt Abschreckung

(vgl. NÖ Suchtplan 2000:13)

Diese Grundsätze wurden von der „Ottawa Charta“ der WHO abgeleitet und in ein strategische Metaziel für die NÖ Suchtarbeit subsumiert. Dieses Metaziel hat vor allem die Stärkung der Eigenverantwortung, des Selbstbewusstseins und der Selbstständigkeit des Individuums im Fokus. Im

Weiteren beinhaltet die Zielsetzung, dass der Mensch befähigt werden soll, die Chancen und Gefahren des Lebens zu erkennen, um demnach adäquat (re-)agieren zu können. ( Vgl. NÖ Suchtplan 2000:14)

Suchtarbeit als solches soll demnach eine Ganzheitlichkeit anstreben: Einerseits ausgerichtet auf die Person mit all seinen Dimensionen der Persönlichkeit und andererseits bezogen auf den breiten Kontext gesellschaftspolitischer Anforderungen. (vgl.ebd.)

Die wichtigsten Leitlinien des Rahmenplans NÖ sind wie folgt: (NÖ Suchtplan 2000:15)

- Bewusstseinsbildende Maßnahmen im sozialen Umfeld und soziale Integration der Betroffenen
- Durchgehende Behandlungs- und Betreuungskontinuität
- Zielgruppen - und bedarfsorientierte Suchtarbeit mit regionaler Abstimmung
- Vernetzung
- Integration von Prävention und Beratung und Therapie in das allgemeine Netz der Gesundheitsversorgung
- Partizipation der Betroffenen und Angehörigen
- Gemeinwesenorientierung
- Qualitäts- und Mindeststandards in allen Bereichen der Suchtarbeit

### **6.3 Die Koordination der Suchtarbeit in NÖ**

Eingebettet in das Konstrukt der internationalen und nationalen Drogenkoordinationsmodelle hat das Bundesland NÖ folgende wichtige Gremien zur Koordination, mit deren einzelnen Schlüsselpersonen, für die Suchtarbeit im Bundesland eingerichtet bzw. beauftragt:

- Der/die NÖ SuchtkoordinatorIn ist AnsprechpartnerIn für die Öffentlichkeit und für die Politik bezüglich der Suchtarbeit relevante Fragen (vgl. NÖ Suchtplan 2000:16) Neben der Vernetzung , stehen die drei Säulen der Suchtarbeit , Prävention, Beratung, Therapie, im Mittelpunkt der Arbeitsagenda.

„Die Suchtkoordination NÖ hat die Drogenpolitik und deren Maßnahmen im Suchtbereich beratend zu unterstützen und zu koordinieren.“ (vgl. [www.suchtvorbeugung.at](http://www.suchtvorbeugung.at)) Die Bereiche Suchtvorbeugung, Suchtberatung, Suchttherapie und Integration werden im Hinblick auf die Ziele der Suchtarbeit abgestimmt. Die Umsetzung des NÖ Suchtplans gehört unter anderen zu den Aufgabenbereichen der Suchtkoordination. Diese Funktion hat seit dem Jahr 2005 Frau Mag. Dr. Ursula Hörhan über.

- Der/die NÖ Drogenbeauftragte des Amtes der NÖ Landesregierung ist ein Arzt/ eine Ärztin mit fachlicher Erfahrung im Suchtbereich. Sie/er berät die Landeseinrichtungen in den spezifischen medizinischen suchtrelevanten Fragestellungen und beruft den Suchtbeirat im Auftrag des Gesundheitslandesrates ein. Konzepte und Förderanträge werden von ihr/ihm beurteilt. (vgl.ebd.)
- Im Suchtbeirat sind alle suchtrelevanten Einrichtungen des Landes NÖ vertreten
- Die Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung, 3100 St. Pölten, Brunngasse 8, versteht sich als Servicestelle und Informationsstelle für alle ProfessionistInnen in Sachen der Suchtvorbeugung.

## 7 Beschreibung des Forschungsprozesses

Um die Nachvollziehbarkeit (eines der wichtigsten Qualitätskriterien einer wissenschaftlich – fundierten Arbeit) zu gewährleisten, wird nun der gesamte Forschungsprozess eingehender beschrieben.

### 7.1 Forschungsfragen und Hypothesen

Die Fragestellungen im Bezug auf die Forschung lauten:

- Wie sehen aus suchttherapeutischer, drogenpolitischer und gesellschaftspolitischer Sicht aktuelle Anforderungen des geplanten neuen Suchtplans 2010 aus?
- Inwieweit wurden die Maßnahmepakete des NÖ Suchtplans 2000, wie Beratung, Therapie, Integration, Versorgung tatsächlich im Laufe dieser nahezu 10 Jahre umgesetzt? Welche Bereiche sind defizitär?
- Wie werden suchttherapeutische Zugänge wie Harm Reduction, akzeptanzorientierte Haltung, Sozialraumorientierung etc. in der Drogenarbeit bzw. in der Drogenpolitik gesehen und als wichtig erkannt?
- Werden im neuen Suchtplan 2010 auf Besonderheiten in sozialraumbezogener bzw. räumlicher Hinsicht geachtet, oder auf sonstige Besonderheiten Rücksicht genommen (Beispielsweise auf das Konsumverhalten) und wurden bzw. werden diese Überlegungen inkludiert??
- Wie sehen konkrete Anforderungen an die Sozialarbeit aus?

Ausgehend von den beruflichen Erfahrungen der Verfasserin im zu beforschenden Feld und nach gesichteter relevanter Literatur können folgende Ausgangshypothesen genannt werden:

- Wenn Österreichs Drogenpolitik restriktiv und konservativ geprägt ist, dann wird auch der neue Suchtplan 2010 keine innovativeren, moderneren suchtherapeutischen Konzepte und Zugänge und akzeptanzgestützte drogenpolitische Tendenzen beinhalten.
- Wenn in Österreich eine repressive Drogenpolitik angewandt wird, dann steigen soziale und gesundheitliche Problemstellungen, Kriminalität und Mortalitätsrate unter illegalen SuchtmittelkonsumentInnen.

Diese Hypothesen werden in der Auswertung versucht zu überprüfen und in weiterer Folge zusätzliche Hypothesen generiert.

## **7.2 Feldzugang**

Der Zugang zum beforschten Feld ergibt sich durch die Tätigkeit der Verfasserin in einer Suchtberatungsstelle des Anton Proksch Instituts und des Bundeslandes Niederösterreich. (siehe auch Einleitung)

Es wurden Termine mit den betreffenden InterviewpartnerInnen vereinbart; die Interviews fanden alle in deren jeweiligen Einrichtungen bzw. Institutionen der Befragten statt.

## **7.3 Vorgehensweise der Erhebung, der Aufbereitung und der Auswertung**

Das theoriegenerierende Experteninterview, als eine besondere Form des qualitativen Interviews, wurde in dieser Arbeit als Methode der empirischen Sozialforschung bzw. zur Rekonstruktion von Expertenwissen eingesetzt.

Das Experteninterview ist zum einem aufgrund des ihm zugrunde liegenden Erkenntnisinteresses und zum anderen aufgrund der besonderen Art der Gesprächsführung ein eigenständiges Verfahren im Kanon der so genannten qualitativen Interviews. (vgl. Gläser/Laudel 2009:99)

Ein offenes, nicht standardisiertes, leitfadengestütztes Interview wird von der Forscherin als das angemessene Erhebungsinstrument für die qualitativen Experteninterviews erachtet.

Hierfür wurde ein adäquater Leitfaden erstellt. (siehe Anhang). Für die Interviewführung selbst ist ein thematischer Leitfaden, als Richtschnur und seiner flexiblen Handhabung vonnöten. (vgl. Gläser/Laudel 2009:52) Weder die Frageformulierungen, noch die Reihenfolge der Fragen sind hierbei verbindlich.

Die Interviews wurden mittels eines herkömmlichen Diktiergerätes aufgenommen und des Weiteren wortgetreu transkribiert. Die Dauer der Interviews lag zwischen 50 und 60 Minuten.

Im Zeitraum März 2009 - Juni 2009 wurden acht qualitative teilstrukturierte Interviews durchgeführt und im Anschluss nach der qualitativen INHALTSANALYSE nach MAYRING ausgewertet.

Diese erfolgte nach folgenden Interpretationsmustern (vgl. Mayring 2008:61f):

- Paraphrasierung:

Nicht inhaltstragende Textteile werden gestrichen, inhaltstragende Elemente werden in eine einheitliche Sprache gebracht und gekürzt

- Generalisierung

Paraphrasenelemente werden generalisiert und somit auf eine definierte Abstraktionsebene gehoben, auch mit den Satzaussagen wird so verfahren. Paraphrasen, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen, werden belassen.

- Erste Reduktion

Streichen von bedeutungsgleichen Paraphrasen und Selektion auf bedeutende inhaltstragende Paraphrasen

- Zweite Reduktion

Bündelung von Paraphrasen mit ähnlichen Aussagen oder Inhalt, Zusammenfassung von Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Thema (Konstruktion/Integration)

Die anschließend erstellten nummerierten Categoriesysteme dienen zur Beschreibung der Ergebnisse der Analyse und wurden letztendlich zur Hypothesenbildung herangezogen.

Nach Gläser und Laudel ist die qualitative Inhaltsanalyse hervorragend, generell für die Auswertung der rekonstruierenden Untersuchung, aber im speziellen für die Auswertung von ExpertInneninterviews. (vgl. Gläser/Laudel 2009:47)

#### **7.4 Die zu beforschende ExpertInnengruppe**

Um bezugnehmend auf das Forschungsinteresse Informationen und Theorien generieren zu können, wurde versucht Kontakt zu acht tragenden (nieder-) österreichischen Fachkräften bzw. wichtigen, verantwortlichen politischen FunktionärInnen und drogenpolitisch relevanten Schlüsselpersonen / ExpertInnen herzustellen. Dies ist gelungen.

Es wurden einerseits Personen befragt die für die Erstellung des Niederösterreichischen Suchtplans 2000 eine markante Rolle gespielt haben,( bzw. für den neuen Suchtplan 2010 spielen werden), andererseits aber auch ExpertInnen die im Bundesland Niederösterreich auf Landesebene, aber auch Personen auf Bundesebene, im suchtrelevanten bzw. drogenpolitischen Kontext eine tragende- öffentliche, koordinierende Rolle spielen.

*„Experten sind Menschen, die ein besonderes Wissen über soziale Sachverhalte besitzen, und Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen.“* ( Bogner/Littig/Menz 2009: 65) Nicht die ExpertInnen selbst sind also aus dieser methodologischen/methodischen Perspektive die Gegenstände der Untersuchung; diese fungieren vielmehr als InformantInnen in Bezug auf die eigentlichen Forschungsobjekte. Somit verfügen ExpertInnen über eine spezifische Form von professionellem, berufsbezogenem Sonderwissen, welches sich vom Laienwissen unterscheidet. Eine scharfe Trennlinie ist zu spezialisierten Laien vorzunehmen, die auch über Sonderwissen verfügen können; dies ist allerdings nicht berufsbezogen. Dieses Verständnis grenzt sich von einem voluntaristischen ExpertInnenbegriff ab, nach dem jedeR ExpertIn des eigenen Lebens ist. (vgl. ebenda)

Aufgrund der politischen und öffentlich- bekannten Stellung der einzelnen InterviewpartnerInnen wurde der Entschluss gefasst in dieser Arbeit die Namen und Positionen der InterviewpartnerInnen nicht zu nennen. Einerseits auf überwiegenden Wunsch der Befragten hinauf und andererseits weil sich eventuell durch kritische und/oder heikle Aussagen und Stellungnahmen in dieser Arbeit die Interviewten und auch die Verfasserin selbst beruflich und/oder imagemäßig in Fachkreisen schaden könnten. Zudem muss für die Verfasserin mit den interviewten Personen eine berufliche Zusammenarbeit in Zukunft weiter bestehen bleiben können. Selbst die Nennung der, vorwiegend niederösterreichischen Institutionen, aber auch Einrichtungen auf Bundesebene, hätten Rückschlüsse auf die befragten Personen liefern können.

Somit wurden alle acht InterviewpartnerInnen anonymisiert und in dieser Arbeit bei Verweisen auf deren Aussagen oder bei Zitatimplementierungen mit IP 1-8 benannt. ( IP= InterviewpartnerInnen)

## 8 Forschungsergebnisse

In diesem Kapitel erfolgt die Darstellung der durchgeführten qualitativen Forschung. Es wird versucht die Forschungsfragen zu beantworten und eine Diskussion der Forschungsergebnisse wird vorgenommen.

Aus den acht ExpertInneninterviews ergaben sich nach dem qualitativen Auswertungsprozess folgende **3 Hauptkategorien**; auf die im Einzelnen nun näher eingegangen wird:

- ***Das Dilemma einer liberalen versus einer prohibitivorientierten bzw. restriktiven Drogenpolitik***

Mit folgenden Subkategorien:

- Die Forderung nach einem umfassenden Harm Reduction Ansatz in der Drogenhilfe
- Die Forderung einer Entkriminalisierung illegaler SuchtmittelkonsumentInnen
- Die Forderung nach der Anwendung akzeptanzorientierter „tools“ in der Suchtarbeit

- ***Defizite in der Versorgungslandschaft für suchtmittelkonsumierende Menschen in NÖ***

Mit folgenden Subkategorien:

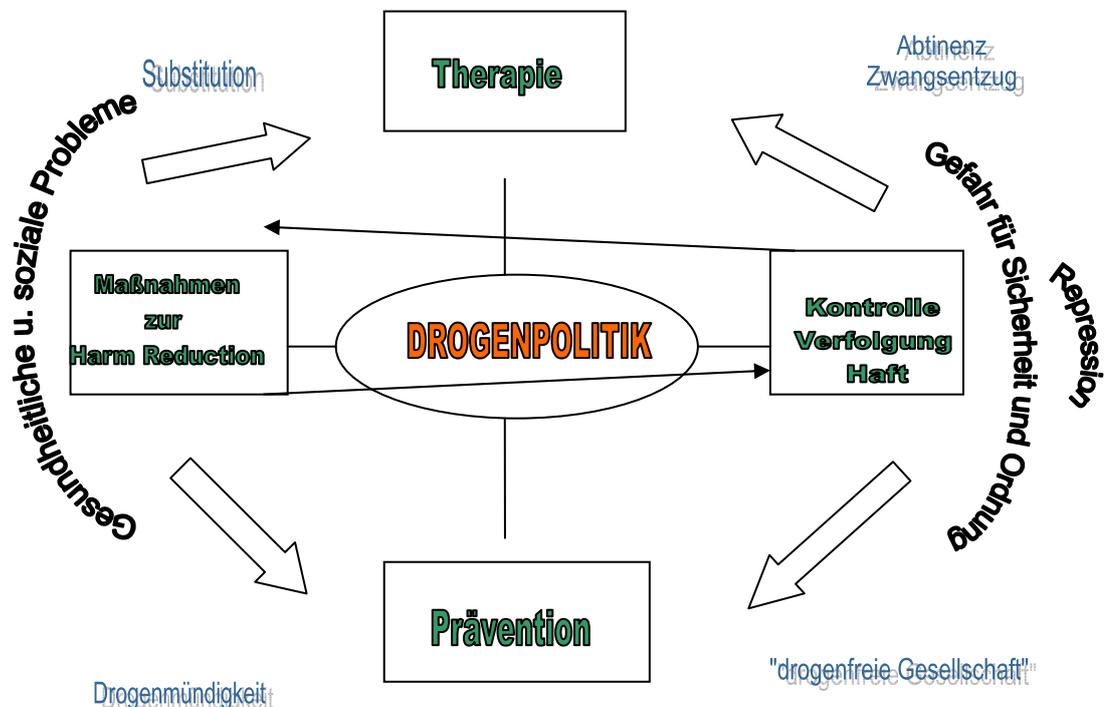
- Defizite im Hinblick auf die Substitutionsversorgung in NÖ
- Defizite im Hinblick auf niederschwellige Einrichtungen in NÖ
- Defizite im Hinblick auf die (Re)Integration drogenabhängiger Personen

- ***Die Forderung nach einer Vereinheitlichung der Qualitätsstandards zur Qualitätssicherung der Suchthilfe NÖ***

## 8.1 Das Dilemma der liberalen versus einer prohibitivorientierten bzw. restriktiven Drogenpolitik

Wie bereits unter Kapitel 5 beschrieben ist die österreichische Drogenpolitik von vier Säulen getragen. Die Analyse der Interviews ergab, dass diese Säulen tatsächlich nicht als sich vier ergänzende Strategien nebeneinander stehen, sondern es in Österreich den Anschein hat, als dass diese gegeneinander positioniert sind; nämlich die beiden Pole Harm Reduktion und Repression.

Folgende Darstellung soll dies eingehender versinnbildlichen:



**Abb.9** : Die vier Säulen der Drogenpolitik (modifiziert nach Madlung 2009)

Die Repression bezieht ihr Selbstverständnis aus der Gefährdung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung durch die Gegenwart von illegalen Suchtmitteln konsumierenden Personen. Harm Reduction richtet seine

Interventionen auf die DrogenkonsumentInnen direkt aus, um Mortalität, gesundheitliche und soziale Problemlagen für die Individuen zu reduzieren. Eine gewisse Akzeptanz der beiden Seiten ist im österreichischen drogenpolitischen Mainstream durchaus zu erkennen, wenngleich auch mit unterschiedlichen Verständnissen und Zugängen.

Das Dilemma beginnt bei der Interaktion der beiden Pole Repression und Harm Reduction. Die repressive Seite betrachtet Harm Reduction Maßnahmen als eine Erhöhung für die Gefahr der öffentlichen Sicherheit. Die schadensminimierende Seite ist aber der Auffassung, je mehr Repression, je mehr Haft, desto mehr steigen auch die Mortalitätsraten unter den illegalen SuchtmittelkonsumentInnen und die sozialen und gesundheitlichen Problemstellungen. Die Anstrengungen auf beiden Seiten werden erhöht und somit kann ein Circulus vitiosus, der wiederum seine Auswirkungen auf die anderen Pfeiler der Drogenpolitik hat, entstehen. Ein Chaos entwickelt sich; eine klar definierte bzw. homogenorientierte Drogenpolitik scheint nahezu unmöglich.

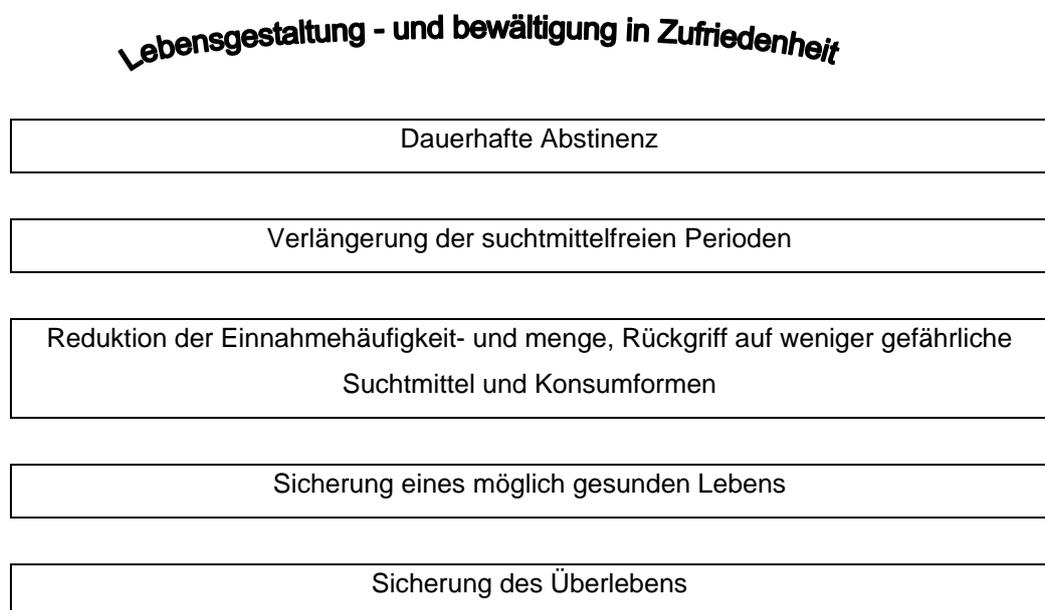
*„Drogenpolitik in Österreich beschäftigt sich damit die Schäden der österreichischen Drogenpolitik zu minimieren.“ (IP3 2009:1)*

Die österreichische Drogenpolitik ist nach Madlung (2009:25) eine komplexe, ressortübergreifende Aufgabe: Das Gesundheitssystem – und das Sozialsystem beauftragen und finanzieren die Drogenhilfe, um die Folgen des von Justiz- und Innenministerium organisierten und finanzierten Kampfes gegen die Drogenproblematik zu reduzieren. Während gegengleich dazu das Innenministerium und die Justiz den Kampf für eine drogenfreie Gesellschaft und die Auswirkungen einer von Gesundheits- und Sozialministerium finanzierten akzeptierenden Suchtarbeit organisieren und finanzieren. (vgl. ebd.) Eine äußerst ressourcenschädigende und ineffektive Entwicklung, der es mit klaren strukturierten, der aktuellen Forschung angepassten Erkenntnissen entgegenzuwirken gilt.

Zumal ist die Drogenpolitik, nicht nur in Österreich sondern in vielen anderen EU-Ländern ebenso, noch immer von dem (Wunsch)Denken einer drogenfreien Gesellschaft dominiert. SuchttherapeutInnen sollten mehr dafür öffentlich auftreten, sodass andere Zugänge in der Drogenarbeit Gewichtung bekommen können.

Die endgültige Verabschiedung von einem (oftmals unrealistischen) Abstinenzparadigma könnte unter anderem dabei enorm hilfreich sein.

### Exkurs Abstinenzorientierung:



**Abb. 10:** Zielpyramide modifiziert nach Körkel 2000

Wenn nur Abstinenz als oberste Prämisse der Suchtarbeit steht, dann können unter Umständen alle anderen bedeutenden Ebenen verloren gehen und übersehen werden. Das Ziel der Abstinenz wird übermächtig und groß. (vgl. Körkel 2000:10)

Es ist mittlerweile weitgehend anerkannt, dass die Abstinenzorientierung in der Suchtkrankenhilfe nicht mehr das einzige und vor allem in den meisten Fällen nicht das erreichbare Therapieziel – als Voraussetzung für das Erreichen anderer Therapieziele – ist. ( Preinsperger 2009:5) Abstinenz als solches ist eine Möglichkeit von mehreren Behandlungszugängen, abhängig vom Zeitpunkt des Suchterkrankungsverlaufes und der momentanen Möglichkeit des/der Betroffenen und unter Berücksichtigung der Gesamtsituation des/der PatientIn bzw. KlientIn. Die

Notwendigkeit einer Angebotsvielfalt scheint geboten, da die diversen Zielgruppen und deren Bedürfnisse zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchaus heterogen sind. Diese Diversifizierung benötigt eine gewisse Durchlässigkeit und kein isoliertes Nebeneinander von zwei Therapiesystemen. Somit kann die Suchtmittelfreiheit, zumindest für eine bestimmte Phase, als ein „therapeutisches Mittel“ verstanden und eingesetzt werden und sie hat mitunter für Betroffene auch einen „therapeutischen Wert und Nutzen“, auf die in weiterer Folge zurück gegriffen werden kann. (vgl.ebd.)

## **FAZIT**

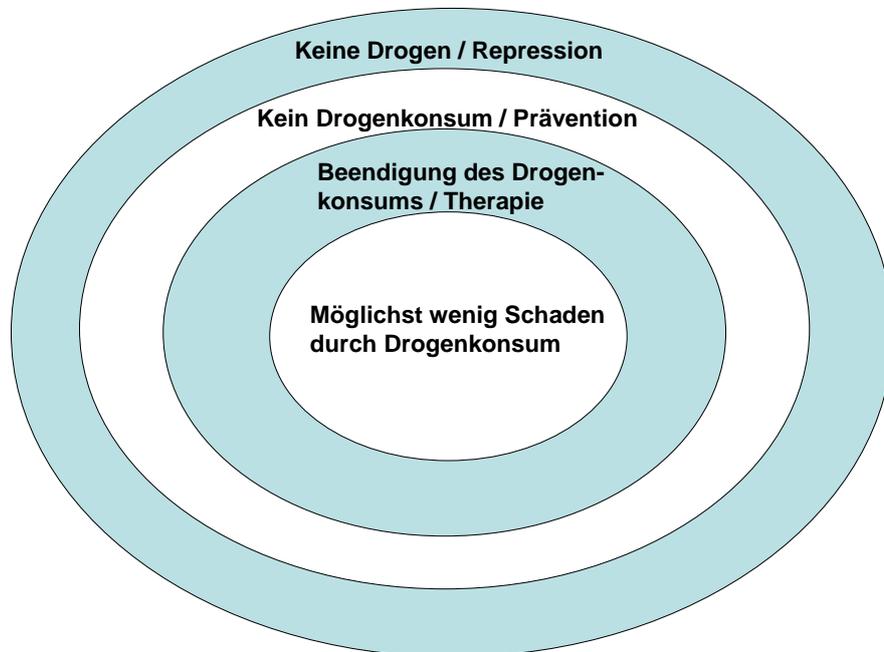
In der heftigen Diskussion der Liberalisierung sollte der Fokus auf einer bedachten vorsichtigen Annäherung bzw. eine schrittweise Liberalisierung des Umgangs mit Drogen liegen und den aktuellen Aufwand der Drogenpolitik von repressive auf präventive , helfende Aktivitäten verlagern. (vgl. Lovisach 1996: 109) Eine Legalisierung könnte dazu beitragen, die Realität von Drogenkonsum in unserer heutigen Gesellschaft als Tatsache zu akzeptieren und die Illusion einer „drogenfreien Gesellschaft“ aufzugeben. (vgl. ebd:110)

Eine „Lösung“ der Drogenproblematik wird auch durch eine Legalisierung nicht zu erreichen sein. Aber eine Drogenpolitik die ihr Hauptaugenmerk darauf legt, Betroffenen möglichst wenig zu schaden könnte das angestrebte Ziel sein.

### **8.1.1 Die Forderung nach einem umfassenden Harm Reduction Ansatz in der Drogenhilfe**

Unter dem Harm Reduction bzw. schadensminimierenden Ansatz in der Drogenhilfe bzw. im Suchthilfesystem nach Haltmayer (2007:85), werden alle schadensmindernden Maßnahmen zusammengefasst, die Leid und körperliche und soziale Folgeschäden im Zusammenhang mit dem Gebrauch von (illegalen) Drogen verhindern sollen.

Im Zuge der Auswertung der durchgeführten ExpertInneninterviews wurde erkenntlich, dass mit Harm Reduction landläufig unterschiedliche Interpretationen und Vorstellungen über diesen drogentherapeutischen Ansatz vorherrschen:



**Abb.11:** Verschiedene Harm Reduction Ansätze( modifiziert nach Madlung 2009)

*„Der Harm Reduction Ansatz in all` seinen Facetten wird in der österreichischen Drogenpolitik komplett ausgelassen! Auch in NÖ ist dieser „Zugang nicht wirklich zu finden! In diesem Bereich sind andere Nachbarländer weitaus fortschrittlicher.“ (IP 2, 2009:8)*

Wichtige Schwerpunkte eines Harm Reduction Zugangs sind unter anderen, der Spritzentausch, also die Abgabe von sterilen Spritzbestecken, oder die Bereitstellung kostenloser Impfstoffe. (Hepatitis, Grippe etc.) Zudem können entstigmatisierende Maßnahmen für Betroffene, die Einrichtung von Konsumräumen und die Ausdifferenzierung der Substitutionsbehandlung im Hinblick auf heroingestützte Behandlung und der Abgabeformen der Substitution im Hinblick auf andere Applikationsformen – nämlich die des iv. Konsums genannt werden.

Zu diesen Maßnahmen existiert bereits nach Madlung (2009:23ff), vor allem aus den Nachbarländern Deutschland, Niederlande und der Schweiz gesichertes Wissen über Effektivität und Nutzen. Obwohl hierzulande noch immer enormer Forschungsbedarf existiert.

*„ Es ist mittlerweile wirklich an der Zeit, dass in Österreich auch Spritzentauschprogramme angeboten werden! Wenn Österreich Harm- und Riskreduction diskutiert und sich diese Konzepte an die Fahnen heftet, dann ist es vollkommen klar, dass bei schadensminimierenden Maßnahmen auch Spritzentausch kein Thema mehr sein kann. Aufgrund der Größe von NÖ, müsste man sich dann andere Konzepte überlegen- eventuell Automaten etc.“ (IP3 2009:2)*

Gerade bei Spritzentauschprogrammen und Konsumräumen ist eine hohe Erreichbarkeit und Akzeptanz der Klientel, ein Rückgang der HIV und HCV Infektionen und einer Kostenersparnis zu verzeichnen. Zumal bei der Einrichtung von Konsumräumen die Zunahme des Kontaktes zum Gesundheitssystem für die Betroffenen erleichtert wird und weniger tödliche Überdosierungen und weniger Anstoß für öffentliches Ärgernis zu bemerken ist. Das Risikoverhalten der KlientInnen reduziert sich, ein besseres Handling mit Überdosierungen ist durch die Frequentierung von Konsumräumen gegeben. (vgl. Madlung 2009:24)

Der österreichische Verein der Drogenfachleute reagiert mit einem Positionspapier für Konsumräume in Österreich wie folgt:

(vgl. [www.oevdf.at](http://www.oevdf.at)) *„Konsumräume schaffen die Möglichkeit mit KlientInnengruppen in Kontakt zu treten, die bisher nicht oder nur ungenügend erreicht worden sind“.* Konsumräume sollten mit einer klaren räumlichen Trennung an eine niederschwellige suchtspezifische Einrichtung angegliedert werden. Dadurch können Synergieeffekte im Hinblick auf weiterführenden psychosozialen, medizinischen Support geschaffen werden.

Die Substitution als Harm Reduction Maßnahme braucht ihre Wirksamkeit nicht länger unter Beweis zu stellen. Diese Methode ist eine der meist

beforschten medikamentösen Behandlungsformen der letzten Jahre. (vgl. Springer 2003)

Zur heroingestützten Behandlung bzw. Substitution von DrogenkonsumentInnen als eine weitere Maßnahme eines schadensbegrenzenden Zugangs in der Drogenarbeit, meint Springer : „*als erkannt werden musste, dass die Beschränkung auf Methadon als Substitutionsmittel und die Beschränkung auf die Verschreibung oral zu gebrauchender Zubereitungen es mit sich brachte, dass*

- *bestimmte Klientele nicht erreicht werden konnten*
- *wieder andere Klienten aus dem Programm ausschieden, weil sie unter Nebenwirkungen des Methadon zu leiden begannen,*
- *mehr und mehr Beigebrauch betrieben wurde,*

*werden Überlegungen angestellt, die schadensreduzierenden Möglichkeiten der Substitutionstherapie durch eine Erweiterung des Angebotes an Substitutionsmitteln zu verbessern.“* (Springer 2003:30)

Das Angebot eines injizierbaren Heroins <sup>7</sup> wäre eine Option eine schwer zugängliche Gruppe von illegalen SuchtmittelkonsumentInnen, die oftmals Multiproblemlagen aufweisen, in den Wirkungsbereich der Sozialmedizin zu bringen. (vgl. ebd:30)

Die positiven Effekte einer heroingestützten Substitution, wie deutliche Verbesserung der gesundheitlichen und psychischen Gesundheit und Rückgang der Delinquenz etc, wurden durch viele Studien in den Niederlanden, England, Spanien, Kanada bereits aufgezeigt. Nichts desto trotz stehen aber diesen positiven Zuschreibungen seitens der Befürworterinnen zum anderen äußerst kritische Auffassungen entgegen. Eines der Gegenargumente ist auf der Befürchtung des „ewigen Verharrens der Klientel im Drogensystem“ begründet.

---

<sup>7</sup> (Diacetylmorphin = DAM)

*„.....durch seine pragmatische Drogenpolitik war Österreich sehr lange federführend innerhalb der EU und ist nun aufgrund der Einführung der retardierten Morphine in eine Sackgasse geraten; durch diese Einführung wollte Österreich die Diskussion der heroingestützten Substitution umschiffen. .... In Deutschland und in der Schweiz, in den Niederlanden und in Spanien gibt es bereits dokumentierte Heroinprogramme, die gut laufen. Österreich ist nun allerdings Außenseiter; obwohl wir anno dazumal innerhalb der EU redelführend waren, was die Substitutionsbehandlung betraf. Leider ist es nun nicht absehbar, dass sich Österreichs drogenpolitische Einstellung diesbezüglich verändert...“ (IP 1<sup>8</sup>, 2009:8)*

## **FAZIT**

Harm Reduction Ansätze sind evidenzbasiert, effektiv, menschlich und ermöglichen Safer Use Praktiken der KonsumentInnen von illegalen Drogen und stärken bestenfalls die Selbstkontrollmechanismen und die Eigenverantwortung der Klientel. Fakt ist auch, dass diverse Harm Reduction Ansätze national, aber auch international, vom Gesundheits-, Justiz- und Sozialressort verschieden interpretiert werden und demnach in der Praxis, d.h. in der suchttherapeutischen Landschaft, mehr oder weniger, konservativer oder liberaler, implementiert werden können. (Vgl. beispielsweise Österreich versus Niederlande)

### 8.1.2 Die Forderung einer Entkriminalisierung illegaler SuchtmittelkonsumentInnen

Wie bereits unter 8.1 und Kapitel 5 näher beschrieben ist eine tragende Säule der Drogenpolitik die der Repression mit ihren verschiedenen Gesetzesformulierungen und Verordnungen. Wenn ein gesellschaftsimmanentes Thema, wie das der (illegalen) Suchtmittelproblematik diskutiert wird, dann geht bei näherer Untersuchung klar hervor, dass alleine Strafgesetze zur Verfolgung noch keine Drogenpolitik ausmachen. Eher hat es den Anschein, dass das Eingreifen

---

<sup>8</sup> IP 1: Interviewpartner 1 von 8

der Justiz dazu führt, dass die Problemstellungen des illegalen Suchtmittelkonsums, aber auch der organisierte Schwarzhandels nicht durch Kriminalisierung gelöst werden können. (vgl. Pilgram 2007:507)

Unter den oben angeführten Aspekten erscheint auch das Ziel einer drogenfreien Gesellschaft wenig realistisch und die Methode (Repression), mit der man das Ziel erreichen will, wenige adäquat.

„Gelingt es nicht, mit den vorhandenen repressiven, prohibitiven Mitteln Erfolge im Kampf gegen die Drogen zu verbuchen, wird immer mehr Repression entstehen. (beispielsweise mehr Polizei, mehr Gefängnisse, härtere Strafen, neue Fahndungsmethoden etc.)“ (Fromberg et al. 1996:24)

Es hat den Anschein, dass völlig übersehen wird, dass die Probleme, die man mit einer prohibitionistischen Drogenpolitik bekämpfen will, im Grunde eine Folge dieser restriktiven Drogenpolitik sind. Die Widersprüchlichkeit der Drogenpolitik, also eine Gespaltenheit bzw. Zweigleisigkeit, bildet sich ab. (sanktioniertes, repressives Eingreifen versus Drogenhilfe in Form von Therapie und Beratung)

Drogenhilfe mit ihrem Fokus Voraussetzungen für ein menschenwürdiges Leben der Betroffenen zu schaffen, steht der Kriminalisierung der Klientel, die letztendlich ein menschenwürdiges Dasein verhindert, entgegen. Es ergibt sich der Schluss, dass die Drogenhilfe unter dem Aspekt der Kriminalisierung, nichts anderes ist, als ein Versuch die Folgen dieser Kriminalisierung zu beheben.

*„Drogenabhängige Menschen unterscheiden sich zu anderen suchtkranken Personen unter anderem auch dadurch, dass die Weitergabe oder der Erwerb ihrer konsumierten Substanz dem Strafgesetzbuch unterliegt. Von einer Entkriminalisierung dieser Klientel sind wir in Österreich leider noch weit entfernt, was bei anderen Suchtmitteln ja kein Thema darstellt. Eher nimmt die Kriminalisierung der betroffenen Personen zu. Die Thematik der Entkriminalisierung fehlt in allen Konzepten, wie dem Suchtplan oder dem Wiener Drogenkonzept. Das ist schade. Das fehlt mir.“(IP3 2009:2)*

Die Forderung der an der Basis der Suchtarbeit stehenden ProfessionistInnen nach der Vertiefung HELFEN statt STRAFEN kommt im Zuge der Recherchen zu dieser Arbeit deutlich hervor. Die Freiwilligkeit mit denen KlientInnen „wählen“ dürfen, sich einer Behandlung bzw. Therapie, Entzug zu unterziehen um einer Freiheitsstrafe zu entgehen, stellt sich als äußerst fragwürdig dar. Dieser Dualismus – erfolgreich therapiert oder eingesperrt werden – entspricht nicht der Lebensrealität der meisten DrogenkonsumentInnen.

Mitunter wird der Aspekt Menschen mit illegalem Suchtmittelkonsum für ihre Erkrankung zu bestrafen als ethisch bedenklich, als Ungleichbehandlung anderen Suchterkrankungen gegenüber und im massiven Widerspruch zu den Menschenrechten gesehen.,,.... *Es ist der falsche Weg KonsumentInnen von illegalen Suchtmitteln zu kriminalisieren. Dies zieht einen Schwanz an Konsequenzen mit sich, der viel Geld kostet. Geld, das man viel besser in die Primärprävention und/oder in die Betreuung von Suchtkranken investieren könnte..*“ (IP8:1) Es stellt sich hierbei die Frage ob nicht die Einrichtung alternativer Beratungs- und Therapiemodelle weniger kostenintensiv ist, als der Kontrollaufwand bzw. die „Behebung“ der Folgen der Kriminalisierung der Klientel. „Die enormen volkswirtschaftlichen Kosten entstehen nicht unmittelbar durch die verbotenen Drogen oder die Behandlung selbst, sondern durch die Konsequenzen der Illegalität. (Friedrichs 2002: 43) Hierbei sind neben der Kriminalität die staatlichen Maßnahmen zur Drogenbekämpfung (Polizei, Justiz etc.) und die Folgekosten (Inhaftierungskosten, Sozialhilfeleistungen, Behandlungskosten etc.) zu erwähnen. (vgl. ebd.) Die Differenzierung von Schäden und Kosten wäre hierbei mitunter hilfreich.

Hierzu darf aber nicht unerwähnt bleiben, dass für die Entkriminalisierung des Drogenkonsums eine gänzliche Umstrukturierung der europaweiten Drogenpolitik vonnöten wäre. Natürlich hätte dies Auswirkungen auf den gesamten Drogenhandel.

Eine Eindämmung des Schwarzmarktes bzw. Drogenhandels wäre beispielsweise durch die Implementierung der unter Kapitel 8.1.1 angeführter Heroinabgabeprojekte denkbar. Diesbezügliche Forschungen zeigen, dass sich DrogenkonsumentInnen bei der offiziellen ärztlichen Vergabe von Heroin als Substitut von der „Straßenszene“ abwenden. Dadurch wird dem Markt die Zielgruppe entzogen und somit dessen Möglichkeiten eingeschränkt. (vgl. Dreher 2007:78) Zumal durch eine legale Versorgung der Klientel die Beschaffungskriminalität deutlich sinkt. Der Druck der Betroffenen täglich oftmals horrenden Summen für ihr Suchtmittel aufzubringen, fällt dadurch gänzlich weg. Ein kontinuierliches, je nach Bedarf angebotenes begleitendes psychosoziales und niederschwelliges Versorgungsangebot erscheint hier als notwendig und sinnvoll. „Unter den Bedingungen der Freigabe kann die Drogenhilfe vielmehr unbelastender und dementsprechend gezielter mit Abhängigkeitserkrankten arbeiten“. (Thamm 1989:378) Die Entkriminalisierung der PatientInnen stellt somit eine Arbeitserleichterung für suchtherapeutische SpezialistInnen dar; Behandlungsvoraussetzungen und Arbeitsbedingungen werden, unter Ausgrenzung der Strafandrohung als Initialzwang bzw. des Leidensdrucktheorems, optimiert.

Allerdings muss in diesem Zusammenhang ganz klar deklariert werden, dass die Folgen einer Legalisierung noch nicht zur Gänze prognostizierbar sind und dementsprechende Maßnahmen bzw. Rahmenbedingungen dafür noch nicht gänzlich evaluiert und auf mögliche Facetten überprüft wurden. (vgl. Kreuzer 1989:47) Höchstwahrscheinlich würden nicht wesentlich mehr Menschen Suchtmittel nehmen, sofern die Abgabe staatlich kontrolliert und mit einer Qualitätskontrolle der Substanzen vor sich geht. (Heroin auf Rezept) Zu erwarten wäre sicherlich eine Verschiebung zwischen bislang legalen und illegalen Drogen.

## **FAZIT:**

Vielerlei Facetten aktueller Problematiken drogenabhängiger Menschen sind letztendlich die Folge einer repressiven Drogenpolitik bzw. der Kriminalisierung dieser Personen aufgrund ihrer Leitdroge. Dies stellt

einerseits einen volkswirtschaftlichen hohen Kostenfaktor dar und ist im Bezug auf die Themen wie suchtherapeutische Behandlung, Reintegration und Stigmatisierung äußerst kontraproduktiv. Hinzu kommt der Faktor, dass es ethisch – moralisch äußerst bedenklich erscheint, Menschen für den Erwerb ihres benötigten Suchtmittels strafrechtlich zu verfolgen. – vor allem unter dem Blickwinkel, dass Sucht eine der schwersten psychiatrischen Erkrankungen der heutigen Zeit darstellt. Wer würde auf die Idee kommen einen Menschen bezüglich des Erwerbes von Insulin zu ahnden?

### 8.1.3 Die Forderung nach der Anwendung akzeptanzorientierter „tools“ in der Suchtarbeit

Wie bereits erwähnt, sollte die Aufgabe des Paradigmas der Abstinenzforderung in der Arbeit mit süchtigen Menschen im Mittelpunkt stehen, wenn diese Arbeit bedürfnis – und adressatorientiert sein soll. „Nicht mehr das Abstinenzziel, sollte die Organisation der Drogenhilfe beherrschen, sondern die Akzeptanz, bzw. die Anwendung des Akzeptanzmodells.“ (vgl. Stöver 1990:15)

Folglich stehen in diesem Modell die KlientInnen im Mittelpunkt. Er/sie wird in seiner/ihrer Einzigartigkeit wahrgenommen und auf die Wahrnehmung der Eigenverantwortung und Selbststärkungsmechanismen hingearbeitet.

Die Sichtweise in dem der/die Suchtkranke als Objekt betrachtet wird ist somit obsolet; individuelle, nicht entmündigende, „maßgeschneiderte“, schadensbegrenzende (Harm Reduction) therapeutische Hilfs- und Begleitangebote haben Priorität.

Die akzeptierende Drogenhilfe stößt allerdings immer wieder an ihre Grenzen, wie in den Kapiteln 2.8, 5, und 8.1 dieser Arbeit ausführlich behandelt wurde.

*„ Der Abstinenzgedanke gehört noch stärker aus den Gesetzen heraus und somit kann der akzeptanzorientierte Arbeitsansatz verstärkter in den*

*Suchtberatungsstellen des Landes NÖ Eingang finden.“ „... es steht mir als BeraterIn, TherapeutIn nicht zu für KlientInnen zu entscheiden, ob sie mit oder ohne Suchtmittel ihr Leben verbringen wollen und als Gesetzgeber auch nicht... Menschen dürfen sich aus ethischen Gründen selbst entscheiden, ob sie gegen ihre Erkrankung etwas unternehmen wollen oder nicht. ProfessionistInnen haben ein Vorschlagsrecht; aber ich kann eigentlich niemanden dazu zwingen...“ (IP8 2009:8)*

Ein methodisches Werkzeug für akzeptanzorientiertes Arbeiten ist das der Motivierenden Gesprächsführung nach Millner W. und Rollnick S. (2002) Dies ist eine klientInnenzentrierte, direkte Methode zur Verbesserung der intrinsischen Motivation für eine Veränderung mittels der Erforschung und Auflösung von Ambivalenz. (vgl. Millner und Rollnick 2004:47)

Es handelt sich hierbei nicht um ein Aneinanderreihen von nützlichen Strategien, um mit „schwierigen“ KlientInnen zu arbeiten, sondern um einen Beratungsstil der sich mit dem Thema Motivation auseinandersetzt und die Prinzipien Evocation (Hervorrufen), Autonomie und Partnerschaftlichkeit als Leitlinien definiert. MOCA (Motivational Casemanagement) ist eine Weiterentwicklung dieser Ansätze und findet gerade aktuell verstärkten Eingang in die Praxis der Sozialen Arbeit mit Substanzabhängigen. ( vgl. Schuh et al. 2002) Formale, organisatorische Elemente der Beratung bzw. des Case Management werden mit den Ansätzen des Motivational Interviewing verbunden. (vgl. Vogt 2004:207)

Wenn von Akzeptanzorientierung in der Suchtkrankenhilfe gesprochen wird, dann kann der Zugang der Sozialraumorientierung nicht unerwähnt bleiben.

Hinte 2007 (45ff) nennt als ein wichtiges Prinzip der sozialraumorientierten Arbeit, das der genauen Erarbeitung einer Definition von Wille und Interesse eines Menschen. Der Wille des Menschen ist Ausdruck eigensinniger Individualität und führt zu den ureigensten Kraftquellen des Menschen. Die aufmerksame, respektvolle Suche nach dem Willen des Menschen kann nicht ersetzt werden durch eine pseudofachlich begründete „Vorab –

Definition“ eines „wünschenswerten“ Willens oder durch lediglich Vermutungen über eventuell vorhandenen Interessen der Menschen. Somit bedarf es eines unerschütterlichen Glaubens an die Möglichkeit jedes einzelnen Menschen. (vgl.Hinte:2007:51)

Partizipation, Empowerment, Selbstorganisation sind Grundsätze der Gemeinwesenarbeit bzw. der Community Work (Jane Addams) seit Ende des 19. Jahrhunderts in den USA. (vgl. Pantucek 2004) Sozialraumorientierung ist somit ein Rückgriff alter traditioneller, aber bewährte Zugänge auf Ressourcen, Defizite, Strukturen von Sozialräumen zu analysieren. Sozialraumorientierung ist ein durchgreifendes Arbeits- und Organisationsprinzip sozialer Arbeit, das keinerlei Gegensatz zur Arbeit am Einzelfall darstellt. (vgl. Pantucek ebd.)

Diskutiert man nun über die Herausforderungen des SUCHTPLAN 2010, dann können und müssen obige Überlegungen mit in diesen drogenpolitischen Rahmenplan implementiert werden; gerade um die unterschiedlichen Dimensionen des ländlichen Raumes – in dem Fall des Bundeslandes NÖ - zu erfassen. Auch wissenschaftliche Zugänge, wie die der Stadtforschung (als Kontrastierung zum typisch „ländlichen“), Agrarsoziologie und der Sozialgeographie müssen hierbei Raum finden.

Politische Strukturen im ländlichen Raum sind im Vergleich zu urbanen Räumen sehr nah aneinandergelegt. Das bedeutet, um am Land sozialraumorientiert effektiv vorzugehen, ist es notwendig mit relevanten politischen Schlüsselpersonen bzw. EntscheidungsträgerInnen / KooperationspartnerInnen Beziehungsarbeit zu leisten.

Laut Brandstetter M. (2008) ist das, was heute im alltäglichen Sprachgebrauch als „Land“ definiert wird, eine völlig heterogene gesellschaftliche Realität: Auch der Begriff der „Lokalität“ muss weitläufiger definiert werden. LandbewohnerInnen weisen zunehmend einen größeren Aktionsradius auf und deren Alltag spielt sich immer weniger im engeren Raum ab. (vgl. ebd.:7)

## **8.2 Defizite in der Versorgungslandschaft für suchtmittelkonsumierende Menschen in NÖ**

Um eine möglichst exakte Darlegung und Bedarfserhebung der verschiedenen notwendigen suchtbefindlichen Einrichtungen in NÖ zu ergründen, wäre eine allumfassend angelegte Sozialraumanalyse inklusive einer großflächigen, gut strukturierten und dementsprechend effizient geplanten, mit genügend finanziellen Ressourcen versehenen, Evaluation nötig. Dies kann im Rahmen dieser Diplomarbeit nicht valid dargestellt werden und war vordergründig auch nicht das eigentliche Ziel dieser These.

Bei der Auswertung der ExpertInneninterviews ergaben sich folgende Defizite bzw. Besonderheiten:

### **8.2.1 Defizite im Hinblick auf die Substitutionsversorgung in NÖ**

Zur aktuellen Situation der Substitutionsversorgung bzw. Novellierung der Suchtgiftverordnung äußert sich der österreichische Verein der Drogenfachleute im Jänner 2006 wie folgt:

Vor allem durch die Einschränkung der Substitutionsmedikamente und eine Einengung der Zielgruppe (Alter, Applikationsform) und eines restriktiveren Abgabemodus, insbesondere bei den retardierten Morphinen, kristallisiert sich durch die Novellierung, die im November 2007 in Kraft trat, eine grundsätzliche Verschlechterung der aktuellen Substitutionssituation in Österreich heraus. (vgl. [www.oevdf.at](http://www.oevdf.at))

Die in der Novelle festgeschriebene Regel, dass grundsätzlich Methadon in der Behandlung von Opiatabhängigen das Mittel der ersten Wahl sein soll, gilt unter Fachkreisen als sehr umstritten, da Methadon erwiesenermaßen die meisten Nebenwirkungen im Vergleich zu allen anderen Substitutionspräparaten aufweist und für eine längerfristige Behandlung ungeeignet erscheint.

Wie auch unter den Kapitel 4.1.4 und 4.1.5 erwähnt, ist durch diese Novellierung das Versorgungsdefizit im Bundesland Niederösterreich mit adäquaten verschreibenden ÄrztInnen besorgniserregend hoch geworden. KlientInnen müssen nach Wien zur Behandlung fahren. Dies stellt oftmals eine finanzielle und auch im Sinne der Akutversorgung große Hürde für Betroffene dar. Zusätzlich stellen die Abgabemodi eine Gefährdung der Integration, vor allem in beruflicher Hinsicht, dar. Die Möglichkeit einer wöchentlichen Dosisabgabe durch die Apotheke ist erstmals nach zwölfwöchiger Berufstätigkeit gestattet. Der Berufswiedereinstieg erscheint durch die tägliche Abholung des Substitutes gefährdet.

*„...Ich habe schon sehr den Eindruck, dass die drogenpolitische Auseinandersetzung in Österreich in den letzten Jahren massiv von diesem Substitutionsthema geprägt ist.“ (IP3, 2009:1)* Eine Medizinalisierung der gesamten Drogenproblematik ist zu erkennen, wie weiter IP3 attestiert:

*„In den 1980er Jahren war die Suchtszene sehr stark von innovativen suchttherapeutischen Modellen geprägt, von multiprofessionellen Ansätzen. Heutzutage ist zunehmend zu bemerken, dass sich die Suchthilfe bzw. deren Diskussion eindimensional in eine sehr medizinisch gerichtete Linie hin entwickelt. Das finde ich bedenklich.“*

Innovationen im suchttherapeutischen Zusammenhang sind allerdings anfänglich in Österreich von der Sozialarbeit ausgegangen. Themen wie konsumakzeptierendes Arbeiten, Niederschwelligkeit, etc., das sind Instrumentarien der Sozialen Arbeit.

## **FAZIT:**

Eine variable Substitutionsverordnung erscheint – nicht nur in NÖ - erforderlich, in der mehrere Professionen integriert werden müssen. Durch die neue Substitutionsverordnung und deren strengere Abgabemodi artet die Substitution in ein sehr restriktives System aus. Hochqualifizierte ÄrztInnen erleben sich in ihrer Verschreibepaxis eklatant eingeengt. Ziel ist es laut IP5 eine bundesweite Honorar – bzw. Leistungsabgeltung zu schaffen, um dadurch eine Steigerung der Attraktivität der Substitutionsbehandlung für

ÄrztInnen in NÖ zu erreichen. Zudem ist eine Reduktion der Ausbildungsstunden für weiterbehandelnde Ärztinnen anzudenken.

### 8.2.2 Defizite im Hinblick auf niederschwellige Einrichtungen in NÖ

Wie den beiden im Anhang eingefügten Abbildungen über die spezialisierten Angebote zu Behandlung, Begleitung und Betreuung von Drogenabhängigen in Österreich zu entnehmen ist, sieht die Situation bzw. die Versorgung der Klientel in NÖ mit niederschweligen Einrichtungen wie Notschlafstellen, Kriseninterventionszentren und dergleichen sehr trist aus. Dies hat einerseits mit der Größe des Bundeslandes zu tun; andererseits ist es aber auch das Resultat drogenpolitischer Konzeptionen in NÖ, die dieser Art der Betreuung Drogenkranker schlichtweg sehr wenig Bedeutung zukommen hat lassen.

Im Niederösterreichischen Suchtplan 2000 wurde das Vorhaben des Vollausbaus der Suchtberatungsstellen, mit deren diversen Trägern, im gesamten Raum NÖ angestrebt. Dieser Vollausbau ist, wie bereits in der Einleitung erwähnt, voraussichtlich im Herbst 2009 vollendet. Allerdings ist die Erreichbarkeit der Einrichtungen der Suchtberatungsstellen für die Klientel aufgrund der Größe des Bundeslandes NÖ oftmals eine Hürde. „Die Beratungsstelle erreicht in Relation zur vermutlichen Größe der Zielgruppe kaum mehr als ein Drittel der Reichweite, die eine nach dem gleichen Schlüssel besetzte Beratungsstelle im urbanen Raum erfassen kann.“

(Vgl. Pantucek 2004)

Im Suchtplan 2000 wurde anhand eines Einwohnerschlüssels die nötigen Kapazitäten der einzelnen Beratungsstellen definiert: 50 000 EinwohnerInnen stehen 40 Stunden Sozialarbeit entgegen; räumliche Besonderheiten wurden nicht berücksichtigt, Dazu IP2: *„ Hier muss in Zukunft bedarfsorientierter geplant werden; mehr Rücksicht muss auf die räumlichen Besonderheiten der einzelnen Regionen gelegt werden... 80 % der illegalen SuchtpatientInnen kommen aus den Stadtbereichen, wie Neunkirchen, Wiener Neustadt . Hingegen sind wieder im Waldviertel viele*

*AlkoholpatientInnen zu finden...Hier muss ein Modell erarbeitet werden...“*  
(IP2 2009:3)

Auch die Öffnungszeiten sind in den Beratungsstellen zum Teil sehr „klientInnenunfreundlich“ bzw. werden deren Lebenswelt nicht gerecht. Ein umfassender Harm Reduction Ansatz mit seinen diversen Maßnahmen, wie Sprizentausch, etc fehlt gänzlich; ist in den Konzepten der Suchtberatungsstellen nicht vorgesehen Die Suchtberatungsstellen, mit ihren unter §15 festgelegten Qualitätskriterien – siehe auch Kaptitel 8.3 - sind von ihrer Konzeption und Rahmenbedingungen alles andere als niederschwellig.

*„ Wenn man sich überlegt, dass in einigen Suchtberatungsstellen in NÖ oftmals acht Wochen Wartezeit auf ein Erstgespräch ist, dann frage ich mich, bei wem da nicht die Motivation schwindet, der gerade JETZT etwas gegen seine Problematik tun möchte und aktiv sein will.“*(IP8 2009:3)

Flexiblere Hilfeangeboten bzw. einfacheren Zugangsmöglichkeiten zu den Entzugsplätzen und Therapieeinrichtungen, also auch mehr Angebote nicht nur von Langzeittherapien, sondern auch von Kurzeiteinrichtungen bzw. die Erweiterung von ambulanten und /oder tagesklinischen Lösungen müssen geschaffen werden. (Schmidtobreck 1994:154) Diese Hilfen müssen für das Klientel, unter Ausklammerung des Leidensdrucktheorems<sup>9</sup>, schnell, wenig bürokratisch und hürdenfrei erreichbar sein. „ ...das gesamte Therapiesystem in Österreich verlangt höchst motivierte Menschen... Wenn Personen sich hier und jetzt entscheiden, etwas ändern zu wollen, dann muss das auch so schnell wie möglich realisierbar sein. .. erst durch die Mühlen der Beratung, der Auflageverfahren der Entzugsstationen gehen zu müssen, dabei geht wertvolle Motivation - bzw. Motivationsarbeit verloren..“  
(IP 8 2009:2)

---

<sup>9</sup> Das Leidensdrucktheorem geht davon aus, dass Menschen erst massiv Leid und Schwierigkeiten erfahren müssen, um dann Veränderungsaktivitäten setzen zu können.

Die räumliche Situation in NÖ ist insofern schwierig, als dass dieses Bundesland das größte Österreichs ist; also eine große Weitläufigkeit aufweist. Zudem ist bekannt, dass Wien quasi ein NÖ eine Art „Vorhof“ zu Wien darstellt und dies einige spezielle Problematiken mit sich bringt. Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass in Wien immer noch einer der wichtigsten Umschlagplätze für illegale Drogen positioniert ist. Zudem bietet Wien Anonymität um gewünschte Beratung, Begleitung, Behandlung zu bekommen; gerade für diese Gruppe von Menschen die in ihrem unmittelbaren Lebensraum von permanenter Ausgrenzung und Stigmatisierung tangiert sind. Der ländliche Raum ist nach wie vor noch immer von der allgemein hin vertretenen Doktrin der suchtbetragenen „Willenschwäche“ und „Dummheit“ geprägt. Der Zugang Sucht als teilweise schwere Erkrankung zu sehen fehlt oftmals.

## **FAZIT**

Die größte Herausforderung für den Suchtplan 2010 bzw. für die drogenpolitischen Verantwortlichen auf Länder- bzw. auf Bundesebene, wird die Installierung einer bedarfsorientierten, niederschweligen, klientenorientierten Suchtarbeit bzw. Beratungseinrichtungen sein.

### 8.2.3 Defizite im Hinblick auf die (Re)Integration drogenabhängiger Personen

Berufliche und damit zusammenhängend soziale Wiedereingliederung, also eine Basisintegration, ist kein Zusatzangebot einer suchtspezifischen Hilfsmaßnahme, sondern ein unverzichtbarer Teil des Hilfeprozesses. Lebensbestimmende Bereiche wie Wohnraumbeschaffung, Arbeits- und Beschäftigungsprojekte (SÖB<sup>10</sup>s), müssen Kernbereiche dieser Unterstützungsmaßnahmen sein. (vgl. Schmidtbreich 1994:156)

---

<sup>10</sup> SÖB= Sozialökonomische Betriebe

In der heutigen Zeit wird in unserer Gesellschaft und deren Normengerüst Arbeit als höchst positiv konnotiert. Der Begriff Arbeit und Arbeitsleistung und die grundsätzliche Bereitschaft hierfür unterliegt einer immens hohen wertsystemischen gesellschaftsrelevanten Bewertung. Für Menschen die allerdings aus dem Arbeitsprozess exkludiert sind birgt diese Tatsache oftmals ein individuelles und gesellschaftliches, soziales Konfliktpotential. Arbeit ist und bleibt für die Sozialisation des Menschen ein wesentlicher Bestandteil. Unser Sozialprestige und unsere ökonomische Situation wird durch Arbeit definiert und damit verknüpft in welcher Art und Weise Menschen ihr Leben gestalten können. Arbeit ist sinn – und identitätsstiftend und sie hat massiven Einfluss auf das Selbstbewusstsein eines Menschen. Eine (gesellschaftlich) anerkannte Tätigkeit verschafft Zustimmung und Integration in mikro- und mesokosmischer Hinsicht.

*„Die Drogen – und Suchthilfe hat sich lange nicht für die Thematiken: Arbeit und Beschäftigung, Rehabilitation und Integration zuständig gefühlt und ich habe die Ansicht, dass diese Themen nun langsam in den Fokus rücken müssen....Wenn ambulante Betreuung und Therapie angeboten wird, dann gehören diese eminent wichtigen Pfeiler dazu..“ (IP3 2009:3)*

Es entbehrt jeglicher Diskussion, die Bedeutung der Erwerbsarbeit für (ehemalige) Drogenkranke nicht als wichtigen Pfeiler der (Re)Integration, Entstigmatisierung und (psychischen, sozialen, finanzieller etc.) Stabilisierung dieser Menschen anzuerkennen. Zusätzlich würde eine Teilhabe der Klientel am 1.und am 2. Arbeitsmarkt und deren (Re)Integration auch einen volkswirtschaftlichen Nutzen darstellen. ([www.oevdf.at](http://www.oevdf.at)) Somit ist das Drogenhilfssystem, die Bundesländer, die einzelnen Versicherungssysteme aufgefordert bessere Rahmenbedingungen für Suchterkrankte am Arbeitsmarkt zu schaffen.

NÖ hat in Bezug auf Arbeits- und Beschäftigungsprojekte grundsätzlich wenige Einrichtungen, die noch dazu geringe Kapazitäten aufzuweisen haben, für suchterkrankte Menschen zur Verfügung. Mitunter kommt hierbei, wie in anderen Belangen auch, wiederum die Größe des Bundeslandes mit

teilweise unzumutbaren Anfahrtswegen für KlientInnen zum Tragen. Eine Möglichkeit diesbezüglich wäre, einerseits den Ausbau solcher Beschäftigungsprojekte – unter Umständen mit dem AMS – weiter zu forcieren und an diese niederschwellige Wohngruppen anzugliedern.

Wien stellt im Vergleich mehr dieser Projekte für illegale SuchtmittelkonsumentInnen zu Verfügung. Selbst wenn für NÖ KlientInnen die Erreichbarkeit Wiens weniger ein Problem darstellen würde (z.B.: aus dem Raum Mödling, Baden, Wiener Neustadt etc.), sind Personen aus NÖ in besagten Einrichtungen (teilweise aus Förderungsgründen) nicht vermittelbar. Eine intensivere Zusammenarbeit der beiden Bundesländer mit, unter anderen, deren Sucht- und DrogenkoordinatorInnen wäre für alle Beteiligten wünschenswert und ist nicht nur aus Sicht der Frontlineworker unabdingbar.

Integration muss aber bereits in den kleinen Kreisen, also im unmittelbaren Lebensumfeld des/der Betroffenen ansetzen. Dazu braucht es einen Boden der Akzeptanz. (Siehe Kapitel 8.1.3 – das Akzeptanzmodell) Wenn effektive Aufklärungsarbeit geleistet wird, dann können Menschen mit Suchterkrankten im öffentlichen Raum besser umgehen. *„Auch dieser Ansatz ist ein Auftrag an das Konzeptpapier des neuen Suchtplanes 2010.“* (IP8 2009:4) Die Öffentlichkeitsarbeit in NÖ arbeitet sehr stark in Richtung Primär- und Sekundärprävention, hauptsächlich gelenkt von der Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung. ([www.suchtvorbeugung.at](http://www.suchtvorbeugung.at))

## **FAZIT:**

Basale Integration (ein fester Wohnsitz, materielle Grundsicherung, soziale Kontakte, Freizeitgestaltung, etc.) und die (Re-)Integration im Hinblick auf eine berufliche Tätigkeit sind die Hauptpfeiler, nebst der Sicherung des Überlebens und der Verbesserung des Gesundheitszustandes, sind die wichtigen Behandlungsziele in der Suchtkrankenhilfe.

Entstigmatisierung, Akzeptanzorientierung, Öffentlichkeitsarbeit bzw. Aufklärungsarbeit, und die Schaffung von adäquaten arbeitsmarktpolitischen

Rahmenbedingungen hinsichtlich facettenreicher Arbeits- und Beschäftigungsprojekte für (ehemalige) Suchtkranke muss das Ziel bzw. die Herausforderung künftiger Suchtkonzepte für Bund und Länder sein. Die volkswirtschaftliche Komponente hat hierbei mindestens genauso viel Brisanz, wie das Menschenrecht auf Arbeit für jedeN.

### **8.3 Die Forderung nach weiteren Qualitätsstandards bzw. nach Qualitätssicherung der Suchthilfe in NÖ**

#### 8.3.1 Die Kooperation

Qualitative professionelle Sozialarbeit im Handlungsfeld Sucht ist besonders intensiv auf die Kooperation mit anderen Berufsgruppen angewiesen. (ÄrztInnen, PsychologInnen, JuristInnen, BewährungshelferInnen, etc.) Jede dieser Berufsgruppen hat ihre eigene Sichtweise über Hilfsangebote, methodische Zugänge und der Probleme als solches. (vgl. Lovisach 1996:15) Eine kritische Auseinandersetzung mit den Arbeitseinstellungen und Handlungsspielräumen der anderen Professionen und bestenfalls eine Integration in die eigenen sozialarbeiterischen Konzepte, macht qualitative Soziale Arbeit aus.

Berufsübergreifende Zusammenarbeit erfordert eine ausgeprägte Kooperations- und Besprechungskultur, Aushandlungs- und Abstimmungsprozesse über Behandlung der Patienten und übergreifende integrierende Konzepte. (vgl. Bacher/Otto 2005) Sie braucht eine fachgerechte interdisziplinäre Kommunikation, die Zusammenhänge aufzeigt und Vernetzung herstellt.

Im interdisziplinären gesundheitsbezogenen Handeln in sozialen Situationen für und mit Menschen, die von gesundheitlichen Problemen bedroht oder erkrankt sind, muss das körperliche, das seelische und das soziale Wohlbefinden gleichrangig ernst genommen werden. (vgl. Pauls 2005) Gesundheitliche Problemlagen lassen sich physiologischen, psychischen und sozialen Systemebenen zuordnen (Bio-psycho-soziale Problemlage).

Von einem suchttherapeutischen Team ist eine komplexe Problemwahrnehmung und integrative Problembearbeitung, eine multidimensionale Klärung von Hilfewünschen und Hilfebedarf und multiperspektivische Problemlösungsstrategien gefordert. Im Sinne einer umfassenden integrierten Versorgung und Behandlung sind Kooperationen zwischen den an der Gesundheitsversorgung beteiligten Fächern und Berufsgruppen notwendig. (vgl. Ortmann/Schaub 2003)

Alle Teammitglieder verfolgen ein gemeinsames Ziel, nämlich die Gesundheit von Menschen in ihrer Lebenssituation und Umgebung zu verbessern bzw. zu fördern.

Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgruppen ist ein gemeinsamer verbindlicher Prozess auf der Grundlage eines einheitlichen Krankheitsverständnisses und will die ganzheitliche Betreuung des kranken Menschen sicherstellen. Im Mittelpunkt steht der kranke Mensch mit seinen persönlichen und sozialen Problemen.

Sozialarbeit im multiprofessionellen Team versteht sich als Schnittstellenmanagement, sie bezieht sich auf die Bereiche zwischen den klassischen Professionen. Sie sieht sich als Experte für soziale und psychosoziale Beratung und Interventionen. Bedeutend dafür ist Wissen, Können und Haltung. Sozialarbeit bezieht sich auch auf das Wissen um die Werte, Ziele und Prioritäten des/der KlientIn unter Einhaltung der Würde des Menschen. (vgl. Pauls/Mühlum, 2005) Sozialarbeit betont die Alltags- und Lebensweltorientierung im Sinne der (psycho-) sozialen Beratung, d.h. in ganzheitlicher Sicht auf die personale und soziokulturelle Situation der KlientInnen. SozialarbeiterInnen stellen Zusammenhänge zwischen individuellem Lebensstil, sozialer Lage und Gesundheit bzw. Krankheit her. Sie legen den Fokus auf soziale Dimensionen gesundheitlicher Beschwerden, sie sehen gesundheitsbezogene Zusammenhänge der Lebensweisen und Lebenslagen und verstehen und deuten die individuellen Lebenssituationen der KlientInnen. (vgl. Ortmann/Schaub, 2003/04)

Als zentrale und wohnortnahe Anlaufstelle sind die Suchtberatungen zuständig für Koordination und Kooperation der örtlichen bzw. regionalen Dienste der Suchthilfe sowie weiterer sozialer Dienste und sonstiger Hilfsmöglichkeiten. Die Öffentlichkeitsarbeit ist wichtig, um gute Kontakte zu verschiedenen allgemeinen sozialen und suchtspezifischen Einrichtungen und zu sonstigen Kooperationspartnern in der Gemeinde und in der Region aufzubauen und zu unterhalten. (vgl.Lovisach 1996 :234)

### 8.3.2 Die Erhebung der diversen Betreuungsstandards

Die diversen Suchberatungsstellen des Landes NÖ zeichnen sich die folgende Träger verantwortlich: API, PSD und Caritas. Durch die verschiedenen Entwicklungen bzw. Entstehungsgeschichten der Trägereinrichtungen ergeben sich naturgemäß divergierende Arbeitsstandards- und Zugänge und auch suchttherapeutische Haltungen der einzelnen ProfessionistInnen im Handlungsfeld.

Unter Berücksichtigung regionaler Schwerpunktsetzungen wäre laut IP 2 eine große Fachtagung in NÖ vonnöten, bei der eine gemeinsame bzw. einheitliche Standardarbeit der diversen Suchteinrichtungen andiskutiert werden kann. Ein großer Überblick kann geschaffen werden und die Ressourcen der einzelnen Träger können sich in weiterer Folge gegenseitig zugänglich gemacht werden. (beispielsweise durch regelmäßige Jour Fix und Weiterbildungsveranstaltungen)

Es erscheint, auch unter allen InterviewpartnerInnen, unabdingbar, dass Qualitätsstandards der Beratung und Therapie im Suchtbereich durch regelmäßige Evaluationen und wissenschaftliche Forschungs- und Überprüfungssysteme modifiziert und aktualisiert werden. Ohne eine großflächig angelegte Evaluierung wird dies allerdings nicht möglich und sinnvoll sein.

### 8.3.3 Die Vereinheitlichung der Dokumentationssysteme und diverser Arbeitsstandards

Eine bundesweite Teilnahme an dem Dokumentationssystem zu den KlientInnen der Drogeneinrichtungen (DOKLI) durch die Gesundheit Österreich GmbH bzw. deren Geschäftsbereich ÖBIG wertet bereits seit mehreren Jahren relevante Daten aus und bringt einen jährlichen Situationsbericht dazu heraus. (BMGFJ)

Eine grobe Vereinheitlichung der Qualitätsstandards der einzelnen §15 SMG Einrichtungen ist klar durch das BMGFJ definiert und von diesem auch kontrolliert. Diese Auflagen sind bindend für die Einrichtungen; jährliche Tätigkeitsberichte an das BMGFJ ebenso verpflichtend.

Auch zur Gewährleistung der Zielerreichung der einzelnen Fördernehmer hat bereits im August 2006 die Fachsstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung einen „Qualitätsrichtlinienkatalog“ für Suchteinrichtungen in NÖ veröffentlicht. ( vgl. [www.suchtvorbeugung.at](http://www.suchtvorbeugung.at))

Trotz dessen ist es nötig, die verschiedenen Arbeitsstandards der Träger in NÖ zu evaluieren und zu prüfen inwieweit diese nach „state of the art“ arbeiten. Ein markantes Kriterium eines effektiv und effizient angelegten Qualitätsmanagements ist (vgl. IP2 2009:7) eine einheitliche Dokumentation. Die Darstellung, Reflexion und Ergebniskontrolle der Tätigkeiten der SpezialistInnen im Suchtbereich müssen im Sinne von Qualitätssicherung – und Management dokumentiert und statistisch ausgewertet werden. (vgl. Lovisach 1996: 233) Dieser Aspekt sollte laut IP2 in den NÖ Suchtplan 2010 jedenfalls verstärkter seine Berücksichtigung finden.

Eine Generalisierung des Dokumentationssystems und der Koordination der Arbeitsabläufe und Konzepte, die einheitliche Definition der verschiedenen Zielgruppen der Suchtberatungsstellen des Landes NÖ, Kooperation und eine solide Öffentlichkeitsarbeit ermöglicht eine Transparenz und letztendlich

eine Erleichterung die Organisationsstrukturen und die fachliche Zusammenarbeit qualitativ weiterzuentwickeln.

Zudem soll hierbei auch der finanzielle Faktor nicht unerwähnt bleiben: durch eine verbesserte Transparenz des Suchthilfesystems können rascher Missstände, Doppelläufe und ineffiziente Handlungsmuster schneller ausgemerzt werden und somit Kosten gespart werden.

Allerdings führt dieser Zugang oftmals bei Frontlineworker an der suchttherapeutischen Basis zu heftigen Diskussionen. Dies wird mit dem möglichen Verlust eines individuellen therapeutischen Zugangs zur Klientel begründet.

## 9 Resümee

Die Diskussion über Drogenpolitik, deren Maßnahmen, Suchthilfe, Strafverfolgung etc. ist ein gesellschaftlich sehr emotional besetztes Thema. Diese Diskussion wird mitunter von Extremen beherrscht, wie etwa die Forderung nach höheren Strafen, Zwangstherapien, „Krieg den Drogen“; dieser Krieg erscheint manches mal als ein Krieg gegen die drogenerkrankten Personen zu sein. Die anderen Extreme sind die völlige Liberalisierung der Drogenpolitik.

Letztendlich ist die Aufgabe der Gestaltung einer rationalen Sucht- bzw. Drogenpolitik in unserer heutigen pluralistischen Gesellschaft, mit ihren unzähligen verschiedenen Lebenskonzepten, Wertekonstrukten und Normen, also durch diese spezielle gesellschaftliche Konstitution, massiv erschwert. Die verschiedensten nebeneinander existierenden Wertesysteme lassen keinen einheitlichen Konsens der Gesellschaft im Bezug auf Drogen, Suchtmittel etc, erkennen. Ein diffuses Bild wird sich auftun, wenn Menschen beispielsweise zur Abstinenz hinlänglich von Alkohol, Cannabis und Nikotin befragt werden würden.

Der gesellschaftliche Umgang mit illegalen Suchtmitteln bzw. Drogen kann nicht wertfrei diskutiert werden. Diese Diskussion muss getragen werden von einem Weltbild des Humanismus (Stichwort: Human based medicine). Human based orientierte Suchtarbeit bzw. Sozialarbeit ist ein ideologischer Ansatz. Dieser Ansatz sollte in die gesamte drogenpolitische Diskussion implementiert und fest verankert werden. Somit muss die Forderung eines schadensminimierenden Ansatzes in der (österreichischen) Drogenpolitik Akzeptanz und Realisierung finden.

Harm Reduction Maßnahmen sind jene die sich nicht an Drogenfreiheit orientieren, sondern auf Verhinderung, Reduzierung, Verbesserung körperlicher und sozialer Begleit- und Folgeschäden illegalen Suchtmittelkonsums. Schadensbegrenzende Maßnahmen dienen nicht nur der Klientel, sondern auch der öffentlichen Gesundheit und dem

Gemeinwesen. Die Bedeutung der Forschung bzw. des immanenten Forschungsbedarfes für schadensminimierende Zugänge sind hierbei nicht außer Acht zu lassen. Harm Reduction Maßnahmen sind mehr als Maßnahmen als solches; Harm Reduction ist politisches Denken, eine Philosophie. Harm Reduction als Grundprinzip in der Drogenpolitik ist demokratisch, menschlich, effektiv und schafft qualitative neue Grundlagen der Suchttherapie und Suchtpolitik.

In diesem Spannungsfeld ist Soziale Arbeit mit ihrem professionellen Hilfsanspruch gefordert alle Perspektiven dieses multidimensionalen Themenbereiches zu erkennen und demnach adäquat zu handeln. Für die Sozialarbeit im Handlungsfeld Sucht bietet sich in diesem Kontext dann eine Chance, wenn sie einerseits der zu beobachtenden Entwicklung der Medizinalisierung; Kriminalisierung des Klientel und einer zunehmenden Pathologisierung der KlientInnen entgegenwirkt und andererseits mit einer ganzheitlichen Sichtweise die Bearbeitung der sozialarbeiterischen Aufträge selbstbewusst in Angriff nimmt. Es gilt SozialarbeiterInnen in diesem Bereich mehr denn je zu einem Umdenken im Bezug auf Betroffene zu motivieren: Die Selbstregulierungs – und Selbstheilungskräfte; aber auch die Selbstverantwortung der Menschen müssen in den Mittelpunkt des Unterstützungsprozederes rücken.

Wenn soziale Missstände in einer Gesellschaft als solche definiert und geäußert werden, beginnt genau in dieser Phase der gesellschaftliche Auftrag der Sozialarbeit, Institutionen, Konzepte der Hilfsmaßnahmen zu entwickeln. (vgl. Lovisach 2002: 93) Es ist leider ein immer wiederkehrender Stereotyp unserer gesellschaftlichen Konstrukte, das die Konzentration auf ein soziales Problem dazu dient, eine Mehrheit auf Kosten ausgegrenzter Minderheiten zu mobilisieren und von anderen Missständen abzulenken. (vgl. ebd.) „ *Wenn die Zeiten härter und rauer werden, - Stichwort Wirtschaftskrise - hat man schon immer massiver auf die Randgruppen hingehauen..*“ (IP6 2009:1)

Für die Zukunft braucht es - nicht nur für die Sozialarbeit - weiter gesteckte Ansätze, bei denen die aus fachlicher Sicht willkürlich gezogene Grenze zwischen legalen und illegalen, stoffgebundenen und stoffungebundenen Süchten aufgehoben wird und auch dieser Zugang ganzheitlicher und mehrdimensionaler wird. „Das aktuelle Wissen rechtfertigt aber die Schlussfolgerung, dass sich die heute übliche Trennung in illegale und legale Drogen, weder aus neurobiologischer noch aus psychologischer Sicht rechtfertigen lässt.“ ( Van der Linde 2009:13) Die Unterschiede in Dynamik und Abhängigkeitsrisiko zwischen den einzelnen Substanzen sind nicht von der Hand zu weisen, allerdings liegen dem Abgleiten in problematische Konsumformen oder in eine Abhängigkeit letztendlich ähnliche Mechanismen zugrunde. (vgl. ebd.)

Wenn Sozialarbeit gegen eine restriktive, wenig auf schadensminimierende Maßnahmen bedachte Drogenpolitik aktiv sein will, dann wird es Stimmen aus der Basis brauchen, die gegen diese Politik von oben – auch auf EU-Ebene- die multiprofessionell aufbegehrt und sich dafür einsetzt., *Die Sucharbeit im Gesamten, aber gerade die Drogenarbeit im Speziellen, braucht mehr Mitarbeit und Aufbegehren von der Basis weg!*“ (IP3 2009:6)

Es hat den Anschein, dass suchtrelevante, drogenpolitische Entscheidungen parteipolitisch- strategisch getroffen werden und nicht expertenstrategisch. Der professionelle Diskurs erscheint noch immer sehr diffus. Eine Konformität der ProfessionistInnen über die Einstellung der Suchterkrankung und deren Behandlungsweise ist von eklatanter Bedeutung.

Nur wenn SozialarbeiterInnen an die wirklichen Fähigkeiten einer Person glauben, werden sie ein Klima schaffen können, in dem sich ein Mensch entsprechend entwickeln kann. Selbstwert entwickeln Menschen nicht, in dem sie der Fachkraft dankbar für ihre methodischen Interventionen sind. Selbstwert wird entwickelt, wenn Voraussetzungen geschaffen werden, sodass KlientInnen intrinsische Motivation und wirklichen Willen generieren können und nicht einer fremdbestimmten Definition von Interesse hinterherhetzen müssen.

Abschließend die wichtigsten Ergebnisse bzw. Herausforderungen an den Suchtplan 2010 nochmals auf den Punkt gebracht:

- Evaluierung des Rahmenpapiers „NÖ SUCHTPLAN“ kontinuierlich, d.h.: mindestens alle 3-4 Jahre
- Die Implementierung aller stoffungebundenen Süchte, wie beispielsweise pathologisches Kaufen, pathologischer Internetgebrauch, Glücksspiel etc. in das Konzept des neuen Suchtplans
- Verstärkte Kooperation der FachexpertInnen untereinander und mit drogenpolitisch Verantwortlichen
- Kontinuierlicher Anstieg der Qualitätssicherung der suchtspezifischen Therapie – und Beratungsangebote . Beispielsweise durch eine Angleichung der diversen Arbeitsstandards der verschiedenen Träger in NÖ. Forcierung von Weiterbildung, Öffentlichkeitsarbeit und Forschung.
- Der Medizinalisierung der Suchtkrankenhilfe muss Einhalt geboten werden
- Entstigmatisierung durch adäquate gemeinwesen – bzw. sozialraumorientierter Projekte.
- Entkriminalisierung illegaler Suchtmittel bzw. der KonsumentInnen
- Forcierung der Harm Reduction Ansätze – die Implementierung einer liberaler, akzeptanzorientierten Drogenpolitik auf Bundes und Länderebene (Die Leitlinie des NÖ Suchtplans 2010: Suchtfreiheit als Ziel im Sinne einer Abstinenzorientierung muss überdacht werden.)

- Verstärkte Anwendung akzeptanzorientierter Tools und Zugänge in Therapie und Beratung und die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen dafür
- Etablierung ausreichender niederschwelliger Institutionen in NÖ
- Errichtung so genannter „Kompetenzzentren“ für Suchtkranke, Ambulanzen mit Substitutionsberechtigung, um PatientInnen eine adäquate medizinische Versorgung bieten zu können. Hierfür muss ein attraktiveres Bezahlungssystem für „substitutionswillige ÄrztInnen“ entwickelt werden.
- Stärkerer Fokus auf Integration in jeglicher Hinsicht durch Entwicklung bedürfnisgerechterer Angebote und Hilfsmaßnahmen
- Der Primärprävention muss weiterhin intensiv Aufmerksamkeit geschenkt werden, um Suchterkrankungen per se nachhaltig abzuwenden. Mit dem Ansatz der Akzeptanzorientierung und verstärkter Gemeinwesenarbeit in ländlichen Räumen Niederösterreichs sollte suchtpreventive Arbeit an die Suchtberatungsstellen gekoppelt werden. Hierfür wird allerdings ein Ausbau der Beratungsstellen und ein Bedarfserhebung vorab nötig sein.

## Literatur

**Bogner A., Littig B., Menz W.** (Hrsg.) (2009):Experteninterviews, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 3. Auflage

**Kreuzer A.**, (1989): Was sollte an der Drogengesetzgebung in der BRD geändert werden? In : Buchholtz Fritz (Hrsg.) : Suchtarbeit: Utopien und Experimente , Lambertus, Freiberg im Breisgau , 1989

**Feuerlein, W.** (1989) : Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit. Thieme, 4. Auflage Stuttgart

**Friedrichs J.**, (2002): Drogen und soziale Arbeit, Leske + Budrich, Opladen

**Fromberg, E., Trautmann F.** (1996) in : Nolte, F., Quensel S., Schultze, A.(Hrsg.): Wider besseres Wissen- Die Scheinheiligkeit der Drogenpolitik, Edition Temen, Bremen

**Gläser J., Laudel G.**(2009): EXPERTENINTERVIEWS und QUALITATIVE INHALTSANALYSE 3; überarbeitete Auflage, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften

**Haas S., Busch M., Horvath I., Türscherl E., Weigl M., Wirl C.** (2007): Bericht zur Drogensituation 2007, Wien: GÖG, ÖBIG

**Haas S., Guzei K., Türscherl E.** (1998) Bericht zur Drogensituation 1998 Wien: GÖG, ÖBIG

**Haas S., Guzei K., Türscherl E.** (1999): Bericht zur Drogensituation 1999, Wien: GÖG, ÖBIG

**Haltemeyer, H.**, (2007): Harm Reduktion – ein zeitgemäßer Betreuungsansatz, In : Interdisziplinäre Aspekte der Opiatabhängigkeit, Springer, Wien , New York

**Hinte W., Treß H.**, (2007): Sozialraumorientierung in der Jugendhilfe, Juventa Verlag, Weinheim und München

**Knell A.**, (1998): Definition und Behandlung der Suchtgiftkriminalität in Österreich. Über das Suchtmittelgesetz. Wien:Manz

**Lovisach P.** ,(2002): Soziale Arbeit im Handlungsfeld Sucht: Eine Einführung, Lambertus , Freiburg im Breisgau

**Mayring , P.** (2002), Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativen Denken. Weinheim: Beltz Verlag

**Meuser M., Nagel U.** (1997): Das Experteninterview – Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser B., Prengel A., (Hg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, S.481- 491

**Millner W., Rollnick S.** (2002) Motivierende Gesprächsführung, Lambertus, Freiburg im Breisgau

**Ortmann, K., Schaub, H.** (2003) Klinische Sozialarbeit – eine kritische Sicht auf ein neues Fachgebiet , Beltz , Weinheim

**Schmidt B., Hurrelmann K.** (2000): Grundlagen einer präventiven Sucht- und Drogenpolitik In: Schmidt/Hurrelmann (Hrsg.):Präventive Sucht – und Drogenpolitik. Ein Handbuch. Opladen: Leske +Budrich.13-23

**Schmidtbreick B.**, (1994): Drogenpolitik und Drogenhilfe- Positionen des Deutschen Caritasverbandes S: 150-163 In:Reindl R., Nickolai W. (Hrsg.) Drogen und Strafjustiz, Lambertus, Freiburg im Breisgau

**Solms H., Steinbrecher, W.** (1975). Allgemeine Probleme um Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten , Drogen und Genussmitteln. In:

Steinbrecher, W., Solms, H. (Hrsg.). Sucht und Missbrauch. 2. Auflage. Stuttgart. S.3-24

**Springer, A.** (2000), Drogen und Drogenmissbrauch, Lehrerinformation zur Gesundheitsförderung, (Hrsg.) Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Wien, 2000

**Stöver H.,** (1990): Akzeptierende Drogenarbeit, eine Zwischenbilanz, Lambertus, Freiburg 1990

**Thamm, B.G.:** (1989): Drogenfreigabe- Kapitulation oder Ausweg ?, Hilden

**Vogt I.,** (2004) Beratung von süchtigen Frauen und Männern, Weinheim und Basel, Beltz

**Wanke, K., Caspari, D.** (1995) Suchterkrankungen. In: Kruse, W., Schettler, G. (Hrsg.). Allgemeinmedizin. Berlin, New York. S.510-525

### **Internetquellen**

- WHO international [http://: www.who.com](http://www.who.com) 18.6.2009
- WHO Europa [http:// www.who.dk](http://www.who.dk) 18.6.2009
- <http://www.drogenhilfe.at/java/287.html> 20.6.2009
- <http://www.ris.bka.gv.at> 6.8.2009
- <http://www.drogensubstitution.at> 1.4.2009
- <http://www.suchtvorbeugung.at/suchtkoordination/> 8.8.2009
- <http://suchthilfekompass.oebig.at/> 8.8.2009
- <http://www.drogensubstitution.at/service/literatur/opiatabhaengigkeit-2/harm-reduction.htm> 11.8.2009
- <http://www.oevdf.at> 1.8.2009

## Dokumente aus dem Internet

- Dobias Stefan: Teil 1- Überblick über das österreichische Suchmittelrecht: Suchtmittelgesetz  
<http://www.aekwien.or.at/media/DrogenFB/DobiasTeil1SMGpdf>  
13.4.2009
- Qualitätsrichtlinien  
<http://www.suchtvorbeugung.at/suchtkoordination/documents/article-attachements/qualitätsrichtlinien.pdf> 4.8.2009
- Niederösterreichischer Suchtplan:  
[http://www.suchtvorbeugung.at/suchtvorbeugung/documents/Suchtplan\\_NOE.pdf](http://www.suchtvorbeugung.at/suchtvorbeugung/documents/Suchtplan_NOE.pdf) 8.8.2009
- Bericht zur Drogensituation in Österreich  
<http://www.goeg.at/de/BerichtDetail/Bericht-zur-Drogensituation-in-Oesterreich-2008/smark/dokli%20.html%202008&noreplace=yes>  
5.8.2009
- Details der neuen Weiterbildungsverordnung  
<http://www.drogensubstitution.at/expertenmeinung/details-der-neuen-weiterbildungsverordnung> 6.3.2009
- Details der neuen Drogenverordnung  
<http://www.drogensubstitution.at/expertenmeinung/details-der-neuen-drogenverordnung> 6.3.2009
- Expertise zur ärztlichen Heroinverschreibung /Alfred Springer 2003  
[http://www.api.or.at/lbi/pdf/040622\\_expertise\\_heroinverschreibung.pdf](http://www.api.or.at/lbi/pdf/040622_expertise_heroinverschreibung.pdf)  
14.8.2009  
Positionspapier Konsumräume in Österreich  
<http://www.oevdf.at/PDF/PositionspapierKonsum.pdf> 14.8.2009

Qualitätsrichtlinien für §15 SMG Einrichtungen

[http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/7/0/9/CH0755/CMS1103204041196/richtlinien\\_gem\\_15\\_smg.pdf](http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/7/0/9/CH0755/CMS1103204041196/richtlinien_gem_15_smg.pdf) 1.9.2009

- Stellungnahme zum Begutachtungsentwurf der Novelle zur Suchtgiftverordnung  
<http://www.oevdf.at/PDF/stellungnahme%20substitution.pdf> 17.8.2009
  
- Ethikcodex des Internationalen Berufsverbandes der SozialarbeiterInnen  
[http://www.sozialarbeit.at/images/MEDIA/documents/ethiccodex\\_ifsw.pdf](http://www.sozialarbeit.at/images/MEDIA/documents/ethiccodex_ifsw.pdf) 18.8.2009
  
- **Brandstetter, M.:** Die Analyse ländlicher Sozialräume, 2008  
[http://www.sozialraum.at/files/mb\\_diagnostiktagung.pdf](http://www.sozialraum.at/files/mb_diagnostiktagung.pdf) 18.8.2009
  
- **Brandstetter, M.:** Ländliche Armut. Theoretische Grundlagen aus der Arltschen Bedürfnispyramide , 2008  
[http://www.sozialraum.at/files/mb\\_armut.pdf](http://www.sozialraum.at/files/mb_armut.pdf) 18.8.2009
  
- **Pantucek, P.** (2004): Sozialräumliches Arbeiten in der Stadt und auf dem Land; Referat auf der Fachtagung "Sozialräumliches Arbeiten" der Sozialverwaltung der Provinz Bozen/Bolzano, 28.9.2004.  
<http://www.pantucek.com/texte/sozialraumbozen.html> 18.8.2009

## **Zusätzliche Quellen:**

**Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend;** (2009),  
Abteilung Bundesdrogenkoordination, unveröffentlichtes Paper „Ausgewählte  
internationale Organisationen im Drogenbereich“, Wien

**Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend:** Christina Kral  
April 2009 ; Akutelle Drogensituation in Österreich 2007, unveröffentlichtes  
Paper

**Dreher , C.** (2007), „Sucht und Politik“, FH Campus Wien ; Diplomarbeit

**Weltgesundheitsorganisation WHO** (Hrsg.) (2002) Aktiv Altern.  
Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln. Ein Beitrag de  
WHO für die zweite UN-Weltversammlung zu Altersfragen, Madrid, Spanien,  
April 2002

**Stolz-Gombocz I.** (2009): Substitution in Österreich: Seminarunterlagen  
SuchtberaterInnenlehrgang des Anton Proksch Institutes, Wien, (Hrsg. API),  
unveröffentlichtes Skript

**Musalek M.**(2009): Psychiatrische Grundlagen in der Suchttherapie:  
Seminarunterlagen SuchtberaterInnenlehrgang des Anton Proksch Institutes,  
Wien, (Hrsg.API) , unveröffentlichtes Skript

**Wenda S.** (2009): Rechtliche Grundlagen für SuchtberaterInnen:  
Seminarunterlagen SuchtberaterInnenlehrgang des Anton Proksch Institutes,  
Wien, (Hrsg. API), unveröffentlichtes Skript

**Niederösterreichischer Suchtplan 2000:** Hrsg: Niederösterreichische  
Landesregierung

**GÖG/ ÖBIG** (2008). Bericht zur Drogensituation 2008, Gesundheit  
Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

**Körkel, J.** (2000) "Kontrolliertes Trinken": Ein Programm für Alkoholiker in: Suchtreport, Nr. 6/2000, S. 5-11, Heidelberg

**Madlung, E.** (2009) „Harm und Risk Reduction“, Vortrag Kongressunterlagen Anton Proksch Institut „Zukunft der Suchtbehandlung“, 2009, Wien

**Preinsperger, W.** (2009) „Akzeptanzorientierung in der Suchtkrankenhilfe“, Kongressunterlagen Anton Proksch Institut, „Zukunft der Suchtbehandlung“, 2009, Wien

**Van der Linde, F.** (2009) „Stillstand oder Innovation“ In: Sozial Aktuell Fachzeitschrift für Soziale Arbeit, avenir social , Schweiz

**Interviewtranskript 1** vom 23.März 2009 , Wien

**Interviewtranskript 2** vom 23.März 2009 , NÖ

**Interviewtranskript 3** vom 26.März 2009, Wien

**Interviewtranskript 4** vom 31.März 2009, NÖ

**Interviewtranskript 5** vom 4.April 2009, Wien

**Interviewtranskript 6** vom 30. April 2009, NÖ

**Interviewtranskript 7** vom 17.Juni 2009, NÖ

**Interviewtranskript 8** vom 17.Juni 2009, NÖ

## Abkürzungsverzeichnis

- **API:** Anton Proksch Institut
- **DSA:** DiplomierteR SozialarbeiterIn
- **BMGFJ:** Bundesministerium für Gesundheit Familie und Jugend
- **Ebd.:** ebenda
- **EBDD:** Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
- **EU:** Europäische Union
- **GÖG:** Gesundheit Österreich GmbH
- **HBV:** Hepatitis B Virus
- **HCV:** Hepatitis C Virus
- **HIV:** Human Immunodeficiency Virus
- **iv.:** intravenous
- **IP:** InterviewpartnerIn
- **NÖ:** Niederösterreich
- **ÖBIG:** Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
- **SGG:** Suchtgiftgesetz
- **SMG:** Suchtmittelgesetz
- **StGB:** Strafgesetzbuch
- **UN:** United Nations
- **v.a.:** vor allem
- **VN:** Vereinte Nationen
- **WHO:** Weltgesundheitsorganisation
- **XTC: MDMA:** 3,4-Methylenedioxy-N-methylamphetamin

## **Abbildungsverzeichnis**

### **1. Abbildung Seite 23**

Entwicklung der Zahl der jährlichen Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich (1997-2007)

### **2. Abbildung Seite 24**

Geschätzte Anzahl von Personen mit problematischem Drogenkonsum in Österreich

### **3. Abbildung Seite 26**

Entwicklung der direkten und indirekten suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich (1996-2007)

### **4. Abbildung Seite 27**

Anzahl der Personen die 2007 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben

### **5. Abbildung Seite 33**

Diversionsregelungen des SMG

### **6. Abbildung Seite 36**

Entwicklungen der Anzeigen nach dem SMG und SGG bundesweit (2000-2007)

### **7. Abbildung Seite 37**

Entwicklung der Verurteilungen nach §27 und §28 SMG in Österreich von 1998-2007

### **8. Abbildung Seite 42**

Überblick über die organisatorische Struktur des Drogenbereichs in Österreich

**9. Abbildung Seite 53**

Die vier Säulen der Drogenpolitik

**10. Abbildung Seite 55**

Die Zielpyramide nach Körkel

**11. Abbildung Seite 57**

Verschiedene Harm Reduction Ansätze

## Anhang

## INTERVIEWLEITFADEN

- Können Sie Grundsätzliches zur Thematik „Drogenpolitische Entwicklungen in Österreich“ sagen?
- Erkennen Sie spezielle bemerkenswerte Tendenzen im Bundesland NÖ und im Vergleich mit den anderen Bundesländern?
- Wie hat der NÖ Suchtplan in Ihren Augen die drogenpolitische Situation seit seiner Einführung beeinflusst?
- Wurden in Ihren Augen bei der Erstellung des NÖ Suchtplans auf verschiedene strukturelle und räumliche / regionale Besonderheiten Rücksicht genommen?
- Der Vollausbau der Suchtberatung in NÖ wird im Herbst 2009 voraussichtlich erreicht werden: Reicht dies für die adäquate Versorgung – vor allem im ländlichen Raum – aus?
- Ist die ambulante suchtherapeutische Versorgungslandschaft in NÖ nun ausreichend? – Auch im Hinblick auf genügend § 15 SMG Einrichtungen für den SMG Vollzug der gesundheitsbezogenen Maßnahmen.
- Wurde bei der Errichtung der verschiedenen Suchtberatungen in NÖ und deren verschiedenen Trägern (API, PSD, Caritas) ein Vergleich der Arbeitsstandards erhoben?
- Ist eine Verallgemeinerung der Betreuungsstandards im suchtherapeutischen Bereich von Nöten?
- Welche Problemlagen bzw. Herausforderungen sehen Sie durch die Einführung der neuen Substitutionsverordnung im November 2007?

- Wie sieht es in Ihren Augen mit der Flächendeckung bzw. adäquaten Versorgung von substituierten Personen in NÖ aus?
- Wo erkennen Sie suchtherapeutische Versorgungsdefizite??  
(Beispielsweise im Bezug auf niederschwellige Angebote, wie Spritzentausch, Krisenzentren, Wohnmöglichkeiten, Notunterkünfte, berufliche Reintegrationsmaßnahmen, Angehörigenarbeit, etc.)

# BUNDESGESETZBLATT FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

Jahrgang 2007

Ausgegeben am 28. Dezember 2007

Teil I

110. Bundesgesetz: Suchtmittelgesetz-Novelle 2007  
(NR: GP XXIII RV 301 AB 332 S. 41. BR: AB 7850 S. 751.)

## 110. Bundesgesetz, mit dem das Suchtmittelgesetz (SMG) geändert wird (SMG-Novelle 2007)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Das Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Vorläuferstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG), BGBl. I Nr. 112/1997, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 134/2002, wird wie folgt geändert:

1. Der Titel des Bundesgesetzes lautet:

**„Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG)“**

2. Das Inhaltsverzeichnis des 5. Hauptstücks, 1. bis 4. Abschnitt, lautet:

### „1. Abschnitt

#### Gerichtliche Strafbestimmungen für Suchtgifte

Unerlaubter Umgang mit Suchtgiften .....	§ 27
Vorbereitung von Suchtgifthandel .....	§ 28
Suchtgifthandel .....	§ 28a
Grenzmeng für Suchtgifte .....	§ 28b

### 2. Abschnitt

#### Gerichtliche Strafbestimmungen für psychotrope Stoffe

Unerlaubter Umgang mit psychotropen Stoffen .....	§ 30
Vorbereitung des Handels mit psychotropen Stoffen .....	§ 31
Handel mit psychotropen Stoffen .....	§ 31a
Grenzmeng für psychotrope Stoffe .....	§ 31b

### 3. Abschnitt

#### Gerichtliche Strafbestimmungen für Drogenausgangsstoffe

Unerlaubter Umgang mit Drogenausgangsstoffen .....	§ 32
--	------

### 4. Abschnitt

#### Weitere strafrechtliche Bestimmungen

Zusammentreffen mit Finanzvergehen .....	§ 33
Einziehung .....	§ 34

Vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft .....	§ 35
Überwachung der gesundheitsbezogenen Maßnahme und Durchführung der Bewährungshilfe .....	§ 36
Vorläufige Einstellung durch das Gericht .....	§ 37
Nachträgliche Fortsetzung des Strafverfahrens, endgültiger Rücktritt von der Verfolgung und endgültige Einstellung des Strafverfahrens .....	§ 38
Aufschub des Strafvollzuges .....	§ 39
Nachträgliche bedingte Strafnachsicht und Absehen vom Widerruf .....	§ 40
Kostentragung .....	§ 41
Auskunftsbeschränkung .....	§ 42“

3. § 27 samt Überschrift lautet:

#### **„Unerlaubter Umgang mit Suchtgiften**

§ 27. (1) Wer vorschriftswidrig

1. Suchtgift erwirbt, besitzt, erzeugt, befördert, einführt, ausführt oder einem anderen anbietet, überlässt oder verschafft,
2. Opiummohn, den Kokastrauch oder die Cannabispflanze zum Zweck der Suchtgiftgewinnung anbaut oder
3. psilocin-, psilotin- oder psilocybinhaltige Pilze einem anderen anbietet, überlässt, verschafft oder zum Zweck des Suchtgiftmissbrauchs anbaut,

ist mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen.

(2) Wer jedoch die Straftat ausschließlich zum persönlichen Gebrauch begeht, ist mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen.

(3) Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren ist zu bestrafen, wer eine Straftat nach Abs. 1 Z 1 oder 2 gewerbsmäßig begeht.

(4) Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren ist zu bestrafen, wer

1. durch eine Straftat nach Abs. 1 Z 1 oder 2 einem Minderjährigen den Gebrauch von Suchtgift ermöglicht und selbst volljährig und mehr als zwei Jahre älter als der Minderjährige ist oder
2. eine solche Straftat als Mitglied einer kriminellen Vereinigung begeht.

(5) Wer jedoch an Suchtmittel gewöhnt ist und eine Straftat nach Abs. 3 oder Abs. 4 Z 2 vorwiegend deshalb begeht, um sich für seinen persönlichen Gebrauch Suchtmittel oder Mittel zu deren Erwerb zu verschaffen, ist nur mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr zu bestrafen.“

4. § 28 samt Überschrift lautet:

#### **„Vorbereitung von Suchtgifthandel**

§ 28. (1) Wer vorschriftswidrig Suchtgift in einer die Grenzmenge (§ 28b) übersteigenden Menge mit dem Vorsatz erwirbt, besitzt oder befördert, dass es in Verkehr gesetzt werde, ist mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren zu bestrafen. Ebenso ist zu bestrafen, wer die in § 27 Abs. 1 Z 2 genannten Pflanzen zum Zweck der Gewinnung einer solchen Menge Suchtgift anbaut.

(2) Mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren ist zu bestrafen, wer die Straftat nach Abs. 1 in Bezug auf Suchtgift in einer das Fünfzehnfache der Grenzmenge (§ 28b) übersteigenden Menge (großen Menge) begeht.

(3) Mit Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren ist zu bestrafen, wer die Straftat nach Abs. 1 als Mitglied einer kriminellen Vereinigung begeht.

(4) Unter den in § 27 Abs. 5 genannten Voraussetzungen ist der Täter jedoch im Fall des Abs. 1 nur mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr, im Fall des Abs. 2 nur mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren und im Fall des Abs. 3 nur mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren zu bestrafen.“

5. Nach § 28 werden folgende §§ 28a und 28b samt Überschriften eingefügt:

#### **„Suchtgifthandel**

§ 28a. (1) Wer vorschriftswidrig Suchtgift in einer die Grenzmenge (§ 28b) übersteigenden Menge erzeugt, einführt, ausführt oder einem anderen anbietet, überlässt oder verschafft, ist mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

(2) Mit Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren ist zu bestrafen, wer die Straftat nach Abs. 1

1. gewerbsmäßig begeht und schon einmal wegen einer Straftat nach Abs. 1 verurteilt worden ist,

2. als Mitglied einer kriminellen Vereinigung begeht oder
3. in Bezug auf Suchtgift in einer das Fünzfachfache der Grenzmenge übersteigenden Menge (großen Menge) begeht.

(3) Unter den in § 27 Abs. 5 genannten Voraussetzungen ist der Täter jedoch im Fall des Abs. 1 nur mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren, im Fall des Abs. 2 nur mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

(4) Mit Freiheitsstrafe von einem bis zu fünfzehn Jahren ist zu bestrafen, wer die Straftat nach Abs. 1

1. als Mitglied einer kriminellen Vereinigung begeht und schon einmal wegen einer Straftat nach Abs. 1 verurteilt worden ist,
2. als Mitglied einer Verbindung einer größeren Zahl von Menschen zur Begehung solcher Straftaten begeht oder
3. in Bezug auf Suchtgift in einer das Fünfundzwanzigfache der Grenzmenge übersteigenden Menge begeht.

(5) Mit Freiheitsstrafe von zehn bis zu zwanzig Jahren oder mit lebenslanger Freiheitsstrafe ist zu bestrafen, wer eine Straftat nach Abs. 1 begeht und in einer Verbindung einer größeren Zahl von Menschen zur Begehung solcher Straftaten führend tätig ist.

#### **Grenzmenge für Suchtgifte**

**§ 28b.** Die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend hat im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Justiz mit Verordnung für die einzelnen Suchtgifte, bezogen auf die Reinsubstanz des Wirkstoffes, die Untergrenze jener Menge festzusetzen, die geeignet ist, in großem Ausmaß eine Gefahr für das Leben oder die Gesundheit von Menschen herbeizuführen (Grenzmenge). Dabei ist auch auf die Eignung von Suchtgiften, Gewöhnung hervorzurufen, sowie auf das Gewöhnungsverhalten von an einer solchen Sucht Erkrankten Bedacht zu nehmen.“

6. § 29 entfällt.

7. § 30 samt Überschrift lautet:

#### **„Unerlaubter Umgang mit psychotropen Stoffen**

**§ 30.** (1) Wer vorschriftswidrig einen psychotropen Stoff erwirbt, besitzt, erzeugt, befördert, einführt, ausführt oder einem anderen anbietet, überlässt oder verschafft, ist mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen.

(2) Wer jedoch die Straftat ausschließlich zum persönlichen Gebrauch begeht, ist mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen.

(3) Nach Abs. 1 und 2 ist nicht zu bestrafen, wer Arzneimittel, die einen psychotropen Stoff enthalten, sofern es sich nicht um eine die Grenzmenge (§ 31b) übersteigende Menge handelt,

1. für den persönlichen Gebrauch oder für den Bedarf eines Tieres erwirbt, besitzt, befördert, einführt oder ausführt oder
2. einem anderen anbietet, überlässt oder verschafft, ohne daraus einen Vorteil zu ziehen.“

8. § 31 samt Überschrift lautet:

#### **„Vorbereitung des Handels mit psychotropen Stoffen**

**§ 31.** (1) Wer vorschriftswidrig einen psychotropen Stoff in einer die Grenzmenge (§ 31b) übersteigenden Menge mit dem Vorsatz erwirbt, besitzt oder befördert, dass er in Verkehr gesetzt werde, ist mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren zu bestrafen.

(2) Mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren ist zu bestrafen, wer die Straftat nach Abs. 1 in Bezug auf einen psychotropen Stoff in einer das Fünzfachfache der Grenzmenge (§ 31b) übersteigenden Menge (großen Menge) begeht.

(3) Mit Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren ist zu bestrafen, wer die Straftat nach Abs. 1 als Mitglied einer kriminellen Vereinigung begeht.

(4) Unter den in § 27 Abs. 5 genannten Voraussetzungen ist der Täter jedoch im Fall des Abs. 1 nur mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr, im Fall des Abs. 2 nur mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren und im Fall des Abs. 3 nur mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren zu bestrafen.“

9. Nach § 31 werden folgende §§ 31a und 31b samt Überschriften eingefügt:

#### **„Handel mit psychotropen Stoffen**

**§ 31a.** (1) Wer vorschriftswidrig einen psychotropen Stoff in einer die Grenzmenge (§ 31b) übersteigenden Menge erzeugt, einführt, ausführt oder einem anderen anbietet, überlässt oder verschafft, ist mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren zu bestrafen.

(2) Mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren ist zu bestrafen, wer die Straftat nach Abs. 1 in Bezug auf einen psychotropen Stoff in einer das Fünzfach der Grenzmenge (§ 31b) übersteigenden Menge (großen Menge) begeht.

(3) Mit Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren ist zu bestrafen, wer die Straftat nach Abs. 1 als Mitglied einer kriminellen Vereinigung begeht.

(4) Unter den in § 27 Abs. 5 genannten Voraussetzungen ist der Täter jedoch im Fall des Abs. 1 nur mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr, im Fall des Abs. 2 nur mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren und im Fall des Abs. 3 nur mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

#### **Grenzmenge für psychotrope Stoffe**

**§ 31b.** Die Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend hat im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Justiz mit Verordnung für die einzelnen psychotropen Stoffe, bezogen auf die Reinsubstanz des Wirkstoffes, die Untergrenze jener Menge festzusetzen, die geeignet ist, in großem Ausmaß eine Gefahr für das Leben oder die Gesundheit von Menschen herbeizuführen (Grenzmenge). § 28b zweiter Satz gilt dem Sinn nach.“

10. Die Überschrift des 3. Abschnitts des 5. Hauptstücks lautet:

#### **„Gerichtliche Strafbestimmungen für Drogenausgangsstoffe“**

11. § 32 samt Überschrift lautet:

#### **„Unerlaubter Umgang mit Drogenausgangsstoffen**

**§ 32.** (1) Wer einen Drogenausgangsstoff mit dem Vorsatz erzeugt, befördert oder einem anderen überlässt, dass dieser bei der vorschriftswidrigen Erzeugung von Suchtmitteln verwendet werde, ist mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr zu bestrafen.

(2) Mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren ist zu bestrafen, wer einen Drogenausgangsstoff mit dem Vorsatz erwirbt oder besitzt, dass dieser bei der vorschriftswidrigen Erzeugung von Suchtmitteln in einer die Grenzmenge (§§ 28b, 31b) übersteigenden Menge verwendet werde.

(3) Mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren ist zu bestrafen, wer einen Drogenausgangsstoff mit dem Vorsatz erzeugt, einführt, ausführt oder einem anderen anbietet, überlässt oder verschafft, dass dieser bei der vorschriftswidrigen Erzeugung von Suchtmitteln in einer die Grenzmenge (§§ 28b, 31b) übersteigenden Menge verwendet werde.“

12. § 33 lautet:

**„§ 33.** Hat der Täter durch dieselbe Tat eine Straftat nach den §§ 27, 28, 28a, 30, 31 oder 31a dieses Bundesgesetzes und ein Finanzvergehen begangen, so entfällt mit dem Schuldspruch oder mit dem vorläufigen Rücktritt von der Verfolgung oder mit der vorläufigen Verfahrenseinstellung nach den §§ 35 und 37 dieses Bundesgesetzes die Strafbarkeit wegen des Finanzvergehens.“

13. § 35 samt Überschrift lautet:

#### **„Vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft**

**§ 35.** (1) Die Staatsanwaltschaft hat unter den in den Abs. 3 bis 7 genannten Voraussetzungen und Bedingungen von der Verfolgung einer Straftat nach den §§ 27 Abs. 1 und 2 oder 30, die ausschließlich für den eigenen persönlichen Gebrauch oder den persönlichen Gebrauch eines anderen begangen worden ist, ohne dass der Beschuldigte daraus einen Vorteil gezogen hat, unter Bestimmung einer Probezeit von einem Jahr bis zu zwei Jahren vorläufig zurückzutreten.

(2) Die Staatsanwaltschaft hat unter den Voraussetzungen und Bedingungen der Abs. 3 bis 7 auch von der Verfolgung einer anderen Straftat nach den §§ 27 oder 30 bis 31a, einer Straftat nach den §§ 28 oder 28a, sofern der Beschuldigte an Suchtmittel gewöhnt ist, oder einer im Zusammenhang mit der Beschaffung von Suchtmitteln begangenen Straftat unter Bestimmung einer Probezeit von einem Jahr bis zu zwei Jahren vorläufig zurückzutreten, wenn

1. die Straftat nicht in die Zuständigkeit des Schöffengerichts oder des Schwurgerichts fällt,
2. die Schuld des Beschuldigten nicht als schwer anzusehen wäre und
3. der Rücktritt nicht weniger als eine Verurteilung geeignet erscheint, den Beschuldigten von solchen Straftaten abzuhalten.

Ebenso ist vorzugehen, wenn der Beschuldigte wegen einer während der Probezeit nach Abs. 1 begangenen weiteren Straftat im Sinne des Abs. 1 verfolgt wird.

(3) Ein vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung setzt voraus, dass

1. eine Auskunft des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend im Sinne des § 26 und
2. eine Stellungnahme der Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde darüber eingeholt worden sind, ob der Beschuldigte einer gesundheitsbezogenen Maßnahme gemäß § 11 Abs. 2 bedarf, um welche Maßnahme es sich gegebenenfalls handeln soll, ob eine solche Maßnahme zweckmäßig, ihm nach den Umständen möglich und zumutbar und nicht offenbar aussichtslos ist.

(4) Die Staatsanwaltschaft kann von der Einholung einer Stellungnahme der Bezirksverwaltungsbehörde absehen, wenn der Beschuldigte ausschließlich deshalb verfolgt wird, weil er

1. Stoffe oder Zubereitungen aus der Cannabispflanze, die in § 27 Abs. 1 Z 3 genannten Pilze oder einen psychotropen Stoff zum ausschließlich persönlichen Gebrauch erworben, besessen, erzeugt, befördert, eingeführt oder ausgeführt oder einem anderen ausschließlich für dessen persönlichen Gebrauch angeboten, überlassen oder verschafft habe, ohne daraus einen Vorteil zu ziehen, oder
2. die in § 27 Abs. 1 Z 2 und 3 genannten Pflanzen oder Pilze zum Zweck der Gewinnung oder des Missbrauchs von Suchtgift ausschließlich für den persönlichen Gebrauch oder persönlichen Gebrauch eines anderen angebaut habe,

und wenn kein Grund zur Annahme besteht, dass der Beschuldigte einer gesundheitsbezogenen Maßnahme bedarf. Eine Stellungnahme ist jedoch einzuholen, wenn gegen den Beschuldigten innerhalb der letzten fünf Jahre vor diesem Strafverfahren bereits ein Ermittlungsverfahren wegen einer Straftat nach den §§ 27 bis 31a geführt wurde.

(5) Die Bezirksverwaltungsbehörde hat vor Abgabe ihrer Stellungnahme die Begutachtung des Beschuldigten durch einen mit Fragen des Suchtmittelmissbrauchs hinreichend vertrauten Arzt, der erforderlichenfalls mit zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Angehörigen des klinisch-psychologischen oder psychotherapeutischen Berufes zusammenzuarbeiten hat, zu veranlassen.

(6) Bedarf der Beschuldigte einer gesundheitsbezogenen Maßnahme gemäß § 11 Abs. 2, so hat die Staatsanwaltschaft den vorläufigen Rücktritt von der Verfolgung davon abhängig zu machen, dass sich der Beschuldigte – hat er einen gesetzlichen Vertreter, mit dessen Zustimmung – bereit erklärt, sich einer solchen Maßnahme zu unterziehen. Ist eine solche Maßnahme trotz der Bereitschaft des Beschuldigten, sich dieser zu unterziehen, nicht zweckmäßig, nach den Umständen nicht möglich oder nicht zumutbar oder offenbar aussichtslos, so hat die Staatsanwaltschaft, soweit dies möglich und zweckmäßig ist, den vorläufigen Rücktritt davon abhängig zu machen, dass sich der Beschuldigte – hat er einen gesetzlichen Vertreter, mit dessen Zustimmung – bereit erklärt, während der Probezeit bestimmte Pflichten zu erfüllen, die als Weisungen (§ 51 StGB) erteilt werden könnten.

(7) Der vorläufige Rücktritt von der Verfolgung kann, wenn dies zweckmäßig ist, auch davon abhängig gemacht werden, dass sich der Beschuldigte – hat er einen gesetzlichen Vertreter, mit dessen Zustimmung – bereit erklärt, sich durch einen Bewährungshelfer betreuen zu lassen.

(8) Die Staatsanwaltschaft hat dem Beschuldigten mitzuteilen, dass die Durchführung eines Strafverfahrens gegen ihn unter den festgesetzten Bedingungen für eine Probezeit von einem Jahr bis zu zwei Jahren vorläufig unterbleibe, und ihn in sinngemäßer Anwendung des § 207 StPO zu belehren. Vom Rücktritt von der Verfolgung ist der Beschuldigte, das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend und, wenn die Bezirksverwaltungsbehörde gemäß § 14 Abs. 1 Strafanzeige oder eine Stellungnahme erstattet hat, auch diese unverzüglich zu verständigen. Die Verständigung über den vorläufigen Rücktritt von der Verfolgung ist dem Beschuldigten zu eigenen Händen zuzustellen. Der Lauf der Probezeit beginnt mit der Zustellung der Verständigung. Die Probezeit wird in die Verjährungsfrist nicht eingerechnet. Im Übrigen sind die §§ 208 Abs. 3 sowie 209 StPO sinngemäß anzuwenden.“

14. Die Überschrift des § 36 lautet:

**„Überwachung der gesundheitsbezogenen Maßnahme und Durchführung der Bewährungshilfe“**

15. In § 36 Abs. 1, 2 und 3 werden die Worte „die vorläufige Zurücklegung der Anzeige“ jeweils durch die Worte „der vorläufige Rücktritt von der Verfolgung“, das Wort „Angezeigte“ jeweils durch das Wort „Beschuldigte“ und das Wort „Angezeigten“ durch das Wort „Beschuldigten“ ersetzt.

16. § 37 lautet:

„§ 37. Nach Einbringen der Anklage hat das Gericht die §§ 35 und 36 sinngemäß anzuwenden und das Verfahren unter den für die Staatsanwaltschaft geltenden Voraussetzungen bis zum Schluss der Hauptverhandlung mit Beschluss einzustellen.“

17. § 38 samt Überschrift lautet:

**„Nachträgliche Fortsetzung des Strafverfahrens, endgültiger Rücktritt von der Verfolgung und endgültige Einstellung des Strafverfahrens**

§ 38. (1) Das Strafverfahren ist fortzusetzen, wenn vor Ablauf der Probezeit

1. gegen den Beschuldigten (Angeklagten) wegen einer weiteren Straftat nach diesem Bundesgesetz oder wegen einer im Zusammenhang mit seiner Gewöhnung an Suchtmittel begangenen Straftat ein Strafantrag gestellt wird,
2. der Beschuldigte (Angeklagte) sich beharrlich der gesundheitsbezogenen Maßnahme (§ 35 Abs. 6 erster Satz) oder dem Einfluss des Bewährungshelfers (§ 35 Abs. 7) entzieht oder übernommene Pflichten (§ 35 Abs. 6 zweiter Satz) nicht hinreichend erfüllt und die Fortsetzung des Verfahrens geboten erscheint, um den Beschuldigten (Angeklagten) von Straftaten nach diesem Bundesgesetz abzuhalten, oder
3. der Beschuldigte (Angeklagte) einen Antrag auf Fortsetzung des Strafverfahrens stellt.

(2) Im Fall des Abs. 1 Z 1 ist jedoch neuerlich von der Verfolgung zurückzutreten oder das Strafverfahren neuerlich einzustellen, wenn das wegen der weiteren Straftat geführte Strafverfahren auf andere Weise als durch einen Schuldspruch beendet wird.

(3) Sofern das Strafverfahren nicht nachträglich fortzusetzen ist, hat die Staatsanwaltschaft nach Ablauf der Probezeit und Erfüllung allfälliger Pflichten von der Verfolgung endgültig zurückzutreten. Das Gericht hat in diesem Fall das Strafverfahren mit Beschluss endgültig einzustellen.“

18. § 39 lautet:

„§ 39. (1) Der Vollzug einer nach diesem Bundesgesetz oder einer wegen einer Straftat, die mit der Beschaffung von Suchtmitteln in Zusammenhang steht, verhängten Geldstrafe oder drei Jahre nicht übersteigenden Freiheitsstrafe ist – auch noch nach Übernahme in den Strafvollzug (§ 3 Abs. 4 Strafvollzugsgesetz – StVG) – für die Dauer von höchstens zwei Jahren aufzuschieben, wenn

1. der Verurteilte an Suchtmittel gewöhnt ist und sich bereit erklärt, sich einer notwendigen und zweckmäßigen, ihm nach den Umständen möglichen und zumutbaren und nicht offenbar aussichtslosen gesundheitsbezogenen Maßnahme zu unterziehen, und
2. im Fall der Verurteilung zu einer 18 Monate übersteigenden Freiheitsstrafe wegen einer Straftat, die mit der Beschaffung von Suchtmitteln in Zusammenhang steht, der Vollzug der Freiheitsstrafe nicht im Hinblick auf die Gefährlichkeit des Täters geboten erscheint, insbesondere weil die Verurteilung wegen Straftaten erfolgt ist, die unter Anwendung erheblicher Gewalt gegen Personen begangen worden sind.

(2) Das Gericht kann die gesundheitsbezogene Maßnahme der Art nach bestimmen (§ 11 Abs. 2 Z 1 bis 5). Liegt bereits eine Stellungnahme der Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde nach § 35 Abs. 3 Z 2 oder das Ergebnis der Begutachtung durch den Arzt einer Einrichtung oder Vereinigung nach § 15 vor, kann das Gericht die Stellungnahme oder das Ergebnis der Begutachtung für die Bestimmung der Maßnahme und die Beurteilung der Voraussetzungen und Bedingungen des Abs. 1 Z 1 heranziehen.

(3) Das Gericht kann den Verurteilten auffordern, Bestätigungen über den Beginn und den Verlauf der gesundheitsbezogenen Maßnahme vorzulegen.

(4) Der Aufschub ist zu widerrufen und die Strafe zu vollziehen,

1. wenn der Verurteilte sich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme, zu der er sich bereit erklärt hat, nicht unterzieht oder es unterlässt, sich ihr weiterhin zu unterziehen, oder
2. wenn der Verurteilte wegen einer Straftat nach diesem Bundesgesetz oder wegen einer im Zusammenhang mit seiner Gewöhnung an Suchtmittel begangenen Straftat neuerlich verurteilt wird

und der Vollzug der Freiheitsstrafe geboten erscheint, um den Verurteilten von der Begehung weiterer Straftaten abzuhalten.“

19. Die Überschrift des § 40 lautet:

**„Nachträgliche bedingte Strafnachsicht und Absehen vom Widerruf“**

20. In § 40 Abs. 2 werden das Wort „Beschluß“ durch das Wort „Beschluss“ und die Worte „den übergeordneten Gerichtshof“ durch die Worte „das übergeordnete Gericht“ ersetzt.

21. § 41 Abs. 1 lautet:

„(1) Der Bund hat die Kosten gesundheitsbezogener Maßnahmen gemäß § 11 Abs. 2 Z 1 bis 4 in den Fällen der §§ 35 bis 37 und 39 dieses Bundesgesetzes und des § 173 Abs. 5 Z 9 StPO sowie die Kosten einer Entwöhnungsbehandlung, sonst einer medizinischen oder einer psychotherapeutischen Behandlung (§ 51 Abs. 1 und 3 StGB) eines Rechtsbrechers, dem aus Anlass einer mit seiner Gewöhnung an Suchtmittel im Zusammenhang stehenden Verurteilung die Weisung erteilt worden ist, sich einer solchen Behandlung zu unterziehen, zu übernehmen, wenn

1. der Rechtsbrecher sich der Maßnahme in einer Einrichtung oder Vereinigung gemäß § 15 unterzieht,
2. der Rechtsbrecher nicht Anspruch auf entsprechende Leistungen auf Grund von Gesetzen der Länder oder aus einer gesetzlichen Sozialversicherung hat und
3. durch die Verpflichtung zur Zahlung der Kosten sein Fortkommen erschwert würde.“

22. In § 41 Abs. 2 werden die Worte „Beamten-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes“ durch die Worte „Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes“ ersetzt.

23. § 41 Abs. 4 lautet:

„(4) Die vom Bund zu übernehmenden Kosten hat das Gericht, das im Fall des § 35 für das Hauptverfahren zuständig wäre, das Strafverfahren nach § 37 vorläufig eingestellt, die Weisung im Sinne des Abs. 1 oder nach § 173 Abs. 5 Z 9 StPO erteilt oder den Strafvollzug nach § 39 aufgeschoben hat, mit Beschluss zu bestimmen und anzuweisen. Gegen diesen Beschluss steht dem Beschuldigten (Verurteilten), der Staatsanwaltschaft und der Einrichtung oder Vereinigung die binnen 14 Tagen einzubringende Beschwerde an das übergeordnete Gericht zu.“

24. In § 42 Abs. 1 werden der Verweis „§ 27 Abs. 1“ durch den Verweis „§ 27 Abs. 1 oder 2“ und der Verweis „§ 30 Abs. 1“ durch den Verweis „§ 30 Abs. 1 oder 2“ ersetzt.

25. In § 43 Abs. 1 werden die Worte „Kleidung von Personen“ durch die Worte „Bekleidung von Personen und der Gegenstände, die sie bei sich haben,“ und der Verweis „§§ 28 Abs. 2 bis 5 und 31 Abs. 2“ durch den Verweis „§§ 28a oder 31a“ ersetzt.

26. In § 43 Abs. 2 werden der Verweis „(§§ 175 bis 177 StPO)“ durch den Verweis „(§§ 170 bis 172 StPO)“ und die Worte „Untersuchung des Körpers“ durch die Worte „körperliche Untersuchung“ ersetzt.

27. In § 43 Abs. 3 wird das Wort „Betroffene“ durch das Wort „Beschuldigte“ ersetzt.

28. In § 43 Abs. 4 wird der Verweis „§ 142 Abs. 1 StPO“ durch den Verweis „§ 121 Abs. 3 StPO“ ersetzt.

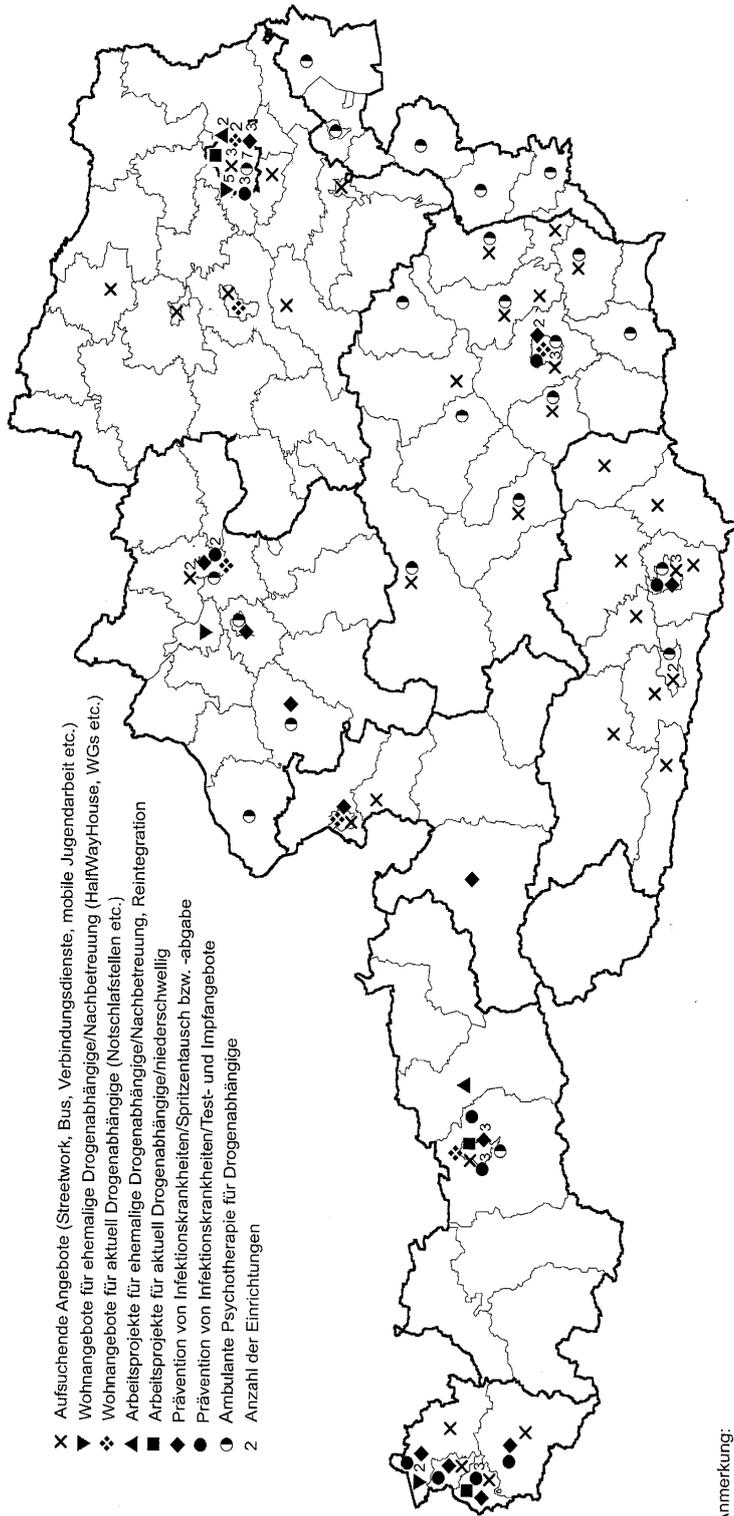
29. In § 43 Abs. 5 werden die Worte „strafbaren Handlung“ durch das Wort „Straftat“ und der Verweis „(§§ 175 bis 177 StPO)“ durch den Verweis „(§§ 170 bis 172 StPO)“ ersetzt.

30. Dem § 47 wird folgender Abs. 9 angefügt:

„(9) Die §§ 27 bis 33, 35, 36 Abs. 1 bis 3, 37 bis 39, 40 Abs. 2, 41 Abs. 1, 2 und 4, 42 Abs. 1 und 43 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 110/2007 treten mit 1. Jänner 2008 in Kraft.“

**Fischer**

**Molterer**



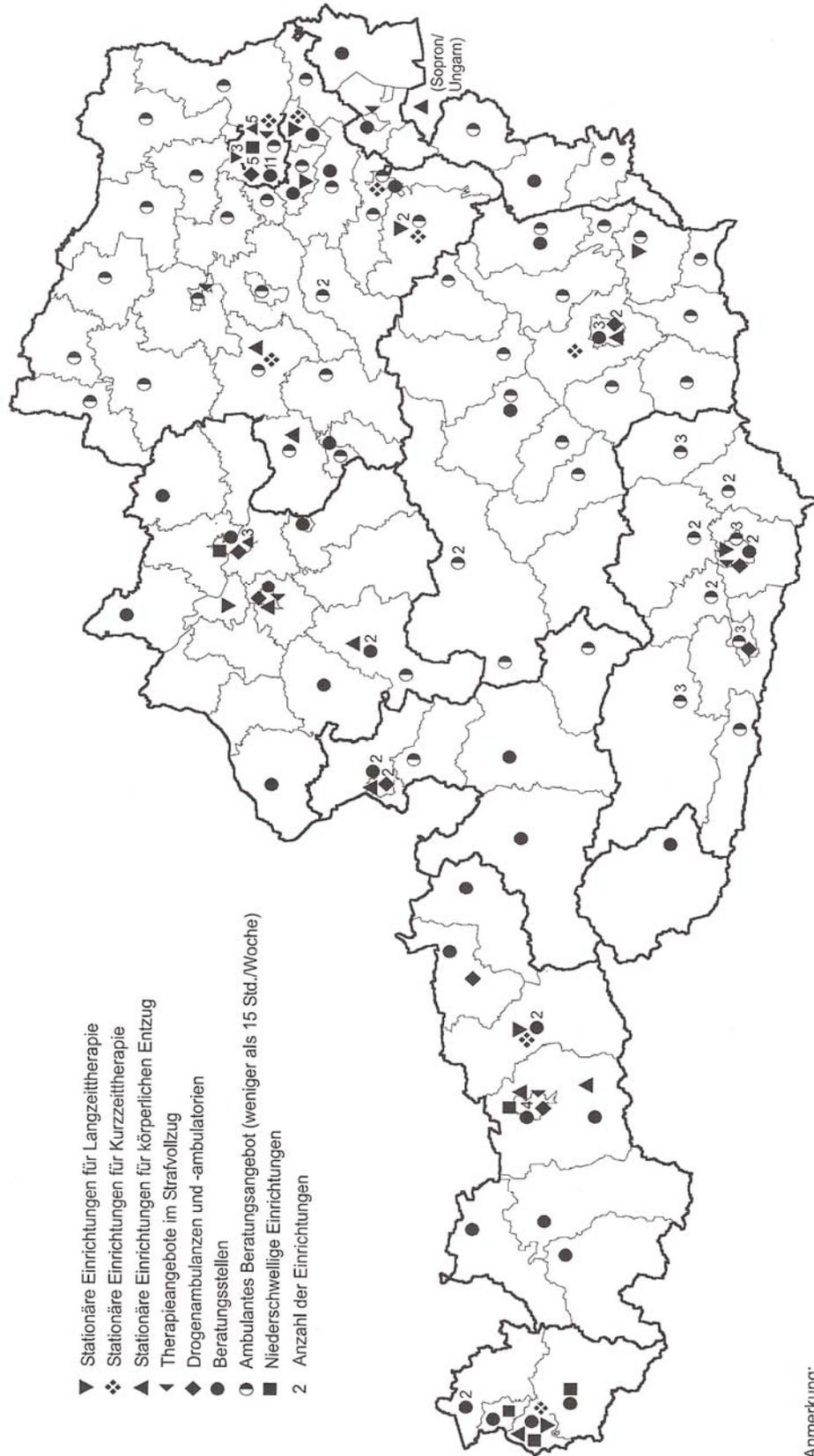
- X Aufsuchende Angebote (Streetwork, Bus, Verbindungsdienste, mobile Jugendarbeit etc.)
- ▶ Wohnangebote für ehemalige Drogenabhängige/Nachbetreuung (HalfWay/House, WGs etc.)
- ❖ Wohnangebote für aktuell Drogenabhängige (Notschlafstellen etc.)
- ▲ Arbeitsprojekte für ehemalige Drogenabhängige/Nachbetreuung, Reintegration
- ◆ Prävention von Infektionskrankheiten/niederschwellig
- Prävention von Infektionskrankheiten/Spritzentausch bzw. -abgabe
- Ambulante Psychotherapie für Drogenabhängige
- 2 Anzahl der Einrichtungen

**Anmerkung:**

Die Karte gibt einen Überblick über ausgewählte drogenspezifische Angebote, aufgeschlüsselt nach Bezirken. Die Karte erlaubt keinen Aufschluss über Quantität (zeitliche Verfügbarkeit) und Qualität (wie Besetzung und Qualifikation des Personals) des Angebots. Die Karte differenziert nach Angebot und nicht nach Einrichtung (vgl. Karte 5.1), daher können einzelne Einrichtungen der Drogenhilfe in mehreren Kategorien aufscheinen. Weiters wird darauf verwiesen, dass es noch eine Reihe von nicht drogenspezifischen Angeboten (z. B. Arbeitsmarktservice, Notschlafstellen) gibt, die auch für Drogenkonsumierende bzw. Drogenkranke offenstehen; sie werden in dieser Karte nicht erfasst.

Quelle: GÖG/ÖBIG, auf Basis von Informationen der Sucht- und Drogenkoordinatorinnen bzw. -koordinatoren; Stand: August 2007; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

## Spezialisierte Angebote zur Behandlung, Betreuung und Begleitung von Drogenkonsumierenden bzw. Drogenkranken in Österreich (GÖG/ÖBIG 2007)



**Spezialisierte Einrichtungen zur Behandlung, Betreuung und Begleitung von Drogenkonsumierenden bzw. Drogenkranken (GÖG/ÖBIG 2007)**

## Repression, der Joint und die Nadel

Staatlich kontrollierte Drogenabgabe ist eine überlegenswerte Alternative zur harten Linie

Michael Möseneder

Sucht ist eine Krankheit. Dem stimmen auch Hardliner zu. Aber seltenerweise kommt bei keiner anderen Krankheit jemand auf die Idee, militärische Mittel zur Beseitigung einzusetzen. Unzählige Milliarden haben die USA in die Versuche gesteckt, das Problem illegaler Drogen an der Wurzel auszurotten – und die Felder, auf denen Schlafmohn und Cocasträucher wachsen, mit Feuer und Schwert zu vertilgen.

Das Resultat des ressourcenintensiven Feldzuges gegen die illegalen Drogen: gleich null. Die Zahl der Süchtigen verändert sich nicht messbar, die Preise auf den Straßen schwanken nur leicht. Interessant übrigens, dass sich auch Poltzeierfolge, bei denen Tonnen beschlagnahmt werden, nicht wirklich auf Angebot und Nachfrage auswirken. Was beweist, dass derartige Mengen an Heroin, Kokain und Cannabis gehandelt werden, dass Ausfälle problemlos verkraftet werden können.

Nicht nur die USA in Südamerika und die Nato in Afghanistan pumpen Unsummen in diesen offensichtlich fruchtlosen Kampf. Auch in Österreich braucht der Staat viel Geld dafür. Rund 24.000 Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz schickt die Polizei jährlich an die Staatsanwaltschaften. Die sich wiederum Zeit nehmen müssen zu entscheiden, ob es auch zu einer Anklage kommt. Die überwiegende Anzahl der Anzeigen betrifft nämlich Cannabis, und nicht sogenannte harte Drogen.

Doch wo ansetzen? Ausgemergelte Gestalten, die auf der Straße dahingetieren und verzweifelt versuchen, irgendwie (meist illegal) zu Geld zu kommen, sind natürlich ein Auftrag, etwas zu unternehmen. Was die repressive Methode, gleich ob auf Anbieter- oder Konsumentenseite, bringt? Siehe oben. Selbst die Androhung und Durchführung der Todesstrafe in manchen Staaten bringt kein Ende des Schmuggels, sondern lediglich höhere Preise.

Die Illusion einer drogen- und rauschlosen Gesellschaft wird von Publizisten und Politikern dennoch nicht aufgegeben. Natürlich verständlich, wenn man sich um die eigenen Kinder sorgt – aber vollkommen sinnlos. Doch auch andere Vorurteile bleiben: Es hängt mit einem Joint an und endet an der Nadel etwa. Auch wenn Suchtforscher hundertmal nachweisen, dass Alkohol und Nikotin Einstiegsdrogen sind und kaum ein Junkie sofort mit Cannabis angefangen hat.

Wir werden weltweit also weiter mit Drogen und Sucht leben müssen. Kann

die völlige Freigabe jeglicher Drogen eine Lösung sein? Die Experten sind uneins. Steigen würde der Konsum, ob er aber epidemische Ausmaße annimmt, wird bezweifelt. Kontrolliert müsste die Abgabe in jedem Fall erfolgen – wie in Skandinavien, wo der Wodka für die private Party auch in speziellen Läden gekauft werden muss.

Nicht von der Hand zu weisen ist, dass so eine Maßnahme die organisierte Kriminalität schwer treffen würde. Die ist am Geldverdienen interessiert. Sinken die Preise, weil der Staat einen Mindestpreis vorgibt, wird die Sache zusehends uninteressant. Würde dies für Bauern sämtliche andere landwirtschaftliche Produkte uninteressant ma-

chen? Nicht unbedingt, der Bedarf an Lebensmitteln bleibt ja bestehen.

Unvorstellbar also, dass Kokain in der Apotheke zu kaufen ist? Nun ja. Alkohol gibt es in jedem Supermarkt in breiter Auswahl. Stoff, den rund 330.000 Erwachsene brauchen, da sie alkoholabhängig sind. Für die illegalen Drogen liegen die Schätzungen des Anton-Proksch-Instituts bei 20.000 bis 30.000 Abhängigen. Auch wenn es zynisches Aufrechnen von Kranken ist – bei dem gewaltigen Aufwand, der weltweit in die Bekämpfung der illegalen Drogen gesteckt wird, sollte man doch einmal überlegen, ob das Geld nicht besser in Prävention und Behandlung der Krankheit Sucht angelegt wäre.

# Synthetische Drogen boomen in armen Ländern

Während der Markt für Kokain, Opiate und Cannabis immer kleiner wird, entstehen in Entwicklungsländern große Fabriken zur Herstellung synthetischer Drogen – wie der UN-Weltdrogenbericht 2009 zeigt.

Gudrun Springer

Washington/Wien – Während die Märkte für Kokain, Opiate und Cannabis weltweit stagnieren oder schrumpfen, hat sich in den Entwicklungs- und Schwellenländern sukzessive aus einem Kleingewerbe ein großes Geschäft mit synthetischen Drogen entwickelt. Das ist aus dem Weltdrogenbericht 2009 ersichtlich, der am Mittwoch im Hinblick auf den Weltdrogentag am 26. Juni in Washington präsent

tiert wurde. Das Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC) stellt darin fest, dass sich der Konsum von synthetischen Drogen wie Amphetaminen, Metamphetaminen und Ecstasy in den Industrieländern zwar stabilisiert hat, man aufgrund der Daten aus den Entwicklungsländern aber Grund zur Besorgnis habe, dass dort sowohl Produktion als auch Konsum steigen könnten. In Südostasien etwa befänden sich Labors in Fabriksgröße, in denen Crystal Meth oder Metamphetamintabletten – illegale Substanzen, die aufputschend wirken – hergestellt werden.

Cannabis bleibt laut Weltdrogenbericht die am häufigsten angebaute und konsumierte Droge weltweit: UNODC schätzt, dass zwischen 143 und 190 Millionen Menschen weltweit mindestens einmal innerhalb des Jahres 2007 Cannabis konsumiert haben (siehe Grafik). Die erhobenen Daten zeigten, dass der durchschnittliche Gehalt des schädlichen Tetrahydrocannabinol (THC) in aus Nordamerika stammendem Marihuana sich fast verdoppelt hat, was weitreichende Folgen für die Gesundheit habe.

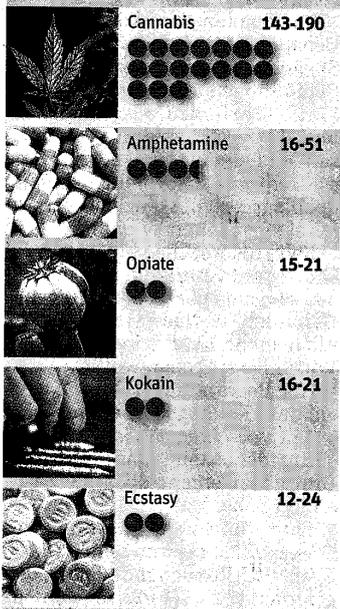
## Kokainmarkt im Umbruch

Die Handelsrouten für illegale Substanzen befinden sich laut UNODC im Umbruch. Der Kokainmarkt erlebe „Veränderungen seismischen Ausmaßes“, sagte UNODC-Direktor Antonio Costa. Zu wissen, dass bei Kokain der Reinheitsgrad sinke, die Preise stiegen und sich das Konsummuster wandle, könne vielleicht den „erschreckenden Anstieg von Gewalt in Ländern wie Mexiko“ erklären, sagt Costa. Im Kampf gegen Opium plant die UNODC, den Informationsaustausch zwischen Afghanistan, Iran und Pakistan zu verbessern und länderübergreifende Aktionen durchzuführen. In Afghanistan erfolgen 93 Prozent der weltweiten Opiumernte.

Als Maßnahmen zur Verbesserung der Drogenkontrolle empfiehlt der UNODC-Direktor, Drogentherapien weltweit zugänglich zu machen und die Situation in Stadtvierteln, die außer Kontrolle geraten sind, zu verbessern.

## Drogenkonsumenten

Schätzung für 2007 weltweit, Drogengebrauch zumindest einmal pro Jahr, in Mio.



Fotos: APA/EPA/dpa  
Quelle: APA/UNO

DER STANDARD

25. Juni 2009



## Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Sabine Hammerl**, geboren am 22. November 1970 in Wien erkläre,

dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,

dass ich meine Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Kaltenleutgeben, am 11. September 2009

Sabine Hammerl, DSA