

Vom Gebrauch der Drogen



Vom Gebrauch der Drogen

Drogenmonitoring zu illegalen Substanzen, Alkohol und Nikotin
in Oberösterreich

Seifried Seyer
Franz Gschwandtner
Richard Paulik
Rainer Schmidbauer

Institut Suchtprävention, Linz - Pro Mente OÖ (Hrsg.)

Gesellschafts- und sozialpolitische Texte

Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik

Johannes Kepler Universität

in Zusammenarbeit mit der Sozialwissenschaftlichen Vereinigung

Band 15

Herausgegeben vom Institut Suchtprävention, Linz

Pro Mente OÖ

Medieninhaber: Sozialwissenschaftliche Vereinigung

Copyright 2005 bei den Autoren bzw. Institut Suchtprävention, Linz

Coverdesign: Erwin J. Franz

Layout: Karin Schöndorfer

Diese Arbeit wurde mit Hilfe von KOMA-Script und L^AT_EX gesetzt.

ISBN: 3-900581-53-3

Printed in Austria

Das Institut Suchtprävention ist für die Auswahl der Beiträge verantwortlich. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Publikation und die darin zum Ausdruck gebrachten Meinungen liegt jedoch bei den Autoren selbst.

Gefördert durch das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur

Gefördert aus den Mitteln des Fonds Gesundes
Österreich



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	v
1 Einleitung	1
2 Zum Drogenmonitoring Oberösterreich	5
<i>(Rainer Schmidbauer, Seifried Seyer)</i>	
2.1 Vom Rapid Situation Assessment zum Drogenmonitoring	7
2.1.1 Zur theoretischen Einbettung	8
2.1.2 Die Methode des Rapid Situation Assessments (RSA)	9
2.1.3 Arten des RSA	11
2.1.4 Das oberösterreichische Rapid Situation Assessment Pro- jekt zum Suchtverhalten	11
2.1.5 Auswirkungen des ersten Durchgangs des RSA in Oberö- sterreich	14
2.1.6 Das Drogenmonitoring Oberösterreich	15
3 Datenquellen im Drogenmonitoring Oberösterreich	19
<i>(Seifried Seyer, Franz Gschwandtner)</i>	
3.1 Die Reichweite unterschiedlicher Datenquellen	19
3.2 Indikatoren zur Verbreitung des Gebrauchs von Drogen	21
3.2.1 Bevölkerungsbefragung	21
3.2.2 Die WHO SchülerInnenbefragung „Health Behavior in Schoolaged Children“ (HBSC-Daten)	24
3.2.3 Produktions- und Verkaufszahlen	24
3.3 Indikatoren zum problematischen Drogengebrauch	25
3.3.1 Drogenbedingte Anzeigen	25
3.3.2 Drogenbedingte Diagnosedaten	26
3.3.3 Substitutionsdaten	28
3.3.4 Unfallstatistik	29
3.3.5 Drogenbedingte Todesfälle	30
3.3.6 Qualitative Interviews mit Schlüsselpersonen und Exper- tInnenpanel	31

4	Einschätzung von Drogen	33
	<i>(Seifried Seyer, Franz Gschwandtner, Richard Paulik)</i>	
4.1	Was sind Drogen?	33
4.2	Einschätzung der Gefährlichkeit	36
4.3	Einschätzung des „Suchtpotenzials“	39
4.4	Kosten für das Gesundheitssystem	42
5	Von illegalen Substanzen	45
	<i>(Seifried Seyer)</i>	
5.1	Das Wissen über illegale Drogen	50
5.1.1	Was heißt Wissen?	50
5.1.2	Faktenwissen	55
5.1.3	Einstellungen zu illegalen Drogen	61
5.2	Der Gebrauch illegaler Substanzen	66
5.2.1	Lebenszeitprävalenz	67
5.2.2	12 Monate Prävalenz	72
5.2.3	30 Tage Prävalenz	76
5.2.4	Cannabis	78
5.2.5	Ecstasy	82
5.2.6	Illegale Aufputschmittel	83
5.2.7	Biogene Drogen	85
5.2.8	Kokain	85
5.2.9	LSD	86
5.2.10	Heroin und andere Opiate	87
5.2.11	Multipler Substanzkonsum	88
5.2.12	Probierbereitschaft zu illegalen Substanzen	91
5.2.13	Illegale Drogen im Familien- und FreundInnenkreis	93
5.3	Problematischer Drogenkonsum	102
5.3.1	Drogenbedingte Anzeigedaten	106
5.3.2	Substitutionsdaten	122
5.3.3	Drogenbedingte Diagnosedaten	128
5.4	Drogenpolitische Maßnahmen und Prioritätensetzung	136
5.5	Resümee und Ausblick für präventive Bestrebungen	144
6	Alkohol	147
	<i>(Franz Gschwandtner)</i>	
6.1	Einleitung	147
6.2	Stellenwert des Alkohols	150

6.2.1	Persönlicher Umgang mit Alkohol	150
6.2.2	Bedeutung des Alkohols am Arbeitsplatz	152
6.2.3	Einschätzung des Alkohols im sozialen Leben	152
6.3	Information und Wissen über Alkohol	153
6.3.1	Informationsstand über die Grenze des gesundheitsge- fährdenden Konsums	153
6.3.2	Wissen bezüglich der Anzahl von Alkoholabhängigen . .	155
6.3.3	Kenntnis des oberösterreichischen Jugendschutzgesetzes	155
6.3.4	Conclusio: Subjektives Informationsniveau versus explizi- tes Wissen	156
6.4	Ausmaß des Alkoholkonsums	157
6.4.1	Durchschnittliche Alkoholkonsummenge	158
6.4.2	Alkoholtrinkfrequenz	159
6.5	Problematischer Alkoholkonsum	162
6.5.1	Akuter Alkoholmissbrauch	162
6.5.2	Alkoholabhängigkeit	165
6.5.3	Gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum	167
6.6	Alkohol im Straßenverkehr	169
6.7	Erwartungen der öö. Bevölkerung an die Politik	172
6.8	Resümee	175

7 Tabak 181

(Richard Paulik)

7.1	Einleitung	181
7.2	Die Prävalenz des Tabakkonsums	184
7.2.1	Rauchen, Geschlecht und Alter	185
7.2.2	Täglicher Zigarettenkonsum	188
7.2.3	Weitere Untersuchungen in Österreich	189
7.2.4	Anteil der NichtraucherInnen	190
7.2.5	Die Bereitschaft zur Verhaltensänderung und die Rauche- rInnenentwöhnung	194
7.2.6	Exkurs: Die Debatten um die Nikotinabhängigkeit	196
7.3	Der Einstieg in den Tabakkonsum	198
7.3.1	Die HBSC-Untersuchungen von 11- bis 15-jährigen SchülerInnen	200
7.3.2	Auswertung des Jugendstudienteils der Bevölkerungsbe- fragung ÖÖ 2003	203
7.4	Wissen, Normen und der Alltag des Rauchens	205

7.4.1	Wissen über Folgen des Rauchens	205
7.4.2	Wissen über Jugendschutzgesetz	208
7.4.3	Fremdgefährdung und Passivrauchen	208
7.4.4	Rauchen am Arbeitsplatz	211
7.4.5	Subjektives Informationsniveau	213
7.5	Die Folgen des Rauchens	215
7.5.1	Schädlicher Gebrauch, Abhängigkeitssyndrom und Entzugssyndrom	215
7.5.2	Todesfälle durch Nikotin, Alkohol und illegale Drogen	216
7.6	Zusammenhang zwischen Rauchen und sozialer Lage	219
7.7	Die Gesundheitsziele des Landes Oberösterreich	220
7.8	Tabakwarenstatistik für Österreich	223
7.8.1	Pro-Kopf-Verbrauch in Österreich	224
7.8.2	Tabaksteuern und Gesamtsteueraufkommen durch Tabakprodukte	226
7.9	Tabakpolitik	226
7.9.1	Erwartungen der öö. Bevölkerung an die Politik	226
7.9.2	Allgemeine Einschätzung des Handlungsbedarfs	229
7.9.3	Tabakpolitik als Kritik an (globalen) kapitalistischen Verwertungsstrategien	229
7.9.4	Tabaksteuererhöhungen	231
7.9.5	Problematik der Zigarettenautomaten	232
7.9.6	Zentrale tabakpolitische Forderungen	234
7.10	Resümee	234
7.10.1	Ergebnisse und Empfehlungen	234
7.10.2	Moderne Suchtprävention als „demokratisch-emanzipatorisches“ Projekt	237

Vorwort

Obwohl die Drogenproblematik einen der strittigsten Punkte des gesellschaftlichen Zusammenlebens darstellt, ist das Niveau der drogenpolitischen Auseinandersetzung in den meisten Staaten weit entfernt vom Ideal einer angemessenen und realitätsorientierten Diskussion.

Einfache Antworten auf komplexe Fragen sind beliebt, aber in der Regel falsch. Wer eine maßvolle Drogenpolitik betreiben bzw. Suchtprävention seriös umsetzen will, braucht dafür eine systematische und kontinuierliche Datenerhebung, -auswertung bzw. -analyse. Zur wissenschaftlichen Fundierung bedarf es zusätzlich einer adäquaten Theoriebildung.

Dabei spielt die gezielte Gewinnung, Strukturierung, Verbreitung, Nutzung und Evaluation von Information und Wissen eine wesentliche Rolle. Sowohl wissenschaftliche Erkenntnisse (z.B. Forschungswissen) als auch Erfahrungswissen (z.B. reflektierte praktische Erfahrungen) sind in der Sucht- und Drogenthematik von Relevanz.

Der Bedarf an gesichertem Wissen, handlungsweisenden Erkenntnissen und fachlichen Antworten trifft im Bereich der Sucht- und Drogenthematik auf ein defizitäres Forschungsfeld. Der „war on drugs“ fordert klare Feinde, engagiertes Handeln (am besten ohne viel Nachzudenken) und gefinkelt Taktieren. Für differenzierte Wege, komplexe Fragestellungen und schrittweises Vortasten bleibt dagegen wenig Platz. Insofern darf es auch nicht wundern, dass die öffentlichen Aufwendungen für Sucht- und Drogenforschung verschwindend klein sind.

Obwohl es keine klaren wissenschaftlichen Beweise für eine Wirksamkeit der Repression gibt, werden die meisten drogenpolitischen Gelder genau hier investiert (mehr als zwei Drittel in Österreich). Für die Vorbeugung bleiben dann weniger als zwei Prozent übrig. Eine wirkliche Etablierung der Säule Prävention erfordert mehr Mittel und eine adäquate gesellschaftliche Einbettung (breite Verankerung, gesetzliche Absicherung, Eigenständigkeit und doch vernetzt mit den wichtigen Akteuren).

Der beschriebene Weg der „einfachen“ Lösung der Sucht- und Drogenthematik soll in Oberösterreich dezidiert verlassen werden. Durch eine systematische Erfassung des Status quo und der Trends in der Sucht- und Drogenthematik soll mittel- und langfristig eine angemessene drogenpolitische Steuerung bzw.

Vorwort

zielgruppenorientierte Operationalisierung möglich sein. Damit hebt sich das Bundesland wohltuend von anderen Regionen Europas ab.

Die vorliegende Publikation stellt ein wichtiges Hilfsmittel für eine solche mutige Drogenpolitik dar. Sie gibt Auskunft über Ausgangslage, Methoden, Erfahrungen und Ergebnisse, bzw. über Möglichkeiten und Grenzen einer adäquaten science-based gestützten Suchtprävention.

Univ.Prof. Dr. Josef Weidenholzer
Vorstand des Instituts für Gesellschafts-und Sozialpolitik
Johannes Kepler Universität Linz

1 Einleitung

Ein Monitoring über einen gesellschaftlichen Bereich durchzuführen, der seit über 100 Jahren ein ideologisches Schlachtfeld unterschiedlicher politischer Lager und Weltanschauungen ist, sieht sich immer wieder vor die Frage gestellt, inwieweit es selbst sozialtechnologische Phantasien befördert und stützt. Nicht nur die Individuen machen Gebrauch von Drogen, oder wissenschaftlich gesagt, von psychoaktiven Substanzen, auch von den verschiedenen gesellschaftlichen Kräften und in unterschiedlichen Praxisfeldern werden Drogen gebraucht, wenn nicht missbraucht. Oftmals scheitern vernünftige und ethisch gerechtfertigte Vorschläge an diesem Missbrauch.

Die Klärung der sechs „W“ - wer, was, wann, wo, wie, warum - ist die Herausforderung jedes Berichts. Dabei handelt es sich um eine Aufgabe, die in einem komplexeren gesellschaftlichen Zusammenhang wie dem der Drogenthematik die Berichtenden zum Verzweifeln bringen kann, nicht nur weil eine schier unbewältigbare Fülle an Material zu verarbeiten ist, sondern auch weil die eigene Verstrickung in der gesellschaftlichen Praxis den Blick trübt und man sich sehenden Auges auf Abwegen befindet, die man überwunden zu haben glaubt. In Analogie zu Karl Valentins Bonmot „Prognosen sind besonders schwierig, wenn sie die Zukunft betreffen“, könnte man für das Unternehmen eines Drogenmonitorings behaupten: „Empirische Aussagen sind besonders schwierig, wenn sie die Realität betreffen“.

Von den angesprochenen sechs „W“ können wir in diesem Band höchsten vier einigermaßen zufriedenstellend beantworten. Das „Wann“ ist relativ einfach - es handelt sich durchwegs um Analysen und Daten zum gegenwärtigen Drogengebrauch. Ebenso das „Wo“ - dieses Drogenmonitoring konzentriert sich auf die Situation in Oberösterreich. Geht man über die geographische Deutung des „Wo“ hinaus und meint damit bestimmte Orte und Subkulturen des Drogengebrauchs, so muss festgehalten werden, dass diese Fragen bisher nicht im Interessensbereich unserer „Ermittlungen“ standen. Das „Was“ ist vorgegeben durch die Beschränkung dieses Monitorings auf die Substanzen Alkohol, Nikotin und bestimmte illegale Drogen. Das „Wer“ lässt sich mit einiger Zuverlässigkeit im Hinblick auf demographische Kennmarken wie Geschlecht und Alter erörtern. Sobald dieses „Wer“ ausgedehnt wird und andere Aspekte der Persönlichkeit berücksichtigt werden sollten, steht die Beschreibung vor größeren Schwie-

1 Einleitung

rigkeiten. Die Frage nach dem „Wer“ kann auch bedeuten, dass eine genauere Beschreibung der DrogengebraucherInnen hinsichtlich ihrer Lebensstile, ihrer Weltanschauungen, ihrer Werthaltungen geleistet wird. Diese Erwartung wird hier ganz klar enttäuscht. Die einzige große Unterscheidung, die getroffen wird, ist die Differenz zwischen DrogengebraucherInnen und enthaltsamen Gruppen der Bevölkerung. So gesehen, ist die Beantwortung der Frage nach dem „Wer“ nicht mehr so einfach zu beantworten.

Das „Wie“ und „Warum“ geht über die mit Monitoringmethoden erfassbaren Zielvorgaben hinaus. Um Motivationen und Einstellungen in Erfahrung bringen zu können, bedarf es anderer Methoden als die eines Monitorings, das von seiner Datenreferenz und Denkbewegung auf quantitativ erfassbare Spuren des Drogengebrauchs ausgerichtet ist. Um das „Warum“, die Motivation zum Drogengebrauch, beschreiben zu können, sind weiterreichende Forschungsmodelle, wie die der qualitativen Sozialforschung unerlässlich. An dieser Stelle des Drogenmonitorings können einzig vermutete Zusammenhänge auf Basis quantitativer Daten über manche Erklärungslücken hinweghelfen. Diese selbsteingestandene Unkenntnis mancher Aspekte des Drogengebrauchs liefert auch die Basis für notwendige weitere Schritte des Forschungsprozesses.

Die punktuelle Unkenntnis - nicht nur der sechs „W“ - bedeutet auch nicht, dass keine Aussagen über den gegenwärtigen Gebrauch von Drogen getroffen werden können, sie sollte vielmehr verdeutlichen, dass bei redlichster Forschung Fragen offen bleiben (müssen), die gerne eingefordert werden.

Möglicherweise stellt sich die/der LeserIn die Frage, wozu der ganze Aufwand betrieben wird. In Kapitel 2, *Zum Drogenmonitoring Oberösterreich*, wird einführend der theoretische und methodische Bezugsrahmen dieser Publikation dargestellt. Neben der Einordnung in internationale Bemühungen zur Erforschung und Dokumentation des Gebrauchs von psychoaktiven Substanzen wird ein Überblick über die Entwicklung und die Intentionen des Drogenmonitorings in Oberösterreich gegeben. Die Hauptintention dieser Arbeit ist die Zeichnung und Ergänzung von „Landkarten“ des Drogengebrauchs, die als Basis für die politische Diskussion und für Entscheidungen im Umgang mit der Sucht- und Drogenproblematik dienen können, deren Bedeutung sich darin allerdings nicht erschöpft. In Zusammenhang mit der Professionalisierung der Suchtprävention können beispielsweise programmatische und ethische Überlegungen mit Hilfe dieser „Karten“ vorangetrieben werden.

Anschließend werden in Kapitel 3, *Datenquellen im Drogenmonitoring Oberösterreich*, die für das Drogenmonitoring Oberösterreich relevanten Datenquellen im Detail beschrieben.

Bevor den einzelnen Substanzgruppen - illegale Drogen, Alkohol und Nikotin - ausführliche Beiträge gewidmet werden, werden in Kapitel 4, *Einschätzung von Drogen*, die sich überschneidenden Themenbereiche wie etwa die Einschätzung der Gefährlichkeit unterschiedlicher Substanzen, das vermutete „Suchtpotenzial“ sowie die Etikettierung von verschiedenen Substanzen als Droge behandelt. In erster Linie werden hierbei Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung OÖ 2003 vorgestellt, die einen Eindruck von der gegenwärtigen „Stimmungslage“ in Oberösterreich geben.

Im Beitrag *Von illegalen Substanzen* (Kapitel 5) versucht Seifried Seyer die Datenlage in Zusammenhang mit dem Gebrauch von illegalen Drogen in Oberösterreich und den problematischen Folgen dieses Gebrauchs anhand der verfügbaren Datenquellen darzustellen. Neben der epidemiologischen Beschreibung der Situation in Oberösterreich ist ein Schwerpunkt das Wissen und dessen Bedeutsamkeit für den Gebrauch von Drogen (Kapitel 5.1). Das Eingebundensein des Wissens in andere Handlungsvollzüge und dessen Relativität in Abhängigkeit von der individuellen Situation der handelnden Personen ist ein wichtiger Aspekt für weiterreichende Präventionsbemühungen. In diesem Abschnitt wird einer sozialwissenschaftlichen Perspektive der Vorrang gegeben, die den Zusammenhang zwischen Wissen, Geschmacksvorlieben bzw. Drogengebrauchsmuster und der Lebenswelt der Menschen am ehesten erhellen kann. Einen weiteren Schwerpunkt stellt eine Auseinandersetzung mit dem Drogenverbot (Unterkapitel 5.3.1.1) und mit drogenpolitischen Maßnahmen (Kapitel 5.3.3) dar. Mit den Überlegungen zum Drogenverbot und zur Drogenpolitik treten unmittelbar ethische Fragestellungen in den Vordergrund, denen man auch auf der Ebene eines Monitorings nicht ausweichen sollte, auch wenn damit die Gefahr verbunden ist, manche konsensualen Schweigegebote zu übertreten. Gerade im Rahmen der datengestützten Analyse ergibt sich die Chance, theoretische und ethische Standpunkte mit dem empirischen Stand der Forschung in ein produktives Spannungsverhältnis zu setzen.

Der Beitrag *Alkohol* von Franz Gschwandner (Kapitel 6) beinhaltet eine Erhebung und detaillierte Darstellung epidemiologischen Datenmaterials (zum Ausmaß des Alkoholkonsums generell und zur Verbreitung problematischer Formen bzw. Auswirkungen des Alkoholkonsums im Speziellen). Quasi als „Überbau“ erfolgt einleitend eine Skizzierung der vorherrschenden Alkoholkultur, die sich unter anderem im gesellschaftlichen Stellenwert des Alkohols manifestiert.

Dem Informationsstand der oberösterreichischen Bevölkerung bezüglich Alkohol und der problematischen Rolle des Alkohols im Straßenverkehr sind weitere Teile gewidmet. Eine Verortung des alkoholpolitischen Spannungsfeldes wirtschaftspolitischer Interessen versus Gesundheitspolitik bildet den Abschluss

1 Einleitung

des Beitrages: Die beiden letzten Abschnitte beinhalten Hintergründe, Daten und Überlegungen zu einer politischen Steuerung des Konsums von Alkohol.

Im Beitrag von Richard Paulik, *Tabak* (Kapitel 7), wird der Darstellung der Prävalenzen des Rauchens breiter Raum gegeben. In einem weiteren Abschnitt werden Ausführungen zu Wissensaspekten, zu Normen und Handlungsanleitungen sowie zu Themen des alltäglichen Umgangs mit dem Rauchen vorgestellt. Neben diesen Ergebnissen finden sich Auswertungen der WHO-SchülerInnenbefragung (HBSC) für Österreich und Oberösterreich, die als Ergänzung zu der Raucherprävalenzdarstellung zu verstehen sind.

Zur Beschreibung der gesundheitlichen Auswirkungen des Rauchens werden einzelne Diagnosen an öffentlichen Krankenanstalten angeführt. In den folgenden Abschnitten wird auf die Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage und dem Rauchen und auf die Gesundheitsziele in Oberösterreich eingegangen; weiters werden Daten, aber auch Defizite der österreichischen Tabakwarenstatistik vorgestellt. Im Unterkapitel Tabakpolitik werden Erwartungen an die Politik aus der Bevölkerungsbefragung OÖ dargestellt und relevante tabakpolitische Aspekte diskutiert. Der Beitrag schließt mit einer Auseinandersetzung der ambivalenten Diskussion um das Rauchen. Versucht wird gesundheitspolitische und sozialwissenschaftliche Positionen kurz darzustellen und für weitere suchtpreventive Überlegungen nutzbar zu machen.

In der nun mehr als fünfjährigen Entwicklung des Drogenmonitorings in Oberösterreich haben wir mannigfach Unterstützung erfahren. Deshalb danken wir den politisch Zuständigen der Landesregierung in OÖ (insbesondere den LandesrätInnen Josef Ackerl, Dr. Sylvia Stöger und Dr. Walter Aichinger) für die Finanzierung und dem Miteinbeziehen des Monitorings in Entscheidungsprozesse;

den Landessucht- und -drogenkoordinatoren Manfred Ruschak bzw. Thomas Schwarzenbrunner für die Mitentwicklung und enge Zusammenarbeit;

dem ExpertInnenteam (Univ-Doz. Primar Dr. Hans Rittmannsberger, Primar Dr. Felix Fischer, Dr. Alexandra Lagemann, Dr. Ingrid Steininger und Helmut Schober) für die Hilfe zur fachlichen Etablierung;

den MitarbeiterInnen aus den Suchtberatungsstellen für das Einbringen Ihrer Erfahrungen;

den KollegInnen am Institut Suchtprävention für die interessanten Anregungen und für das Korrekturlesen der Publikation;

den ExpertInnen im universitären und außeruniversitären Bereich (insbesondere Dr. Alfred Uhl, Primar Dr. Kurt Aigner, Dr. Sabine Haas, Mag. Roland Lehner, Dr. Joachim Gerich) für ihr Fachcoaching und ihre konstruktive Kritik;

und dem Fonds Gesundes Österreich für die Mitfinanzierung der Publikation.

2 Zum Drogenmonitoring Oberösterreich

Rainer Schmidbauer, Seifried Seyer

Spätestens seit Mitte der 1990er-Jahre beginnt in Europa ein Trend, die vorhandenen Daten zur Sucht- und Drogenthematik systematischer miteinander zu vergleichen. Hintergrund dafür ist eine verstärkte Anstrengung, so etwas wie eine gemeinsame europäische Sucht- und Drogenpolitik zu skizzieren bzw. die nationalen Politiken vergleichbarer zu machen. Insofern ist auch die Gründung einer europäischen Monitoringeinrichtung, nämlich dem European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), und einem angeschlossenen europäischen Netzwerk in den jeweiligen Mitgliedsländern (European Network on Drugs and Drug Addiction - REITOX), verständlich. (vgl. EMCDDA, 1995, 1)

Gleichzeitig wird jedoch auch die Schwierigkeit evident, die nationalen Daten seriös miteinander vergleichen zu können. Seit Bestehen der EMCDDA gibt es Bestrebungen, die Begrifflichkeiten, Kategorien, Fragestellungen, Items usw. europaweit kompatibel zu gestalten (siehe Jahresberichte der EMCDDA). Neben der Vergleichbarkeit der nationalen Daten, kommt es vermehrt zu einer Bewertung der drogenpolitischen Strategien. Die Maßnahmen zur Evaluierung lassen sich in Europa in drei Hauptaktivitäten unterteilen: (EBDD, 2004, 75)

- Beobachtung in Form einer routinemäßigen Erfassung von Daten zur Drogenproblematik sowie von Maßnahmen und Interventionen,
- Evaluierung der Umsetzung, d. h. die Einschätzung des Mehrwerts, der durch die Umsetzung der Initiativen und der Ressourcenverteilung im Rahmen der jeweiligen Drogenpolitikstrategie geschaffen wurde,
- Evaluierung der Auswirkungen (allgemein als Bewertung der Effektivität bezeichnet), eine Beurteilung der Folgen (kurzfristige Auswirkungen) und Ergebnisse (längerfristige Auswirkungen) auf die Drogenproblematik, die (zumindest teilweise) auf eine drogenpolitische Strategie zurückzuführen sind.

Die Interpretation der Daten, bezogen auf die Sucht- und Drogenthematik bzw. auf den drogenpolitischen Erfolg ist insofern schwierig, da die Sucht- und

2 Zum Drogenmonitoring Oberösterreich

Drogenproblematik und die dementsprechenden Interventionen in einen größeren gesellschaftlichen bzw. kulturellen Rahmen eingebettet sind. So ist es auch möglich, dass Schweden und die Niederlande eine völlig unterschiedliche Drogenpolitik praktizieren und beide ihr Modell als großen Erfolg (auch mit Daten belegbar, z.B. bezogen auf die Anzahl der Abhängigen von harten Drogen) darstellen. (vgl. van Solinge, 1997, 14)

Die europäischen Bemühungen zur Systematisierung der Daten in der Drogenproblematik schlagen sich in Österreich in der Gründung eines nationalen Focal Points nieder. Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) ist in Österreich Ansprechpartner für die EMCDDA und veröffentlicht einmal jährlich einen Bericht zur nationalen Drogenproblematik. Dabei werden in der Regel keine eigenen Studien erstellt, sondern Sekundäranalysen durchgeführt (siehe Jahresberichte ÖBIG).

Österreichweit stehen bezüglich der Sucht- und Drogenproblematik regelmäßig folgende Daten zur Verfügung:

- Anzeigenstatistik laut Suchtmittelgesetz (SMG) (jährlich),
- Verurteilungsstatistik laut SMG (jährlich),
- Health behaviour in schooled children (HBSC)-Schülerbefragungsdaten von 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen (alle vier Jahre),
- Behandlungsdaten (jährlich z.B. Anzahl der Substituierten),
- Unfallstatistik des Kuratoriums für Verkehrssicherheit,
- drogenbedingte Todesfälle.

Regelmäßige, systematisch österreichweit stattfindende Befragungen zur Drogenproblematik gibt es nicht. Nach Bundesland verschieden, werden repräsentative Befragungen durchgeführt. Aufgrund der unterschiedlichen Survey-Designs ist eine direkte Vergleichbarkeit allerdings meist nicht gegeben.

Das föderale System in der österreichischen Drogenpolitik führt dazu, dass insbesondere die Bundesländer für die Umsetzung der drogenspezifischen Maßnahmen im Sozial- und Gesundheitsbereich verantwortlich sind. (vgl. Haas et al., 2003, 7) Mit anderen Worten: die Suchthilfe und die Suchtprävention ist im wesentlichen Sache der Länder (von der Konzipierung über die Finanzierung bis hin zur Qualitätssicherung). Damit ergibt sich eine Aufspaltung von Aktivitäten und Datenerfassung, die eine weitere wesentliche Hürde zu national vergleichbaren Auswertungen darstellt.

2.1 Vom Rapid Situation Assessment zum Drogenmonitoring

Die Rahmenbedingungen für eine datengestützte Planung bzw. Umsetzung der regionalen Drogenpolitik schauen für Oberösterreich wie folgt aus:

1. Es gibt nur beschränkt österreichweit aufbereitete Daten, die bundeslandspezifisch hilfreich sind.
2. Eine systematische Erfassung der sucht- und drogenspezifischen Daten passiert kaum.

Gleichzeitig gibt es eindeutige Hinweise bezüglich der Wichtigkeit einer adäquaten Datenerhebung, -analyse und -bewertung für die Planung, Steuerung, Umsetzung bzw. Evaluation einer Sucht- und Drogenpolitik. Neben der kontinuierlichen Problem- bzw. Trenderfassung liegt die zentrale Aufgabe in der Analyse und Bewertung von Regularien, Verfahren und Methoden. (vgl. Schmidt und Hurrelmann, 2000, 21) Zusätzlich taucht das Thema von Früherkennungssystemen bezüglich Trends im Bereich des Konsums von legalen sowie illegalen Drogen auf. (vgl. Kemmesies, Werse und Müller, 2002, 12) Insgesamt wird in der Sucht- und Drogenproblematik die Berücksichtigung einer Versachlichung und Professionalisierung mittels Theoriebildung, wissenschaftlicher Fundierung, Evaluation und seriöser Umsetzung empfohlen. (vgl. Gaßmann, 2004, 180ff) In diesem Sinne soll die Sucht- und Drogenpolitik „vernüchtert“ werden. (Nickels, 2000, 286)

Aufgrund dieser Ausgangslage entschloss sich das Land OÖ zur Unterstützung bzw. als wesentliche Grundlage einer effektiven Sucht- und Drogenpolitik ein kontinuierliches und systematisches Monitoring zu implementieren. Seit dem Jahr 1999 bemühten sich das Institut Suchtprävention Linz und das Land OÖ - Landesdrogenkoordinationsstelle, für die Planung der Prävention und der politisch-strukturellen Entscheidungen im Sucht- und Drogenbereich systematisch Daten zur Verfügung zu stellen.

2.1 Vom Rapid Situation Assessment zum Drogenmonitoring

Von den Anfängen im Jahre 1999 bis heute hat sich das Projekt „Drogenmonitoring in Oberösterreich“ (zuerst *Rapid Situation Assessment zum Suchtverhalten in OÖ*) ständig weiterentwickelt. Im Folgenden wird skizziert, wie in Oberösterreich das Projekt entstand, wie es strukturell eingebunden ist und welche Auswirkungen das Projekt unter anderem bis dato zeitigt.

2.1.1 Zur theoretischen Einbettung

Um gesundheitsfördernde Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen zu schaffen, sind regelmäßige, umfassende und auf die praktische Nutzung ausgerichtete Datensammlungen zur gesundheitlichen Situation notwendig. Nur auf einer solchen Grundlage lassen sich langfristig und wirkungsvoll gesundheitsfördernde Verhaltensweisen in der Bevölkerung entwickeln. (vgl. Hessisches Ministerium für Umwelt, Energie, Jugend, Familie und Gesundheit, 1996, 1)

Das im Public Health Bereich engagierte Institute of Medicine in den USA schlägt zur Überwindung der Krise im Public Health System ein Aktionsmodell vor, das vier Handlungsschritte vorsieht: (vgl. Noack, 1996, 36)

1. Erfassung und Analyse gesundheitlicher Problemlagen der Bevölkerung (Assessment),
2. Entwicklung von gesundheitspolitischen Interventionsstrategien (Policy development),
3. Umsetzung dieser Strategien im Gesundheitssystem (Assurance),
4. Evaluation der Akzeptanz und Wirksamkeit der Strategien (Evaluation).

Dabei ist es unabdingbar, bei der Diagnose der Gesundheitsprobleme und bei der Planung von Gesundheitsprojekten die wesentlichen Gesundheitsdeterminanten zu identifizieren und zu klären, ob bzw. inwieweit sie beeinflussbar sind. Dieser notwendige Schritt erfolgt bei vielen Gesundheitsförderungsmaßnahmen nur unzulänglich. Nicht selten fehlt er ganz, weil man zu wissen glaubt, was zu tun ist. Pointiert könnte man auch sagen: Man kennt die Lösung, ohne zu wissen, was das Problem ist. (vgl. Noack, 2001, 12)

Nicht von ungefähr hat sich in den letzten Jahren die Gesundheitsberichterstattung im deutschsprachigen Raum mehr und mehr etabliert. Vom Anspruch her verfolgt sie dabei das Ziel, auf der Basis wissenschaftlicher Expertise Informationen für die Gesundheitspolitik sowie für die Bürgerbeteiligung an gesundheitspolitischen Entscheidungen bereitzustellen.

Im Wesentlichen geht es hier um folgende inhaltlichen Vorgaben: (vgl. Noack, 2001, 99)

1. Eine epidemiologische Grundlegung (Risikoanalyse),
2. Aufklärungs- und Transparenzfunktion für die BürgerInnen und die Fachöffentlichkeit (Risikokommunikation),

3. Handlungsorientierung, insbesondere mit Bezug auf Prävention (Planungsrelevanz).

Die Entwicklungen bzw. Forderungen bezüglich eines wissenschaftlich fundierten Ansatzes („science-based-approach“) aus dem Feld der Gesundheitsförderung findet man auch im Arbeitsfeld der Sucht- und Drogenthematik. „Die durchgeführten Aktivitäten sollen theoriegeleitet und wissenschaftlich belegt sein“ (Schmidbauer et al., 2003) - so ein immer lauter werdendes Credo in der Fachwelt.

Forschung hat eine wichtige Funktion für die Drogenhilfe und die Suchtprävention. Dies gilt mit Nachdruck für praxis-unterstützende Forschung, wie z. B. Problemanalyse, Prozess- und Effektevaluation. Sozialwissenschaftliche und epidemiologische Forschungen sind in der Regel kostenintensiv und zeitraubend. Letzteres ist problematisch, wenn es um neue Drogentrends geht. Drogentrends entwickeln und ändern sich schnell. Ein Forschungsvorhaben, das erst nach mehreren Jahren Resultate liefert, schafft historische Erkenntnisse, die für die Praxis zumindest teilweise nicht mehr relevant sind. (vgl. Trautmann, 1998)

2.1.2 Die Methode des Rapid Situation Assessments (RSA)

In diesem Zusammenhang bietet die Methode Rapid Situation Assessment (RSA) eine interessante Alternative. Im Rahmen eines RSA wird eine Kombination von verschiedenen quantitativen und qualitativen Daten verwendet. Die Intention dabei ist eine rasche Bewertung der Natur, des Ausmaßes und des Musters eines Problems in einem bestimmten Setting (in unserem Fall der Sucht- und Drogenthematik), um so geeignete Maßnahmen zur Reduktion der Problematik zu entwickeln. (vgl. World Health Organization, 1998b, 1) Es geht weniger darum, die „Wahrheit“ zu finden, sondern vielmehr darum, eine verbesserte Entscheidungsgrundlage für die Verantwortlichen bereit zu stellen. So gesehen handelt es sich bei diesem Forschungsansatz um ein Ausloten der Problematik an der Schnittstelle von Fachdiskurs und breitem öffentlichen (Alltags-)Diskurs.

Aufgrund der günstigen Kosten/Nutzen-Relation wird die Methode des RSA unter anderem vom United Nations International Drug Control Programme (UNDCP), von der World Health Organization (WHO) und vom European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) empfohlen. In diesem Kontext entstanden folgende Guidelines: (ODCCP, 1999, III)

- Barker, G.: The use of qualitative research methods in conducting rapid assessment procedures on drug abuse in community, 1995.
- WHO: Guide to Drug Abuse Epidemiology, 1997.

2 Zum Drogenmonitoring Oberösterreich

- WHO: The Rapid Assessment and Response guide on injecting drug use, 1998.
- WHO/UNAIDS: The Rapid Assessment and Response guide on substance abuse and sexual risk behaviour, 1998.
- EMCDDA: Estimating the prevalence of problem Drug use in Europe, 1997.
- WHO: Guide to Drug Abuse Epidemiology, 2000. (World Health Organization, 2000)

Im Folgenden werden die wichtigsten Charakteristika des RSA dargestellt: (vgl. ODCCP, 1999, 3)

Dauer/Geschwindigkeit. RSA kann gewöhnlich in relativ kurzer Zeit (höchstens 6 Monate) verwertbare Ergebnisse liefern.

Kosteneffizienz. Die Kosten/Nutzen-Relation ist sehr gut, da die Kosten relativ gering sind, die Ergebnisse jedoch direkt für Interventionen, Maßnahmen und Planungen geeignet sind.

Flexibilität. Die Methode kann settingspezifisch adaptiert werden.

Induktive Orientierung. Entwickelte theoretische Hypothesen werden überprüft und dabei bestätigt, widerlegt bzw. modifiziert.

Kombination von verschiedenen Methoden der Datengewinnung. Bei einem RSA werden mehrere quantitative und qualitative Methoden zur Datengewinnung verwendet. Spezielle Komponenten in einem RSA können z.B. sein: Sekundärdaten (Anzeigenstatistik, Verurteiltenstatistik, Drogentote, Behandlungsdaten, Behandlungsbetten, Beratungsstellen, niedrigschwellige Einrichtungen, Präventionsprogramme, -projekte, -fachstellen, leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungs-Daten (LKF-Daten), Forschungsberichte, ÖBIG Berichte zur Drogensituation, Medienberichterstattung ...), Primärdaten (Bevölkerungsbefragung; Untersuchung von speziellen Gruppen, wie z.B. Jugendkulturen; Schätzung wie z.B. Capture/Recapture; Fokusgruppen; Interviews mit Schlüsselpersonen, ExpertInnenpanel, Beobachtung von „Szenen“ ...)

Verwendung von unterschiedlichen „Informanten“. Unterschiedlichste Personen, wie z.B. MitarbeiterInnen in Gesundheitsberufen, SozialarbeiterInnen, SicherheitsbeamtenInnen, LehrerInnen, StreetworkerInnen, SchülerInnen, StudentInnen, „Peers“, Diskjockeys, Prostituierte, Event-VeranstalterInnen, DrogenkonsumentInnen, SuchtberaterInnen etc. können befragt werden.

Dokumentation der Problematik und sinnvoller Maßnahmen. Im RSA wird nicht nur die Problematik beschrieben, sondern es werden auch mögliche Maßnahmen zur Implementierung empfohlen.

Dokumentation der Notwendigkeiten und der Ressourcen. Es werden nicht nur nötige Maßnahmen erarbeitet, sondern auch die möglichen Ressourcen zur Umsetzung berücksichtigt.

Dokumentation von „good/best practice-models“. Es wird versucht, Erfahrungen von ähnlichen Problemstellungen/-antworten zu berücksichtigen.

Interventionsorientierung. Die Ergebnisse eines RSA zielen insbesondere darauf ab, direkt für die Entwicklung bzw. Implementierung von Maßnahmen/Interventionen Hilfestellung zu bieten.

2.1.3 Arten des RSA

Je nachdem mit welcher Absicht ein RSA durchgeführt wird, lassen sich im Sucht- und Drogenbereich primär folgende Typen unterscheiden. (ODCCP, 1999, 6)

1. Ein breit angelegtes RSA, um Trends und Muster der Sucht- und Drogenproblematik in verschiedenen Settings, Art und Ausmaß der Suchthilfe bzw. Prävention, die geltenden Gesetze in einem Land zu beschreiben und sinnvolle Interventionen zu empfehlen.
2. Ein RSA, welches spezielle Aspekte der Sucht- und Drogenproblematik (z.B. intravenöser Drogenkonsum unter obdachlosen Jugendlichen in einem bestimmten Stadtteil) fokussiert.
3. Ein RSA, welches insbesondere die existierende Suchthilfe und Prävention evaluiert.

2.1.4 Das oberösterreichische Rapid Situation Assessment Projekt zum Suchtverhalten

In der Kategorisierung von RSAs im Sinne des obigen Kapitels ist das RSA in Oberösterreich in die Kategorie (1.) einzuordnen.

„Ein breit angelegtes RSA, um Trends und Muster der Sucht- und Drogenproblematik in verschiedenen Settings, Art und Ausmaß der Suchthilfe bzw. Prävention, die geltenden Gesetze in einem Land zu beschreiben und sinnvolle Interventionen zu empfehlen.“

2 Zum Drogenmonitoring Oberösterreich

Die wichtigsten Zielsetzungen, die wir in unserem RSA festgelegt haben, liegen in der Ermittlung der Trends des Gebrauchs (Formen, Gruppen, Motivationen) von psychoaktiven Substanzen, von Veränderungen des Wissens über Drogen und wichtigen Problemlagen in Zusammenhang mit dem Drogengebrauch. So könnte man bereits das Initialprojekt eher als Drogenmonitoringsystem denn als „Rapid-Situation Assessment“ bezeichnen.

Der erste Anstoß für das Projekt erfolgte durch das Institut Suchtprävention im Frühjahr 1999. Die zur Verfügung stehenden Zahlen/Fakten/Daten bezüglich der Sucht- und Drogenproblematik wurden als völlig unzureichend eingeschätzt. Diese Einschätzung wurde von der Sucht- und Drogenkoordinationsstelle des Landes OÖ geteilt. So war die Zielsetzung im Wesentlichen klar: Die Erarbeitung empirischer Grundlagen, um seriösere Aussagen machen bzw. Entscheidungen besser treffen zu können. (vgl. Seyer et al., 2001, 6)

Um eine breite fachliche Basis für ein Monitoringsystem sicherzustellen, wurde versucht, die unterschiedlichen Arbeitsfelder der Sucht- und Drogenarbeit in Oberösterreich einzubeziehen.

Aus einem Kreis von interessierten Fachpersonen aus den Bereichen Suchtprävention, medizinischer und psychosozialer Behandlung und Koordination der Sucht- und Drogenarbeit entwickelte sich ein Projektteam. Bei diesem Team lag die Planung, Letztentscheidung und Umsetzung der einzelnen Projektschritte. Neben dem Projektteam wurde ein ExpertInnenbeirat bestehend aus SpezialistInnen aus dem Forschungsbereich bzw. aus der Sucht- und Drogenarbeit ins Leben gerufen.

Erwähnen wollen wir auch die tatkräftige Förderung und Unterstützung des Projektes durch die zuständigen politischen ReferentInnen in der Oö. Landesregierung.

Mit dem Projekt „Rapid Situation Assessment zum Suchtverhalten in Oberösterreich“ haben wir in Österreich weitgehend Neuland begangen. Insgesamt trifft man auf diesem Gebiet im gesamten deutschsprachigen Raum auf nur wenig Erfahrung. (vgl. Kemmesies, Wense und Müller, 2002, 9) Obwohl es zur gleichen Zeit auch in einigen Ländern der EU (z.B. in Luxemburg, Holland) Versuche gab (Trautmann, 1998; Korf, Kemmesies und Nabben, 1998; Korf, Nabben und Benschop, 2001), RSA-Projekte umzusetzen, sind wir nicht wirklich auf ein Vorbildmodell für unser Pilotprojekt gestoßen. Inzwischen hat sich das Bild geändert und es gibt eine Reihe weiterer Ansätze zu Drogenmonitoringsystemen im europäischen Kontext.

Unter dem Titel *Rapid Situation Assessment zum Suchtverhalten in Oberösterreich* wurde das Projekt gestartet. Schon zu Beginn stand fest, dass dieser Titel eine sehr weite Interpretation zulässt. Rasch wurde klar, dass der Schwer-

punkt in der Einschätzung von Trends liegen sollte, die aus einem möglichst breit angelegten Patchwork von Daten abgeleitet werden können.

Das Vorhaben des Projektes war deshalb nicht bloß eine einmalige Zusammenstellung dieser Daten, es sollte vielmehr der Beginn einer periodischen Wiederholung von Erhebungen von vergleichbaren Daten sein, welche Trends und Entwicklungen erkennbar werden lassen.

Konsumformen von psychoaktiven Substanzen sind dynamisch und sie hängen von vielen Faktoren ab - beispielsweise von der Verfügbarkeit und der Qualität der Substanzen; der Einführung von neuen Substanzen; der Wiederentdeckung von „alten“ Substanzen durch neue Gruppen von KonsumentInnen; von veränderten administrativen und gesetzlichen Maßnahmen.

Um in diesem Feld auch agieren zu können, bedarf es einer aktuellen und zuverlässigen Einschätzung des Geschehens. Eine erfolgreiche Prävention von Gesundheitsschäden und anderen Konsequenzen des Drogengebrauchs benötigt eine genaue Kenntnis des Ausmaßes, der Charakteristik und der Formen des Drogengebrauchs. Darüber hinaus ist eine Aufklärung der Probleme, die mit dem Drogengebrauch einhergehen, unerlässlich. (vgl. World Health Organization, 2000, 3)

So sozialtechnologisch manche Ausführungen zur Evaluation auch immer anmuten mögen, zuverlässige empirische Grundlagen sind die Voraussetzung zu einer weiteren Bestimmung von Aktivitäten in Bezug auf die Drogenproblematik. Die Einschätzung der Sucht- und Drogensituation anhand von Daten kann jeweils nur so gut gelingen, so zuverlässig die Daten sind, auf denen die Einschätzung basiert. Und hier eröffnet sich das größte Problem im Bereich der Forschung über Suchtverhalten, das auch im Rahmen dieses Projektes an oberster Stelle behandelt wurde. In erster Linie sind die vorhandenen Daten solche, die unterschiedlichen administrativen Zwecken untergeordnet sind. Auf der anderen Seite sind Aussagen auf Grund von Daten aus Bevölkerungsbefragungen mit dem Makel behaftet, dass sie in der Durchführung sehr kostenintensiv sind, dass die soziale Wünschbarkeit das Antwortverhalten stark beeinflusst und dass die Zielgruppen bei bestimmten Bereichen des Suchtverhaltens sehr klein sind. Auch die Unterrepräsentation bestimmter Problemgruppen (wie z.B. alkoholkranker Personen) in der Stichprobe spielt eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Deshalb wurde ein möglichst breiter und erweiterbarer Ansatz gewählt, der sowohl aus vorhandenen Datenbanken wie auch aus Bevölkerungsbefragungen Daten zur Verfügung stellen will.

Der eingesetzte Methodenmix bestand aus:

- einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung,

2 Zum Drogenmonitoring Oberösterreich

- einer Sekundäranalyse von Daten aus existenten statistischen Erhebungen und
- einer Trendumfrage unter „PräventionslehrerInnen, -peers“ und BeraterInnen der entsprechenden Hilfeinrichtungen.

Zu jedem einzelnen Suchtbereich (Alkohol, Nikotin, Essstörungen, Medikamente, illegale Drogen) wurden Keyindikatoren festgelegt, welche

1. wiederholbar abrufbar,
2. leicht zugänglich
3. und systematisierbar sind
4. sowie langfristig zur Verfügung stehen.

2.1.5 Auswirkungen des ersten Durchgangs des RSA in Oberösterreich

Die erstmalige Umsetzung des *Rapid Situation Assessment zum Suchtverhalten in OÖ* brachte interessante Ergebnisse. Für die politisch Verantwortlichen war insbesondere der geringe Informationsgrad der Bevölkerung bezüglich der Sucht- und Drogenproblematik überraschend. In diesem Sinne wurde dann von einer im oberösterreichischen Landtag vertretenen Partei ein 11. Gesundheitsziel in Oberösterreich vorgeschlagen. Das Gesundheitsziel lautet wie folgt:

„Bis zum Jahr 2005 sollen mindestens 50 % der Gesamtbevölkerung und mindestens 80 % der Jugendlichen über die Auswirkungen des Drogenkonsums sehr gut informiert sein.“ (Ruschak und Schwarzenbrunner, 2002, 2)

Das Gesundheitsziel wurde im Jahr 2002 einstimmig von allen im oberösterreichischen Landtag vertretenen Parteien angenommen. Verbunden mit dem Gesundheitsziel wurden weitere Mittel für die Suchtprävention genehmigt. In diesem Zusammenhang wurde ein grundsätzliches Suchtkonzept für das Land Oberösterreich in Auftrag gegeben. Dieses Konzept wurde in seiner Endfassung „Suchtkonzept OÖ 2002“ im Frühjahr 2004 sowohl von der oberösterreichischen Landesregierung als auch vom oberösterreichischen Landtag angenommen und beschlossen.

Als konkrete Maßnahme wurde im Jahre 2002 das Institut Suchtprävention ausgebaut. Im oberösterreichischen Suchtkonzept wird inhaltlich der Rahmen wie folgt vorgegeben:

„Für die Zukunft ist ein Ausbau des Instituts insbesondere für die Bereiche Wissensmanagement (gezielte Recherche, Aufbereitung von Daten und Informa-

tionen, Forschung und Evaluation) und Öffentlichkeitsarbeit (Medien- und Pressekontakte, Erstellen von Infomaterial, Nutzung Neuer Medien, Entwicklung und Umsetzung zielgruppenspezifischer Kampagnen) erforderlich. Darüber hinaus sollen die unmittelbaren Präventionsaktivitäten (Kinder und Jugendliche, Familie, Betrieb, Verein etc.) verstärkt werden.“ (Ruschak et al., 2002, 7)

Gleichzeitig werden im Rahmen einer Gesamtstrategie für die Sucht- und Drogenproblematik die zentralen Zielvorgaben wie folgt festgelegt:

„Die flächendeckende Verfügbarkeit von Suchtprävention und die ausreichende regionale Verfügbarkeit (unter Bedachtnahme auf Einzugsbereiche und Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln) von ambulanten Beratungsstellen und deren qualitative Ausstattung ist anzustreben.“ (Ruschak et al., 2002, 12)

2.1.6 Das Drogenmonitoring Oberösterreich

Nach Beendigung des Pilotprojekts *Rapid Situation Assessment zum Suchtverhalten in Oberösterreich* wurde vom Land OÖ beschlossen, die Aktivitäten längerfristig fortzusetzen. Dabei wurde das Institut Suchtprävention vom Land OÖ beauftragt, das Projekt - nun unter dem treffenderen Projektnamen „Drogenmonitoring in OÖ“ - kontinuierlich durchzuführen. Im Sinne eines regelmäßigen Monitorings geht es weniger um die Analyse bzw. Bewertung einer Situation, sondern insbesondere um das Beschreiben, Erkennen und Bewerten von Trends. Dies bedeutet, dass im Verlauf eines Drogenmonitorings ein systematisch zusammengestellter Satz von Daten aufgebaut wird, der regelmäßig und routinemäßig erhoben und analysiert wird.

Seit Beginn des Pilotprojektes „Rapid Situation Assessment zur Sucht- und Drogenthematik in Oberösterreich“ hat sich auch die Ausgangslage des internationalen Diskussionsstandes stark verändert. Sowohl in der Gesundheitsförderung als auch in der Suchtprävention wurden Evaluationsmaßnahmen und Qualitätssicherung zu einem der wichtigsten Zielsetzungen zur Absicherung der eigenen Aktivitäten ausgebaut. Auch die praktische Umsetzung von Drogenmonitoringssystemen in Europa machte große Fortschritte. So sind in der Zwischenzeit mit dem „Monitoring-System Drogentrends (MoSyD)“ in Frankfurt am Main und den Arbeiten zu Trends und Indikatoren zum Drogengebrauch des „French Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions“ zwei wichtige Referenzprojekte entstanden bzw. Veröffentlichungen vorhanden, die für dieses Projekt wichtige Impulse geben konnten.

Verschiedene wichtige Aspekte eines Drogenmonitorings fasst Christiansen (2000) in der Arbeit „Evaluation - ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung; eine Expertise“ folgendermaßen zusammen: „Die

2 Zum Drogenmonitoring Oberösterreich

Planung eines Monitoringsystems muss eine ganze Reihe von inhaltlichen wie auch erhebungs- und aufbereitungstechnischen Anforderungen berücksichtigen, deren Zielsetzungen sich teilweise widersprechen: So muss einerseits eine möglichst umfassende Auswahl inhaltlich relevanter Indikatoren getroffen werden, andererseits darf der Erhebungsaufwand weder die Mitarbeiter und Teilnehmer noch das Budget übermäßig beanspruchen. Es muss zum einen dafür gesorgt werden, dass durch wiederholte Datenerhebungen Veränderungen im Interventionsgeschehen möglichst zuverlässig wiedergegeben werden, zum anderen muss vermieden werden, dass sich durch die häufige Datenerhebung während des Implementationsprozesses auf seiten der befragten Teilnehmer oder Mitarbeiter die Wahrnehmung des Interventionsgeschehens so verändert, dass sich dies verzerrend auf nachfolgende Outcome-Messungen auswirkt.“ (Christiansen, 2000, 49)

Alle drei Jahre wird in Oberösterreich eine repräsentative Bevölkerungsbefragung durchgeführt. Die Sekundäranalysen von bestehenden Daten werden kontinuierlich (meist jährlich) gemacht. Die Langfristigkeit in der Durchführung des Drogenmonitorings bringt nicht nur das wichtige Thema Trenderfassung zum Vorschein, sondern stellt auch eine wesentliche Aufgabe zur ständigen Qualitätsentwicklung dar. So wird versucht die repräsentative Befragung zu verbessern, die Auswertung der Daten zu präzisieren bzw. neue Methoden (z.B. Expertenpanel) in das bestehende Modell zu integrieren und das Drogenmonitoring in einen größeren theoretischen Kontext zu stellen.

Die gemachten Erfahrungen zeigen, dass mit diesem Drogenmonitoring ein wirksames Instrument zur Unterstützung einer nachhaltigen Politikentwicklung zur Verfügung steht (siehe: Suchtkonzept, Ausbau Institut Suchtprävention). (vgl. Schmid, 2003, 7) Gleichzeitig stellen wissenschaftliche Berichterstattung und Expertisen einerseits, Planung und Politik andererseits, relativ autonome Praxisbereiche dar, zwischen denen die Regeln gemeinsamer Arbeitsbeziehungen stets neu auszuhandeln sind. (vgl. Bartelheimer, 2003, 11)

Der zugrunde liegende Anspruch, mehr Sachlichkeit in die Politik bringen zu wollen, meint allerdings nicht, eine ausschließlich auf Sachpolitik eingeschränkte Sichtweise zu propagieren. Wie Hannah Arendt in „Über die Revolution“ und dem Aufsatz „Wahrheit und Politik“ die Metapher gebraucht, dass Politik sich als „Insel im Meer der Notwendigkeit“ ausnimmt, sind „Meinungen“ und ein intakter Ort der Meinungsbildung¹ die entscheidenden Voraussetzungen einer demokratischen politischen Öffentlichkeit. Dass dabei der „Wahrheit“ und ei-

¹ „Kein Mensch kann sich eine eigene Meinung bilden, ohne sich auf andere Meinungen einzulassen und sie an ihnen auszuprobieren.“ (Arendt, 1974, 290)

ner davon abgeleitete Sachpolitik untergeordnete Bedeutung zukommt, ist zu berücksichtigen. „Wahrheit“ und „Erkenntnis“ beziehen sich technisch auf die Welt, während die Meinungen eine praktische Weltbeziehung herstellen. Dennoch basieren Meinungen, sofern der Meinungsbildungsprozess nicht korrupt ist, auf Tatsachen und Erkenntnissen über die Welt. (vgl. Seyer, 1998, 87ff) Aufgabe politisch interessierter Wissenschaft muss es daher sein, die eigenen Ergebnisse, die sich dem Wahrheitsanspruch stellen, in das politische Feld der Meinungen zu überführen, wo sie mit den unterschiedlichsten Interessen konkurrieren.

Mit einer „Versachlichung“ politischer Entscheidung sind neben nüchterneren Umgangsweisen mit bestimmten Themenbereichen wie etwa der Sucht- und Drogenpolitik - die zu begrüßen sind, da es gilt, Mythen und emotional überstrapazierte Diskussionsstränge zu relativieren - zweifellos auch problematische Entwicklungen verbunden. Der Terminus „Versachlichung“ kann eine neben der politischen Öffentlichkeit angesiedelte und einflussreiche Expertokratie fördern und deren Gesinnungsgemeinschaft verschleiern.

Das Monitoring hat sich als eine fachliche Grundlage für Planung und Durchführung von Maßnahmen im Bereich der Sucht- und Drogenproblematik etabliert. Dabei muss es Probleme benennen und Problemlagen „politikfähig“ machen, sollte aber unmittelbar politische Entscheidungen nicht legitimatorisch oder kritisch kommentieren: es hat kein politisches Mandat. Sie muss allgemeinverständlich und medial eingänglich sein, aber darf der Versuchung nicht unterliegen, Gesundheitsjournalismus zu sein. Sie soll wissenschaftlich fundiert sein, darf aber in ihrer Sprache nicht hermetisch gegenüber wissenschaftlichen Laien werden. Ein nicht ganz einfacher Spagat also. (vgl. Kuhn und Wildner, 2003, 101)

Die einzelnen Bestandteile des oberösterreichischen Drogenmonitorings beruhen auf den oben kurz umrissenen Datenquellen des initialen Rapid-Situation Assessments, wobei sie im Zuge des Übergangs zum Monitoringsystem modifiziert und erweitert wurden. Im Kapitel „Datenquellen des oberösterreichischen Drogenmonitorings“ findet sich eine detaillierte Darstellung der verwendeten Quellen zur Einschätzung der Situation in Oberösterreich.

3 Datenquellen im Drogenmonitoring Oberösterreich

Seifried Seyer, Franz Gschwandtner

Für das Drogenmonitoring Oberösterreich werden seit 1999 regelmäßig alle verfügbaren, weiter unten beschriebenen Datenquellen ausgewertet. Jede der berücksichtigten Quellen ist eine bestimmte Form der Abstraktion sozialer Wirklichkeit. Wie ein Scheinwerfer im Dunklen, erhellt eine bestimmte Datenquelle einen begrenzten Ausschnitt der Realität, wobei die Zuverlässigkeit der erhaltenen Ergebnisse von vielen weiteren Faktoren, die oft außerhalb des Scheinwerferlichts verbleiben müssen, beeinflusst werden. Deshalb ist es notwendig, für Fragen nach dem Gebrauch von psychoaktiven Substanzen und für Fragen nach problematischen Gebrauchsmustern jeweils andere Quellen heranzuziehen und bei deren Interpretation vorsichtig zu bleiben.

Im Rahmen dieses Drogenmonitorings kann auf Grund der verwendeten Datenquellen vorläufig nicht mehr als ein Patchwork an Ergebnissen angefertigt werden, das ein vages Bild des (problematischen) Gebrauchs von psychoaktiven Substanzen vermittelt. Für eine weiterreichende Ursachenforschung und Beschreibung der Determinanten des Gebrauchs fehlen derzeit wichtige Forschungsbereiche wie qualitative Motivationsforschung, die angedacht ist, aber bisher auf Grund unserer zeitlichen und finanziellen Ressourcen noch nicht umgesetzt werden konnte.

3.1 Die Reichweite unterschiedlicher Datenquellen

Kemmesies, Werse und Müller (2003) verwenden zur Beschreibung der Durchführung eines ExpertInnenpanels in Frankfurt/Main ein „epidemiologisches Stufenmodell“, das als theoretische Grundlage für das ExpertInnenpanel dient. Dieses Modell lehnt sich an die epidemiologischen Modelle der Ausbreitung von Krankheiten an und überführt diese in den Bereich der Drogenforschung. Die Suche nach den Ursprüngen und der Ausbreitung von Krankheiten wird konkretisiert durch das Analyseinteresse an den sozialen Hintergründen und den Risikofaktoren, die die Ausbreitung des Konsums von psychoaktiven Substanzen begleiten. Das epidemiologische Stufenmodell unterstützt keine direkten

3 Datenquellen im Drogenmonitoring Oberösterreich

Erklärungen der Ursachen des Drogenkonsums, es sollte eher als Versuch gesehen werden, der eine bessere Beschreibung der Entwicklung und Ausbreitung des Phänomens des Drogenkonsums ermöglicht.

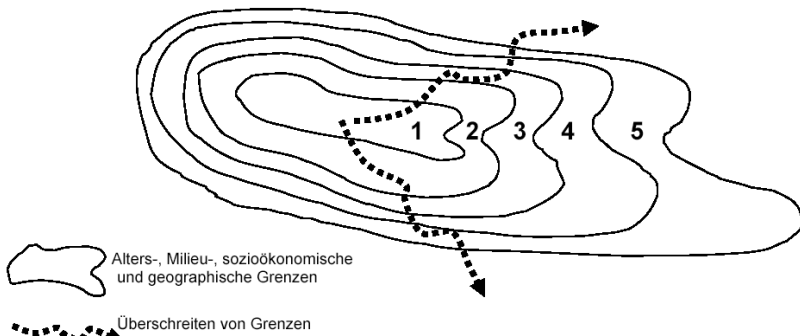


Abb. 3.1: Epidemiologisches Stufenmodell, Quelle: Kemmesies, Wersé und Müller (2003, 16), 16; Bless, Kemmesies und Diemel (2000, 144)

1	Endemisch	Die Verbreitung der jeweiligen Droge ist stark auf bestimmte Altersgruppen, sozioökonomische Gruppierungen (Milieus / Schichten) UND bestimmte geographische Räume (z. B. Stadtteile) begrenzt.
2	Endemisch-Epidemisch	Die Entwicklungen deuten darauf hin, dass der Gebrauch bestimmter Substanzen beginnt, sich über verschiedene Altersgruppen, sozioökonomische Gruppierungen (Milieus / Schichten) ODER bestimmte geographische Räume auszuweiten.
3	Epidemisch	Der Gebrauch bestimmter Substanzen geschieht in verschiedenen Altersgruppen, sozioökonomischen Gruppierungen (Milieus / Schichten) ODER geographischen Räumen.
4	Epidemisch-Pandemisch	Der Gebrauch bestimmter Substanzen ist nicht mehr auf klar definierbare Altersgruppen, sozioökonomische Gruppierungen (Milieus / Schichten) UND geographische Räume begrenzt.
5	Pandemisch	Der Gebrauch bestimmter Substanzen erstreckt sich stark über unterschiedliche Altersgruppen, sozioökonomische Gruppierungen (Milieus / Schichten) UND geographische Räume. (Als ein Beispiel für diese epidemiologische Stufe sei für unseren Kulturraum der Kaffee-, Nikotin- oder Alkoholkonsum angeführt.)

Tab. 3.1: Epidemiologisches Stufenmodell nach Kemmesies

Nimmt man zum Beispiel die sogenannte „Crack-Epidemie“ in den Vereinigten Staaten, so illustrieren Reinartman und Levine in „The Crack Attack“ hier

etwas polemisch aber klar verschiedene Stufen der Ausbreitung im Sinne des epidemiologischen Stufenmodells:

„The empirical evidence on crack use suggests that politicians and journalists have routinely used the word ‘epidemic’ and ‘plague’ imprecisely and rhetorically as words of warning, alarm, and danger. (...) If the word ‘epidemic’ is used to mean a disease or disease-like condition that is ‘widespread’ or ‘prevalent’, then there has never been an epidemic of crack addiction (or even crack use) amongst the vast majority of Americans. (...) An ‘epidemic of crack use’ might be a description of what happened among a distinct minority of teenagers and young adults from impoverished urban neighbourhoods in the mid to late 1980s.“¹ (Reinarman/Levine zit.n. Bless, Kemmesies und Diemel, 2000, 143f)

Die Erkundung der soziokulturellen und sozioökonomischen Bedingungen für die epidemische Verbreitung des Konsums von psychoaktiven Substanzen, die nur in bestimmten Subkulturen und gesellschaftlichen Minoritäten konsumiert werden, verlangen nach anderen methodischen Zugängen als etwa die Einschätzung der Prävalenz und der Konsummuster von Alkohol. Das angesprochene epidemiologische Stufenmodell ist an dieser Stelle insofern von Interesse, als an diesem Modell sehr anschaulich die Reichweite und das Einsatzgebiet der verschiedenen Erhebungsinstrumente dargestellt werden können. Auf dem Kontinuum von endemischer Verbreitung problematischen Substanzkonsums über epidemische Phänomene hin zu pandemischem Gebrauch von psychoaktiven Substanzen sind jeweils andere Methoden einzusetzen, um diese Phänomene in Erfahrung bringen und beschreiben zu können.

3.2 Indikatoren zur Verbreitung des Gebrauchs von Drogen

3.2.1 Bevölkerungsbefragung

Bevölkerungsbefragungen basieren auf Antworten, die von den Befragten selbst gegeben werden. Diese Form der Forschung liefert ausschließlich Ergebnisse zum Verhalten und zu Einstellungen der Allgemeinbevölkerung. Der Hauptvor-

¹ „Die empirischen Grundlagen des Crack-Konsums legen nahe, dass Politiker und Journalisten, die routinemäßig die Begriffe ‘Epidemie’ und ‘Seuche’ in den Mund nehmen, diese nicht präzise und eher als rhetorische Worte der Warnung, des Alarms und der Gefahr verwenden. (...) Sollte der Begriff ‘Epidemie’ für Krankheiten oder krankheitsähnliche Phänomene verwendet werden, die ‘weit verbreitet’ oder ‘häufig vorkommen’, dann hat es niemals eine Epidemie der Crackabhängigkeit (oder selbst des Crackkonsums) in der großen Mehrheit der Amerikaner gegeben. (...) Eine ‘Epidemie des Crackkonsums’ könnte am ehesten Entwicklungen innerhalb einer Minorität von Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus verarmten Stadtvierteln in der Mitte bis Ende der 1980er-Jahre beschreiben.“ (eigene Übersetzung)

teil dieser Forschungsmethode ist die Möglichkeit, direkt eine bestimmte Problemstellung und daran gebildete Hypothesen mithilfe von Fragebatterien zu testen. Spezielle KonsumentInnengruppen werden damit allerdings nicht erfasst, so dass man gerade im Bereich der illegalen Drogen unbedingt zu anderen Methoden greifen muss. Denn einerseits sind die Prävalenzzahlen vielfach zu gering, andererseits ist die soziale Wünschbarkeit zu groß, um zuverlässige Ergebnisse zu erhalten. Vor allem werden die Personen, die am stärksten von der Drogenproblematik betroffen sind und damit die eigentliche Zielgruppe von drogenpolitischen Maßnahmen bilden, in dieser Art von Erhebung meist nicht äquivalent zu ihrer relativen Anzahl erfasst. Mit Bevölkerungsbefragungen lassen sich am ehesten Konsummuster von psychoaktiven Substanzen bzw. problematische Umgangsformen mit Substanzen einschätzen, die zumindest auf Stufe 3 des epidemiologischen Stufenmodells angesiedelt sind.

Dennoch muss man auf allen epidemiologischen Ebenen und Substanzen von einer Unterschätzung der tatsächlichen Prävalenzen rechnen, da Selbstangaben zum Gebrauch von psychoaktiven Substanzen durch Verfälschungen bewusster (z.B. Verleugnung des Konsums bei Drogenabhängigen, soziale Wünschbarkeit, strafrechtliche Sanktionsdrohungen bei illegalen Substanzen) oder unbewusster Art (Erinnerungslücken, Vergessen, Verdrängung) beeinflusst werden.

Geht man jedoch davon aus, dass diese Unterschätzung in den gleichen Altersgruppen über die Jahre konstant bleibt, so lassen sich zumindest Veränderungen des Konsums und anderer damit zusammenhängender Variablen eruieren.

Im Rahmen des oberösterreichischen Drogenmonitorings findet im Abstand von drei Jahren eine Bevölkerungsbefragung statt. Die Ausführungen dieser Publikation beziehen sich zu einem großen Teil auf diese Befragungen.

Die letzte Befragung der oberösterreichischen Bevölkerung fand im Mai 2003 statt. Es wurden 1018 Personen im Alter von über 15 Jahren befragt. Zusätzlich wurden 420 Jugendliche im Alter von 15 bis 24 Jahren befragt. Die Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen wurde also überrepräsentiert (N=567), so dass genauere Auswertungen dieser Gruppe möglich sind.

In der vorliegenden Publikation wird die Auswertung der Altersgruppe der Jugendlichen als „Jugendstudie OÖ“ bezeichnet, während die Auswertung der Bevölkerung über 15 Jahren als „Bevölkerungsbefragung OÖ“ titulierte wird.

Die Befragung wird in Form von face-to-face Interviews durchgeführt, wobei darauf geachtet wird, dass das Alter der InterviewerInnen mit dem Alter der Interviewten übereinstimmt, da zu erwarten ist, dass Jugendliche gegenüber Erwachsenen größere Vorbehalte besitzen, wenn sie über Themen wie den Gebrauch von psychoaktiven Substanzen berichten sollen. Die Form der Fragen

3.2 Indikatoren zur Verbreitung des Gebrauchs von Drogen

ist unterschiedlich, bei unproblematischeren Fragen wurden sie in Form von Frage-Antwort durchgeführt, bei komplexeren Fragestellungen bzw. kritischeren Fragestellungen wurden Selbstausfüller eingesetzt.

Die Auswahl der InterviewpartnerInnen erfolgte nach Quotenvorgaben für die einzelnen InterviewerInnen und wurde vom Linzer Marktforschungsinstitut „Market“ durchgeführt. Die Repräsentativität der Stichprobe wurde nach den Merkmalen Alter, Geschlecht und regionale Verteilung sichergestellt. Für Gesamtergebnisse liegt nach dieser Befragung also eine repräsentative Quotenstichprobe nach Alter und Geschlecht für alle OberösterreicherInnen über 15 Jahre, bzw. bei der Jugendstudie der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen, vor. Die vorangegangene Bevölkerungsbefragung in Oberösterreich im Jahr 2000 ist nach den gleichen Gesichtspunkten gezogen, allerdings nur für die Altersgruppe der Über-15-Jährigen mit einer Stichprobengröße von N=1011.

Ein Überblick über das Sample der Bevölkerungsbefragung OÖ 2003 ist in Tabelle 3.2 zu sehen.

Alter	Geschlecht		Gesamt
	männlich	weiblich	
15-19	42	42	84
20-24	30	33	63
25-29	84	86	170
30-39	116	133	249
40-49	76	114	190
50-59	55	83	138
60-69	39	44	83
70+	16	25	41
Gesamt	458	560	1018

Tab. 3.2: Stichprobe der Bevölkerungsbefragung OÖ 2003 nach Alter und Geschlecht

Die Zusammensetzung der Jugendbefragung OÖ 2003 ist in Tabelle 3.3 dargestellt.

Alter	Geschlecht		Gesamt
	männlich	weiblich	
15 Jahre	26	24	50
16-17 Jahre	50	51	101
18-19 Jahre	61	74	135
20-24 Jahre	137	144	281
Gesamt	274	293	567

Tab. 3.3: Stichprobe der Jugendbefragung OÖ 2003 nach Alter und Geschlecht

Der Fragebogen kann unter <http://www.praevention.at> abgerufen werden.

3.2.2 Die WHO SchülerInnenbefragung „Health Behavior in Schoolaged Children“ (HBSC-Daten)

Anhand der „HBSC“-Daten aus der WHO SchülerInnenbefragung lassen sich auch Auswertungen für die oberösterreichischen Jugendlichen im Alter von 11 bis 15 Jahren vornehmen. Die WHO Befragung konzentriert sich auf das Gesundheitsbewusstsein, das familiäre, das schulische und freundschaftliche Umfeld der befragten SchülerInnen. Der Substanzkonsum wird für Alkohol, Tabak und Cannabis erhoben. Die Gebrauchsmuster von Cannabis wurden im Jahr 2001 zum ersten Mal erhoben. Alkohol und Nikotin befinden sich schon seit längerem im Fragebogen dieser Untersuchung.

Diese SchülerInnenbefragung findet alle 3 bis 4 Jahre in allen Ländern der europäischen Union statt und erlaubt eine kontinuierliche Beobachtung der Trends des Substanzkonsums in dieser Altersgruppe. Gegenwärtig können die Daten aus der letzten Befragung im Jahr 2001 ausgewertet werden. Nationale und internationale Auswertungen der SchülerInnenbefragungen stehen unter der österreichischen Projektseite <http://www.univie.ac.at/lbimgs/projekte/fb4.html> bzw. der internationalen Projektseite <http://www.hbsc.org> zur Verfügung.

Für Oberösterreich beinhaltet der Datensatz eine durchschnittliche Stichprobengröße von 850 befragten SchülerInnen. Im Jahr 2001 handelte es sich in Oberösterreich um eine Stichprobengröße von N=886. Neben der Aufteilung in drei Altersgruppen (11-, 13- und 15-Jährige) wird die Untersuchung nach den unterschiedlichen Schultypen gegliedert.

3.2.3 Produktions- und Verkaufszahlen

Daten aus Bevölkerungsbefragungen können mit den Produktions- und Verkaufszahlen verglichen und analysiert werden. Dies ist allerdings nur bei legal gehandelten Drogen (Alkohol, Nikotin) möglich, da der Schwarzmarkt bei illegalen Drogen nicht zuverlässig eingeschätzt werden kann. Die Produktions- und Verkaufszahlen bilden ein Korrektiv zu den Eigenangaben des Konsums von psychoaktiven Substanzen. Aber auch sie geben keine Auskunft über den Gebrauch von, in der Gesamtbevölkerung weniger stark verbreiteten, psychoaktiven Substanzen. Wie bei Bevölkerungsbefragungen muss zumindest eine Verbreitung auf Stufe 3 des Modells vorliegen. In der Regel liegen diese Zahlen auch nur für solche Substanzen vor (Alkohol, Nikotin).

Die Produktions- und Verkaufszahlen werden nach Verfügbarkeit ausgewertet und bei der Beschreibung des Gebrauchs von Alkohol und Nikotin berücksichtigt.

3.3 Indikatoren zum problematischen Drogengebrauch

Bei den Indikatoren zum problematischen Drogengebrauch handelt es sich in erster Linie um Daten, die im Rahmen anderer administrativer Aufgaben kontinuierlich gesammelt und zusammengestellt werden. Dies sind beispielsweise drogenbedingte Todesfälle, Daten aus strafrechtlicher Verfolgung, Daten aus der Behandlung, Therapie und Betreuung. Sie geben Aufschluss über das Ausmaß und den Schweregrad der Konsequenzen, die sich aus dem Gebrauch von Drogen ergeben, vermitteln aber auch ein genaueres Bild von den KonsumentInnen selbst, welches über Surveys nicht erreichbar ist. Darüber hinaus liefern sie Daten, die eine Beurteilung der Wirksamkeit bestimmter Maßnahmen ermöglichen. Als indirekter und administrativer Spiegel der Drogenproblematik gestatten sie jedoch keine genauen Angaben zur Anzahl drogenabhängiger Personen. (vgl. Gervasoni et al., 1996, 9) Anhand dieser Indikatoren lassen sich auch etwas bessere Aussagen über Veränderungen von Gebrauchsmustern und Problemlagen auf den epidemiologischen Verbreitungsstufen 1 und 2 liefern, wenngleich die Sammlung der verwendeten Kennzahlen in der Regel anderen administrativen Zwecken dienen und demnach vorrangig die jeweiligen institutionellen Zwänge und Blickwinkel widerspiegeln.

Im oberösterreichischen Drogenmonitoring stehen folgende Daten jährlich zur Verfügung und werden auch in diesem Rhythmus ausgewertet: drogenbedingte Todesfälle, drogenbedingte Anzeigen, Substitutionsdaten, Diagnosedaten der oberösterreichischen öffentlichen Krankenhäuser.

3.3.1 Drogenbedingte Anzeigen

Jährlich werden vom Bundesministerium für Inneres die Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) ausgewertet und der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Das Bundesministerium für Inneres unterscheidet im Rahmen der Auslegung des Suchtmittelgesetzes zwischen Verbrechen und Vergehen. Wobei der Terminus Verbrechen den sogenannten Drogenhandel und die organisierte Kriminalität bezeichnen soll. § 28 des Suchtmittelgesetzes definiert den Verbrechenstatbestand in erster Linie anhand der Menge der sichergestellten Substanzen. Ausschlaggebend ist, dass jemand, „ein Suchtgift in einer großen Menge mit dem Vorsatz erwirbt oder besitzt, dass es in Verkehr gesetzt werde“. Was „Suchtgifte“ sind und was die dazugehörige jeweilige „große Menge“ (Grenzmenge) bedeutet, wird in einem Katalog im Rahmen von Verordnungen durch das für Gesundheit zuständige Bundesministerium geregelt. Augenfällig ist, dass die Grenzmengen langfristig kontinuierlich gesenkt und laufend mehr Substan-

zen in den Katalog der durch das SMG verbotenen Substanzen aufgenommen werden. Die letzte Senkung wurde im Jahre 2001 durchgesetzt. Dadurch wird es prinzipiell leichter möglich, Drogendelikte unter den Verbrechenstatbestand des § 28 SMG zu subsumieren.

Die Anzeigedaten sind oft auch Bestandteil von Schätzverfahren zum Ausmaß der Prävalenz des problematischen Drogengebrauchs in einer Bevölkerung eines bestimmten Landes. Auf europäischer Ebene wird mit Methoden wie der Capture-Recapture Methode aus diesen wiederholt abrufbaren Daten der Anteil von problematischen DrogenkonsumentInnen in einer gegebenen Grundgesamtheit hochgerechnet.

Zu bedenken ist, dass die Anzeigen nach dem SMG besonders stark von externen Faktoren - wie der Intensität der exekutiven Tätigkeit und den Veränderungen gesetzlicher Rahmenbedingungen - abhängig sind. Vom Anstieg oder dem Sinken der Anzeigen nach dem SMG kann nicht unmittelbar auf ein sich änderndes Ausmaß an problematischem Drogengebrauch geschlossen werden.

3.3.2 Drogenbedingte Diagnosedaten der öffentlichen Krankenhäuser in OÖ (LKF-Daten)

Die drogenbedingten Diagnosedaten entstammen der Leistungs- und Diagnose-dokumentation der Fonds-Krankenanstalten Oberösterreichs. Die Diagnosedokumentation der ÄrztInnen geht an den oberösterreichischen Krankenanstaltenfonds zwecks Finanzierung der diagnostizierten Leistungen. Die gesammelten Daten ergehen an die Sanitätsdirektion zur Datenqualitätskontrolle, zur medizinischen Qualitätskontrolle und zu epidemiologischen Auswertungen. Verwendung finden die Daten auch bei epidemiologischen Auswertungen, die durch den Statistischen Dienst des Landes durchgeführt werden. Im Rahmen der „leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung“ (LKF) werden in allen österreichischen Krankenanstalten die Entlassungsdiagnosen erfasst. Jedes Bundesland hat die Möglichkeit, über die im eigenen Bereich dokumentierten Daten zu verfügen.

Nach dem ICD-9 (ICD - International Classification of Diseases) waren eine Hauptdiagnose und bis zu neun Zusatzdiagnosen zu stellen. Für unsere Zwecke haben wir keinen Unterschied zwischen Hauptdiagnose und Zusatzdiagnosen gemacht - entscheidend war, ob überhaupt eine Diagnose (oder eine aus einer Gruppe von Diagnosen) gestellt wurde. Erfasst werden Behandlungsepisoden (Entlassungen), nicht Personen. Die Diagnosen wurden zu Diagnose-Clustern zusammengefasst. Eine Behandlungsepisode wurde dann dem Cluster zugerechnet, wenn mindestens eine der darin enthaltenen Diagnosen (gleichgültig ob

3.3 Indikatoren zum problematischen Drogengebrauch

Haupt- oder weitere Nebendiagnose) gestellt wurde. Beim ICD-10 wurde die Beschränkung auf 10 Diagnosen aufgehoben. Auch gibt es keine Haupt- und Nebendiagnosen mehr.

Bis Ende 2000 erfolgten die Diagnosen im Diagnoseschema des ICD-9, seit dem Jahr 2001 im Schema des ICD-10. Die Vergleichbarkeit der ICD-9 und ICD-10 Daten ist nicht immer durchgängig möglich, da es innerhalb der Drogendiagnosen eine Neustrukturierung gegeben hat. Die vorliegenden Daten stützen sich bis zum Jahr 2000 auf ICD-9, und ab dem Jahr 2001 auf ICD-10.

Die LKF-Diagnosedaten als Parameter für die Prävalenz von Abhängigkeitsstörungen weisen folgende prinzipielle Probleme auf:

1. Es handelt sich um Behandlungsprävalenzen. D.h. es werden nur Personen erfasst, die in Spitalsbehandlung kommen, die aber meist viel größere Zahl von Personen, die an der Störung leiden, aber nicht in Behandlung kommen, ist nicht erfassbar.
2. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Störung als Diagnose aufscheint, variiert. Dies hängt sowohl von der diagnostizierenden Abteilung (z. B.: auf einer psychiatrischen Fachabteilung wird eher eine psychiatrische als eine internistische Diagnose gestellt und umgekehrt), als auch der Art der Störung ab (z. B. wird sich ein dramatisches Erkrankungsbild wie Delirium tremens mit höherer Wahrscheinlichkeit als Diagnose finden als ein unauffälliges wie Nikotinabhängigkeit).
3. Es werden Behandlungsepisoden (Entlassungen) erfasst, nicht Personen. D. h. eine Person, die im Laufe eines Jahres 5 mal mit der Diagnose XX zur Aufnahme kommt, führt zum gleichen Ergebnis wie 5 Personen, die wegen dieser Diagnose je einmal zur Aufnahme kommen.
4. Die Erfassung körperlicher Folgekrankheiten von Abhängigkeiten ist einerseits unscharf, weil nur ein Teil der jeweiligen Erkrankungen durch das jeweilige Suchtverhalten ausgelöst wird. Andererseits handelt es sich dabei um Langzeitfolgen, sodass damit nicht die aktuelle Problematik des jeweiligen Suchtverhaltens erfasst wird. Sehr wohl gibt es aber einen Eindruck, wie sehr das Gesundheitssystem aktuell mit den Folgen des Suchtverhaltens und des früheren Missbrauchs von psychoaktiven Substanzen belastet ist.
5. Die Häufigkeit der Diagnosen können durch sekundäre Faktoren, wie z. B. erhöhtes Problembewusstsein, durch Medieneinfluss oder finanzielle Faktoren variieren.

Die LKF-Diagnosen sind daher als Sensoren für das Ausmaß der Problematik verschiedener Abhängigkeiten zu sehen. Selten wird es möglich sein, das absolute Ausmaß eines Problems zu erfassen (z. B. ist das möglich bei der Diagnose Delirium tremens, weil diese Erkrankung so schwer ist, dass sie in jedem Fall Spitalsbehandlung erfordert und mit hoher Wahrscheinlichkeit auch diagnostiziert wird). Für die meisten anderen Diagnosen gilt, dass sie nur einen Teil der tatsächlichen Prävalenz erfassen und daher vor allem der Vergleich mit früheren Jahren interessant ist. Hier stellt die Umstellung von ICD-9 auf ICD-10 ein Problem dar, weil manche Diagnosen sich nur teilweise decken, andere überhaupt keine Entsprechung haben. Allerdings stehen inzwischen seit drei Jahren Diagnosedaten auf Basis des ICD-10 zur Verfügung.

Im Rahmen des Drogenmonitoring Oberösterreich werden alle drogenrelevanten Diagnosen für die Substanzen Alkohol, Nikotin, Medikamente, Essstörungen und illegale Drogen jährlich nach den demographischen Merkmalen Alter, Geschlecht und Bezirk ausgewertet.

3.3.3 Substitutionsdaten

Im Rahmen der Substitutionsbehandlungen durch die Landesdrogenkoordination Oberösterreich werden jährlich die Substitutionsdaten nach wichtigen demographischen Merkmalen ausgewertet. Wie alle anderen administrativen Datenquellen spiegeln auch diese Daten vorrangig Veränderungen der institutionellen Praktiken wider. Erst danach kann auf veränderte Problematiken in Zusammenhang mit dem Gebrauch von psychoaktiven Substanzen geschlossen werden.

Wie in der Darstellung der oberösterreichischen Substitutionsdaten deutlich wird, sind in den letzten Jahren stark veränderte Rahmenbedingungen und Zielsetzungen für den Zugang zur Substitutionsbehandlung gegeben. So dass die Zunahme und der Behandlungen nicht unmittelbar auf ein größeres Problemausmaß des problematischen Opiatkonsums verweisen muss.

In den 1980er-Jahren konnte sich die Substitutionsbehandlung mit Opiatersatzstoffen europaweit durchsetzen, da durch die Ausbreitung der HIV-infizierten OpiatkonsumentInnen das Behandlungssystem unter Druck geriet und eine pragmatische und eine ethisch akzeptable Antwort gefunden werden musste. Inzwischen machen die HIV PatientInnen nur mehr einen Bruchteil der Substituierten aus. Die Selbstdefinition der Substitutionseinrichtungen hat sich dementsprechend von einer aus der Not geborenen Institution zur Verhinderung gravierender sozialer und physischer Schädigungen von DrogenkonsumentInnen zu einer Institution, die eine umfassende integrative Aufgabe für problematische DrogenkonsumentInnen übernimmt, verändert.

3.3.4 Unfallstatistik

Vom Kuratorium für Verkehrssicherheit werden jährlich die Verkehrsunfälle auf Österreichs Straßen dokumentiert. Im Rahmen dieser Unfallstatistik ist für uns die Auswertung der Alkoholunfälle interessant.

Seit Anfang der 1980er-Jahre ist die Alkoholbeteiligung am Unfallgeschehen deutlich gesunken, darüber hinaus gab es einen noch stärkeren generellen Trend zu weniger Verkehrsunfällen (bezogen auf den Kraftfahrzeugbestand). Es ergab sich ein beinahe linearer Rückgang der Alkoholbeteiligung bei Verkehrsunfällen und Verkehrsverletzten um rund ein Viertel und bei Verkehrstoten um rund die Hälfte. Diese beiden längerfristigen Trends - der Rückgang der Verkehrsunfälle und die Reduktion der Alkoholunfälle im Straßenverkehr - müssen bei einer Interpretation der aktuellen Daten berücksichtigt werden.

Bei einer Analyse der Zahlen über die Alkoholbeteiligung im Straßenverkehr sollte weiters bedacht werden: (Uhl et al., 2005)

1. Bei den alkoholbezogenen Verkehrstoten ist auf Grund der relativ geringen Zahlen die Zufallskomponente ziemlich groß, es sollten daher nur längerfristige Trends, aber keinesfalls Schwankungen von Jahr zu Jahr interpretiert werden. (Schon ein einziger schwerer Alkoholunfall - z. B. wenn ein Autobus mit mehreren InsassInnen involviert ist - kann einen enormen Zuwachs bedeuten.)
2. Eine Unterschätzung des Alkoholeinflusses im Verkehrsunfallgeschehen ergibt sich, weil bei schwer verletzten oder getöteten LenkerInnen, v. a. wenn es sich um Alleinunfälle handelt, oftmals nicht festgestellt wird, ob die/der LenkerIn alkoholisiert war. (Eine Überprüfung des Blutalkohols erfolgt bei Verkehrstoten nur bei ausdrücklicher Anordnung der Staatsanwaltschaft und bei schwer verletzten Personen nur, wenn eine solche aus therapeutisch-medizinischen Gründen nicht kontraindiziert erscheint.)
3. Eine Überschätzung des Alkoholeinflusses resultiert aus dem Umstand, dass jeder Unfall mit alkoholisierten Beteiligten automatisch als Alkoholunfall klassifiziert wird, auch wenn die Alkoholisierung nicht ursächlich zum Unfall beigetragen hat. (Als Alkoholunfall wird z. B. auch ein Unfall gezählt, bei dem ein alkoholisierter Lenker ordnungsgemäß vor einer roten Ampel steht und von einem nüchternen Lenker gerammt wird.)
4. Zwei legislative Maßnahmen haben seit 1998 zu einem scheinbaren Anstieg der Alkoholbeteiligung geführt. So wird einerseits eine Blutalkoholkonzentration zwischen 0,5 und 0,8 Promille, die vor 1998 als „keine

3 Datenquellen im Drogenmonitoring Oberösterreich

Alkoholbeeinträchtigung“ klassifiziert wurde, seit 1998 als „Alkoholbeeinträchtigung“ gewertet, andererseits hat das Innenministerium ab Juli 2002 per Erlass angeordnet, dass bei allen LenkerInnen, die in Verkehrsunfälle mit Personenschaden involviert sind, obligatorisch ein Alkoholtest durchgeführt werden muss, weswegen nüchtern erscheinende alkoholisierte Unfallbeteiligte seither mit weit größerer Wahrscheinlichkeit als früher entdeckt werden.

Vor dem Hintergrund dieser Aspekte ging es darum, zum Thema Alkohol im Straßenverkehr, den Status quo in Oberösterreich bzw. Österreich zu skizzieren.

3.3.5 Drogenbedingte Todesfälle

Zur Beschreibung des problematischen Drogengebrauchs in einer Gesellschaft werden oft die drogenbedingten Todesfälle herangezogen. Dies scheint auf den ersten Blick plausibel, da durch den Gebrauch von psychoaktiven Substanzen verursachte Todesfälle zweifellos die problematischsten Folgen des Drogengebrauchs darstellen. Die Brauchbarkeit der verfügbaren Daten scheitert allerdings am Prozess der Registrierung der Todesfälle und am Problem der kausalen Zurechnung der Todesfälle zu bestimmten Ursachen.

Zur Problematik der (kausalen) Zurechenbarkeit eines Todesfalls zu einem festgestellten Substanzkonsum und die Problematik der Brauchbarkeit von unterschiedlichen Definitionen des Substanztodes siehe den instruktiven Artikel „Todesfälle durch Substanzkonsum. Wie sinnvoll ist dieses Konzept?“ von Alfred Uhl in der „Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg.25 / 2002 nr.1/2“.

Uhl unterscheidet drei Möglichkeiten, den Substanztod zu definieren: (Uhl, 2002)

1. Substanztod im engeren Sinn (STES) = der unmittelbare Substanztod, d.h. unmittelbar durch die Substanzeinnahme verursachte tödliche Unfälle. Zu unterscheiden sind hier:
 - STES1: Überdosierungsfälle
 - STES2: andere substanzbedingte Unfälle.
2. Substanztod im weiteren Sinn (STWS) = der unmittelbare oder mittelbare Substanztod, hierzu zählen neben den erwähnten Unfällen auch Todesfälle durch längerfristige Auswirkungen im Sinne von Erkrankungen. Zu unterscheiden sind hier:

3.3 Indikatoren zum problematischen Drogengebrauch

- STWS1: Todesfälle durch substanzbedingte Unfälle, d.h. solche, die im Zuge der Erfassung explizit mit Substanzkonsum in Zusammenhang gebracht werden.
 - STWS2: Todesfälle im Ausmaß der kausal zurechenbaren Anteile aller Erkrankungen, die bei Substanzkonsum gehäuft auftreten.
3. Substanztod im umfassenden Sinn (STUS), d.h. der Tod von SubstanzgebraucherInnen, -missbraucherInnen oder -abhängigen. Zu unterscheiden sind hier:
- STUS1: Substanztod als Tod von SubstanzgebraucherInnen
 - STUS2: Substanztod als Tod von SubstanzmissbraucherInnen
 - STUS3: Substanztod als Tod von Substanzabhängigen.

Die Vergleichbarkeit der geschätzten Zahlen von Todesfällen beim Gebrauch unterschiedlicher Substanzen wie Alkohol, Nikotin und illegalen Drogen ist nur bedingt gegeben, da sie sich auf unterschiedliche Definitionen des Substanztodes beziehen. Bei illegalen Drogen werden die Todesfälle nach einem Raster der konkreten Todesursachen gemessen und alle Todesfälle, die im engeren durch eine Substanz verursacht werden, werden in einer Drogenopferkartei im zuständigen Bundesministerium geführt. Bei Nikotin und Alkohol sind die vorfindbaren Zahlen zu den Todesfällen grobe Schätzungen und die genannten Zahlen beziehen sich auf Definitionen des Substanztodes in einem umfassenden Sinn.

Im Rahmen des Drogenmonitorings werden die drogenbedingten Todesfälle zwar ausgewertet, auf Grund der zweifelhaften Aussagekraft fanden sie allerdings keinen Eingang in die vorliegende Publikation.

3.3.6 Qualitative Interviews mit Schlüsselpersonen und ExpertInnenpanel

Mit dieser Methode kommt man am ehesten zu aktuellen Trends in bestimmten gesellschaftlichen Gruppen. D. h. endemische Drogenkonsumformen bestimmter Risikogruppen bedürfen dieser aufwändigen Herangehensweise. Im Vergleich zu den bisher angeführten Methoden ist diese Form der Forschung die ressourcen- und kostenintensivste. In diesem Bereich befindet sich das Drogenmonitoring Oberösterreich noch im Aufbau. Institutionenübergreifende Zusammenarbeit, die dazu notwendig ist, erweist sich als beschwerlich. Erste Ansätze zur Umsetzung eines ExpertInnenpanels in Oberösterreich zeigen jedoch sehr positive Nebeneffekte - eine bessere Kooperation zwischen den Institutionen Suchtprävention, Beratungseinrichtungen und politisch-administrativen Institutionen.

3 Datenquellen im Drogenmonitoring Oberösterreich

Im Herbst 2004 gab es als Auftakt erste Diskussionsrunden mit MitarbeiterInnen der Sucht- und Drogenberatungsstellen in Oberösterreich. Derzeit ist die weitere Vorgangsweise allerdings noch nicht definitiv festgelegt und erste Ergebnisse finden in dieser Publikation leider noch keine Berücksichtigung.

Die methodische Vorgangsweise im Rahmen des ExpertInnenpanels lehnt sich eng an die von Kemmesies, Wersé und Müller (2003) beschriebene an. Neben den Beratungsstellen sollen in Oberösterreich in Zukunft auch MitarbeiterInnen der Exekutive, aus Bildungseinrichtungen und aus der Jugendarbeit einbezogen werden.

4 Einschätzung von Drogen

Seifried Seyer, Franz Gschwandtner, Richard Paulik

Um das Bedrohungspotenzial und die Bedeutung verschiedener Substanzen sowie das Aufkommen neuer Begrifflichkeiten im Alltagsverständnis der Befragten besser nachvollziehen zu können, wurden im Rahmen der Bevölkerungsbefragung Oberösterreich Fragen zu den Drogenvorstellungen der Befragten, zur Einschätzung der „Gefährlichkeit“ und zum vermeintlichen „Suchtpotenzial“ gestellt.

4.1 Was sind Drogen?

Frage 8: „Ich möchte mich mit Ihnen nun über Drogen unterhalten. Ganz spontan, welche Drogen fallen Ihnen ein, an welche müssen Sie da denken?“ Diese Frage zielt auf das gegenwärtige gesellschaftliche „Problembewusstsein“ hinsichtlich der verschiedenen Substanzen, insbesondere welche Substanzen gesellschaftlich problematisiert werden und so auch von den Befragten spontan unter den Begriff „Drogen“ subsumiert werden (problematisch ist hier nur eine unzureichende Beschreibung für eine Art „Bedeutungswolke“ einer Begrifflichkeit, die bei überbestimmten Alltagsbegriffen - bei unserem Beispiel bei „Droge“ - mitschwingt). Dahinter verbirgt sich die Tatsache, dass der Sprache nicht nur beschreibende und reflektierende Aufgaben zukommen, sondern dass sie auch eine unmittelbar gesellschaftsgestaltende Kraft besitzt. Mit den jeweiligen Substanzen hat eine Gesellschaft so lange kein Problem, so lange sie als Nahrungs- oder Genussmittel betrachtet werden. Wird eine Substanz als Droge begriffen, verändert sich auch deren tatsächliche gesellschaftliche Wirkung. So sind die sprachlichen Problematisierungen zu den einzelnen Substanzen in unterschiedlichen Kulturen und Lebenswelten mitentscheidend für deren tatsächlich problemstiftenden Potenziale.

Hinter der oben gestellten Frage steht auch die Annahme, dass der Begriff „Droge“ im Alltag mit illegalen Drogen weitgehend synonym verwendet wird. Ebenfalls ist mit dem Drogenbegriff im Alltag eine Gefährlichkeit der Substanz mitgedacht, die zu Abhängigkeit und körperlichen Schäden führt. Die Einord-

4 Einschätzung von Drogen

nung von bestimmten Substanzen in die Kategorie „Drogen“ zeigt dem entsprechend, wie sehr bestimmte Substanzen gesellschaftlich verfeimt sind. Thomas Szasz (1980b) begreift diese Einordnung auch bzw. vorrangig als gesellschafts-politisches Statement: „Ja, wir können und müssen sogar noch weiter gehen und feststellen, dass selbst die Identifizierung einer Substanz als Droge oder Nichtdroge nicht von Tatsachen abhängt, sondern von moralischen Einstellungen und politischen Strategien: Tabak gilt im allgemeinen Sprachgebrauch nicht als Droge, Marihuana schon; Gin nicht, Valium wohl.“ (Szasz, 1980b, 75) Nun, diese Aussage relativierte sich seit den Ausführungen von Th. Szasz einigermaßen, da Alkohol und Nikotin zunehmend als „Drogen“ begriffen und gleichermaßen problematisiert werden. Dennoch bleibt die dahinter liegende „moralische Einstellung und politische Strategie“ meist unartikuliert und die positivistische Gesinnung beruft sich auf „objektive“ Gefährlichkeiten von psychoaktiven Substanzen.

Zur Einschätzung der Problematisierung der Substanzen durch die Befragten können die einzelnen Substanzen nicht isoliert betrachtet werden. Bedeutung erhalten die Ergebnisse der spontanen Zuordnung zum Begriff „Drogen“ erst in der Relation einer Substanz zu einer anderen Substanz. Erkennbar wird, ähnlich wie im Strukturalismus verstanden, dass ein Zeichen erst in Relation zu einem anderen Zeichen seine Bedeutung erhält.

In Tabelle 4.1 sind die Substanzen nach ihrer relativen Häufigkeit der Nennungen angeführt. Im Großen und Ganzen blieb die spontane Zuordnung der unterschiedlichen Substanzen zu Drogen auf dem Niveau der Befragung im Jahr 2000. Allerdings sind zwei bemerkenswerte Ausnahmen zu sehen:

Ecstasy wird 2003 nur mehr von 51 Prozent der Befragten spontan erwähnt (Jahr 2000: 70 Prozent). Im Jahr 2000 war in Oberösterreich allerdings auch der Höhepunkt der medialen Berichterstattung über die Rave- und Technoszenen und es gab einige tragische Vorfälle, die in Zusammenhang mit Ecstasy gebracht wurden. Seitdem verlagerte sich die mediale Aufmerksamkeit vermehrt auf Cannabisprodukte sowie Alkohol und Nikotin.

Cannabinoide werden unter veränderter Begrifflichkeit spontan erwähnt. Der Begriff „Haschisch“, der seit den 70er Jahren die dominierende Bezeichnung für dieses Substanzspektrum ist, wurde im Jahr 2003 nur mehr von 48 Prozent (Jahr 2000: 75 Prozent) erwähnt. Der Begriff „Marihuana“ fiel von 32 Prozent auf 24 Prozent. Dafür kam 2003 auch der Begriff „Hanf“ auf 9 Prozent (2000 gar nicht erwähnt). Wie später ersichtlich, steigen die Konsumzahlen bei den Cannabinoiden weiterhin an. Das weiter zunehmende Differenzierungsvermögen der Bevölkerung spiegelt vermutlich diesen gestiegenen Gebrauch wider.

Substanz	1. Nennung	weitere Nennungen	kumuliert	2000
Heroin	16	38	54	51
Ecstasy	13	38	51	70
Haschisch	16	30	46	75
Kokain, Koks	9	36	45	49
Alkohol	14	27	40	39
LSD	8	31	39	43
Nikotin	7	26	33	27
Marihuana	6	18	24	32
Hanf	2	7	9	0
Medikamente	0	7	8	4
Speed	1	8	8	13
Cannabis	2	3	5	4
Opium	0	4	4	6
Morphium	1	4	4	5
Crack	0	2	2	2
Kaffee	0	2	2	4
Schnüffelstoffe	0	2	2	0
andere	0	4	4	10

Tab. 4.1: Spontane Nennung von Drogen in Prozent, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

Neben diesen beiden starken Veränderungen ist der Anstieg der Nennungen bei Nikotinprodukten zu vermerken. Waren es im Jahr 2000 noch 27 Prozent der Befragten, die Nikotinprodukte als Droge identifizierten, so sind es im Jahr 2003 bereits 33 Prozent. In Relation zu Alkohol (kumuliert 40 Prozent) hat sich der Abstand bei der spontanen Nennung nur unwesentlich verändert. 14 Prozent der Befragten nannten Alkohol als erste Substanz. Damit liegt Alkohol relativ weit vorne.

In der Gruppe der Jugendlichen (15 bis 24 Jahre) wird der Begriff „Speed“ mit 21,5 Prozent weit über dem Durchschnittswert der allgemeinen Grundgesamtheit (acht Prozent) unter den Begriff Drogen subsumiert.

Frage 9: Die gestützte Frage „Was davon würden Sie zu Drogen zählen, was würden Sie als Drogen bezeichnen?“ ergänzt die Einschätzung der Befragten zur Zuordnung der Substanzen als Droge.

Wie in Abbildung 4.1 zu sehen ist, ergeben sich keine wichtigen Veränderungen gegenüber dem Jahr 2000. An der Spitze rangieren die illegalen Substanzen Ecstasy, Heroin, Kokain, LSD (92 Prozent bis 95 Prozent). Cannabinoide liegen bei 83 Prozent (Jahr 2000: 86 Prozent)

Alkohol ist im Vergleich zum Jahr 2000 jedoch etwas stärker als Droge in der Wahrnehmung der OberösterreicherInnen präsent. Drei Viertel (75 Prozent) der

4 Einschätzung von Drogen

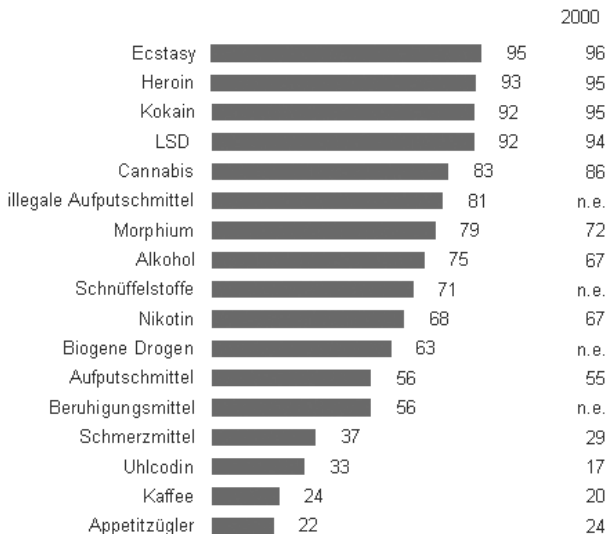


Abb. 4.1: Gestützte Zuordnung von Drogen, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

OberösterreicherInnen bezeichnen Alkohol als Droge. Im Jahr 2000 waren es zwei Drittel (67 Prozent). Alkohol ist somit jene „legale“ Substanz, die von den meisten Befragten als Droge eingeschätzt wird. Eine Tendenz, die sich auch bei der spontanen Nennung von Drogen abzeichnete.

Bei der gestützten Frage sind Nikotin, Tabak und Zigaretten im Antwortverhalten der Befragten geringfügig häufiger unter dem Begriff „Droge“ präsent als noch vor drei Jahren. 68 Prozent bezeichnen Nikotin als Droge, im Jahr 2000 waren es 67 Prozent.

4.2 Einschätzung der Gefährlichkeit

Frage 11: „Auf diesen Karten sehen Sie nun verschiedene Substanzen und Dinge. Wie gefährlich sind Ihrer Meinung nach diese Substanzen und Dinge?“ Diese Frage zielt auf ein unbestimmtes Gefahrenpotenzial und eine Risikoeinschätzung der gefragten Substanzen und beinhaltet eine dementsprechend starke Gefühlskomponente. Alle vorgeschlagenen illegalen Substanzen liegen bei der Einschätzung der Gefährlichkeit weit vor den legalen Substanzen Alkohol und

Nikotin. Eine Begründung hierfür ist sicher die mangelnde Kenntnis von illegalen Drogen, während Alkohol und Nikotin in den Alltag der meisten Menschen integriert sind. Diese Einbettung in die alltäglichen Routinen führt bei den legalen Drogen zu einer Normalisierung, die die Risikoeinschätzung dämpft. Die illegalen Drogen werden hingegen als abstrakte, fremde Gefahr erlebt.

Die OberösterreicherInnen schätzen besonders die illegalen Drogen als gefährlich ein. Bei allen Substanzen, die von mehr als einem Drittel der Befragten als sehr gefährlich eingestuft werden, handelt es sich um illegale Drogen.

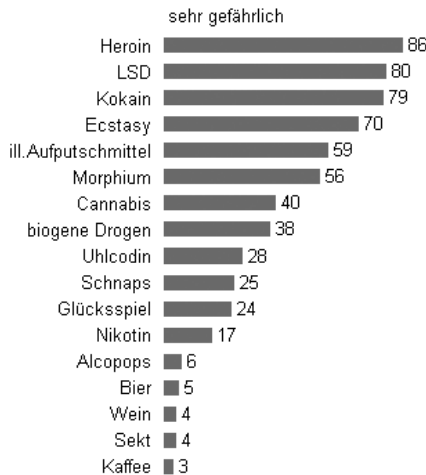


Abb. 4.2: Einschätzung der Gefährlichkeit psychoaktiver Substanzen, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

Spirituosens werden von wesentlich mehr OberösterreicherInnen (25 Prozent) als sehr gefährlich eingestuft als Bier, Sekt oder Wein. (Um die 5 Prozent der Bevölkerung beurteilen diese alkoholischen Getränke als sehr gefährlich). Verglichen mit 2000 ergaben sich nur unwesentliche Änderungen.

Auf diese Frage bezeichnen 17 Prozent der interviewten Personen Nikotin als sehr gefährlich (2000: 25 Prozent), damit liegt Nikotin nur an 14. Stelle der angeführten Substanzen und Dinge.

Die Gefährlichkeit von psychoaktiven Substanzen lässt sich aus fachlicher Sicht nicht absolut festlegen. Die Auseinandersetzung über Wirkungsweise, Folgeschäden und Gefährlichkeit von psychoaktiven Substanzen muss sehr differenziert erfolgen. Um das Risikopotenzial von einzelnen psychoaktiven Sub-

4 Einschätzung von Drogen

stanzen einschätzen zu können, sind im Wesentlichen folgende Kriterien zu berücksichtigen:

- Lebensgefährdung (z. B. durch Überdosierung)
- Gefahr von Organschäden (z. B. Lungenkrebs)
- Gefahr der Abhängigkeit (Suchtpotenzial)
- Gefahr des Eintretens von anderen psychischen Wirkungen (z. B. Freisetzung von Aggressivität, Psychosen etc.)
- Gefahr für Dritte (z. B. Alkohol im Straßenverkehr, Rauchen während der Schwangerschaft etc.).

Das tatsächliche Risiko hängt nicht nur davon ab, *ob* eine psychoaktive Substanz benutzt, sondern auch davon, *wie* eine psychoaktive Substanz (z. B. Häufigkeit, Regelmäßigkeit, Menge, Applikationsform, Stimmung, Umgebung, Funktion) bzw. von „wem“ (z. B. Alter, Lebensumstände) benutzt wird. Die Dosis und die „Qualität“ (pharmakologische Beschaffenheit) sind nur zwei Faktoren, die die Wirkung einer Substanz auf den Körper und die Psyche beeinflussen. Daneben haben Körpergewicht, Geschlecht, momentane Stimmung, Ort der Einnahme oder die Personen, mit denen man die Substanz konsumiert, Einfluss auf das Empfinden. Diese Einflussfaktoren werden nach Zinberg (1984) in drei Gruppen zusammengefasst: Droge, set und setting. (Schmidbauer, Schwarz und Springer, 2002, 126)

Die eben beschriebene Gefährlichkeitseinschätzung ist noch sehr personenorientiert und stellt auf die Situation der unmittelbaren Einnahme einer Substanz ab. Neben der unmittelbar auf die Person gerichteten Perspektive lässt sich auch eine gesellschaftliche Dimension der Gefährlichkeit feststellen. Einerseits eine Gefährlichkeit, weil soziale Folgekosten durch den Drogengebrauch entstehen können, andererseits eine Gefährdung von Mitgliedern bestimmter Gesellschaften durch den gesellschaftlichen Umgang mit Drogen, der drogenkulturellen Geschichte der jeweiligen Gesellschaft, aber auch durch gesetzliche Regelungen in Bezug auf Drogen oder etwa soziale Ungerechtigkeiten und Risiken. Also alle kulturellen, sozio-strukturellen und politischen Einflüsse, die den Gebrauch von psychoaktiven Substanzen berühren, sind auch als Faktoren der Gefährlichkeit zu betrachten. Die diffuse Frage nach der Gefährlichkeit bestimmter Substanzen in der Befragung ist grundsätzlich offen für diese gesellschaftlichen Dimensionen. Wie die Einschätzung der Bevölkerung nahe legt, wird der

rechtliche Status der einzelnen Substanzen bei der Beurteilung der Gefährlichkeit stark mitberücksichtigt. In Bezug auf Alkohol und Nikotin könnte man die Vermutung äußern, dass beide Substanzen so weit in unserer drogenkulturellen Geschichte integriert sind, dass sie nicht als „problematisch“ im Sinne von „gefährlich“ angesehen werden.

4.3 Einschätzung des „Suchtpotenzials“

Die bisher behandelte Dimension der Gefährlichkeit kann auch so interpretiert werden, dass bestimmten Substanzen ihrem Wesen nach ein bestimmtes Potenzial an Gefährlichkeit hinsichtlich ihrer körperlichen Folgen und ihrer abhängigkeiterzeugenden Wirkung zukommt. Der Begriff Suchtpotenzial hat sich in den letzten Jahren in der Fachdiskussion zunehmend eingebürgert. Die Substanz Heroin ist der Klassiker dieser Zuschreibung. Heroin als *die Droge* schlechthin, gilt traditionell als extrem abhängigkeiterzeugende Substanz. Aktuell wird besonders bei Nikotin immer wieder auf die hohe Suchtpotenz eben dieser Substanz hingewiesen.

In der wissenschaftlichen Literatur wird das Thema „Suchtpotenzial“ eher widersprüchlich abgehandelt. Für die Entstehung einer Abhängigkeit wird hauptsächlich auf ein multifaktorielles Ätiologiemodell verwiesen, die Fokussierung auf die Substanz allein bzw. auf einen einzigen Faktor der Substanz, dem Suchtpotenzial, erscheint deshalb zu vereinfacht. Ausgehend von der Theorie des Set und Setting wird aus einer sozialwissenschaftlichen Perspektive sehr anschaulich dargestellt, dass die wahrgenommenen Wirkungen einer Substanz neben dem pharmakologischen Anteil und den körperlichen Dispositionen der Person ganz erheblich von psychosozialen Faktoren beeinflusst wird.

Im Bereich der Suchtprävention hat jedoch, entgegen der sozialwissenschaftlichen Diskussion, das „Suchtpotenzial“ einer Substanz hohe Konjunktur. Quasi als pädagogische Notwendigkeit, wird das Sucht- oder Abhängigkeitspotenzial, vor allem in so mancher mündlichen Darstellung oder in Interviews, als eine der zentralen Kriterien zitiert, die mehr oder weniger stark auf die Entstehung einer Abhängigkeit Einfluss nehmen. Dabei wird Nikotin auch als das herausragende Beispiel dargestellt, das süchtig machende Potenzial von Nikotin mit dem von Heroin oder Kokain verglichen wie z.B. nach Kröger (2003) in Abbildung 4.3. Gestützt durch die Thematisierungskultur rund um das Rauchen wurde in der Öffentlichkeit die stark abhängig machende Wirkung des Rauchens bzw. des Nikotins thematisiert. Beispielsweise wird von Kraus und Augustin (2001, 51) dem Nikotin ein „ein extrem hohes Suchtpotenzial“ zugeschrieben und auf ein

4 Einschätzung von Drogen

ne Publikation der Weltgesundheitsorganisation verwiesen. Die Konjunktur des Suchtbegriffs hängt vermutlich eng mit der Problematisierung des Nikotinkonsums zusammen.

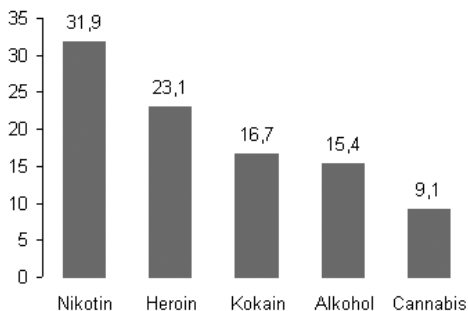


Abb. 4.3: Abhängigkeitspotenzial verschiedener psychoaktiver Substanzen. Wieviele Probierer werden abhängig? (in Prozent); Quelle: Kröger (2003)

Die Frage die sich hier und natürlich auch bei anderen Bildungsmaßnahmen stellt, ist aber, wieweit in der Suchtprävention „alte Mythen“ durch „neue Mythen“ (die im besten Fall weniger „schädlich“ sein sollen) ersetzt werden oder werden sollen, und vor allem, welche intendierten und nicht intendierten Folgen ziehen diese „neuen Mythen“ nach sich.

Frage 11: „Auf diesen Karten sehen Sie nun verschiedene Substanzen und Dinge. Wie leicht wird man danach süchtig?“

Während im Jahr 2000 47 Prozent der Befragten angaben, von Nikotin sehr leicht süchtig werden zu können, waren es 2003 44 Prozent.

Wie bereits in der Ersterhebung 2000 zeigt das Antwortverhalten, dass die Befragten auch hier bei Nikotin zwischen Gefährlichkeit und „Suchtpotenzial“ unterscheiden. Das heißt Nikotin rückt bei der Frage nach der Suchtpotenz in der Rangfolge der Substanzen nach oben an die 7. Stelle und liegt knapp vor Cannabis (siehe Abbildung 4.4).

Es kann resümierend festgehalten werden, dass die Substanz Nikotin in Relation zu anderen Substanzen von den Befragten in ihrer „Gefährlichkeit“ eher unterschätzt wird. Die Befragten sind in ihrem Antwortverhalten aber für das „Suchtpotenzial“ von Nikotin sensibilisiert.

Jeder Fünfte (21 Prozent) der oberösterreichischen Bevölkerung gibt an, dass man nach Spirituosen (Schnaps) sehr leicht süchtig wird. Bei Bier, Sekt und Wein behaupten das nur vier bis zehn Prozent.

4.3 Einschätzung des „Suchtpotenzials“

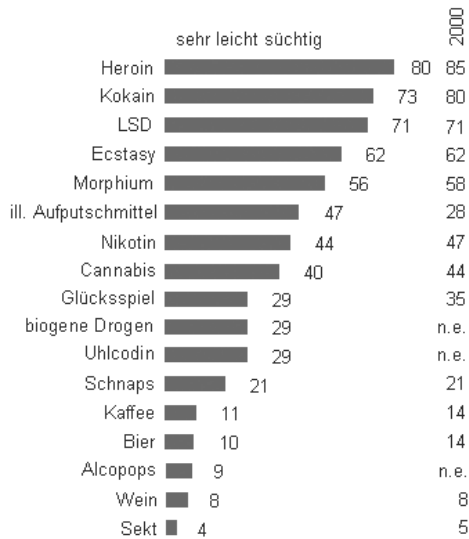


Abb. 4.4: Einschätzung des Suchtpotenzials verschiedener Substanzen, Quelle: Bevölkerungsbefragung Oberösterreich, Alter 15+, N=1018

Der abstrakte Begriff „Alkohol“ wird von drei Viertel der Bevölkerung als Droge erachtet, dem gegenüber wird die Gefährlichkeit und die Suchtpotenz von konkreten Alkoholika (wie Bier, Wein, Schnaps, etc.), die konsumiert werden, aber als relativ gering eingeschätzt. Dies lässt zwei Interpretationen der Daten zu:

1. Die Befragten beurteilen Alkohol als relativ harmlose Droge. Oder:
2. Alkohol wird als eine gefährliche Droge eingeschätzt, aber die konkreten - oftmals selbst konsumierten - alkoholischen Getränke werden nicht mit dieser assoziiert.

Letzteres ist Selbstbetrug. Ersteres ist falsch, denn:

„When seen against a background of the figures for the harm it causes, alcohol is now regarded as the most dangerous psychoactive substance.“¹ (Settertobulte, Hurrelmann und Bruun-Jensen, 2001, 1)

¹ „Vor dem Hintergrund der Schadensziffern, welche er verursacht, wird Alkohol heute als die gefährlichste psychoaktive Substanz bezeichnet.“ (eigene Übersetzung)

4 Einschätzung von Drogen

Diese Aussage spiegelt sich auch in der Gegenüberstellung der Belagstage in oberösterreichischen Krankenanstalten im Jahr 2003 wider. Es wird ersichtlich, dass beinahe die Hälfte aller sucht- und drogenindizierten Belagstage durch Alkoholkonsum bedingt sind.

Generell entsteht der Eindruck, dass die Hauptdeutungslinie der Befragten der Unterscheidung illegal versus legal folgt. Da der Legalitätsstatus der einzelnen Substanzen aber aus fachlicher Sicht eher durch historische, wirtschaftliche und gesellschaftspolitische Gründe, als nach Kriterien der Gefährlichkeit, dem Schädigungs- oder Suchtpotenzial zustande gekommen ist, ergeben sich dadurch problematische Vorstellungen im Alltagsbewusstsein. Illegale Substanzen werden in Ihren „Gefahren“ eher überschätzt, die leicht verfügbaren legalen Substanzen und die Medikamente in ihrer „Gefährlichkeit“ unterschätzt.

4.4 Kosten für das Gesundheitssystem

Frage 13: „Durch welche dieser Substanzen und Dinge entstehen Ihrer Meinung nach für das Gesundheitssystem besonders hohe Kosten?“

Wird die Frage nach den Kosten für das Gesundheitssystem gestellt, so korrigieren die OberösterreicherInnen ihr Bild des Bedrohungspotenzials der Drogen etwas. Die beiden Substanzen Heroin und Kokain liegen hier im wesentlichen gleichauf mit Alkohol und auch Nikotin ist deutlich vor der illegalen Substanz Cannabis zu finden.

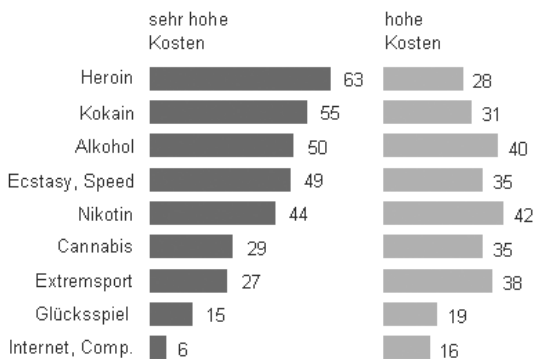


Abb. 4.5: Kosten von Drogen für das Gesundheitssystem, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

44 Prozent der Befragten schätzen die Kosten, die dem Gesundheitssystem durch Nikotinkonsum entstehen, als „sehr hoch“ ein, bei Heroin als Hauptvertreter illegalisierter Substanzen sind es hingegen 63 Prozent. Dem Alkohol werden von 50 Prozent der Befragten sehr hohe Kostenbelastungen des Gesundheitssystems zugerechnet.

Als Indikator für die Kosten, die für das Gesundheitssystem entstehen, werden in Abbildung 4.6 die Belagstage der oberösterreichischen Krankenhäuser dargestellt. Zieht man die LKF-Daten nach ICD-10 als Vergleichszahlen heran, um die tatsächlichen Kosten besser einschätzen zu können, so müsste die Korrektur der Gefährlichkeitseinschätzung der Befragten durch die Kostenbeurteilung noch klarer ausfallen. Die illegalen Drogen zusammengekommen erreichen im Jahr 2003 bei den Belagstagen in den oberösterreichischen Krankenanstalten 11.421 Tage, bei den Nikotindiagnosen sind insgesamt 59.855 Belagstage zu verzeichnen und der Löwenanteil von 83.359 Belagstagen ist den Alkoholdiagnosen zuzurechnen.

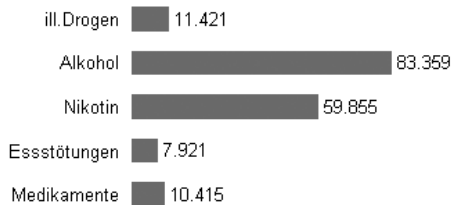


Abb. 4.6: Belagstage in ö. Spitälern nach Substanzen, Quelle: LKF-Daten OÖ 2003, eigene Berechnung

5 Von illegalen Substanzen

Seifried Seyer

„Die Unmäßigkeit in Essen und Trinken macht einen siechen Leib und schwächt die Teile des Körpers, welche das Geschäft der Fortpflanzung ausrichten sollen. Bloße Bevölkerung, ein Land voller Müßiggänger oder Bettler oder die nicht zum wahren Zwecke arbeiten, macht keinen Staat glücklich.“

(aus: Lehrbuch der Staats-Polizey-Wissenschaft (1788) Johann Heinrich Jung 1740-1817)

„Wie muss eine Welt beschaffen sein, dass wir sie nüchtern zumindest ertragen, und wäre eine solche Welt überhaupt wünschenswert? Das sind zwei Fragen, die ich in meinem Vortrag nicht beantworten werde. Wahrscheinlich nicht einmal, wenn ich wollte, beantworten könnte, die aber unzweifelhaft den Fluchtpunkt markieren, auf den perspektivisch jede Auseinandersetzung mit Sucht in jedweder Form zuläuft, oder vor dem sie eben zurückweicht.“

(Robert Menasse, Vortrag zum Thema Kunst und Sucht am 15. September 2004, Linz)

Der Gebrauch von heute illegalen Substanzen ist in erster Linie eine Domäne der Jugendlichen und jungen Erwachsenen. So weit, so gut. Das war nicht immer so. Ende des 19. Jahrhunderts und am Beginn des 20. Jahrhunderts war der Konsum von Opiaten und Kokain im bildungsbürgerlichen (Erwachsenen-) Kontext weit verbreitet. Spätestens seit den 1960er-Jahren und der sich globalisierenden Jugendkultur existiert jedoch eine enge Verknüpfung zwischen den Begriffen Jugendliche, Jugendkultur und Drogen. Nicht nur beim tatsächlichen Gebrauch sind seitdem die illegalen Drogen „jugendlich“, sondern auch - wenn nicht unumschränkt - auf symbolischer Ebene.

Mit der Behandlung des Themas „illegale Drogen und Drogenkonsum“ in den öffentlichen Medien ist heute eine ausgeprägte Sensationsberichterstattung verbunden und in den Wissenschaften wird der Drogenkonsum vorrangig unter dem Vorzeichen von „Problemen“ und „Jugendforschung“ behandelt. Jugendliches Verhalten wird im allgemeinen besonders aufmerksam beobachtet. So wird am Beispiel Ecstasy deutlich, wie sehr der öffentliche Diskurs über Drogen ein

Diskurs über Jugendliche ist. Zwar wird Ecstasy hauptsächlich im Kontext der jugendlichen Techno-Party-Szene konsumiert, doch gibt es ebenso andere, nicht-jugendkulturelle Gebrauchsformen. Diese finden jedoch kaum Beachtung. Diese ambivalente Beleuchtung von Drogen - Problematisierung bei Jugendlichen, Nichtbeachtung bei Erwachsenen - beschränkt sich nicht allein auf illegale Drogen, man denke an legale Drogen wie Nikotin und Alkohol. In der Fixierung auf diese vermeintlich besondere Gefährdung der Jugendlichen bleibt unbeachtet, dass einerseits in der Geschichte der menschlichen Kulturentwicklung das Wissen um und die Verwendung von bewusstseinsverändernden Substanzen eine beträchtliche Rolle gespielt hat und dass andererseits in der Gegenwart deren Gebrauch weit über den Kreis der Jugendlichen hinausgeht.

Man könnte sagen: „Natürlich begründet sich die Aufmerksamkeit in der Annahme der angenommenen Schutzbedürftigkeit von Jugendlichen, also ganz im Sinne und zum Wohl der Jugendlichen.“ Dies hat aber zur Folge, dass Jugend-(sub)kulturen, Jugendliche und deren (abweichende) Verhaltensweisen permanent stigmatisiert und als problematisch eingestuft werden. Wie sehr sich dahinter ein Generationenkonflikt verbirgt, zeigen auch Umfrageergebnisse zur Lebenszeitprävalenz des Konsums von illegalen Drogen. Ab dem 30. Lebensjahr nimmt die Bereitschaft, einen eventuellen Konsum von illegalen Drogen anzugeben, auch wenn dieser schon Jahre zurückliegt, rapide ab, obwohl anzunehmen ist, dass die Konsumraten in den 1970er-Jahren nicht so weit unter den heutigen lagen, wie es Selbstangaben zum Gebrauch von illegalen Drogen nahe legen. Man muss, wie in der soziologischen Biographieforschung bekannt, annehmen, dass im Erwachsenenalter eine Neuschreibung der eigenen Biographie viele unpassende Ereignisse unter den Tisch fallen lässt. Paul Ricoeur findet für diesen Erzählprozess die Metapher vom „Einfädeln einer Intrige“, wobei das kein einmaliger Vorgang ist, sondern kontinuierlich und unbewusst stattfindet.¹ Kemmesies (2004) meint, „mit zunehmendem Alter werden die durch das Drogenverbot be-

¹ Die Interviewten als soziale Akteure befinden sich im sozialen Raum auf unterschiedlichen Positionen und verändern im Laufe ihres Lebens diese Positionen kontinuierlich. Die Wahrscheinlichkeit, eine bestimmte soziale Position zu besetzen ist abhängig vom Alter der Befragten. „Der Versuch, ein Leben als eine einmalige und sich selbst genügende Abfolge von Ereignissen zu verstehen, deren einziger Zusammenhang in der Verbindung mit einem 'Subjekt' besteht, dessen Konstanz nur die eines Eigennamens sein dürfte, ist ungefähr so absurd wie der Versuch, eine Fahrt mit der U-Bahn zu erklären, ohne die Struktur des Netzes zu berücksichtigen, das heißt, die Matrix der objektiven Relationen zwischen den verschiedenen Stationen. Die biographischen Ereignisse sind als ebenso viele *Platzierungen* und *Platzwechsel* im sozialen Raum zu definieren, das heißt, genauer, in der Abfolge der verschiedenen Zustände der Distributionsstruktur der verschiedenen Kapitalsorten, die in dem betreffenden Feld im Spiel sind.“ (Bourdieu, 1998, 82)

dingten Stigmatisierungsrisiken offenbar handlungspraktisch bedeutsamer. Mit der allmählichen Übernahme von erwachsenenalterspezifischen Rollenmustern (wesentlich: Mutter/Vater) und einer wachsenden beruflichen Etablierung wird der Umgang mit illegalen Drogen offenbar zunehmend auf private Nischen sozialer Unauffälligkeit beschränkt. Dies betrifft nicht nur den unmittelbaren Konsum sowie die Drogendistribution. 'Drogenumgang' meint hier auch, die eigenen Konsumvorlieben öffentlich zu machen und sich im eigenen sozialen Umfeld zum eigenen Konsumverhalten und den subjektiven drogengebrauchsbezogenen Einstellungsmustern zu äußern.“ (Kemmesies, 2004, 205)

Ergebnisse aus Kohortenbefragungen demonstrieren das angesprochene Neuschreiben der Biographie. Anschaulich beschreibt Uhl (1997) die Schwierigkeiten der geringen Validität der Selbstangaben der Befragten: „Ein besonders eindrucksvolles Beispiel, wie unverlässlich Konsumangaben von Betroffenen sein können, ergab sich in zwei Repräsentativerhebungen, die unser Institut im Abstand von ca. 10 Jahren vom gleichen Meinungsforschungsinstitut durchführen hat lassen. Die Lebenszeitprävalenzrate, Cannabis betreffend, lag 1994 in identischen Alterskohorten bei nur mehr rund einem Drittel jener Rate die sich noch 1984 ergeben hatte [...]. Ein Resultat, das angesichts des Umstandes unmöglich ist, dass die Lebenszeitprävalenz in einer bestimmten Alterskohorte - sieht man einmal vom möglichen Einfluss ungleicher Sterberaten ab - nur zunehmen aber unmöglich abnehmen kann.“ (Uhl, 1997) Vergessen, Verdrängung, größere Vorsicht und biographische Inkompatibilität lassen die angegebene Lebenszeitprävalenz ab einem bestimmten Alter wohl wieder sinken. Mit zunehmendem Alter schränken sich perspektivische Horizonte ein (Ausbildungsmöglichkeiten, Berufsperspektiven) und gleichzeitig besteht ein ausgeprägteres Gespür für die Irreversibilität der Lebensläufe, so dass der Konsum illegaler Substanzen mit den eigenen Rollenmustern nicht mehr vereinbar erscheint. Negativ-Konsequenzen eines offen- und aktenkundigen Gebrauchs illegaler Drogen schlagen mit fortschreitendem Alter ungleich stärker zu Buche als in jungen Jahren, da eine biographische Neuorientierung, insbesondere beruflicher Umstieg, wesentlich schwieriger vonstatten geht.

Neben der Fixierung auf Jugendliche spielt in der Forschung zum Gebrauch illegaler Drogen der selektive Zugang zu einem „Negativausschnitt“ der DrogenkonsumentInnen eine dominante Rolle. Bedingt durch institutionelle Forschungszugänge, die sich um Behandlungs- und Beratungsdaten, drogenbedingte Todesfälle und Anzeigedaten drehen, wird das Augenmerk automatisch auf die besonders schweren und negativen Fälle an DrogengebraucherInnen gerichtet. Dass es neben dem „Drogenelend“ in Personifizierung der/des verelendeten DrogengebraucherIn der offenen Straßenszene, die beispielsweise in Oberöster-

reich ohnehin kaum vorhanden ist, eine weitaus größere Gruppe an Personen gibt, die einen unauffälligen Umgang mit illegalen Substanzen pflegen, gerät dabei aus dem Blick.

Man kann daher von sichtbarem und unsichtbarem Drogengebrauch sprechen. Der sichtbare und problematische Drogengebrauch, der in den sozialmedizinischen und exekutiven Institutionen bearbeitet wird, wird „allerdings zum Referenzpunkt des politischen Umgangs mit dem Gebrauch illegaler respektive kulturfremder Drogen erhoben.“ (Kemmesies, 2004, 52) Der unsichtbare und kontrollierte Drogengebrauch wird durch die generalpräventiv und abstinenzorientiert ausgerichteten Institutionen und Gesetze ausgeklammert. „Lesen wir die vielfältigen Behandlungs-, Polizei- und Repräsentativstatistiken zum Umgang mit Drogen quer, so kann davon ausgegangen werden, dass die Gruppe der sozial und medizinisch unauffälligen Konsumenten sogar viel größer ist als die Gruppe der auffälligen und behandlungsbedürftigen abhängigen Konsumenten. Vor diesem Hintergrund ist es verwunderlich, warum die größere Konsumentengruppe bisher vergleichsweise wenig untersucht wurde. Hierfür gibt es vielerlei Gründe. Nicht zuletzt den, dass die Vorstellung vom notwendigen Ende jeden Umgangs mit illegalen Drogen in Sucht und Elend drogenpolitisch nicht unerwünscht ist. Eine solche Vorstellung schreckt ab und legitimiert die Prohibition und ist insofern durchaus nicht nur negativ zu sehen.“ (Kemmesies, 2004, 14) Aber auch die ExpertInnenkulturen in den verschiedenen sozialmedizinischen und exekutiven Einrichtungen beziehen zu einem großen Teil ihre Legitimation aus der schiefen Optik, der unausweichlichen Verderblichkeit illegaler Drogen.

Der Forschungsstand zum kontrollierten Gebrauch illegaler Drogen ist nach wie vor nicht allzu groß. Einen interessanten Ansatz verfolgt Kemmesies (2004) in „Zwischen Rausch und Realität“, wo er den kontrollierten Drogengebrauch im „bürgerlichen“ Milieu anhand qualitativer Methoden analysiert und sich theoriegeleitet in sozialwissenschaftlicher Tradition dem Phänomen des Drogengebrauchs in unserer Gesellschaft annähert. Auch Norman Zinberg (1984) wählte diesen Zugang in seiner wegweisenden Studie zum kontrollierten Gebrauch von Drogen. Zinberg kommt darin zum Schluss, dass der Großteil der DrogenkonsumentInnen, die über einen längeren Zeitraum Drogen gebrauchten, zu einem kontrollierten Gebrauchsmuster tendieren. „Finally, many of our subjects fell into the grey area of more or less controlled use.“ (Zinberg, 1984, 20)

Dessen eingedenk und wissend, dass in diesem Monitoring kein Platz und zur Zeit nicht genügend Ressourcen für diese Methode vorhanden sind, bleiben wir im Rahmen dieses Drogenmonitorings zu einem guten Teil und auch methodisch bedingt auf die problematischen und sichtbaren DrogengebrauchserInnen fixiert. Deshalb sollte zur Korrektur dieser eingeschränkten Perspektive

die Hintergrundfolie der eben angesprochenen sichtbaren und unsichtbaren Gebrauchsformen stets mitgedacht werden.

Bei „illegalen Drogen“ handelt es sich um eine äußerst heterogene Substanzgruppe, deren gemeinsame Eigenschaft in der Kontrolle durch das Suchtmittelgesetz besteht und deren Konsum demnach zu strafrechtlichen Sanktionen führen kann. Die Wirkungsspektren der unterschiedlichen Substanzen reichen von sedativen Erscheinungen über halluzinogene Phänomene bis zu aufputschenden Wirkungen. Ebenso unterscheiden sie sich enorm hinsichtlich ihrer körperlich-schädigenden und abhängigkeiterzeugenden Folgen.

Da im österreichischen Suchtmittelgesetz der Gebrauch von etwa 250 verschiedenen Substanzen geregelt ist, beschränken wir uns in der Darstellung der illegalen Drogen auf die wichtigsten Substanzgruppen.

Im Bereich der illegalen Drogen wurde im Rahmen der oberösterreichischen Bevölkerungsbefragung der Konsum von Cannabis, illegalen Aufputschmitteln, Ecstasy, biogenen Drogen (Pilze, Stechapfel etc.), LSD, Heroin, Morphin, Kokain erhoben. Zusätzlich wurde mit den strafrechtlich relevanten illegalen Substanzen der Konsum von großteils legalen „Schnüffelstoffen“ (Diesel, Lacke) und einer fiktiven Kontrollsubstanz „Uhlcodin“ erfasst. Neben der Eigenangabe zum Substanzgebrauch wurde zur besseren Einschätzung des Konsums der einzelnen Substanzen auch der Kontakt zu Drogen im Familien- und Freundeskreis erhoben, da im Zusammenhang mit der Illegalität der abgefragten Substanzen große Vorbehalte beim Antwortverhalten der Befragten zu erwarten waren.

Die Attraktivität verschiedener Substanzen wurde mit der Bereitschaft, eine bestimmte Substanz probieren zu wollen, erfasst.

Weitere wichtige Fragenkomplexe betreffen das Wissen zu illegalen Drogen und die Einschätzung von Gefahren und Auswirkungen des Konsums illegaler Drogen.

Ebenso wurden auch die Maßnahmen, die aus der Sicht der Befragten vom Gesetzgeber zu den illegalen Drogen umgesetzt werden sollten, erfasst.

Neben den Ergebnissen der Bevölkerungsbefragung finden sich in diesem Abschnitt Auswertungen der WHO-SchülerInnenbefragung (HBSC - Health Behavior in Schoolaged Children) für Oberösterreich.

Um ein Bild des problematischen Drogengebrauchs zu bekommen, wurden für Oberösterreich die drogenbedingten Anzeigedaten, die drogenrelevanten Diagnosen an den öffentlichen Krankenanstalten, die Behandlungsdaten im Rahmen der Substitutionsbehandlung und die drogenbedingten Todesfälle ausgewertet.

Eine detaillierte Beschreibung dieser Quellen ist im Kapitel „Datenquellen im Drogenmonitoring Oberösterreich“ ausgeführt.

5.1 Das Wissen über illegale Drogen

„Vergleiche: wissen und sagen:
wieviele m hoch ist der Mont-Blanc -
wie das Wort 'Spiel' gebraucht wird -
wie eine Klarinette klingt.

Wer sich wundert, dass man etwas wissen könne, und nicht sagen,
denkt vielleicht an einen Fall wie den ersten. Gewiss nicht an einen
wie den dritten.“

Ludwig Wittgenstein, Philosophische Untersuchungen, § 78

Ein wichtiger Aspekt für den Umgang mit psychoaktiven Substanzen ist die Dimension des Wissens. Insbesondere Präventionsprogramme sind zu einem Teil mit der Vermittlung von Information beschäftigt. Evaluationen reiner Informationsprogramme kommen allerdings in der Regel zu dem nachvollziehbaren Ergebnis, dass diese Art von Programmen keine langfristigen und nachhaltigen Erfolge in Hinblick auf Konsumprävention² zeitigen.

5.1.1 Was heißt Wissen?

Das Wissen über Drogen beinhaltet mehrere Dimensionen des Wissens. Auf der einen Seite gibt es ein „objektives“ Wissen von Fakten über Drogen - z.B. wie viele Menschen in Österreich abhängig sind oder welche Wirkungen bestimmte Drogen haben. Auf der anderen Seite gibt es ein „handlungsleitendes“ Wissen, das dafür sorgt, dass wir im Alltag handeln können, ohne ständig Denkleistungen vollbringen zu müssen. Gewöhnlich wird unter Wissen nur das erstere verstanden.

Der Wissenschaftstheoretiker Michael Polanyi wies in seinem Buch *The Tacit Dimension* (1966, Dt. *Implizites Wissen* 1985) auf die Bedeutung des impliziten Wissens hin. Unter dem Begriff des impliziten Wissens versteht Polanyi, „dass jeder unserer Gedanken Komponenten umfasst, die wir nur mittelbar, nebenbei, unterhalb unseres eigentlichen Denkinhalts registrieren - und dass alles Denken aus dieser Unterlage, die gleichsam ein Teil unseres Körpers ist, hervorgeht.“ (Polanyi, 1985, 10) Diesem, im Körper verankerten Wissen wird das explizite Wissen - ein Wissen, das artikulierbares objektives Verstandeswissen bezeichnet - gegenübergestellt.

² Suchtprävention wird oft missverständlich auf die Aufgabe der Verringerung des Konsums von psychoaktiven Substanzen reduziert. Unter dieser Perspektive fallen wichtige Bereiche der Suchtprävention unter den Tisch, die etwa im Sinne einer umfassenden Gesundheitsförderung oder der Förderung einer Drogenmündigkeit zu berücksichtigen wären, und die nach Meinung von SuchtpräventionsexpertInnen mindestens als gleichberechtigt zu betrachten sind.

Ungefähr zur gleichen Zeit formuliert Foucault seine Diskursanalyse. Deren Aufgabe es ist, „nicht - nicht mehr - die Diskurse als Gesamtheit von Zeichen (von bedeutungstragenden Elementen, die auf Inhalte oder Repräsentationen verweisen), sondern als *Praktiken* zu behandeln, die systematisch die Gegenstände bilden, von denen sie sprechen. Zwar bestehen diese Diskurse aus Zeichen; aber sie benutzen diese Zeichen für mehr als nur die Bezeichnung der Sachen. Dieses *Mehr* macht sie irreduzibel auf das Sprechen und die Sprache. Dieses *Mehr* muss man ans Licht bringen und beschreiben.“ (Foucault, 1992, 74)

Richtet sich die Aufmerksamkeit bei Polanyi auf die *nicht-sprachlichen* Elemente des subjektiven Wissens, verweist sie bei Foucault auf die *vorsprachlichen*, objektiven Praktiken. Beiden Konzepten ist jedoch gemeinsam, dass die Begrenztheit des in Sprache objektivierbaren Wissens einen wichtigen Ausgangspunkt darstellt und dass die Praktiken als wesentliche Quelle des Wissens sowie der Selbstkonstitution betrachtet werden können.

Für das Lernen bedeutet dieser Blickwinkel, dass Wissen nicht nur durch Aufnahme expliziter Informationen und deren Verarbeitung entsteht, sondern dass eine Information nur in Verbindung mit konkreten Vorstellungen und Handlungen in einem dynamischen Kontext Sinn hat. Information ist ein notwendiges Medium oder Material für die Bildung von Wissen aber sie wird erst zum Wissen, wenn sie „kontext- und beziehungspezifisch“ wird. (vgl. Capurro, 2000)

Für das soziale, praktische Handeln bedeutet dieser Ansatz gleichzeitig, dass Handlungen nicht auf die Absichten (Intentionen) der Akteure reduzierbar sind, sondern dass das sogenannte implizite Wissen handlungsleitend ist. Das individuelle Verhalten ist nicht rein subjektiver Natur: Über das implizite Wissen verschränken sich biographische, sozio-strukturelle, kulturelle, politische Handlungskomponenten, die der Erkenntnis Freuds, dass das *Ich* nicht Herr im eigenen Haus ist, seine volle soziologische Bedeutung geben.

Die Theorie des impliziten Wissens lässt sich in verschiedenen soziologischen und philosophischen Konzepten wiederfinden, wie sie beispielsweise in der Alltagssoziologie (z. B. symbolischer Interaktionismus) mit dem Begriff Hintergrundwissen thematisiert werden, wenngleich diese Theorien nach wie vor sehr rationalistisch, insbesondere auf das sprachfähige Wissen zentriert, argumentieren. Ein ebenso rationalistisches Modell findet sich in der philosophischen Hermeneutik bei Gadamer und Heidegger, die die Bedeutung der „Vorstruktur des Verstehens“ betonen.

Dass es auch eine Vor-Struktur des Geschmacks und des Lebensstils gibt - und der Gebrauch von Drogen ist eine Form davon -, dafür sind aktuelle soziologische Modelle brauchbare Denkhilfen. Das von Pierre Bourdieu entwickelte Habituskonzept ist zweifellos das bekannteste soziologische Modell zur

Beschreibung der Verankerung des Wissens im menschlichen Körper und es vermeidet auch die rationalistische Fixierung der Hermeneutik und Teilen der Alltagssoziologie. „Was der Leib gelernt hat, das besitzt man nicht wie ein wiederbetrachtbares Wissen, sondern das ist man.“ (Bourdieu, 1993, 135) Die Gründe und Ziele von Handlungen sind demnach nicht reduzierbar auf kognitive Repräsentationen der Ziele und Gründe, sondern sie beruhen auf der quasi-leiblichen Disposition der Handelnden. „Der praktische Sinn als Natur gewordene, in motorische Schemata und automatische Körperreaktionen verwandelte gesellschaftliche Notwendigkeit sorgt dafür, dass Praktiken in dem, was an ihnen dem Auge des Erzeugers verborgen bleibt und eben die über das einzelne Subjekt hinausreichenden Grundlagen ihrer Erzeugung verrät, *sinnvoll*, d.h. mit Alltagsverstand ausgestattet sind. Weil die Handelnden nie ganz genau wissen, was sie tun, hat ihr Tun mehr Sinn, als sie selber wissen.“ (Bourdieu, 1993, 127)³

Beispielhaft sei an das Sprechen erinnert. Beim Erwerb der Muttersprache lernt man die Sprache sprechen und lernt zugleich, *in* (statt *mit*) dieser Sprache zu denken. Das explizite Erlernen der Grammatik ist aber keinesfalls Voraussetzung für den Erwerb der Muttersprache, die meisten Menschen haben keine Ahnung von den grundlegendsten grammatikalischen Regeln. Und würde man im Akt des Sprechens die Regeln bewusst berücksichtigen, so wäre der Redefluss sofort unterbrochen und den Faden der Erzählung würde man aus den Augen verlieren. Als learning-by-doing ist der Erwerb der Muttersprache nur eine Form der vielfältigen Aneignungen der Welt, die sich außerhalb von subjektiver Bewusstheit, also außerhalb reflexiver Distanz abspielen.⁴

³ An anderer Stelle beschreibt Bourdieu den schlimmsten epistemologischen Fehler, „den man in den Humanwissenschaften begehen kann, [den] Fehler nämlich, einen »Wissenschaftler in der Maschine« anzusetzen, wie ich das, Ryles berühmten Titel parodierend, einmal nennen möchte; alle sozialen Akteure nach dem Bilde des Wissenschaftlers zu sehen (des über seine Praktiken nachdenkenden Wissenschaftlers und nicht des handelnden Wissenschaftlers) oder, genauer gesagt, die Modelle, die der Wissenschaftler konstruieren muss, um die Praktiken zu erklären, in das Bewusstsein der Akteure zu verlegen, so zu tun, als ob die Konstruktion, die der Wissenschaftler produzieren muss, um die Praktiken zu verstehen, um hinter ihre Vernunft zu kommen, das bestimmende Prinzip dieser Praktiken wäre.“ (Bourdieu, 1998, 210)

⁴ Gerade das „Getragenwerden“ von Handlungen in nichtreflexiver Praxis ist immer wieder ein Beispiel für künstlerische Improvisation und für Momente glücklicher, unbeabsichtigter Erfindung. Gleichzeitig wird die Suspendierung des reflexiven Denkens immer wieder als Motiv für die Verwendung von psychoaktiven Substanzen beschrieben. Drogen überlassen einen selbst seines Habitus, seines impliziten Wissens und eines unhinterfragten Übereinstimmens mit der Welt. In einer eher depressiven Variante dieses Motivs schreibt Villem Flusser: „Aber gibt es nicht auch ein Leiden am Denken und eine Leidenschaft des Körpers, und ist nicht etwa auch die im Bett lokalisierbar? Das Leiden am Denken heißt bekanntlich

Der Großteil unseres Wissens besteht aus diesem impliziten, praktischen Wissen, das sich seiner Genese und seinen Regeln nicht bewusst ist, und das wir weniger in unseren Gehirnen als in unseren Körpern spazieren tragen. Das macht es so schwierig, etwas über das Wissen der Menschen in Erfahrung zu bringen. Befragt man sie, so erfährt man nur die Wissensbestandteile, die sich in kommunizierbares Wissen transformieren lassen, abzüglich den Verlusten, die in diesem Transformationsprozess anfallen.

Es wird auch deutlich, warum die Veränderung von Wissen (des expliziten Wissens) selten Konsequenzen für das Tun - das vom Habitus, vom impliziten Wissen gespeist wird - nach sich zieht. „Als einverleibte, zur Natur gewordene und damit als solche vergessene Geschichte ist der Habitus wirkende Präsenz der gesamten Vergangenheit, die ihn erzeugt hat. Deswegen macht gerade er die Praktiken relativ unabhängig von den äußeren Determiniertheiten der unmittelbaren Gegenwart.“ (Bourdieu, 1993, 105)

Der Drogengebrauch kann nach dieser Sichtweise nicht als isolierte Verhaltensweise betrachtet werden, sondern er ist Ausdruck eines komplexen Lebensstils, der als Habitus begriffen, der Schnittpunkt gesellschaftlicher Dimensionen und biographischer Erfahrungsprozesse, die im gesellschaftlichen Raum stattfinden, ist. Präventive Bemühungen, die von dieser gesellschaftlichen Verankerung des Drogengebrauchs absehen und ausschließlich Informationsprogramme durchführen, haben aller Voraussicht wenig Aussicht auf Erfolg. In Zusammenhang mit dem Konzept der Drogenmündigkeit meint Gundula Barsch: „So hängt die Entwicklung von Drogenmündigkeit beispielsweise davon ab, ob kollektive Verständigungsprozesse zum Drogenkonsum überhaupt zugelassen werden. [...] Deutlich wird, dass drogenmündiges Verhalten von Individuen und sozialen Gruppen immer eingebunden ist in den Bestand kultureller Handlungsräume und Verhaltensmodelle. Dies zeigt sich nicht nur in bezug auf Fragen nach der Angemessenheit von Drogenkonsum, nach Konsumanlässen und -situationen.

»Sorge«. Ich kann mich nämlich mit der Absicht ins Bett legen, um auf den Schlag meine Sorgen zu vergessen. Falls der Schlaf ein kleiner Tod ist, dann ist diese Lage ein kleiner Selbstmord. Die hier anzuwendende Technik kann sich nicht mit Schäfchenzählen begnügen, weil Sorgen alle Schafe vertreiben. Man muss zu Schlafmitteln greifen, und dann wieder wird der Unterschied zwischen dem kleinen und dem großen Selbstmord zu einer Frage nach der Menge der eingenommenen Drogen. Sorgen sind interessante Gedanken, und Schlafmittel sind Vorrichtungen zum Töten des Interesses. Sie sollen dem Leiden am Denken ein Ende bereiten. Es kommt in ihnen ein immer deutlicher werdender Glücksbegriff zum Ausdruck: das Denken ist ein über uns verhängtes Unglück. Und das ist die Grundlage der Drogenkultur.“ (Flusser, 1997) Positive Varianten dieses Motivs findet man beispielsweise in A. Huxleys „Die Pforten der Wahrnehmung“ (Huxley, 1970) und allen Apologeten des Drogengebrauchs als Lebenskunst.

Der kulturelle Einfluss einer Gesellschaft lässt sich selbst in weniger augenscheinlichen Phänomenen wie beispielsweise die Geschmacksprägung und die Erlebensweisen von Rausch aufzeigen. Vor diesem Hintergrund erweist es sich als unmöglich, Drogenmündigkeit auf Forderungen nach Selbstverantwortung und Selbstkontrolle zu verkürzen.“ (Barsch, 2001, 274f) Die hier angesprochenen kollektiven Verständigungsprozesse sind auch für die Suchtprävention unverzichtbar. Das individuelle explizite Wissen hat demnach begrenzte Bedeutung für Verhaltensweisen.

Und auch die begrenzten Möglichkeiten einer Bevölkerungsbefragung, bei der man großteils auf die expliziten Wissensbestandteile beschränkt bleibt, sind nicht zu übersehen. Um der „Logik der Praxis“, dem impliziten Wissen, näherzukommen, sind andere Methoden der empirischen Forschung, speziell der qualitativen Sozialforschung, vielversprechender. Aber wie Bourdieu (1982) in seiner Studie über den Geschmack - „Die feinen Unterschiede“ - gezeigt hat, ist der Weg über Bevölkerungsbefragungen nicht grundsätzlich ausgeschlossen. Über theoretische Rekonstruktion von Klassen von Praktiken und Lebensstilen lassen sich Menschen und die „bewussten Äußerungen“ ihrer Stellungnahmen bzw. die „unbewussten Geschmacksurteile“ ihrer Einkäufe, ihres Essens, ihrer Autos und Einrichtungen usw. im gesellschaftlichen Raum verorten. Und wie Wolfgang Bonß (1982) in seiner Arbeit „Die Einübung des Tatsachenblicks“ darstellt, machen quantitative Studien Zusammenhänge sichtbar, die der Alltagserfahrung bzw. der subjektiven Erfahrung verschlossen bleiben müssen.

In der oberösterreichischen Bevölkerungsbefragung 2003 wurde ein Unterschied zwischen Wissensfragen im positiven Sinne, also all das, was als sogenanntes „Faktenwissen“ begreifbar ist, und Einstellungsfragen in normativen Sinne, welche beide unterschiedliche Facetten des expliziten Wissens darstellen. Wir beschränken uns auf drogenpolitische Einstellungen, welche eher Auswirkungen auf die Durchsetzbarkeit von strukturellen Maßnahmen haben, als auf individuelle Verhaltensweisen und Praktiken. Diese Einstellungen sind also auch nicht unbedingt auf der Ebene des impliziten Wissens angesiedelt, sondern spiegeln einen Oberflächeneffekt von weltanschaulichen Grundorientierungen der Befragten wieder. Wie weit damit tiefer sitzende, praxisbestimmende Wissensformen berührt werden, muss offen bleiben.

Die beiden Fragenkomplexe werden nun einzeln dargestellt und anschließend miteinander und mit dem Konsumverhalten der Befragten in Beziehung gesetzt.

5.1.2 Faktenwissen

Das explizite Wissen über illegale Substanzen in der oberösterreichischen Bevölkerung kann man getrost als schlecht bezeichnen. Wie die anschließenden Ergebnisse nahe legen, halten sich über illegale Drogen hartnäckig „Mythen“, die der Realität eindeutig nicht entsprechen, welche aber sicher durch die gegenwärtige gesellschaftspolitische Stimmung in Österreich verfestigt werden.

Frage 10: „Kommen wir zu etwas anderem; auf diesen Karten sehen Sie verschiedene Aussagen; wie sehr stimmen Sie persönlich diesen Aussagen zu? Verteilen Sie die Karten bitte dementsprechend auf dem Bildblatt!“

„Nicht die illegalen Drogen an sich sind das Problem, der Umgang mit ihnen schafft Probleme?“ Dieser Aussage stimmen 60 Prozent der Befragten zu. Immerhin 36 Prozent stimmen dieser Aussage eher nicht oder überhaupt nicht zu. Natürlich besitzen unterschiedliche psychoaktive Drogen gefährliche Eigenschaften, doch ist der Umgang mit ihnen das entscheidende Kriterium, ob sie gefährliche Folgeerscheinungen für die KonsumentInnen haben. Diese Aussage kann aber auch kontroversiell behandelt werden, da eine ähnliche Aussage wie „Nicht die Waffen sind das Problem, der Umgang mit ihnen schafft Probleme?“ zwar richtig ist, aber im Alltagsverständnis ebenso ethische Aspekte damit verbunden werden.

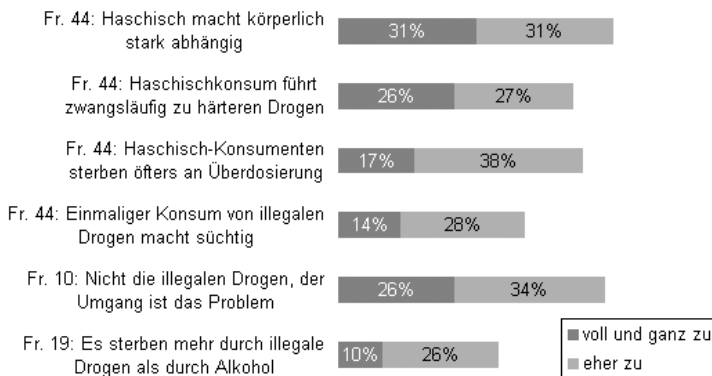


Abb. 5.1: Verschiedene Wissensfragen zu illegalen Drogen, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

Frage 19: „Auf diesen Karten sehen Sie verschiedene Aussagen zum Alkohol; wie sehr stimmen Sie persönlich diesen Aussagen zu? Verteilen Sie die Karten bitte dementsprechend auf dem Bildblatt.“

„Es sterben mehr ÖsterreicherInnen am Missbrauch von illegalen Drogen, als am Missbrauch von Alkohol?“ 36 Prozent der OberösterreicherInnen stimmen dieser Frage eher oder voll und ganz zu. Damit liegen mehr als ein Drittel ganz klar falsch, denn die zurechenbaren Todesfälle sind sowohl bei unmittelbarer Todesfolge durch Intoxikation als auch bei indirekten Folgekrankheiten durch Missbrauch der jeweiligen Substanzgruppe bei Alkohol ungleich höher als bei illegalen Drogen.

Frage 42 : „Gibt es Ihrer Meinung nach einen Unterschied zwischen Heroin und Haschisch?“

Auf die Frage, ob ein Unterschied zwischen Heroin und Haschisch besteht, konnten nur 75 Prozent der Befragten einen Unterschied festmachen. 25 Prozent der OberösterreicherInnen erkennen keinen Unterschied oder konnten keine Angabe zu der Frage machen.

Frage 44: „Auf diesen Karten sehen Sie verschiedene Aussagen zum Thema Drogen; wie sehr stimmen Sie persönlich diesen Aussagen zu? Verteilen Sie die Karten bitte dementsprechend auf dem Bildblatt!“

„Es kommt immer wieder vor, dass Haschisch-KonsumentInnen ohne Selbstmordabsichten zu viel nehmen und sterben.“ Diese Aussage wird von 53 Prozent der Befragten bejaht. Nur 40 Prozent verneinen diese Aussage, obwohl es praktisch kaum möglich ist, Haschisch oder andere Cannabisprodukte lebensgefährlich zu überdosieren.

Auch der Aussage „Der einmalige Konsum von illegalen Drogen macht süchtig“ stimmen 40 Prozent der OberösterreicherInnen voll und ganz oder eher zu. Vom einmaligen Konsum, gleich welcher psychoaktiven Substanz, kann man nicht abhängig werden. Die Entwicklung einer Abhängigkeit benötigt Wiederholung über einen längeren Zeitraum.

Die Einstiegsdrogentheorie wurde mit der Aussage abgefragt, „wer Haschisch konsumiert, steigt zwangsläufig auf härtere Drogen um“. 53 Prozent der Befragten bejahen diese Aussage, 42 Prozent verneinen sie. Diese Aussage ist aus fachlicher Sicht jedoch klar zu verneinen, da es keine zwangsläufige Drogenkarriere, welche durch den Konsum von Cannabis ausgelöst würde, gibt. Es ist vielmehr so, dass der Großteil der CannabisprobiererInnen später aus dem Konsum von illegalen Drogen aussteigt, ohne jemals „härtere Drogen“ probiert zu haben.

Der Aussage „auch Haschisch macht körperlich stark abhängig“ stimmen 62 Prozent der Befragten zu und nur 16 Prozent verneinen diese Frage, und 22

Prozent enthalten sich dabei einer Antwort. Die Abhängigkeitsdiskussion um Cannabisprodukte ist ein umstrittenes Diskursfeld. Am ehesten wird von psychischer Abhängigkeit, die durch Cannabiskonsum verursacht wird, ausgegangen. Körperliche Abhängigkeit jedoch, insbesondere starke Abhängigkeit, muss man verneinen.

Frage 55: „Was schätzen Sie: Wie viele Menschen sind in Österreich abhängig von illegalen Drogen?“

Generell handelt man sich mit Fragen nach der *Abhängigkeit* von illegalen Substanzen Schwierigkeiten ein, da der Begriff selbst nicht eindeutig definierbar ist und es sich bei illegalen Substanzen um ein weites Feld handelt. So spricht man bei Opiaten von problematischem Opiatkonsum. Derzeit gehen Schätzungen für Österreich von ca. 20.000 bis 30.000 Menschen mit einem problematischem Opiatkonsum aus, was nicht unbedingt heißt, dass hiervon alle als abhängig zu bezeichnen sind. Nimmt man mögliche Abhängigkeiten anderer Substanzen hinzu, erhöht sich diese Schätzung etwas. Am ehesten trägt noch Kokain zu einer Erhöhung der Zahl der Abhängigen bei. Bei Cannabis ist nach wie vor umstritten, inwieweit Abhängigkeiten damit in Verbindung zu bringen sind. Nimmt man einen engen Abhängigkeitsbegriff, der sich an diagnostischen Kriterien orientiert, wie er etwa auch bei Alkohol verwendet wird, so kann die Zahl der Abhängigen von illegalen Drogen in Österreich kaum über 50.000 liegen - insbesondere, wenn man bedenkt, dass die Schätzungen für Alkohol bei ca. 330.000 liegen. Die Anzahl der in Österreich von illegalen Drogen Abhängigen, wird von den OberösterreicherInnen deutlich überschätzt. Zwei Drittel (67 Prozent) der OberösterreicherInnen meinen, dass zumindest über 100.000 Menschen von illegalen Drogen abhängig seien. Immer noch die Hälfte aller OberösterreicherInnen meint, dass über 200.000 ÖsterreicherInnen von illegalen Drogen abhängig seien. Die Grenze für die richtige Einschätzung dieser Frage wurde bei 100.000 angesetzt, so dass zwei Drittel der Befragten klar falsch geantwortet haben.

Frage 56: „Darf In Österreich bei begründetem Verdacht auf eine Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit durch illegale Drogen im Straßenverkehr ein Bluttest durchgeführt werden, oder ein Harntest oder beide oder keiner?“

Die Frage, welche Tests bei Verdacht auf eine Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit durch illegale Drogen im Straßenverkehr durchgeführt werden dürfen, konnten nur 14 Prozent der OberösterreicherInnen richtig beantworten - richtig ist die Antwort: „Bluttest“. Interessant dabei ist, dass auch die Jugendlichen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren darüber nicht besser Bescheid wissen als die älteren OberösterreicherInnen. Dieses niedrige Ergebnis ist jedoch nicht weiter verwunderlich, da selbst ExpertInnen diese Frage nicht ohne weiteres beantwor-

5 Von illegalen Substanzen

ten könnten und in der Praxis andere Formen von Drogentests durchgeführt werden, wenn sie auf Freiwilligkeit beruhen - und die Grenzen der Freiwilligkeit bei einer exekutiven Handlung sind nicht wirklich klar festzulegen.

Die neun hier einzeln aufgeführten Wissensfragen wurden in der Folge auf Richtigkeit der Antwort ausgewertet und zusammenfassend ergibt sich folgender Stand des „Faktenwissens“ in der oberösterreichischen Bevölkerung.

Aussage	Bejahung	Verneinung
Fr. 10: Nicht die illegalen Drogen an sich sind das Problem, der Umgang mit ihnen schafft Probleme?	R	
Fr. 19: Es sterben mehr ÖsterreicherInnen am Missbrauch von illegalen Drogen, als am Missbrauch von Alkohol?		R
Fr. 42: Gibt es Ihrer Meinung nach einen Unterschied zwischen Heroin und Haschisch?	R	
Fr. 44: Es kommt immer wieder vor, dass Haschisch-KonsumentInnen ohne Selbstmordabsichten zu viel nehmen und sterben.		R
Fr. 44: Der einmalige Konsum von illegalen Drogen macht süchtig		R
Fr. 44: Wer Haschisch konsumiert, steigt zwangsläufig auf härtere Drogen um		R
Fr. 44: Auch Haschisch macht körperlich stark abhängig		R
Fr. 55: Was schätzen Sie: Wie viele Menschen sind in Österreich abhängig von illegalen Drogen?	R: <= 100.000	
Fr. 56: Darf In Österreich bei begründetem Verdacht auf eine Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit durch illegale Drogen im Straßenverkehr ein Bluttest durchgeführt werden, oder ein Harntest oder beide oder keiner?	R: Bluttest	

Tab. 5.1: Zuordnung von Wissensfragen auf Richtigkeit, R=richtig

Es wurden nach der Anzahl der richtigen Antworten drei Kategorien gebildet:

- „kaum informiert“ - wenn die Befragten weniger als vier der neun Fragen richtig beantworteten konnten,
- „etwas informiert“ - wenn mindestens vier und weniger als sieben Fragen richtig beantwortet wurden,
- „gut informiert“ - wenn mindestens sieben der Fragen richtig beantwortet wurden.

Das Ergebnis gibt ein klares Bild vom Wissen über illegale Drogen. Nur 14 Prozent der Bevölkerung sind nach dieser Kategorienbildung gut informiert, 40

Prozent sind „etwas informiert“ und fast die Hälfte der OberösterreicherInnen besitzt kaum bis gar kein Wissen über illegale Drogen.

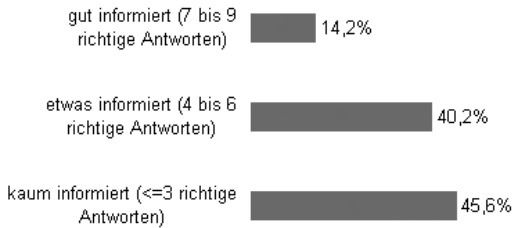


Abb. 5.2: Wissensstand der oberösterreichischen Bevölkerung zu illegalen Drogen, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

Interessanterweise ist die Selbsteinschätzung der Befragten gar nicht so weit von diesem Ergebnis entfernt. Es fühlen sich 55 Prozent der OberösterreicherInnen über illegale Drogen weniger gut bzw. gar nicht gut informiert. (Antwort auf die Frage 57: „Wie gut fühlen Sie sich über illegale Drogen informiert?“)

Alter	etwas informiert (4 bis 6 richtige Antworten)		
	kaum informiert (<=3 richtige Antworten)	bis 6 richtige Antworten)	gut informiert (7 bis 9 richtige Antworten)
15-19	43,50%	41,20%	15,30%
20-29	30,20%	46,40%	23,40%
30-39	44,00%	40,00%	16,00%
40-49	52,40%	35,40%	12,20%
50-59	48,90%	40,90%	10,20%
60-69	66,30%	33,70%	0,00%
70 +	63,40%	34,10%	2,40%
Gesamt	45,60%	40,20%	14,20%

Tab. 5.2: Wissensstand zu illegalen Drogen in Oberösterreich 2003 nach Alter, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

Der Wissensstand über illegale Substanzen variiert stark mit dem Alter. Sind unter den 20- bis 29-Jährigen fast ein Viertel gut informiert, so ist ab dem 40. Lebensjahr nur mehr jedeR zehnte OberösterreicherIn gut informiert. Der Korrelationskoeffizient zwischen Alter und Wissensstand ($r=0,21$) verringert sich allerdings um die Hälfte, wenn die Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen als Kontrollvariable eingeführt wird.

Es wird hier deutlich, dass das Wissen über Drogen nicht altersbedingt ist und nicht zu geringerem Konsum führt, sondern dass in der Gruppe der Jugendlichen

5 Von illegalen Substanzen

bis 30 Jahre, die auch über die höchsten Konsumprävalenzen bei den illegalen Substanzen verfügen, gleichzeitig das beste Drogenwissen vorhanden ist. Der Wissensstand korreliert stärker mit der Lebenszeitprävalenz der Befragten als mit deren Alter. Das heißt: Diejenigen, die die größte biographische Nähe zum Konsum aufweisen, haben auch das größte Wissen.

Prävalenz bei ill. Drogen	kaum informiert (≤3 richtige Antworten)	etwas informiert (4 bis 6 richtige Antworten)	gut informiert (7 bis 9 richtige Antworten)
mindestens einmal	22,60%	42,60%	34,90%
noch nie od. k.A.	52,60%	39,40%	8,00%
Gesamt	45,60%	40,10%	14,20%

Tab. 5.3: Wissensstand und Lebenszeitprävalenz bei illegalen Drogen in Oberösterreich 2003, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

Korreliert man den ermittelten Wissensstand mit der Lebenszeitprävalenz bei illegalen psychoaktiven Substanzen der Befragten, so ergibt sich demnach auch ein starker Zusammenhang. Das Ergebnis ist hoch signifikant bei einer starken Korrelation von $r=0,34$. Sind von den Befragten, die angeben, mindestens schon einmal in ihrem Leben eine illegale Droge konsumiert zu haben, 35 Prozent gut informiert, so sind es bei denjenigen, die angeben, noch nie eine illegale Droge konsumiert zu haben, lediglich acht Prozent.

Interessant ist, dass sich dieser Zusammenhang auch in der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen findet. So sind es nicht die Jugendlichen generell, die einen besseren Wissensstand aufweisen und sich von den Älteren abheben. Derselbe Zusammenhang zwischen Wissensstand und Lebenszeitprävalenz ist auch bei den Jugendlichen zu finden, wenn auch geringfügig schwächer ($r=0,30$).

Prävalenz bei ill. Drogen	kaum informiert (≤3 richtige Antworten)	etwas informiert (4 bis 6 richtige Antworten)	gut informiert (7 bis 9 richtige Antworten)
mindestens einmal	24,00%	40,00%	36,00%
noch nie od. k.A.	47,40%	38,10%	14,40%
Gesamt	39,50%	38,80%	21,80%

Tab. 5.4: Wissensstand und Lebenszeitprävalenz bei illegalen Drogen in Oberösterreich 2003, Quelle: Jugendbefragung OÖ 2003, Alter 15-24, N=567

Auch bei den Jugendlichen im Alter von 15 bis 24 Jahren sind diejenigen klar besser informiert, welche angeben, bereits einmal illegale Drogen probiert zu haben.

Die Schlussfolgerung muss wohl lauten: Nicht das Alter bestimmt das Drogenwissen und nicht das Wissen bestimmt den Konsum, sondern quer über die

Altersgruppen korreliert der Drogengebrauch stark mit dem Wissen über Drogen - allerdings, wie gesagt, gemeint ist nur das explizite „Faktenwissen“. Über das implizite „Praxiswissen“, auf das unter anderem Präventionsprogramme abzielen, lässt sich damit nichts aussagen.

5.1.3 Einstellungen zu illegalen Drogen

Bei den nachfolgenden Fragen zu Einstellungen der OberösterreicherInnen über illegale Drogen handelt es sich vorrangig um drogenpolitische Einstellungen, die einen unterschiedlich starken Grad an Repression und umgekehrt an Liberalität gegenüber dem Konsum von illegalen Drogen ausdrücken. Es handelt sich dabei um acht Fragen, die hier wieder einzeln dargestellt werden, und anschließend - wie bei den Fragen zum „Faktenwissen“ schon angewandt - zu kategorialen Einstellungsmustern zusammengefasst werden (von tolerant-liberal bis autoritär-repressiv).

Frage 10: „Kommen wir zu etwas anderem; auf diesen Karten sehen Sie verschiedene Aussagen; wie sehr stimmen Sie persönlich diesen Aussagen zu? Verteilen Sie die Karten bitte dementsprechend auf dem Bildblatt!“

„Illegaler Drogenkonsum gehört härter bestraft“: diese Aussage ist klar auf eine repressive Einstellung der Befragten ausgerichtet. 75 Prozent der OberösterreicherInnen stimmen eher oder voll und ganz zu. Nur 21 Prozent lehnen diese Aussage dezidiert ab.

„Mit Leuten, die schon einmal illegale Drogen genommen haben, möchte ich keinen näheren Kontakt haben“: diese Aussage zielt zwar nicht vordergründig auf eine repressive Einstellung der Befragten, doch kommt darin entweder eine tolerante Haltung gegenüber Handlungen der Mitmenschen bzw. eine Abwehrhaltung bei einer Bejahung dieser Aussage zum Ausdruck. Fast ein Drittel (32 Prozent) der OberösterreicherInnen will den Kontakt mit DrogenkonsumentInnen am liebsten vermeiden.

Frage 44: „Auf diesen Karten sehen Sie verschiedene Aussagen zum Thema Drogen; wie sehr stimmen Sie persönlich diesen Aussagen zu? Verteilen Sie die Karten bitte dementsprechend auf dem Bildblatt!“

Die Aussage „Drogensucht ist eine Krankheit“ erhält mit 84 Prozent die höchste Zustimmung. Eine Bejahung dieser Aussage deutet auf einen eher liberaleren Umgang mit dem Thema Drogen hin, da diese Aussage dem repressiven Strafgedanken entgegensteht. „Haschisch soll bei uns bis zu einer gewissen Menge straffrei konsumiert werden dürfen“: Diese Aussage drückt eine liberalere Haltung gegenüber dem Konsum von Cannabis aus, als er zur Zeit gesetzlich geregelt ist. Eine Verneinung wird also einer repressiveren Tendenz zugerechnet.

5 Von illegalen Substanzen

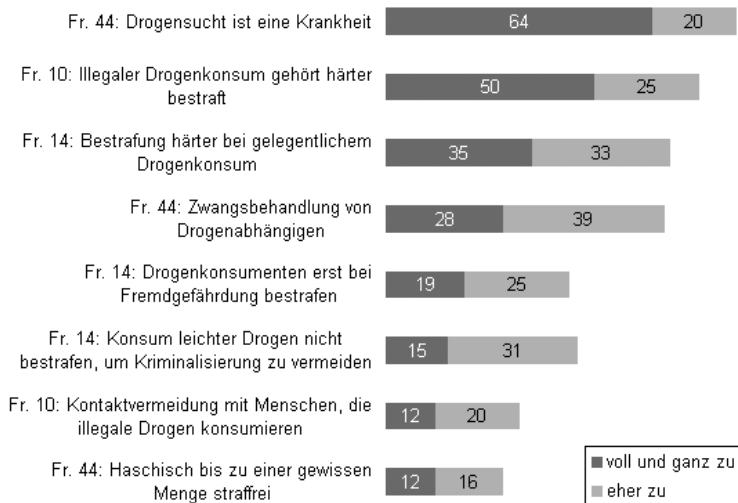


Abb. 5.3: Einstellungen der oberösterreichischen Bevölkerung zu illegalen Drogen, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

28 Prozent der Befragten können sich dieser Aussage anschließen. 68 Prozent sprechen sich dagegen aus.

Mit der Aussage „Zwangsbehandlung soll auch gegen den Willen eines Süchtigen durchgeführt werden“ hat man eine ganz offene Formulierung einer autoritären Haltung, die die individuellen Rechte des Einzelnen entschieden in Frage stellt. Wenngleich auch die individuellen Freiheitsrechte ihre Grenzen haben müssen, ist die hohe Zustimmung auffällig. Zwei Drittel (67 Prozent) der Befragten stimmen dieser Aussage zu, 29 Prozent lehnen eine Zwangsbehandlung ab.

Frage 14: „Was soll Ihrer Meinung nach der Gesetzgeber, also der Staat, das Land und die Gemeinde, machen, um das Suchtproblem zu verringern? Verteilen Sie bitte wieder die Karten!“

„Konsumenten von illegalen Drogen erst dann strafrechtlich verfolgen, wenn sie andere Personen gefährden (z.B. im Straßenverkehr)“ - dahinter verbirgt sich eine Liberalisierung gegenüber bestehender Rechtslage. 44 Prozent der Befragten können dieser Aussage zustimmen.

Die Aussage „den Gebrauch von leichten Drogen wie Haschisch nicht zu bestrafen, um junge Menschen nicht zu Kriminellen zu machen“ zielt ebenfalls

auf eine liberale Haltung, jedoch auf leichte Drogen eingeschränkt, und mit dem Versuch Zustimmung mit dem Kriminalisierungsargument zu gewinnen. 46 Prozent der Befragten können sich dieser Aussage anschließen.

„Die Bestrafung sollte schon bei gelegentlichem Drogenkonsum härter sein“ ist auf der Skala zwischen tolerant-liberal und autoritär-repressiv wieder unter den repressiven Aussagen einzuordnen. 68 Prozent der Befragten stimmen dieser Aussage zu.

Die eben dargestellten acht Einstellungsaussagen wurden auf Grund deren Bejahung und Verneinung, entweder dem repressiven Pol oder dem liberalen Pol einer drogenpolitischen Einstellung zugeordnet.

Aussage	Bejahung	Verneinung
Fr. 10: Illegaler Drogenkonsum gehört härter bestraft	R	L
Fr. 10: Mit Leuten, die schon einmal illegale Drogen genommen haben, möchte ich keinen näheren Kontakt haben	R	L
Fr. 44: Drogensucht ist eine Krankheit	L	R
Fr. 44: Haschisch soll bei uns bis zu einer gewissen Menge straffrei konsumiert werden dürfen	L	R
Fr. 44: Zwangsbehandlung soll auch gegen den Willen eines Süchtigen durchgeführt werden	R	L
Fr. 14: Konsumenten von illegalen Drogen erst dann strafrechtlich verfolgen, wenn sie andere Personen gefährden (z.B. im Straßenverkehr)	L	R
Fr. 14: Den Gebrauch von leichten Drogen wie Haschisch nicht zu bestrafen, um junge Menschen nicht zu Kriminellen zu machen	L	R
Fr. 14: Die Bestrafung sollte schon bei gelegentlichem Drogenkonsum härter sein	R	L

Tab. 5.5: Drogenpolitische Zuordnung von Einstellungsaussagen, R=repressiv, L=liberal

Nach der Anzahl der repressiven Antworten wurden drei Kategorien gebildet:

- „liberal“ - wenn die Befragten weniger als drei der acht Fragen in repressivem Sinn beantworteten,
- „mitte“ - wenn drei bis fünf Fragen repressiv beantwortet wurden; da bei vier der acht Aussagen eine Verneinung nicht unbedingt repressive Züge aufweisen muss, sondern ebenfalls ein Beibehaltung des Status quo bedeuten kann, wird diese Kategorie um den Wert 4 gebildet.
- „repressiv“ - wenn mindestens sechs der Fragen repressiv beantwortet wurden.

5 Von illegalen Substanzen

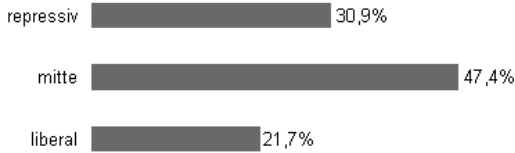


Abb. 5.4: Drogenpolitische Einstellungsmuster der oberösterreichischen Bevölkerung, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

Nach der getroffenen Kategorisierung lassen sich 31 Prozent der Befragten eher dem repressiven Einstellungsmuster zuordnen und 22 Prozent dem liberalen. Der Restkategorie „mitte“ sind 47 Prozent der Befragten zuzuordnen.

Alter	liberal	mitte	repressiv
15-19	27,10%	51,80%	21,20%
20-29	29,20%	44,40%	26,10%
30-39	20,40%	49,60%	30,00%
40-49	21,20%	43,90%	34,90%
50-59	19,70%	47,40%	32,80%
60-69	9,60%	53,00%	37,30%
70 +	7,30%	46,30%	46,30%
Gesamt	21,70%	47,40%	30,90%

Tab. 5.6: Drogenpolitische Einstellungsmuster in Oberösterreich 2003 nach Alter, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

Mit zunehmendem Alter der Befragten tendieren die drogenpolitischen Einstellungen in die Richtung der repressiven Maßnahmen. Sind bis zum 30. Lebensjahr die „liberalen“ Einstellungsmuster stärker als die „repressiven“ vertreten, so kehrt sich dies ab diesem Alter um.

Wissensstand	liberal	mitte	repressiv
kaum informiert	8,80%	48,90%	42,20%
etwas informiert	20,00%	52,80%	27,10%
gut informiert	66,90%	27,60%	5,50%
Gesamt	21,70%	47,40%	30,90%

Tab. 5.7: Wissensstand und Einstellungsmuster zu illegalen Drogen in Oberösterreich 2003, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

Das „Faktenwissen“ und die drogenpolitischen Einstellungen korrelieren stark ($r=0,41$). Je besser der Wissensstand der Befragten, desto liberaler ihre Einstellungen, und um so weniger die Befragten über illegale Substanzen Bescheid wissen, desto repressiver ist ihr Einstellungsmuster.

Doch das heißt nicht, dass Aufklärung und Förderung des Wissens allein unbedingt die angebrachten Mittel sind, um prohibitive Tendenzen in unserer Gesellschaft zu mindern. Wie oben gezeigt, hängt das Wissen stark mit der eigenen Nähe zu psychoaktiven Substanzen zusammen, und auch die Einstellungsmuster orientieren sich nach dieser Nähe. Es handelt sich also um die biographische Distanz zum Drogenkonsum, die sowohl mit dem Wissen als auch mit den drogenpolitischen Einstellungen stark korreliert. Dies erklärt, wie schon beim Wissensstand gezeigt, auch den Zusammenhang von Alter und Einstellungsmustern.

Prävalenz bei ill. Drogen	liberal	mitte	repressiv
mindestens einmal	44,70%	40,90%	14,50%
noch nie od. k.A.	14,70%	49,40%	35,90%
Gesamt	21,70%	47,40%	30,90%

Tab. 5.8: Einstellungsmuster und Lebenszeitprävalenz bei illegalen Drogen in Oberösterreich 2003, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

Howard S. Becker charakterisiert dieses Auseinanderfallen der Lebensbereiche und der Einstellungen von KonsumentInnen und Nicht-KonsumentInnen bereits in den 1960er Jahren sehr anschaulich. Einerseits führt das Netz von sozialen Kontrollen, seien sie formeller oder informeller Natur, zu einem Auseinanderdriften der Lebenswelten von KonsumentInnen und Nicht-KonsumentInnen. Man denke an die Entdeckungsgefahr, die es notwendig macht, den Konsum bzw. die Zustände der Intoxikation vor den Blicken der Nicht-KonsumentInnen zu verheimlichen. Ebenso setzt die Beschaffung von illegalen Substanzen ein Freundschaftsnetz voraus, das die „moralischen“ und die rechtlichen Verbotschilder in Bezug auf den Gebrauch von Drogen nicht anerkennt. Andererseits entwickeln sich die Motive zum Gebrauch erst mit der Erfahrung des Konsums. „Nicht abweichende Motive führen zu abweichendem Verhalten, sondern genau umgekehrt: das abweichende Verhalten erzeugt mit der Zeit die abweichende Motivation. Undeutliche Impulse und Wünsche - in den meisten Fällen wahrscheinlich Neugier auf die vom Rauschmittel hervorgerufene Art der Erfahrung - werden mittels sozialer Interpretation einer in sich mehrdeutigen körperlichen Erfahrung in endgültige Verhaltensmuster umgewandelt. Marihuana-Gebrauch ist eine Funktion der jeweils individuellen Vorstellung von Marihuana und der möglichen Verwendungsweisen des Marihuanas. Die Vorstellung von Marihuana durchläuft mit zunehmender Rauschgift-Erfahrung des Individuums eine Entwicklung.“ (Becker, 1981, 36f)

Entscheidend ist die Modifikation der Vorstellung (Motivation, Wissen, Einstellungen) von psychoaktiven Substanzen durch die individuelle Nähe bzw. durch die persönliche Erfahrung in einem Lernprozess. Wirkungen des Ge-

brauchs können schließlich begrifflich differenziert gefasst werden und die Konsumerfahrung modifizieren. Wie die Weinkennerschaft jahrelanges tätiges und weingebrauchendes Studium erfordert, so spiegelt sich auch im Gebrauch von illegalen Drogen dieser Lernprozess. „Niemand wird Drogenbenutzer, ohne 1. zu lernen, die Drogen in einer Weise zu rauchen, die tatsächliche Wirkungen hervorruft, ohne 2. zu lernen, die Effekte zu erkennen und mit dem Drogengebrauch in Verbindung zu bringen (in anderen Worten zu lernen, 'high' zu werden), und ohne 3. zu lernen, die wahrgenommenen Empfindungen zu genießen. Im Verlauf dieses Prozesses entwickelt der Mensch eine Disposition oder Motivation für den Marihuana-Gebrauch, die nicht vorhanden war und nicht vorhanden sein konnte, als er mit dem Drogengebrauch begann, denn diese Motivation umschließt und hängt ab von Vorstellungen über das Rauschmittel, die nur aus einer oben beschriebenen Art tatsächlicher Erfahrung erwachsen können. Nach Durchlaufen dieses Prozesses ist das Individuum bereit und fähig, Marihuana zum Vergnügen zu benutzen.“ (Becker, 1981, 51)

Dieser theoretische Standpunkt wurde bereits von George Herbert Mead (1934) formuliert und er relativiert manche präventiven Ansätze zu einer Manipulation des Gebrauchs über die Einwirkung auf das Gesundheitsbewusstsein der ProbandInnen und deren Wirkungserwartungen an die Substanz. **Es ist nach diesem Ansatz klar, dass DrogengebraucherInnen andere Wirkungserwartungen an psychoaktive Substanzen haben als Nicht-KonsumentInnen, doch sind diese Erwartungen und Motive nicht die Ursache des Gebrauchs, sondern eine Folge der Erfahrung des Gebrauchs und der Verwendung von bestimmten Substanzen.** Die immer wieder nachgewiesenen Zusammenhänge zwischen Drogengebrauch und Erwartungen dürfen daher nicht richtungsbestimmt von den Erwartungen zum Gebrauch interpretiert werden.

5.2 Der Gebrauch illegaler Substanzen

In der Fachliteratur hat sich eingebürgert, den Drogengebrauch mit den zeitlich differenzierten Periodenprävalenzen Lebenszeitprävalenz, 12 Monate Prävalenz oder 30 Tage Prävalenz zu beschreiben.

Unter Prävalenz oder auch Grundanteil versteht man in der medizinischen Statistik und der Epidemiologie den Anteil von Personen in einer bestimmten Bevölkerung (Population), der ein bestimmtes Merkmal (z. B. eine Abhängigkeit) aufweist. Die Periodenprävalenz wird bestimmt durch einen Zeitraum wie „in den letzten 30 Tagen“, „im geschlechtsreifen Alter“ oder „im Senium“, im letzten Jahr (*Jahresprävalenz*) oder während des gesamten bisherigen Lebens

(*Lebenszeitprävalenz*, engl. *life-time prevalence*). Letztere beschreibt den Anteil der Bevölkerung, der die Krankheit jemals hatte. Gleichzeitig ist sie die Wahrscheinlichkeit, dass eine zufällig aus der Bevölkerung ausgewählte Person erkrankt/betroffen ist.

Von den Prävalenzraten des Gebrauchs von illegalen Drogen kann grundsätzlich nicht auf problematischen oder abhängigen Drogengebrauch geschlossen werden, da sie einzig und allein aussagen, ob Konsumerfahrungen in einem bestimmten Zeitraum vorliegen. Über Konsummengen und Häufigkeit des Drogenkonsums bzw. Gebrauchsmuster wird mit diesen Maßzahlen keine Aussage getroffen. In allen drei Maßzahlen verbergen sich unterschiedlichste Gebrauchsmuster von psychoaktiven Substanzen:

- lange zurückliegende abgeschlossene Konsumepisoden
- Probierkonsum
- sporadischer Konsum
- regelmäßiger, unproblematischer Konsum
- regelmäßiger, problematischer Konsum
- abhängige Gebrauchsmuster

5.2.1 Lebenszeitprävalenz

Die Lebenszeitprävalenz des Gebrauchs von illegalen psychoaktiven Substanzen ist die Maßzahl, welche beschreibt, ob Personen in einer bestimmten Bevölkerung bis zum Zeitpunkt der Erhebung mindestens einmal oder öfter illegale Drogen konsumiert haben. Von den Gebrauchsmustern her betrachtet, setzt sich die Lebenszeitprävalenz vorwiegend aus Probierkonsum und sporadischem Konsum bzw. lange zurückliegenden Konsumepisoden zusammen. Da die Lebenszeitprävalenz unterschiedlichste Gebrauchsmuster repräsentiert, versammelt sie nicht miteinander vergleichbare Motive, Erwartungen, biographische und soziale Konstellationen unter einem Begriff.

Es kann von der Lebenszeitprävalenz keinesfalls auf problematischen Drogenkonsum geschlossen werden. Uhl (1997) meint, dass „die Erfassung der Lebenszeitprävalenz des Drogenkonsums als Indikator für Drogenprobleme gänzlich ungeeignet ist. In der Literatur zeichnet sich seit langem ganz deutlich ab, dass viele Personen mit sozialen, psychischen, psychiatrischen und/oder physischen Problemen entweder Drogen meiden oder umgekehrt diese missbrauchen. [...]

„Absolute Drogenabstinenz“ in einem Alter, wo die meisten Gleichaltrigen bereits über einschlägige Erfahrungen verfügen, ist ohne Frage ein Indikator dafür, dass soziale, psychische, psychiatrische und/oder physische Probleme vorliegen könnten, aber es wäre verrückt den Indikator zu manipulieren, indem man den betreffenden Personen vorschlägt Alkohol zu trinken und/oder mit illegalen Drogen zu experimentieren.“ (vgl. Uhl, 1997)

Internationale Studienergebnisse im mitteleuropäischen Raum zeigen, dass die Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen nach einer stagnierenden Phase in den 1980er-Jahren in den letzten fünfzehn Jahren wieder deutlich und kontinuierlich zugenommen hat. Dies ist vor allem auf den Konsum von Cannabis zurückzuführen. Die stärksten Veränderungen sind dabei in der Altersgruppe der 15- bis 20-jährigen Jugendlichen zu beobachten. Hier hat sich die Lebenszeitprävalenz seit 1990 nach unterschiedlichen repräsentativen Studien teilweise verdreifacht. Auch in Oberösterreich ist ein vergleichbarer Trend anzunehmen. Zwar liegen keine Zahlen für die frühen 1990er-Jahre vor, dennoch zeigt das hohe gegenwärtige Niveau der Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen, dass Oberösterreich keine Ausnahme zu anderen mitteleuropäischen Regionen darstellt. Im Vergleich zur Bevölkerungsbefragung aus dem Jahr 2000 sind die Prävalenzzahlen auf hohem Niveau noch leicht angestiegen. Die Steigerung der Lebenszeitprävalenz in einer Gesellschaft bedeutet allerdings nicht zwangsläufig, dass aktuell mehr konsumiert wird als früher. Durch das Nachfolgen von jungen Generationen, die alle eine „Gesamtlebenszeitprävalenz“⁵ von etwa 40 Prozent aufweisen und das Sterben früherer Generationen, die kaum Gebrauch von illegalen Substanzen machten, erhöht sich die Lebenszeitprävalenz in einer Bevölkerung automatisch auf Grund demographischer Entwicklungen.

Mit folgender Fragestellung wurde die Prävalenz des Drogengebrauchs erhoben: „Auf diesen Karten sehen Sie nun verschiedene illegale Drogen; haben Sie vielleicht zu der einen oder anderen Droge schon einmal Kontakt gehabt? Verteilen Sie die Karten bitte wieder auf dem Bildblatt.“

Als Antwortkategorien standen

- habe ich in der letzten Woche konsumiert,

⁵ Das Konzept der „Gesamtlebenszeitprävalenz“ stammt von Alfred Uhl und drückt die Wahrscheinlichkeit aus, wie verbreitet der Gebrauch in einer bestimmten Altersgruppe im Laufe ihres Lebens sein wird. Das heißt, dass heute 14-Jährige zwar noch eine geringe Lebenszeitprävalenz aufweisen, dass Ihre Gesamtlebenszeitprävalenz jedoch bei mindestens 40 Prozent liegen wird, also dass mind. 40 Prozent der heute 14-Jährigen im Laufe ihres Lebens illegale Substanzen konsumieren werden. (vgl. Uhl, 2003b, 2f), (vgl. Uhl et al., 2001, 95f)

- habe ich im letzten Monat konsumiert,
- habe ich im letzten Jahr konsumiert,
- habe ich schon einmal probiert,
- nichts davon

zur Verfügung.

Eine Auswertung über die Altersgruppe der 15- bis 59-Jährigen⁶ ergibt folgendes Bild: Mehr als ein Viertel (25,3 Prozent) der 15- bis 59-Jährigen in Oberösterreich hat in seinem bisherigen Leben mindestens einmal illegale Drogen probiert. Fast alle Befragten mit Drogenerfahrung haben ihre Konsumerfahrung mit Cannabis gemacht: 23,7 Prozent haben schon einmal Cannabis probiert oder mehr oder weniger häufig genommen. Damit ergibt sich eine leichte Steigerung gegenüber der Befragung aus dem Jahr 2000, bei der noch 21 Prozent der Befragten angaben, mindestens schon einmal Cannabis konsumiert zu haben. Die weiteren Substanzen, die die Befragten bereits einmal konsumiert zu haben angeben, sind Schnüffelstoffe mit 5,8 Prozent, Ecstasy mit 3,9 Prozent, biogene Drogen mit 3,9 Prozent, illegale Aufputzmittel mit 3,6 Prozent, Kokain mit 3,7 Prozent sowie LSD mit 3,3 Prozent. (siehe Abbildung 5.5)

Über den Gebrauch von illegalen Substanzen, bei denen es sich um Opia- te (Morphium, Heroin) handelt, lässt sich in der Altersgruppe der 15- bis 59- Jährigen auf Grund dieser Fragestellung keine zuverlässige Aussage treffen, da diese Werte in einem Bereich liegen, den beinahe die fiktive Kontrollsubstanz „Uhlcodin“ (1,5 Prozent) erreicht.

Das Geschlechterverhältnis bei der Lebenszeitprävalenz des Konsums ille- galer Drogen liegt bei etwa 1,5:1 (männlich:weiblich), also auf zwei weibliche Konsumentinnen kommen drei männliche Konsumenten. Dieses Verhältnis gilt ebenso bei Cannabiserfahrung. Bei anderen Substanzgruppen wie Ecstasy, biogenen Drogen, Schnüffelstoffen, LSD, illegalen Aufputzmitteln ist die Ge- schlechterdifferenz ausgeprägter und das Verhältnis liegt bei 2:1 bis 3:1.

In der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen zeigt sich generell ein höheres Niveau des Gebrauchs von illegalen Substanzen.

37,7 Prozent der Jugendlichen im Alter von 15 bis 24 Jahren gaben an, be- reits einmal in ihrem Leben irgendwelche illegalen Substanzen konsumiert zu

⁶ Da internationale Studien in der Regel eine Altersbegrenzung nach oben haben, wurde hier zur besseren Vergleichbarkeit die Gruppe der 15- bis 59-Jährigen analysiert. Die Daten der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht beziehen sich meist auf die Gruppe der 15- bis 64-Jährigen. Aufgrund eines 10-Jahres Intervalls in der Bevölkerungsbe- fragung OÖ ist diese Altersgruppe nicht ermittelbar.

5 Von illegalen Substanzen

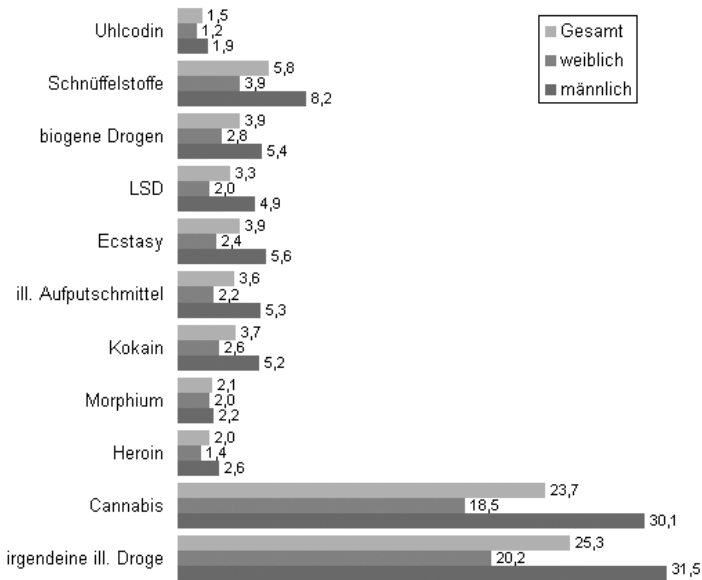


Abb. 5.5: Lebenszeitprävalenz 15- bis 59-Jähriger nach Substanzen, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, N=894

haben. Auch in dieser Altersgruppe ist der Konsum von Cannabis am ausgeprägtesten. Die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums und auch die Steigerung gegenüber dem Jahr 2000 liegen über dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung. Ein Drittel der Jugendlichen (34,3 Prozent) gaben an mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis probiert zu haben. Im Jahr 2000 waren dies noch 28 Prozent. In der Gruppe der 20- bis 24-Jährigen liegt die Lebenszeitprävalenz des Gebrauchs von Cannabis sogar bei 37,7 Prozent.

Hohe Konsumerfahrungen liegen bei den Jugendlichen auch bei Schnüffelstoffen (12,5 Prozent), biogenen Drogen (10 Prozent), illegalen Aufputzmitteln (8,9 Prozent) und Ecstasy (8,3 Prozent) vor. Es folgen Kokain (6,2 Prozent), LSD (5,7 Prozent) und Heroin (4,7 Prozent).

Das Geschlechterverhältnis ist bei den Jugendlichen ausgeglichener als in der größeren Bevölkerungsgruppe der 15- bis 59-Jährigen. Jugendliche und junge Frauen haben sowohl bei Cannabis als auch bei den unterschiedlichen anderen Substanzen nur geringfügig unter den Männern liegende Lebenszeitprävalenzraten. Beachtenswert ist die hohe Lebenszeitprävalenz der männlichen Jugendli-

5.2 Der Gebrauch illegaler Substanzen

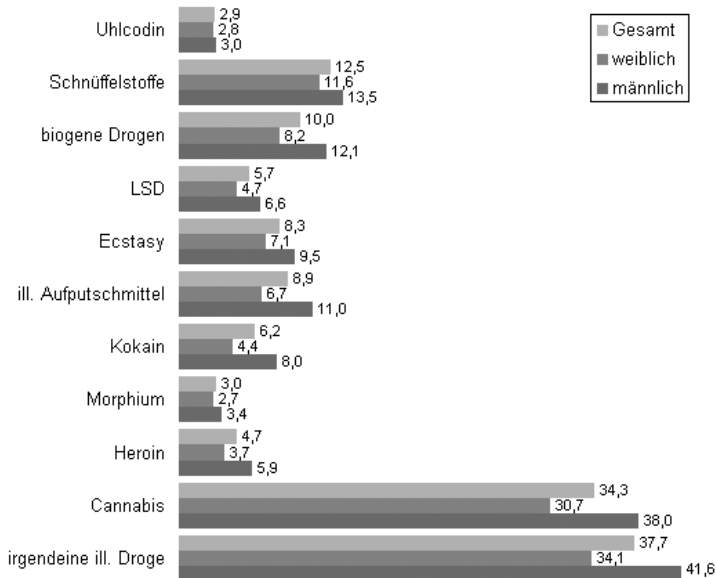


Abb. 5.6: Lebenszeitprävalenz 15- bis 24-Jähriger nach Substanzen, Quelle: Jugendbefragung OÖ 2003, N=567

chen, 41,6 Prozent der 15- bis 24-Jährigen männlichen Jugendlichen haben in ihrem Leben bereits mindestens einmal eine illegale Droge konsumiert, und 38 Prozent mindestens einmal Cannabinoide.

Bereits ein beträchtlicher Teil der 15- bis 17-Jährigen hat Erfahrungen mit illegalen Drogen. Ab dem 18. Lebensjahr haben 40 Prozent der Jugendlichen Drogenerfahrungen. Der Scheitelpunkt der Lebenszeitprävalenz liegt in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen bei 41,6 Prozent. Auch die 25- bis 29-Jährigen weisen eine ähnlich hohe Prävalenzrate auf (39,4 Prozent).

Die männlichen Befragten im Alter zwischen 20 und 29 Jahren haben durchwegs eine Lebenszeitprävalenz von über 40 Prozent, wobei jeder zweite männliche Befragte im Alter zwischen 20 und 24 Jahren angibt, irgendwann in seinem Leben eine illegale Droge konsumiert zu haben.

Ab dem 30. Lebensjahr nehmen die Erfahrungen mit illegalen Substanzen kontinuierlich ab, die 40- bis 59-Jährigen haben eine stabile Lebenszeitprävalenz von nicht ganz 15 Prozent. Wobei die männlichen Befragten im Alter zwischen 50 und 59 Jahren deutlich über dem Durchschnitt liegen. Hier geben im-

5 Von illegalen Substanzen

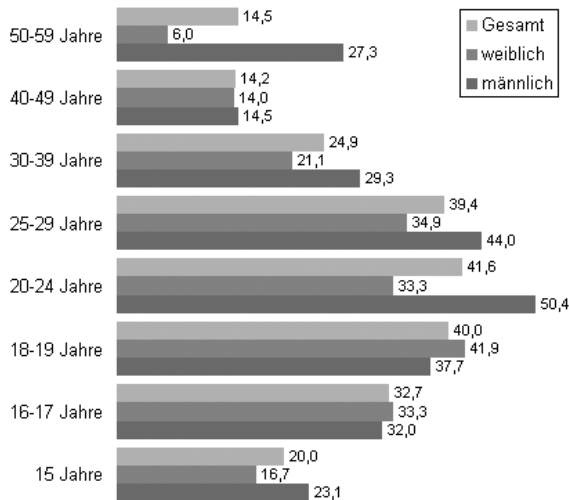


Abb. 5.7: Lebenszeitprävalenz nach Altersgruppen, Quelle: Alter 25-59, Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, N=747; Alter 15-24, Jugendbefragung OÖ 2003, N=567

merhin 27,3 Prozent der Männer an, bereits mindestens einmal illegale Drogen probiert zu haben.

Die Lebenszeitprävalenz ist nach Geschlechtern im Alter zwischen dem 15. und 19. Lebensjahr ausgeglichen. Bei den älteren Jugendlichen zwischen dem 20. und 29. Lebensjahr dominieren die männlichen Jugendlichen.

5.2.2 12 Monate Prävalenz

Die 12 Monate Prävalenz gibt gegenüber der Lebenszeitprävalenz etwas besser darüber Auskunft, ob es sich beim angegebenen Drogengebrauch um aktuellen Gebrauch handelt, da weit zurückliegende Konsumerfahrungen, die schon längst abgeschlossen sind, in die 12 Monate Prävalenz nicht mehr Eingang finden. Dennoch ist auch in dieser Maßzahl der Großteil der Gebrauchsmuster vermutlich durch Probierkonsum und sporadischen Konsum bestimmt.

In der Bevölkerungsgruppe der 15- bis 59-Jährigen gaben 8,5 Prozent an, innerhalb des letzten Jahres illegale Drogen konsumiert zu haben. Beinahe alle Konsumerfahrungen beziehen sich auf Cannabis (7,7 Prozent). Danach folgen mit sehr geringen Werten Schnüffelstoffe, illegale Aufputschmittel, biogene Dro-

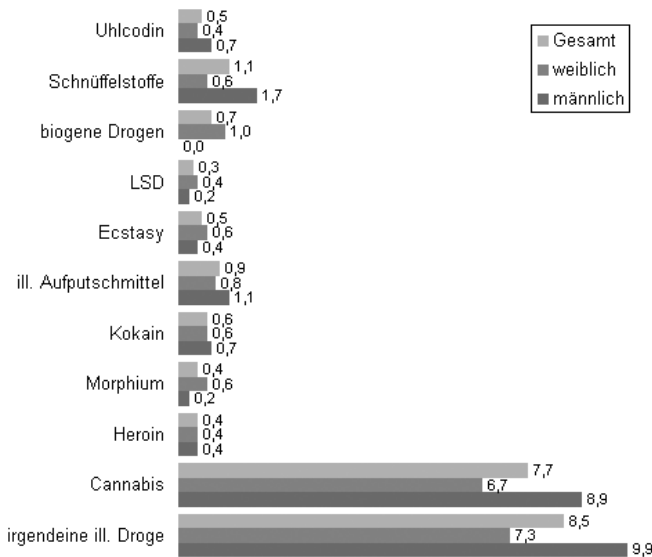


Abb. 5.8: 12 Monate Prävalenz 15- bis 59-Jähriger nach Substanzen, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, N=894

gen und Ecstasy. Doch kann über diese Verteilung des Konsums bei diesen Substanzen in dieser breiten Bevölkerungsgruppe keine seriöse Aussage getroffen werden.

Bei den Jugendlichen im Alter von 15 bis 24 Jahren kann anhand der 12 Monate Prävalenz besser gezeigt werden, wie die Verteilung des aktuellen Konsums von verschiedenen Substanzen aussieht.⁷ Schließlich werden illegale psychoaktive Substanzen vorwiegend in diesem Alter konsumiert.

18,9 Prozent der Jugendlichen haben laut ihrer Angabe innerhalb der letzten 12 Monate eine der abgefragten illegalen Substanzen zumindest einmal konsumiert. Hier entfällt der Großteil des Konsums wiederum auf Cannabis (17,5 Prozent). Illegale Aufputschmittel wurden von 4,8 Prozent der Jugendlichen eingenommen. Weitere Kontaktangaben ergeben bei biogenen Drogen 3,8 Prozent, Schnüffelstoffen 3,5 Prozent, Ecstasy 3,5 Prozent, Kokain 2,7 Prozent und LSD 2,3 Prozent.

⁷ Zur Schätzung der Reihenfolge nach der Prävalenz der verschiedenen Substanzen siehe das Kapitel „Illegale Drogen im Familien- und FreundInnenkreis“.

5 Von illegalen Substanzen

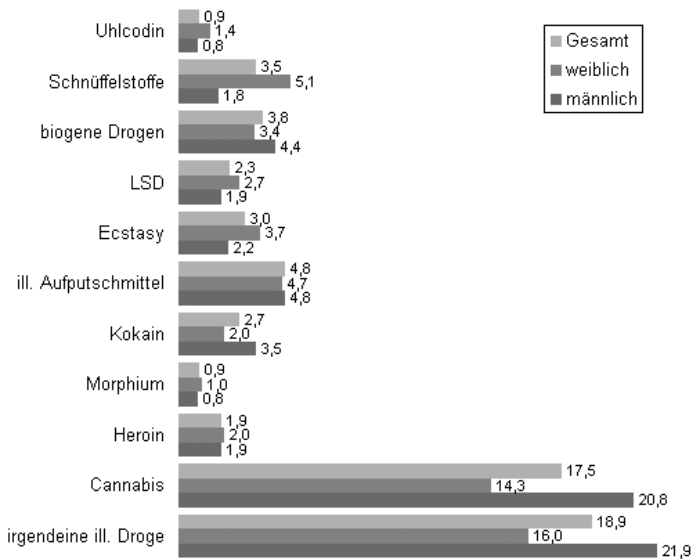


Abb. 5.9: 12 Monate Prävalenz 15- bis 24-Jähriger nach Substanzen, Quelle: Jugendbefragung OÖ 2003, N=567

Das Geschlechterverhältnis beträgt allgemein bei den illegalen Substanzen 5:4 (männlich:weiblich), wobei diese Differenz durch die Konsumangaben bei Cannabis verursacht ist. Bei anderen illegalen Substanzen wie illegalen Aufputzmitteln, biogenen Drogen und Ecstasy ist kein Geschlechterunterschied beim Konsum innerhalb der letzten 12 Monate erkennbar.

Betrachtet man die 12 Monate Prävalenz der Konsumerfahrungen nach Altersgruppen, kann man ableiten, dass der Gebrauch von illegalen Substanzen nach wie vor eine Angelegenheit der Jugendlichen und der jungen Erwachsenen ist. Es wird deutlich, dass der aktuelle Gebrauch von illegalen Substanzen bis zum 30. Lebensjahr stattfindet, danach ist ein starker Rückgang an Drogengebrauch innerhalb des letzten Jahres zu verzeichnen. Der Scheitelpunkt der 12 Monate Prävalenz liegt wie bei der Lebenszeitprävalenz in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen. 19 Prozent dieser Altersgruppe gaben an, in den letzten 12 Monaten irgendeine illegale Substanz konsumiert zu haben.

Bei der Geschlechterverteilung der 12 Monate Prävalenz fällt auf, dass die männlichen Jugendlichen in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen stark über-

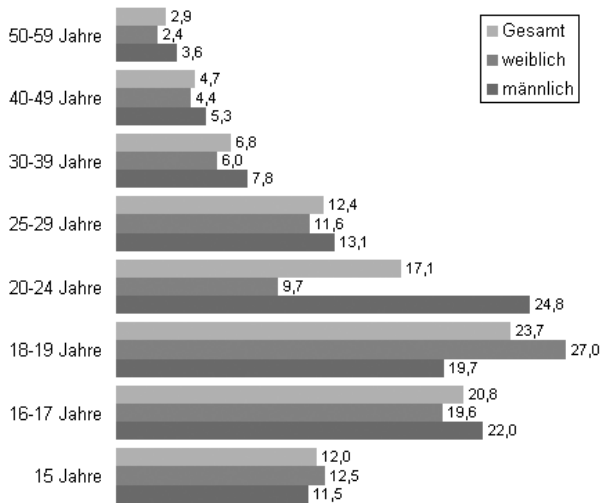


Abb. 5.10: 12 Monate Prävalenz nach Altersgruppen, Quelle: Alter 25-59, Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, N=747; Alter 15-24, Jugendbefragung OÖ 2003, N=567

wiegen, während in den jüngeren Altersgruppen der 18- bis 19-Jährigen die weiblichen Jugendlichen höhere Konsumraten im letzten Jahr angeben.

Eisenbach-Stangl (2003b) bemerkt zu diesem Phänomen, „dass unter den Jüngsten der Drogenerfahrenden die Mädchen traditionell überwiegen [...]: Dies ist wohl am plausibelsten auf die nach wie vor gegebene Wirksamkeit traditioneller Geschlechterverhältnisse zurückzuführen; Mädchen haben oft ältere Freunde und passen sich deren (Drogen-Konsum-)Verhalten an, was im übrigen nicht nur die Erfahrungen von jungen Mädchen mit illegalen Drogen, sondern, wie bereits angemerkt, auch den Kontakt mit Tabakwaren zu fördern scheint.“ (Eisenbach-Stangl, 2003b, 259)

Dementsprechend kompensieren die männlichen Jugendlichen in einem etwas höheren Alter die Konsumerfahrungen der Mädchen. Ab dem 25. Lebensjahr gibt es praktisch keine geschlechtsspezifischen Unterschiede des Gebrauchs von illegalen psychoaktiven Substanzen im letzten Jahr zu beobachten.

5.2.3 30 Tage Prävalenz

Wie die 12 Monate Prävalenz gibt auch die 30 Tage Prävalenz Auskunft über aktuellen Konsum von illegalen Drogen. Der Vergleich beider Maßzahlen kann dabei helfen auf die Häufigkeit des Drogengebrauchs und die Drogennähe bestimmter Bevölkerungsgruppen zu schließen. Diese Maßzahl beinhaltet nach den Gebrauchsmustern differenziert anteilmäßig auch den höchsten Anteil an regelmäßigen und problematischen bzw. abhängigen Konsummustern.

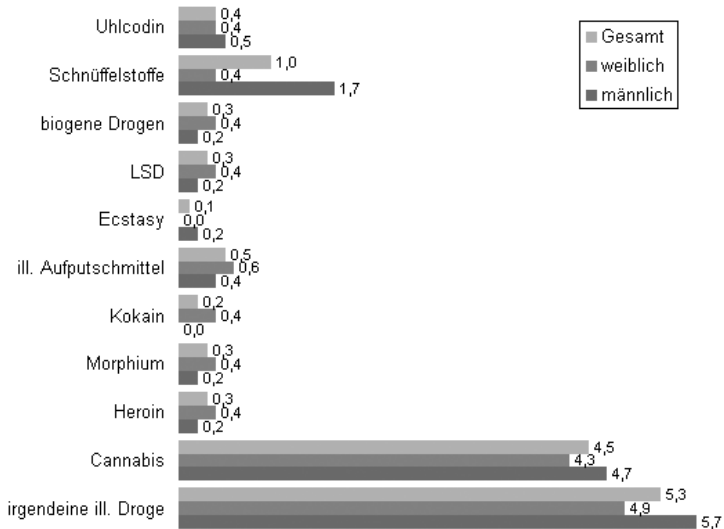


Abb. 5.11: 30 Tage Prävalenz 15- bis 59-Jähriger nach Substanzen), Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, N=894

Innerhalb des letzten Monats konsumierten laut Eigenangabe 5,3 Prozent der 15- bis 59-Jährigen OberösterreicherInnen irgendeine illegale Substanz. Auch hier ist Cannabis die bestimmende Substanz, 4,5 Prozent haben in den letzten 30 Tagen Cannabis geraucht oder in anderer Form zu sich genommen. Zu allen anderen Substanzen ist auf der Ebene der 30 Tage Prävalenz kein aussagekräftiges Ergebnis zu identifizieren, die nicht existente Kontrollsubstanz „Uhlcodin“ liegt praktisch gleichauf mit den übrigen illegalen Substanzen.

Das Geschlechterverhältnis ist ausgeglichen, es sind keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen zu beobachten. Da es sich bei der 30 Tage Prävalenz um den aktuellsten Konsum von illegalen Drogen handelt, zeigt

dies, dass die Angleichung der Konsummuster der beiden Geschlechter vollständig vonstatten gegangen ist. Berücksichtigt man die altersspezifische Auswertung, zeigt sich klar, dass es sich bei aktuellem, häufigerem Drogengebrauch um ein jugendspezifisches Phänomen handelt, in das beide Geschlechter gleichermaßen involviert sind.

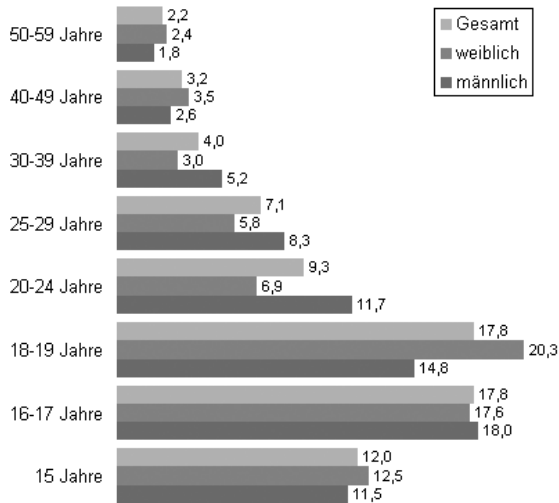


Abb. 5.12: 30 Tage Prävalenz nach Altersgruppen, Quelle: Alter 25-59, Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, N=747; Alter 15-24, Jugendbefragung OÖ 2003, N=567

Der Höhepunkt der 30 Tage Prävalenz liegt zwischen dem 16. und dem 19. Lebensjahr, 17,8 Prozent der Jugendlichen der Gruppe der 16- bis 19-Jährigen gaben an, innerhalb des letzten Monats mindestens einmal eine illegale Droge zu sich genommen zu haben. Die 20- bis 29-Jährigen liegen hier schon klar unter diesem Wert bei etwa sieben bis neun Prozent. Nach dem 30. Lebensjahr sinkt die 30 Tage Prävalenz kontinuierlich bis auf 2,2 Prozent in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen.

In der Altersgruppe der 18- bis 19-Jährigen liegt der Anteil weiblicher Jugendlicher beim Gebrauch von illegalen Drogen innerhalb des letzten Monats etwas über jenem gleichaltriger männlicher Jugendlicher. Dies kehrt sich in der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen deutlich um. Hier dominieren beim Drogengebrauch die männlichen Jugendlichen. Bei der 30 Tage Prävalenz ist also das gleiche Phänomen zu beobachten wie bei der 12 Monate Prävalenz.

5.2.4 Cannabis

Cannabis ist die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale psychoaktive Substanz. In den 1990er-Jahren haben sich in ganz Europa die Prävalenzraten erhöht. Cannabinoide haben in der Jugendkultur und auch in den Medien eine selbstverständliche Präsenz erreicht. So ist der Akt des „Kiffens“ in Filmen heute beinahe so normal wie das Rauchen von Nikotin. Es gibt keine Studie, die diesen Anstieg der Prävalenz in den letzten 15 Jahren nicht registriert. Als Beispiel sei hier die Studie zum Einstiegsalter in den Cannabisgebrauch von Kraus und Augustin (2002) angeführt. In dieser Vergleichsstudie wurde versucht für verschiedene Alterskohorten den damit verbundenen Einstieg in den Cannabisgebrauch in den Ländern Griechenland, Spanien und der Bundesrepublik Deutschland zu analysieren. In der Abbildung 5.13 sind für Westdeutschland die Änderungen der Verbreitungsmuster des Cannabiskonsums nach ausgewählten Geburtskohorten dargestellt. Das Beispiel Westdeutschland ist hier angeführt, da anzunehmen ist, dass diese Entwicklung in Österreich bzw. in Oberösterreich nicht wesentlich anders verlaufen ist, denn für Oberösterreich selbst stehen für diese historische Perspektive keine Vergleichsdaten zur Verfügung. Anhand der Analyse für Westdeutschland wird der rapide Anstieg des Gebrauchs in den 1970er-Jahren sehr anschaulich, danach eine Stagnation in den 1980er-Jahren und schließlich ein weiterer Anstieg in den 1990er-Jahren.

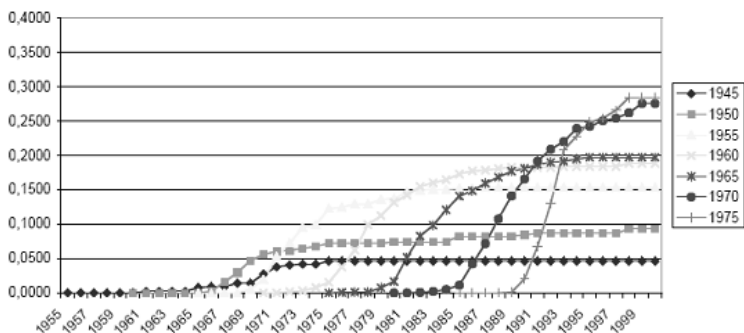


Abb. 5.13: Änderungen der Verbreitungsmuster des Cannabiserstkonsums nach ausgewählten Geburtskohorten (Einstiegsalter und Prävalenz) - am Beispiel Westdeutschland, Quelle: Kraus und Augustin (2002, 26)

Das hier angeführte Beispiel zeigt auch deutlich, dass die Lebenszeitprävalenz in der Gesamtbevölkerung in den nächsten Jahrzehnten steigen muss,

selbst wenn die nachfolgenden Generationen nicht häufiger Cannabis konsumieren werden als die jetzt 20- bis 30-Jährigen. Da die älteren Kohorten sterben und die jugendlichen Generationen eine bestimmte Wahrscheinlichkeit aufweisen, Cannabis irgendwann in ihrem Leben zu gebrauchen, ist eine Verschiebung der Lebenszeitprävalenz nach oben die zwangsläufige Folge.

Wie bei den Prävalenzraten in Oberösterreich bereits gezeigt, hat ein Drittel der Jugendlichen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren Konsumerfahrungen mit Cannabis.

Bei Cannabinoiden ist auch die 12 Monate Prävalenz am größten: In der Gesamtbevölkerung über 15 Jahre haben etwa acht Prozent im letzten Jahr zumindest einmal Cannabinoide konsumiert. In der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen liegt die Konsumerfahrung im letzten Jahr laut Eigenangabe bei 17,5 Prozent. Die Lebenszeitprävalenz steigt ab dem 15. Lebensjahr bis zum 24. Lebensjahr stetig von 18 Prozent bei den 15-Jährigen bis knapp 38 Prozent bei den 20- bis 24-Jährigen an. Allerdings liegt der Höhepunkt des jüngsten Konsums in der Altersgruppe der 18- bis 19-Jährigen, die 12 Monate Prävalenz beträgt hier 21,5 Prozent.

Als Indikator für die aktuelle Situation sind die Zahlen des Cannabisgebrauchs während der letzten 30 Tage allerdings am aussagekräftigsten. Zwölf Prozent der 15- bis 24-Jährigen geben an, innerhalb des letzten Monats Cannabis konsumiert zu haben. Die höchste Prävalenz ist hier mit knapp 17 Prozent in der sehr jungen Altersgruppe, bei den 16- bis 17-Jährigen, zu finden. Zum Vergleich, in der Altersgruppe der 15- bis 59-Jährigen liegt der aktuelle Gebrauch von Cannabis in den letzten 30 Tagen bei fünf Prozent.

Im Vergleich zu anderen europäischen Staaten liegt Oberösterreich damit im oberen Bereich. Bei der Lebenszeitprävalenz der 15- bis 64-Jährigen liegt das Spektrum zwischen fünf und zehn Prozent in Belgien, Estland, Ungarn und Portugal und 24 bis 31 Prozent in Dänemark, Spanien, Frankreich und im Vereinigten Königreich. (vgl. EBDD, 2004, 28) In Oberösterreich lag sie im Vergleich dazu bei 30 Prozent, allerdings in der Altersgruppe der 15- bis 59-Jährigen. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der 12 Monate Prävalenz in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen. Auch hier ist Oberösterreich unter den Ländern mit den höchsten Prävalenzraten zu finden. Die 12 Monate Prävalenz liegt in Europa zwischen einem Prozent in Schweden und 22 Prozent in Tschechien. (vgl. EBDD, 2004, 29) In Oberösterreich liegt sie bei 17,5 Prozent, allerdings wiederum bei einer etwas abweichenden Altersgruppierung (15- bis 24-Jährige). In der Gruppe der 15- bis 29-Jährigen liegt die 12 Monate Prävalenz in Oberösterreich bei 12,9 Prozent und bei den 15- bis 39-Jährigen bei 10,2 Prozent. Damit liegt die 12 Monate Prävalenz der vergleichbaren 15- bis 34-Jährigen in Ober-

5 Von illegalen Substanzen

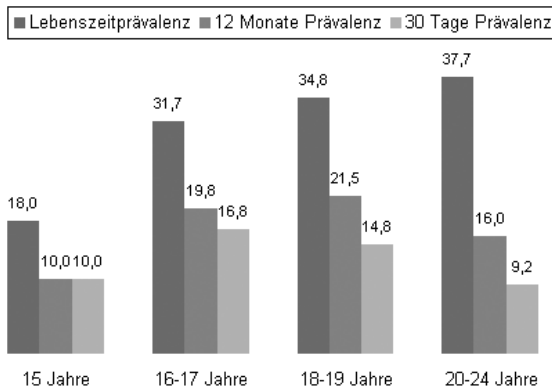


Abb. 5.14: Cannabiskonsum 15- bis 24-jähriger in OÖ, Quelle: Jugendbefragung OÖ 2003, N=567

österreich zwischen elf und zwölf Prozent und befindet sich im europäischen Durchschnitt.

Cannabis-Prävalenz	Alter 15-59 Jahre			15-24 Jahre		
	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Lebenszeit	30,1	18,5	23,7	38,0	30,7	34,3
12 Monate	8,9	6,7	7,7	20,8	14,3	17,5
30 Tage	4,7	4,3	4,5	12,8	11,2	12,0

Tab. 5.9: Prävalenzen bei Cannabis in Oberösterreich 2003, Quelle: Alter 15-59, Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, N=894; Alter 15-24, Jugendbefragung OÖ 2003, N=567

Wenn man die Geschlechterunterschiede des Gebrauchs von Cannabis betrachtet, so fällt auf, dass unter den Jugendlichen die Prävalenzunterschiede geringer sind als in der Gesamtbevölkerung. Besonders beim aktuellen Gebrauch gleichen sich die Gebrauchsangaben zwischen männlichen und weiblichen Befragten an.

Für die 15-jährigen SchülerInnen wurden 2001 zum ersten Mal im Rahmen des Projektes Health Behavior of Schooled Children (HBSC)⁸ Fragen zum Konsum von Cannabis gestellt. Für Oberösterreich ergibt die Eigenangabe auf die Frage: „Hast du jemals Cannabis (Haschisch, Marihuana) genommen? ... in deinem Leben“ folgende Verteilung. Die Lebenszeitprävalenz liegt demnach

⁸ Die HBSC Befragung findet alle 3 bis 4 Jahre europaweit statt, In Österreich werden dabei ca. 4000 SchülerInnen befragt, davon in Oberösterreich etwa 800 bis 900.

in Oberösterreich bei den 15-Jährigen bei 12,3 Prozent. Bei den 15-Jährigen stellt die Lebenszeitprävalenz gleichzeitig den jüngsten bzw. aktuellen Konsum dar, da der Cannabiserstkonsum ebenfalls in diesem Alter liegt. In Österreich liegt die Lebenszeitprävalenz der 15-Jährigen Schüler bei 14,7 Prozent und der gleichaltrigen Schülerinnen bei 12,7 Prozent. Im internationalen Vergleich sind die Prävalenzraten nach der HBSC-Untersuchung im unteren Drittel angesiedelt. Der Durchschnitt aller untersuchten Länder liegt bei den Schülern bei 25,8 Prozent und bei den Schülerinnen bei 18,9 Prozent. In den Ländern mit den höchsten Lebenszeitprävalenzen - USA, Schottland, England, Kanada, Schweiz, Grönland - liegt der Wert bei den männlichen Schülern zwischen 40 und 50 Prozent. In Europa ist generell ein geographisches West-Ost Gefälle beim Cannabisgebrauch zu beobachten. Die westeuropäischen Staaten liegen meist über dem Durchschnitt, während die osteuropäischen unter dem Durchschnitt angesiedelt sind. (vgl. Currie et al., 2004, 85ff)

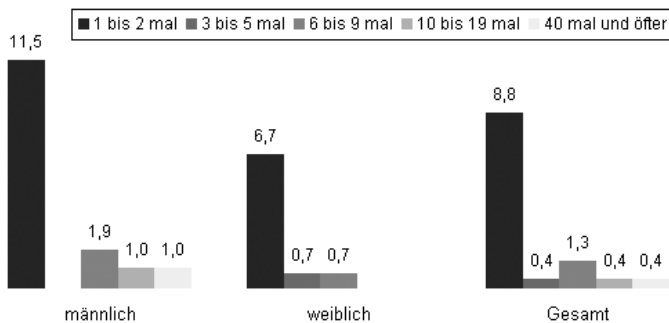


Abb. 5.15: Cannabiskonsum 15jähriger SchülerInnen in OÖ, Quelle: HBSC 2001 (eigene Auswertung), N=886

Diese unterschiedlichen Ergebnisse für Oberösterreich bzw. Österreich im Vergleich zu anderen europäischen Staaten - einerseits im oberen Drittel (Ergebnisse nach unterschiedlichen europäischen Surveys und der Bevölkerungsbefragung OÖ), andererseits unter dem Durchschnitt liegend (nach dem HBSC-Survey) - zeigt deutlich, dass das Fragebogendesign und der Kontext der Befragung gravierende Einflussfaktoren darstellen, die beim Vergleich unterschiedlicher Befragungen schwer zu interpretieren sind. Beim HBSC-Survey ist auf jeden Fall zu berücksichtigen, dass sich der Durchschnittswert durch die Hinzunahme der USA und von Kanada gegenüber dem europäischen Durchschnitt erhöht.

5.2.5 Ecstasy

Der Ecstasy-Konsum ist in Europa in den 1990er-Jahren allgemein gestiegen. In den letzten drei bis vier Jahren scheint sich die Ausbreitung von Ecstasy in der Allgemeinbevölkerung allerdings stabilisiert zu haben. In Oberösterreich liegt die Konsumerfahrung betreffend Ecstasy in der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen bei 8,3 Prozent. Drei Prozent der Jugendlichen im Alter von 15 bis 24 Jahren haben zumindest einmal im letzten Jahr laut Eigenangabe Ecstasy konsumiert, 1,1 Prozent im letzten Monat.

Nach unterschiedlichen nationalen Erhebungen in den europäischen Staaten schwankt die Lebenszeitprävalenz unter jungen Erwachsenen (15- bis 34-Jährige) zwischen zwei und elf Prozent. Die 12 Monate Prävalenz bewegt sich in dieser Altersgruppe zwischen 0,5 in den südeuropäischen Ländern und sechs Prozent in der Tschechischen Republik. (vgl. EBDD, 2004, 34f) Oberösterreich liegt beim jüngsten Konsum von Ecstasy eher unter dem Durchschnitt. 1,3 Prozent der 15- bis 29-Jährigen und 0,7 Prozent der 15- bis 39-Jährigen haben laut Eigenangabe in den letzten 12 Monaten Ecstasy gebraucht.

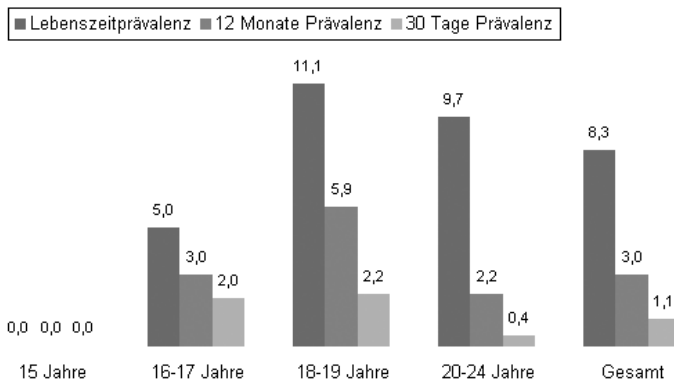


Abb. 5.16: Ecstasykonsum 15- bis 24-Jähriger in OÖ, Quelle: Jugendbefragung OÖ 2003, N=567

Die Spitze des Ecstasykonsums liegt in der Altersgruppe der 18- bis 19-Jährigen. Sechs Prozent haben zumindest einmal im letzten Jahr Ecstasy konsumiert und 11,1 Prozent haben eine mindestens einmalige Konsumerfahrung. Bei den 20- bis 24-Jährigen sind die Konsumangaben bereits wieder auf einem niedrigeren Niveau angesiedelt.

Interessant ist, dass bei den 15-Jährigen keine einzige Angabe zu Ecstasyerfahrungen gemacht wurde. Das Einstiegsalter scheint also höher zu liegen als beispielsweise bei Cannabis. Diese Schlussfolgerung ist aber mit Vorbehalten zu versehen und muss durch anderweitige Untersuchungen bestätigt werden, da die Größe des Samples bei den 15-Jährigen nicht mehr als 50 Personen umfasst. Zu vermuten ist, dass der Ecstasykonsum im Gegensatz zum Cannabisgebrauch wesentlich stärker an die Techno-Partyszene gebunden ist. Wenn auch in der Partyszene Cannabis die am häufigsten konsumierte illegale Droge darstellt, so wird sie auch im privaten Kontext in der Peer-Group konsumiert.

Untersuchungen in der Partyszene in Deutschland haben ergeben, dass zwischen einem Drittel und der Hälfte der jugendlichen Partygänger Ecstasyerfahrung haben, während demgegenüber nur vier Prozent in der Gesamtbevölkerung über Ecstasyerfahrung verfügen. (vgl. Tossmann, Boldt und Tensil, 2001, 12ff)

Ecstasy- Prävalenz	Alter 15-59 Jahre			15-24 Jahre		
	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Lebenszeit	5,6	2,4	3,9	9,5	7,1	8,3
12 Monate	0,4	0,6	0,5	2,2	3,7	3,0
30 Tage	0,2	0,0	0,1	0,4	1,7	1,1

Tab. 5.10: Prävalenzen bei Ecstasy in Oberösterreich 2003, Quelle: Alter 15-59, Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, N=894; Alter 15-24, Jugendbefragung OÖ 2003, N=567

Nach männlichen und weiblichen EcstasykonsumentInnen differenziert wird ein Phänomen sichtbar, das bereits bei den Cannabisangaben zu sehen war, das bei Ecstasy aber noch deutlicher in Erscheinung tritt und das bei allen anderen Substanzen noch stärker zu beobachten ist: Bei der 30 Tage Prävalenz und der 12 Monate Prävalenz gleichen sich die Prävalenzraten an und kehren sich sogar um, während bei der Lebenszeitprävalenz die männlichen Befragten eine höhere Erfahrungsrate aufweisen. Das ist ein Phänomen, das in der Gesamtbevölkerung noch durch historische Veränderungen der Gebrauchsmuster und Angleichung der Geschlechterrollen erklärbar ist, das aber in der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen eher auf unterschiedliches Antwortverhalten schließen lässt. Möglicherweise fühlen sich männliche Jugendliche eher dazu veranlasst, irgendwelche Konsumerfahrungen vorweisen zu müssen.

5.2.6 Illegale Aufputschmittel

Die Konsumangaben für illegale Aufputschmittel (Amphetamine und Metamphetamine) liegen in einem ganz ähnlichen Bereich wie diejenigen für Ecstasy.

5 Von illegalen Substanzen

Das Setting für den Gebrauch von Amphetaminen ist dem von Ecstasy teilweise ähnlich. Der Gebrauch von Amphetaminen ist jedoch auch in anderen Settings als der Party-Szene verbreitet.

In der Gesamtbevölkerung ist der Gebrauch von illegalen Aufputschmitteln insgesamt gering. Wie bei Ecstasy ist allerdings der Gebrauch in der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen deutlich höher. Die höchsten Konsumangaben machen die 18- bis 19-Jährigen. In dieser Altersgruppe geben fünf Prozent der Befragten an, illegale Aufputschmittel in den letzten 30 Tagen konsumiert zu haben. 12,6 Prozent sagen, dass sie diese Substanzen bereits mindestens einmal konsumiert haben.

Der Europavergleich zeigt, dass die 12 Monate Prävalenz von Amphetaminen in der Gruppe der 15- bis 34-Jährigen eine Spannweite von beinahe Null in den südeuropäischen Staaten bis zu drei Prozent im Vereinigten Königreich von England und Wales aufweist. (vgl. EBDD, 2004, 34f) In Oberösterreich ergibt sich für die jüngere Gruppe der 15- bis 24-Jährigen eine 12 Monate Prävalenz von 4,8 Prozent. Berücksichtigt man das starke Absinken der Prävalenzraten ab dem 25. Lebensjahr, befindet sich Oberösterreich mit 2,5 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen und 1,4 Prozent bei den 15- bis 39-Jährigen im europäischen Durchschnitt.

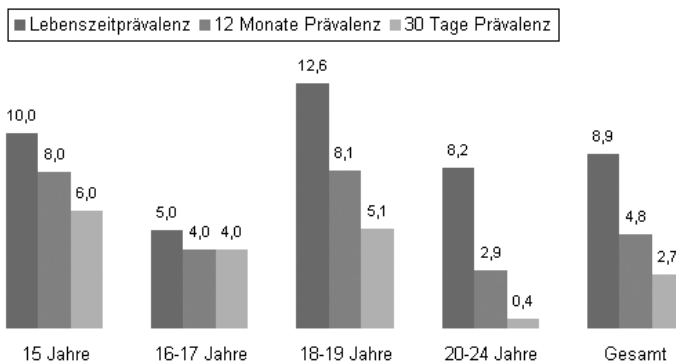


Abb. 5.17: Konsum illegaler Aufputschmittel 15- bis 24-Jähriger in OÖ, Quelle: Jugendbefragung OÖ 2003, N=567

Da viele BenutzerInnen dieser Substanzgruppe nicht genau wissen, welche Substanz sie wirklich konsumieren bzw. es schwer ist, die genaue Zusammensetzung der Substanzen zu kennen, sind gerade bei Amphetaminen die Konsumangaben von eingeschränkter Aussagekraft.

ill. Amph. Prävalenz	Alter 15-59 Jahre			15-24 Jahre		
	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Lebenszeit	5,3	2,2	3,6	11,0	6,7	8,9
12 Monate	1,1	0,8	0,9	4,8	4,7	4,8
30 Tage	0,4	0,6	0,5	2,2	3,0	2,7

Tab. 5.11: Prävalenzen bei illegalen Aufputzmitteln in Oberösterreich 2003, Quelle: Alter 15-59, Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, N=894; Alter 15-24, Jugendbefragung OÖ 2003, N=567

5.2.7 Biogene Drogen

In den letzten Jahren hat der Konsum von biogenen Drogen - in Form von Pilzen oder Zubereitung verschiedener heimischer Pflanzen - zugenommen. In der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen liegt die Konsumerfahrung laut Eigenangabe bei 10,1 Prozent. Der Gebrauch innerhalb der letzten 30 Tage ist bei einer Angabe von 1,2 Prozent nicht sehr hoch. Bei den 18- bis 19-Jährigen liegen die Erfahrungsangaben bei 14,1 Prozent, und 8,2 Prozent dieser Altersgruppe hat zumindest einmal im letzten Jahr biogene Drogen konsumiert.

bio. Drogen Prävalenz	Alter 15-59 Jahre			15-24 Jahre		
	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Lebenszeit	5,4	2,8	3,9	12,1	8,2	10,1
12 Monate	0,4	1,0	0,7	4,4	3,4	3,8
30 Tage	0,2	0,4	0,3	1,1	1,4	1,2

Tab. 5.12: Prävalenzen bei biogenen Drogen in Oberösterreich 2003, Quelle: Alter 15-59, Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, N=894; Alter 15-24, Jugendbefragung OÖ 2003, N=567

5.2.8 Kokain

„Nach jüngsten nationalen Erhebungen innerhalb der Bevölkerung [in verschiedenen europäischen Staaten] haben zwischen 0,5 und 6 Prozent der erwachsenen Bevölkerung mindestens einmal im Leben Kokain konsumiert (Lebenszeitprävalenz), wobei Spanien und das Vereinigte Königreich das obere Ende des Spektrums bilden. Jüngster Kokainkonsum (während der letzten zwölf Monate) wird im Allgemeinen von weniger als 1 Prozent der Erwachsenen angegeben, wobei sich jedoch die jüngste Prävalenz in Spanien und im Vereinigten Königreich auf über 2 Prozent beläuft.

Unter jungen Erwachsenen (15 bis 34 Jahre) schwankt die Lebenszeitprävalenz zwischen 1 und 10 Prozent. Generell sind die Prävalenzraten für den jüngsten Drogenkonsum ungefähr halb so hoch wie für den Lebenszeitkonsum,

5 Von illegalen Substanzen

wobei die Zahl in Spanien und im Vereinigten Königreich bei über 4 Prozent liegt.⁹ (EBDD, 2004, 44)

Kokain- Prävalenz	Alter 15-59 Jahre			15-24 Jahre		
	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Lebenszeit	5,2	2,6	3,7	8,0	4,4	6,2
12 Monate	0,7	0,6	0,6	3,5	2,0	2,7
30 Tage	0,0	0,4	0,2	0,7	1,7	1,3

Tab. 5.13: Prävalenzen bei Kokain in Oberösterreich 2003, Quelle: Alter 15-59, Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, N=894; Alter 15-24, Jugendbefragung OÖ 2003, N=567

Die Ergebnisse in Oberösterreich liegen im europäischen Durchschnitt. Die Lebenszeitprävalenz der 15- bis 59-Jährigen beträgt 3,7 Prozent, die 12 Monate Prävalenz und die 30 Tage Prävalenz betragen ca. 0,5 Prozent. Bei den 15- bis 24-Jährigen ergibt sich eine Lebenszeitprävalenz von 6,2 Prozent. In den letzten zwölf Monaten behaupten 2,7 Prozent der Jugendlichen, Kokain konsumiert zu haben, 1,3 Prozent innerhalb der letzten 30 Tage.

5.2.9 LSD

LSD, die „Kultdroge“ der 1970er-Jahre, hat in Zusammenhang mit der Party-Szene und Ecstasy Ende der 1990er-Jahre wieder einige Aufmerksamkeit auf sich gezogen, nachdem sie seit Mitte der 1980er-Jahren in der österreichischen Drogenszene kaum noch eine Rolle spielte. Immerhin noch 5,6 Prozent der 15- bis 24-Jährigen haben damit laut Eigenangabe Konsumerfahrung. Auch konsumierten 2,3 Prozent dieser Altersgruppe zumindest einmal im letzten Jahr LSD. Der aktuelle Gebrauch liegt mit 1,1 Prozent in einem sehr niedrigen Bereich. Wie relativ diese Werte bei diesen Fallzahlen sind, zeigen die Ergebnisse zur Phantasiedroge „Uhlcodin“. Die Lebenszeitprävalenz würde bei den Jugendlichen bei 2,8 Prozent und die 30 Tage Prävalenz bei 0,9 Prozent liegen. Diese Relativierung der Zuverlässigkeit der Konsumangaben in Bevölkerungsbefragungen muss bei allen illegalen Substanzen berücksichtigt werden.

⁹ „Einen außereuropäischen Vergleichswert bietet die National Household Survey on Drug Abuse der Vereinigten Staaten, in der 14,4 Prozent der Erwachsenen (mit 12 Jahren und älter) Lebenszeiterfahrung mit Kokain angaben. Dieser Anteil ist höher als in jedem europäischen Land. Die Höhe des jüngsten Kokainkonsums (während der letzten zwölf Monate) lag bei 2,5 Prozent, womit der entsprechende Vergleichswert in allen europäischen Ländern mit Ausnahme von Spanien (2,6 Prozent) ebenfalls überschritten wurde (72). Unter 18- bis 25-jährigen Männern in den USA lag 2002 die Lebenszeitprävalenz von Kokain bei 18,1 Prozent, die jüngste Prävalenz bei 8,4 Prozent.“ (EBDD, 2004, 45)

LSD- Prävalenz	Alter 15-59 Jahre			15-24 Jahre		
	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Lebenszeit	4,9	2,0	3,3	6,6	4,7	5,7
12 Monate	0,2	0,4	0,3	1,9	2,7	2,3
30 Tage	0,2	0,4	0,3	0,4	1,7	1,1

Tab. 5.14: Prävalenzen bei LSD in Oberösterreich 2003, Quelle: Alter 15-59 Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, N=894; Alter 15-24 Jugendbefragung OÖ 2003, N=567

In der Gesamtbevölkerung ist die 12 Monate bzw. 30 Tage Prävalenz des Konsums von LSD statistisch kaum mehr messbar. Es ergibt sich in der Altersgruppe der 15- bis 59-Jährigen ein Wert von 0,3 Prozent bei der 12 Monate und der 30 Tage Prävalenz.

5.2.10 Heroin und andere Opiate

„Bei den Prävalenzen und Schätzungen zu Heroin ist besonders auf die begrenzte Aussagekraft von Bevölkerungsumfragen hinzuweisen, wenn es um Verhaltensweisen geht, die sehr selten und zudem strafrechtlich sanktioniert sind. Entsprechend ist von einer erheblichen Untererfassung auszugehen.“ (Simon et al., 2001, 42)

Wie die nachfolgenden Ergebnisse zeigen, liegt die Zahl der Angaben zum Gebrauch von Heroin bzw. Morphinum noch niedriger als die Angaben zum LSD-Gebrauch. Die Lebenszeitprävalenz bei Heroin scheint bei den Jugendlichen im Alter von 15 bis 24 Jahren mit beinahe fünf Prozent sehr hoch zu liegen. Der aktuelle Gebrauch liegt in dieser Altersgruppe noch knapp über einem Prozent. Hier gilt wie für die Substanz LSD, dass diese Ergebnisse kaum über denjenigen der Kontrollsubstanz Uhlcodin liegen.

Prävalenz		Alter 15-59 Jahre			15-24 Jahre		
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Lebenszeit	Heroin	2,6	1,4	2,0	5,9	3,7	4,7
	Morphium	2,2	2,0	2,1	3,4	2,7	3,0
12 Monate	Heroin	0,4	0,4	0,4	1,9	2,0	1,9
	Morphium	0,2	0,6	0,4	0,8	1,0	0,9
30 Tage	Heroin	0,2	0,4	0,3	0,4	2,0	1,2
	Morphium	0,2	0,4	0,3	0,8	1,0	0,9

Tab. 5.15: Prävalenzen bei Heroin und Morphinum in Oberösterreich 2003, Quelle: Alter 15-59, Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, N=894; Alter 15-24, Jugendbefragung OÖ 2003, N=567

5.2.11 Multipler Substanzkonsum

Der Begriff multipler Substanzkonsum wird in der Regel auf den Gebrauch von mehreren illegalen Substanzen verwendet. An dieser Stelle wird der Begriff weiter gefasst und auch auf den Gebrauch von legalen Substanzen ausgedehnt.

Zwischen der Eigenangabe des Konsums irgendwelcher illegaler Substanzen und dem Konsum von Nikotin oder Alkohol bestehen starke Korrelationen. Damit muss eine allgemein höhere Bereitschaft psychoaktive Substanzen zu konsumieren angenommen werden. Dies ist nicht weiter verwunderlich und verleitet oftmals zu der Fehlmeinung, dass die Erfolge bei der Reduktion des Gebrauchs einer bestimmten Substanz auch eine Reduktion anderer Substanzen nach sich ziehen würde. „Die Drogengeschichte lehrt uns aber genau das Gegenteil: nämlich dass Drogen, die plötzlich weniger verfügbar werden, langfristig durch andere substituiert werden. Verschiebungen von Kaffee zu Tee im asiatischen Raum im 17. und 18. Jhd (vgl. Maritsch und Uhl, 1989) oder die gegenwärtige dramatische Zunahme des Stimulanzienkonsums in Australien, nachdem es zu einem plötzlichen Heroinengpass gekommen war, sind dafür recht eindrucksvolle Beispiele. Pointiert formuliert: Da Obstliebhaber gerne Äpfel und Birnen essen, kann man annehmen, dass der Apfel- und Birnenkonsum deutlich korreliert. Es wäre aber wohl widersinnig zu erwarten, dass ein hungriger Obstliebhaber, der eine Birne und einen Apfel vor sich zur Auswahl liegen hat, auch auf die Birne verzichtet, wenn man ihm den Apfel wegnimmt - im Gegenteil, die Chance, dass er zur Birne greift, steigt.“ (Uhl, 2004b)

Die individuellen Präferenzen von KonsumentInnen von psychoaktiven Substanzen beschränken sich nicht auf eine einzige Substanz, da der Gebrauch in der Regel wirkungs- und umfeldorientiert ist - und ähnliche Wirkungen kann man mit unterschiedlichen Substanzen hervorrufen. Es mag zwar besondere Vorlieben geben, doch ein Umstieg auf andere Substanzen ist jederzeit möglich. Wie bereits bei den Einstellungen beschrieben und wie die Analogie des Obstliebhabers nahelegt, sollte man sich keinen kausalen Zusammenhang zwischen dem Gebrauch von psychoaktiven Substanzen vorstellen, dass also der Gebrauch einer Droge aus dem früheren Konsum anderer Substanzen folgt, sondern annehmen, dass der Drogengebrauch als Ausdruck von generellen persönlichen Dispositionen¹⁰ (Habitus) zu betrachten ist. So korreliert der Konsum von illegalen Drogen stark mit dem Konsum von Nikotin und Alkohol. Geben 55 Prozent der OberösterreicherInnen, welche noch niemals eine illegale Sub-

¹⁰ Diese sind strikt vom psychologischen Konzept einer Suchtpersönlichkeit, das auf personale psychische Defizite abstellt, zu unterscheiden. Die Dispositionen sind als Relationen zu verstehen, soziale Relationen, die sich in der Biographie der Individuen verfestigen.

stanz konsumiert haben, an, NichtraucherInnen zu sein, so sind das bei denjenigen, die schon einmal in ihrem Leben eine illegale Substanz konsumiert haben nur 24 Prozent. Dementsprechend umgekehrt verhält es sich bei den täglichen RaucherInnen. 60 Prozent der DrogengebraucherInnen stufen sich selbst als RaucherInnen ein, während dies bei den Drogenunerfahrenen nur 31 Prozent tun.

RaucherInnenstatus	ill. Substanzen Lebenszeitprävalenz	ill. Substanzen 30 Tage Prävalenz	noch nie od. k.A.	Gesamt
NichtraucherIn	24,00%	20,80%	55,00%	47,90%
GelegenheitsraucherIn	15,90%	18,80%	13,70%	14,20%
tägliche/r RaucherIn	60,10%	60,40%	31,30%	38,00%

Tab. 5.16: RaucherInnenstatus und Konsumprävalenzen bei illegalen Drogen in Oberösterreich 2003, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

Interessant ist, dass sich die Gruppe der aktuellen DrogengebraucherInnen (30 Tage Prävalenz) hinsichtlich der Rauchgewohnheiten von den übrigen Drogenerfahrenen nur geringfügig unterscheidet. Nach Einstellung des Gebrauchs von illegalen Drogen wird der Gebrauch von legalen psychoaktiven Substanzen weitgehend beibehalten.

Ebenso deutlich wie die unterschiedlichen Rauchgewohnheiten unterscheiden sich die Trinkgewohnheiten von Drogenerfahrenen und Drogenunerfahrenen. Die angegebene Menge an konsumierten Standardgläsern¹¹ liegt bei den Drogenerfahrenen im Durchschnitt mehr als doppelt so hoch als bei den übrigen Befragten.

Konsumprävalenz ill. Drogen	Standardgläser letzte Woche - Mittelwert	N
mindestens einmal in den letzten 30 Tagen	7,7	111
noch nie od. k.A.	6,8	16
Gesamt	3,6	395
	4,5	506

Tab. 5.17: Mittelwert konsumierte Standardgläser in der letzten Woche und Konsumprävalenzen bei illegalen Drogen in Oberösterreich 2003, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

¹¹ Hierbei handelt es sich um österreichische Standardgläser. Ein Standardglas entspricht einem halben Liter Bier oder einem Viertel Liter Wein. International werden unterschiedliche Maße für Standardgläser verwendet.

5 Von illegalen Substanzen

Ein Faktor, der diese großen Unterschiede etwas relativiert, ist, dass die Auskunftsbereitschaft unter den Befragten ungleich verteilt ist: Diejenigen unter den Befragten, die bereit sind, über ihren Konsum von illegalen Substanzen Auskunft zu geben, sind eher bereit, auch über ihre Konsumgewohnheiten in Bezug auf Alkohol und Nikotin zu berichten.

Die Prävalenzraten bei illegalen Drogen beschreibt vorrangig die Erfahrung mit Cannabisprodukten. Von den Konsumerfahrenen haben 94 Prozent Erfahrung mit Cannabis, bei den aktuellen DrogengebraucherInnen (30 Tage Prävalenz) konsumierten 85 Prozent Cannabis in diesem Zeitraum. Die ideologische Entgegensetzung Cannabis versus Alkohol kann sich demnach nicht auf diese empirischen Ergebnisse stützen.

Cannabisprävalenz	Prävalenz ill. Substanzen o. Cannabis		
	Schon einmal	Noch nie od. k.A.	Gesamt
schon einmal	9,2	14,5	23,7
noch nie od. k.A.	2,3	74,0	76,3
Gesamt	11,5	88,5	100,0

Tab. 5.18: Lebenszeitprävalenzen bei illegalen Drogen in Oberösterreich 2003, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15-59, N=894

Neun Prozent der Befragten im Alter von 15 bis 59 Jahre haben sowohl mit Cannabis als auch mit anderen illegalen Substanzen Konsumerfahrung. 2,3 Prozent der Befragten geben an, ausschließlich andere Drogen als Cannabis gebraucht zu haben, d.h. 80 Prozent der Erfahrenen mit anderen illegalen Substanzen haben auch Konsumerfahrungen mit Cannabis. Umgekehrt haben 60 Prozent der Cannabis-Erfahrenen nie in ihrem Leben eine andere Substanz probiert.

Cannabisprävalenz	Prävalenz ill. Substanzen o. Cannabis		
	30 Tage	länger her o. nie	Gesamt
30 Tage	1,0	3,5	4,5
länger her o. nie	0,8	94,7	95,5
Gesamt	1,8	98,2	100,0

Tab. 5.19: Aktueller Gebrauch bei illegalen Drogen in Oberösterreich 2003, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15-59, N=894

Sieht man auf den aktuellen Gebrauch illegaler Substanzen (30 Tage Prävalenz), so gaben 72 Prozent der KonsumentInnen von Cannabis an, ausschließlich Hanfprodukte zu gebrauchen, das sind 3,5 Prozent der Gesamtbevölkerung. 28 Prozent der GebraucherInnen von Cannabis geben an, auch andere illegale

le Substanzen in den letzten 30 Tagen konsumiert zu haben (ein Prozent der Gesamtbevölkerung).

Der multiple Substanzkonsum von illegalen Drogen in Kombination mit Cannabis hält sich in Grenzen, ein großer Teil der CannabisgebraucherInnen verwendet ausschließlich Cannabisprodukte. Anhand der Bevölkerungsbefragung sind nun an dieser Stelle keine weiter gehenden Auswertungen sinnvoll, da beispielsweise der Betrachtung des Mischkonsums von Opiaten und anderen illegalen Drogen zu geringe Fallzahlen zugrunde liegen würden.

5.2.12 Probierbereitschaft zu illegalen Substanzen

Frage 46: „Und welche dieser Substanzen und Dinge würden Sie gerne einmal ausprobieren? Verteilen Sie die Karten bitte nochmals auf dem Bildblatt.“

Diese Frage zielt auf die Attraktivität der unterschiedlichen Substanzen. Die Rangfolge der Substanzen gibt Auskunft über ihre gesellschaftliche Bedeutung. Die Probierbereitschaft konstituiert sich unter anderem aus der medialen Aufmerksamkeit wie auch aus der jugendlichen subkulturellen Bewertung der einzelnen Substanzen. Oftmals wird aus der angegebenen Probierbereitschaft auch eine „Drogenaffinität“ abgeleitet, die den Gebrauch von Drogen mitbestimmt.

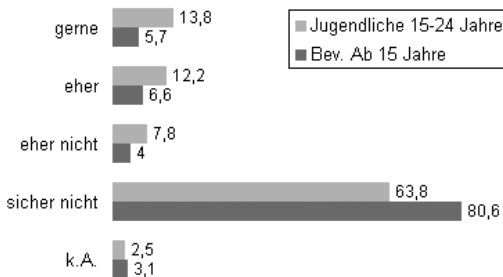


Abb. 5.18: Probierbereitschaft Cannabinoide 15- bis 24-Jährige und Bevölkerung über 15 Jahren in OÖ, Quelle: Alter 15+, Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, N=1018; Alter 15-24, Jugendbefragung OÖ 2003, N=567

Cannabinoide sind die Substanzgruppe, die von den Befragten am ehesten gerne einmal ausprobiert würde. Hanf (Haschisch, Marihuana) würden immerhin zwölf Prozent der Allgemeinbevölkerung gerne oder eher einmal ausprobieren. Bei den Jugendlichen ist die Probierbereitschaft wie bei den Konsumzahlen dementsprechend höher, sie liegt bei 26 Prozent. Ein Viertel der Jugendlichen

5 Von illegalen Substanzen

im Alter von 15 bis 24 Jahren wollen also gerne oder eher einmal Hanfprodukte konsumieren.

Cannabis- Probierbereitschaft	Bev. ab 15 Jahren		15 - 24 Jahre	
	erfahren	unerfahren	erfahren	unerfahren
gerne	20,1	1,6	25,5	4,3
eher	22,4	1,8	29,8	3,2
eher nicht	10,3	2,5	8,5	6,4
sicher nicht	42,5	93,0	34,0	85,1
k.A.	4,7	1,2	2,1	1,1

Tab. 5.20: Cannabis - Probierbereitschaft in Beziehung zur Konsumerfahrung in Oberösterreich 2003 in Prozent, Quelle: Alter 15+, Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, N=1018; Alter 15-24, Jugendbefragung OÖ 2003, N=567

Wertet man die Verteilung der Probierbereitschaft nach der Konsumerfahrung der Befragten aus, so ergibt sich eine klare Trennung zwischen cannabiserfahrenen und cannabisunerfahrenen Befragten. 93 Prozent der Befragten über 15 Jahre, die noch nie in ihrem Leben Cannabis konsumiert haben, geben an, Cannabis sicher nicht probieren zu wollen, weitere 2,5 Prozent meinen, eher nicht probieren zu wollen, während nur 3,4 Prozent der Unerfahrenen Cannabis eher oder gerne probieren würden. Bei den Jugendlichen ist die Verteilung zwischen Erfahrenen und Unerfahrenen ähnlich deutlich: 85 Prozent der cannabisunerfahrenen Jugendlichen geben an, sicher nicht probieren zu wollen, weitere 6,4 Prozent wollen eher nicht probieren. 7,5 Prozent der unerfahrenen Jugendlichen würden eher oder gerne probieren. Bei den Cannabiserfahrenen wollen im Schnitt um die 50 Prozent der Befragten (55 Prozent der Jugendlichen und 43 Prozent der Bevölkerung über 15 Jahre) Cannabis auch weiterhin gerne oder eher probieren.

Hier wird auch ein Phänomen sichtbar, das A. Uhl gerne als „Papageieffekt“¹² bezeichnet, die Tatsache nämlich, dass Personen, die keine Erfahrung mit Drogen haben, den „Schutzfaktor“ einer Drogenabwehrhaltung zu besitzen scheinen. Dass sie aber in Wirklichkeit aus Unkenntnis über die Wirkungen und den

¹² „Wenn Schüler, die noch keine Erfahrungen mit illegalen Drogen aufweisen und auch keinen Bezug zum Thema „Drogen“ haben, mit ‚Gefährlichkeitsaussagen über Drogen‘ konfrontiert werden, so werden sie die Inhalte wie andere Lerninhalte aufnehmen und bei Befragung unverändert wiedergeben. Zu glauben, dass das bloße Nachsagen von Informationen einen protektiven Effekt hat und Drogenabwehrhaltung ausdrückt, ist hochgradig naiv; so wie man auch nicht erwarten sollte, dass ein Papagei, dem man die Worte ‚Ich hasse Bananen‘ beibringt, in Zukunft keine Bananen mehr fressen wird. Die Zustimmung zur genannten Aussage ist also wenig relevant in Bezug auf zukünftiges Drogenkonsumverhalten.“ (Uhl, 2004b)

Gebrauch von psychoaktiven Substanzen mit der Ablehnung der Provierbereitschaft vorrangig ihre Unkenntnis für sich selbst bestätigen, zeigt auch die hohe Ablehnung unter den drogenunerfahrenen Jugendlichen im Alter von 15 bis 24 Jahren. Gleichzeitig stellt die Ablehnung für Drogenunerfahrene genauso eine kohärente Weltsicht her wie für Drogenerfahrene die Provierbereitschaft.

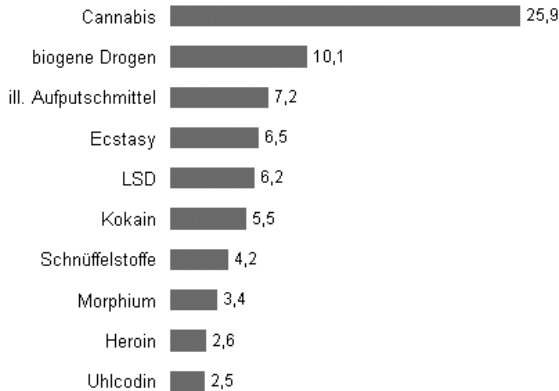


Abb. 5.19: Provierbereitschaft zu illegalen Drogen, 15-24jährige in OÖ, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, N=567

Die Drogen, die von den Jugendlichen nach den Cannabinoiden am ehesten probiert werden würden, sind die biogenen Drogen. Zehn Prozent würden diese Gruppe von illegalen Drogen gerne oder eher einmal ausprobieren.

Es folgen illegale Aufputschmittel mit 7,2 Prozent, Ecstasy mit 6,5 Prozent, LSD mit 6,2 Prozent und Kokain mit 5,5 Prozent. Heroin besitzt als solches keine hohe Attraktivität, lediglich 2,6 Prozent der Jugendlichen würden Heroin gerne oder eher einmal ausprobieren. Damit ist Heroin in einem Bereich der nicht existierenden Kontrollsubstanz „Uhlcodin“ (2,5 Prozent). Das ist wohl eine Gruppe von Personen, die alles ausprobieren würde.

5.2.13 Illegale Drogen im Familien- und FreundInnenkreis

Dem Konsum von illegalen Drogen im FreundInnenkreis kommt in der Literatur und der Forschung zum Substanzkonsum große Bedeutung zu. Die „Peer-Group“ wird oft als entscheidender Einflussfaktor für das Verhalten der einzelnen Individuen betrachtet. Die Idee vom sogenannten „Gruppendruck“ - ein vereinfachendes, pädagogisierendes Konstrukt - stellt die Bedeutung der engeren

sozialen Umwelt und deren Einfluss auf die Handlungsmöglichkeiten und Präferenzen des Einzelnen in den Mittelpunkt ihrer Aufmerksamkeit. Als „Mensch unter Einfluss“ lernt das Individuum die Gruppennormen und handelt nach ihnen. Die Lerntheorien werden von diesem Konzept beherrscht. Dass die Richtung des Zusammenhangs zwischen Individuum und Gesellschaft genauso anders herum gedacht werden kann, versteht sich von selbst. Denn ebenso selektiert der Einzelne bestimmte Gruppen seiner Wahl - im Sinne einer Wahlverwandtschaft - und sorgt mit einer antizipierenden Vorwegnahme von Werthaltungen und Handlungsmuster für eine kohärente Beziehung zu seiner Umwelt, die sein eigenes Tun mit Sinn ausstattet. So wie das Individuum seinen Sinn aus einer sozialen Gruppe bezieht, so besitzt es selbst wiederum den Sinn für bestimmte Gruppen, und das „Spiel“, das in den unterschiedlichen Lebenswelten gespielt wird.

Zwei gegensätzliche Theorien beschäftigen sich mit dem eben geschilderten Verhältnis von Individuum und Gesellschaft bzw. von Individuum und unmittelbarer sozialer Umfeldgruppe.

Zum einen die schon erwähnte Theorie des Modelllernens nach Bandura, die das Konsumverhalten und die Einstellungen zum Konsum von psychoaktiven Substanzen auf Lernprozesse in einer als kognitives und handlungsleitendes Modell verstandenen nahen Umwelt zurückführen. Das Individuum wird von seiner Umwelt beeinflusst, sowohl hinsichtlich seines Verhaltens als auch bezüglich seiner Auffassung vom eigenen Verhaltens. Abhängig ist die Stärke dieses Einflusses von der wahrgenommenen Bedeutung des sozialen Umfelds, der Stärke der Beziehungen und der Vorbildwirkung der Rollen der beteiligten Gruppenmitglieder. Ein vergleichbare Hypothese findet sich in der klassischen Studie von Howard S. Becker (1966), nach der die Aufnahme des Konsums illegaler Drogen in Gestalt eines soziokulturellen Lernprozesses vor sich geht. (vgl. Becker, 1966; vgl. Becker, 1981) Die Haupthypothese dieser Theorien wird in Zusammenhang mit dem Substanzkonsum auch gerne als Einflusshypothese bezeichnet. (vgl. Gerich und Lehner, 2004) Ähnliche Ansatzpunkte verfolgen auch die Theorien der „Differentialen Assoziation“ und der „Differential Reinforcement Theory“ nach Sutherland und Akers.

Ein zweiter Theoriestrang kehrt die Richtung dieses Zusammenhangs um, und sieht in der Wahl der Gruppe durch das Individuum die entscheidende Handlung. Das Individuum trifft eine Selektion, macht eine Wahl unter mehreren möglichen sozialen Umfeldern. So suchen sich Personen mit bestimmten Konsummustern und Einstellungen zu psychoaktiven Substanzen eher gleichgesinnte Personen und Gruppen, die dieselben Einstellungen und Verhaltenweisen teilen. Demnach sind sich „befeundete Personen ähnlicher, wobei diese Ho-

mogenität sich sowohl auf sozioökonomische und demografische Variablen als auch auf politische und religiöse Präferenzen bezieht. Selektion kann sich so auf Substanzaffinität von Personen selbst beziehen oder auch auf andere Merkmale, welche mit Substanzaffinität assoziiert sind.“ (Gerich und Lehner, 2004, 1f) „Gleich und gleich gesellt sich gern“ - soziologisch geschultes Alltagsdenken. Die Hypothese der individuellen Wahl der sozialen Bezugsgruppe wird auch als Selektionshypothese bezeichnet.

Inzwischen ist man sich in der Drogenforschung weitgehend einig, dass monokausale Erklärungen an der Realität vorbeigehen. Sowohl disziplinenübergreifende Erklärungen als auch möglichst differenzierte Betrachtungen innerhalb einer Disziplin haben sich durchgesetzt. Dass beide oben formulierten Hypothesen - Einflusshypothese und Selektionshypothese - Erklärungskraft besitzen und dass beide gleichzeitig wirksam sind, folgt aus vielen Untersuchungen und auch theoretischen Überlegungen.

Zusätzlich können mindestens noch zwei weitere Hypothesen zum Zusammenhang zwischen eigenem Konsum bzw. eigener Einstellung und den Einstellungen bzw. den Konsummustern im sozialen Umfeld formuliert werden. Zum einen die Projektionshypothese, die besagt, dass die Einschätzung der sozialen Umwelt von den eigenen Einstellungen abhängt und dass Individuen versuchen, Einstellungen und Handlungsmuster der sozialen Umwelt mit den eigenen möglichst homogen zu erleben. Zum anderen die Aufmerksamkeitshypothese, welche meint, dass das Individuum Handlungen und Einstellungen im sozialen Umfeld, die den eigenen entsprechen, eine erhöhte Aufmerksamkeit entgegenbringt.

Da die Bereitschaft, über den eigenen Konsum von illegalen psychoaktiven Substanzen zu berichten, mit Fragezeichen zu versehen ist, haben wir versucht, die Konsumerfahrungen im Familien- bzw. FreundInnenkreis zu erfragen. Dahinter stehen zwei Intentionen. Zum einen kann davon eine gewisse Drogennähe bzw. -affinität der jeweils Befragten abgeleitet werden, zum anderen erlaubt diese Frage eine anders akzentuierte Einschätzung der Verbreitung der konsumierten Substanzen, da der Rückgriff auf die Verbreitung bestimmter Substanzerfahrungen im FreundInnenkreis, die Eigenangaben korrigieren. Dass damit allerdings eine realitätsgetreuere Abbildung der tatsächlichen Verteilung möglich ist, muss skeptisch beurteilt werden. Diese Frage kann lediglich eine Ergänzung zu den Angaben des Eigenkonsums darstellen.¹³

¹³ Projektions- und Aufmerksamkeitseffekte beeinflussen die Wahrnehmung des Konsums im sozialen Umfeld. Es ist allerdings ausgleichend anzunehmen, dass die soziale Wünschbarkeit geringer als bei den Angaben zum Eigenkonsum ist. Weiters kann auf Grund der Netzwerkzusammensetzung der Befragten, beispielsweise des HIV-Anteils im Netzwerk, nicht

Frage 48: „Haben Sie Familienangehörige, die Kontakt zu einer oder mehreren dieser Drogen haben, oder nicht?“

Frage 50: „Haben Sie FreundInnen oder Bekannte, die Kontakte zu einer oder mehreren dieser Drogen haben, oder nicht?“

		Familienangehörige	FreundInnen u. Bekante
Gesamt	Erwachsene	9,02	17,05
	Jugendliche	12,10	46,16
Cannabis	Erwachsene	6,39	13,43
	Jugendliche	9,12	38,18
Ecstasy	Erwachsene	1,26	4,76
	Jugendliche	2,4	16,1
ill. Aufputschmittel	Erwachsene	0,72	3,74
	Jugendliche	1,08	11,5
biogene Drogen	Erwachsene	0,90	2,72
	Jugendliche	1,92	11,96
Kokain	Erwachsene	1,26	3,23
	Jugendliche	0,48	7,36
LSD	Erwachsene	0,63	1,70
	Jugendliche	1,32	7,36
Schnüffelstoffe	Erwachsene	0,63	2,21
	Jugendliche	0,48	7,36
Heroin	Erwachsene	1,35	2,21
	Jugendliche	0,48	3,22
Morphium	Erwachsene	0,36	0,51
	Jugendliche	0,72	2,30

Tab. 5.21: Kontakt zu Drogen von Familienangehörigen, FreundInnen und Bekannten in Prozent, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+; Jugendbefragung OÖ 2003, N=1018

Auf Frage 48 antworteten fünf Prozent mit „sicher ja“ und vier Prozent mit „vermute ja“, also neun Prozent der Befragten meinen, dass Familienangehörige Kontakt zu Drogen haben. In der Gruppe der Jugendlichen (15- bis 24-Jährige) ist diese Einschätzung etwas höher. Sieben Prozent davon antworteten mit „sicher ja“ und fünf Prozent mit „vermute ja“, zusammen zwölf Prozent.

Stellt man die Frage nach dem Kontakt von FreundInnen und Bekannten, so fallen die Zahlen um ein Vielfaches höher aus. 17 Prozent der Befragten gaben an, dass FreundInnen und Bekannte „sicher“ Kontakt zu Drogen haben, neun Prozent „vermutlich“, zusammen also 26 Prozent. In der Gruppe der Jugendli-

auf den Anteil in der Gesamtpopulation geschlossen werden. „In particular we argue that one's acquaintances, one's immediate neighbors in the acquaintance network, are far from being a random sample of the population, and that this biases the numbers of neighbors two and more steps away.“ (Newman, 2003) Dank an Joachim Gerich für den Hinweis.

chen (15- bis 24-Jährige) antworteten 35 Prozent mit „sicher ja“ und elf Prozent mit „vermute ja“. Beinahe die Hälfte (46 Prozent) aller Jugendlichen hat demnach FreundInnen oder Bekannte, die Kontakt zu Drogen haben.

Dennoch ist auffällig, dass es sich hier um eine extrem große Unterschätzung der Drogenerfahrungen in der Bevölkerung handelt. Wenn beinahe 40 Prozent der Jugendlichen laut Eigenangabe Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen haben und fast 20 Prozent innerhalb des letzten Jahres eine illegale Droge konsumierten, so ist es fast unmöglich, keine FreundInnen oder Bekannte zu haben, die Kontakt zu illegalen Drogen haben. Dies spricht stark für die Projektions- und Aufmerksamkeithypothese, aber auch dafür, dass sich drogenkonsumierende Personen doch in stark unterschiedenen Lebensbereichen bewegen und einen anderen Lebensstil pflegen wie NichtkonsumentInnen. Die Durchlässigkeit für alternative Lebensformen ist in der Gegenwartsgesellschaft zwar sehr hoch und auch in ländlichen Regionen gegeben, so dass vermutet werden muss, dass der Konsum von illegalen Drogen ein starkes Ein- und Ausschließungskriterium in den verschiedenen sozialen Gruppen darstellt.

Frage 49: „Und mit welchen dieser Drogen haben Ihre Familienangehörigen Kontakt?“

Frage 51: „Und mit welcher dieser Drogen haben Ihre FreundInnen oder Bekannten Kontakt?“

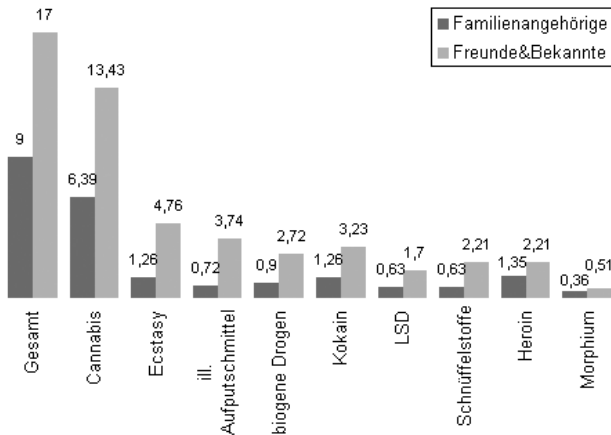


Abb. 5.20: Kontakt zu Drogen von Familienangehörigen, FreundInnen und Bekannten in Prozent, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

5 Von illegalen Substanzen

Wird angegeben, dass Familienangehörige Kontakt zu Drogen haben, dann dominiert die Substanzgruppe der Hanfprodukte. Sechs Prozent der Befragten und neun Prozent der Jugendlichen gaben an, dass von den Familienangehörigen, welche Kontakt zu Drogen haben, diese Hanfprodukte konsumieren.

Im Gegensatz zu den Angaben zum Eigenkonsum rückt Ecstasy in der Einschätzung des Konsums von FreundInnen und Bekannten deutlich nach vorne. Beinahe fünf Prozent meinen, dass FreundInnen und Bekannte Kontakt zu dieser Substanz haben.

Die Allgemeinbevölkerung weicht in der Folge bei den berichteten Substanzen von der Gruppe der Jugendlichen etwas ab. So wird Heroin in der Allgemeinbevölkerung wesentlich häufiger genannt als bei den 15- bis 24-Jährigen (siehe Abbildungen 5.20 und 5.21). In der Gesamtbevölkerung liegt Heroinkonsum bei Familienangehörigen noch vor Substanzen wie Ecstasy, Kokain, biogenen Drogen und illegalen Aufputschmitteln. Einerseits könnte das auf eine bessere Einschätzung der Jugendlichen zurückzuführen sein, da sie ja die HauptkonsumentInnengruppe darstellen, andererseits auch auf eine Verschiebung der konsumierten Substanzen mit dem Alter. HeroinkonsumentInnen sind in der Regel älter als KonsumentInnen anderer illegaler Drogen. Weiters könnte hier wirksam werden, dass sich der Heroinkonsum innerhalb der Familie weniger leicht verbergen lässt wie der Konsum der so genannten Partydrogen.

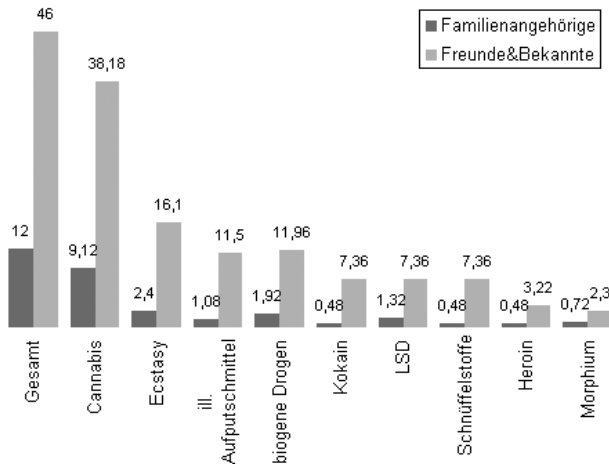


Abb. 5.21: Kontakt zu Drogen von Familienangehörigen, FreundInnen und Bekannten in Prozent, Quelle: Jugendbefragung OÖ 2003, Alter 15-24 Jahre, N=1018

Wenn FreundInnen und Bekannte Kontakt zu Drogen haben, sieht das Bild ähnlich aus. Allerdings korrigiert sich hier die Einschätzung des Heroinkonsums - auch in der Gesamtbevölkerung. Hanfprodukte sind ganz klar die meistkonsumierte Substanz (13 Prozent der Gesamtbevölkerung gaben an, dass FreundInnen und Bekannte Cannabis konsumieren, 38 Prozent bei den Jugendlichen) - gefolgt von Ecstasy, illegalen Aufputzmitteln, Kokain und biogenen Drogen. In der Gruppe der Jugendlichen spielen auch noch LSD und Schnüffelstoffe eine größere Rolle - 7,4 Prozent haben FreundInnen oder Bekannte die diese Substanzen konsumieren. Erst danach kommt Heroin mit 0,4 Prozent in der Gesamtbevölkerung bzw. 3,2 Prozent bei den Jugendlichen.

Ein zu erwartendes Ergebnis liefert die Korrelation von Eigenangabe zum Konsum illegaler Substanzen mit der Angabe zum Konsum im familiären Umfeld.

Kontakt von Familienangehörigen zu illegalen Drogen	Schon einmal illegale Drogen konsumiert?		
	mindestens einmal konsumiert	noch nie od. k.A	Gesamt
sicher ja	11,90%	2,80%	4,90%
vermutlich ja	8,50%	2,90%	4,20%
vermutlich nicht	24,30%	15,70%	17,70%
sicher nein	54,00%	76,50%	71,30%
weiß nicht, k.A.	1,30%	2,00%	1,90%

Tab. 5.22: Kontakt zu Drogen von Familienangehörigen * Lebenszeitprävalenz, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

Wie in Tabelle 5.22 zu sehen, besteht zwischen beiden Angaben ein klarer Zusammenhang. 20 Prozent der Befragten, die selbst schon einmal illegale Substanzen konsumiert zu haben angeben, meinen, dass auch Familienangehörige illegale Substanzen konsumieren, während dies bei denjenigen, die noch nie eine illegale Substanz konsumiert haben, nur 6 Prozent vermuten.

Der Zusammenhang zwischen Eigenkonsum und dem Konsum bei FreundInnen und Bekannten ist noch ausgeprägter als zwischen Eigenkonsum und Konsum im familiären Umfeld - siehe Tabelle 5.23.

Geben 56 Prozent der Befragten, die selbst konsumieren, an, dass FreundInnen und Bekannte sicher bzw. vermutlich illegale Substanzen konsumieren, so sind dies bei den NichtkonsumentInnen lediglich 15 Prozent.

Wie beim Wissen über Drogen (siehe Kapitel 5.1 Das Wissen über illegale Drogen) und den Einstellungen zu illegalen Drogen (siehe Kapitel 5.1.3 Einstellungen zu illegalen Drogen), besteht ein starker Zusammenhang zwischen dem Konsum im sozialen Umfeld und den eigenen Konsummustern. Theoretisch lässt sich dies durch die lebensweltliche Einbettung der Einstellungen und der Hand-

Kontakt von FreundInnen und Bekannten zu illegalen Drogen	Schon einmal illegale Drogen konsumiert?		
	mindestens einmal konsumiert	noch nie oder k.A.	Gesamt
sicher ja	43,60%	8,70%	16,70%
vermutlich ja	18,40%	6,80%	9,40%
vermutlich nicht	15,40%	24,40%	22,30%
sicher nein	20,10%	56,30%	48,00%
weiß nicht, k.A.	2,60%	3,80%	3,50%

Tab. 5.23: Kontakt zu Drogen von FreundInnen und Bekannten * Lebenszeitprävalenz, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

lungsvollzüge begründen. Nicht nur der Konsum von illegalen Drogen, sondern auch der Genuss von allen anderen Nahrungsmitteln findet in den Praktiken der unmittelbaren sozialen Umwelt, den unterschiedlichen Lebens(um)welten der Handelnden, in der Regel seine Begründung. Ebenso sind drogenpolitische Einstellungen und Haltungen, die aus der biographischen Lebensgeschichte folgende Basis, die die Wahl des sozialen Umfeldes wiederum bestimmt. Die Prägung des Individuums durch die Struktur (Einflusshypothese) und die strukturierenden Praktiken der Individuen (Selektionshypothese, Projektionshypothese, Aufmerksamkeitshypothese) sind zirkulär wirksame Prinzipien, die gemeinsam Einstellungen, Handlungen und soziales Umfeld homogenisieren. Reize wirken in der Praxis nur, wenn sie auf Handelnde treffen, die sich auf diese Reize verstehen, sie erkennen und die einen Sinn für das damit zusammenhängende Spiel haben. Die Drogenthematik bildet hier allerdings keine besondere Ausnahme zu anderen Praxisfeldern. Sie ist ebenso ein „Ort der Dialektik von *opus operatum* und *modus operandi*, von objektivierten und einverlebten Ergebnissen der historischen Praxis, von Strukturen und Habitusformen“, wie Bourdieu (1993) dies formulierte.¹⁴

¹⁴ Eine sehr präzise und komprimierte Darstellung des Vermittlungscharakters des Habitus (Einstellungen, Wahrnehmungsweisen und Handlungsdispositionen) zwischen Struktur und Individuum findet sich ebenda. „Die Konditionierungen, die mit einer Klasse von Existenzbedingungen verknüpft sind, erzeugen die *Habitusformen* als Systeme dauerhafter und übertragbarer *Dispositionen*, als strukturierte Strukturen, die wie geschaffen sind, als strukturierende Strukturen zu fungieren, d.h. als Erzeugungs- und Ordnungsgrundlagen für Praktiken und Vorstellungen, die objektiv an ihr Ziel angepasst sein können, ohne jedoch bewusstes Anstreben von Zwecken und ausdrückliche Beherrschung der zu deren Erreichung erforderlichen Operationen vorauszusetzen, die objektiv 'geregelt' und 'regelmäßig' sind, ohne irgendwie das Ergebnis der Einhaltung von Regeln zu sein, und genau deswegen kollektiv aufeinander abgestimmt sind, ohne aus dem ordnenden Denken eines Dirigenten hervorgegangen zu sein.“ (Bourdieu, 1993, 98f)

Die Berücksichtigung dieser soziologischen Perspektive begrenzt die Bedeutung von Stresstheorien und anderen Defizienztheorien, die den Gebrauch von psychoaktiven Substanzen in erster Linie als Folge persönlicher Fehlentwicklungen und mangelhafter Copingstrategien betrachten. Dahinter verbirgt sich das Bild, dass „gesunde“ Individuen Nahrung und Genussmittel einzig zur Aufrechterhaltung der Gesundheit zu sich nehmen. Der Gebrauch von psychoaktiven Substanzen kann aber wie der Verzehr eines „Wiener Schnitzels“ als Ausdruck persönlichen Geschmacks, persönlicher politischer Werthaltungen begriffen werden, die natürlich in der sozialen Umfeldgruppe ihre Basis haben. Die Gebrauchsformen von psychoaktiven Substanzen differenzieren sich nach den unterschiedlichen Lebenswelten aus.

Joachim Gerich und Roland Lehner führten an der Johannes Kepler-Universität Linz mit 302 Studierenden im Sommer 2001 eine Untersuchung über soziale Netzwerke und Substanzaffinität durch. Soziale Netzwerke wurden dabei als egozentrierte Netzwerke erhoben.¹⁵

Anhand dieser Netzwerkanalyse kommen sie unter anderem zu dem Ergebnis, dass hinsichtlich des Substanzkonsums eine hohe Homogenität in den Netzwerken zu beobachten ist. „Die Intensität des Hanfkonsums Egos [untersuchte Person] korreliert stark ($r=0.66$) mit dem Anteil an Hanfkonsumenten im Netzwerk und mit der durchschnittlichen Akzeptanz des Hanfkonsums im Netzwerk ($r=0,57$). Ähnliche, wenn auch etwas schwächere Zusammenhänge (r jeweils $0,37$) sind für das Rauchverhalten festzustellen.“ (Gerich und Lehner, 2004, 14) Die Substanzhomogenität gilt gleichermaßen für KonsumentInnen wie für NichtkonsumentInnen. „Der durchschnittliche Nichtraucheranteil im Netzwerk von Nichtrauchern beträgt beispielsweise rund 68%, der durchschnittliche Raucheranteil im Netzwerk von Täglichrauchern beinahe 64%. Ähnliches gilt für

¹⁵ „Was wir herauszuarbeiten versucht haben, ist, dass ‘Struktur’ (z.B. in Form von Netzwerkdichte) und ‘Handlung’ (z.B. Lern- und Selektionsprozesse) im Rahmen der Netzwerkthematik zu trennen sind. Für einen Lernprozess ist ‘Struktur’ keine notwendige Voraussetzung: Ich brauche grundsätzlich nur eine andere Person bzw. eine signifikante Handlung, die ich ‘übernehmen’ kann. Die Struktur ist dabei zunächst irrelevant. Die Struktur kann aber insofern relevant werden, wenn Handlungsprozesse mit Strukturmerkmalen assoziiert sind. Dort wo wir beispielsweise die Interaktion zwischen Netzwerkdichte und Substanzhomogenität dargestellt haben, könnte die Lerntheorie mit strukturellen Merkmalen verknüpft werden: Die Homogenität (in diesem Fall dann als Resultat sozialer Übernahmeprozesse aufgefasst) ist stärker ausgeprägt, wenn sich das Individuum in dichteren sozialen Gefügen befindet. Struktur wäre dann Moderator des Lernens. Es gibt aber weiterhin (d.h. zusätzlich zur Interaktion) einen davon unabhängigen Zusammenhang von Dichte und Substanzaffinität, der möglicherweise durch handlungsorientierte Begründungen schwer zu fassen ist.“ (schriftliche Mitteilung, Gerich 2004)

den Hanfkonsum: Der Durchschnittsanteil jener, die keine Hanfprodukte konsumieren, beträgt im Netzwerk von Nichtkonsumenten 80%, dagegen sind durchschnittlich 89% der Netzwerkmitglieder von regelmäßigen Hanfkonsumenten ebenfalls Konsumenten der Substanz.“ (Gerich und Lehner, 2004, 15)

Die Netzwerke von HanfkonsumentInnen können demnach als dicht und multiplex beschrieben werden. Netzwerkdichte meint den realisierten Anteil von potentiell möglichen Beziehungen in einem Netzwerk, von Multiplexität spricht man, wenn ein und dieselben Netzwerkpersonen bei mehreren sozialen Relationen angeführt werden.

Netzwerke können demnach nicht nur für NichtkonsumentInnen als Ressource begriffen werden, sie stellen ebenso eine Ressource für Personen dar, die den Gebrauch von (illegalen) psychoaktiven Substanzen präferieren. Das Netzwerk ist für die KonsumentInnen in der Regel sogar notwendiger, da der Zugang zu illegalen Substanzen ja nur über eine soziale Umfeldgruppe möglich ist.

5.3 Problematischer Drogenkonsum

Da Konsumprävalenzen nicht geeignet sind, problematische oder süchtige Gebrauchsformen von illegalen Substanzen zu beschreiben oder davon abzuleiten, müssen zur Einschätzung dieser Gebrauchsformen andere Indikatoren herangezogen werden.

Der Begriff „problematischer Drogenkonsum“ findet seine Anwendung vorrangig in Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Substanzen. Zum Beispiel beziehen sich die Prävalenzschätzungen von Seidler und Uhl (2001) auf diesen Terminus. Uhl (2004a) definiert in Bezug auf Opiatkonsum den problematischen Konsum als solchen, „der für die betreffenden Personen ernste gesundheitliche Probleme verursacht - eine Definition, die Experimentierer, gelegentliche Konsumenten und reine Händler nicht einschließt, die aber alle Opiatkonsumenten mit konsumbedingten, relevanten psychischen oder somatischen Folgen umfasst“. (Uhl, 2004a, 32)

Hay et al. (1998) definieren „problem drug user“ (problematischeR DrogenkonsumentIn) nach der „Regional Drug Misuse Database“ in Großbritannien wie folgt:

„Any person who experiences social, psychological, physical or legal problems related to intoxication and/ or regular excessive con-

sumption and / or dependence as a consequence of his / her own use of drugs or chemical substances“ (Hay et al., 1998, 4)¹⁶

Auch im Bericht zur Drogensituation verwendet das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheit (ÖBIG) den Begriff „problematischer Konsum“: „Unter ‘problematischem Konsum’ verstehen wir den häufigeren Gebrauch ‘harter Drogen’ (vor allem Opiate, Kokain), der oft mit Abhängigkeit und gesundheitlichen, sozialen und rechtlichen Folgen (vgl. Kap. 3, 4 und 16) einhergeht. Es ist aber zu berücksichtigen, dass in erster Linie das Konsumverhalten und nicht Substanzen an sich problematisch oder unproblematisch sind.“ (Haas et al., 2003, 19) Damit wird im Wesentlichen die Definition nach Hay et al. (1998) übernommen.

Im Vergleich zu den Begriffen Sucht und Abhängigkeit ist der „problematische Drogenkonsum“ weiter gefasst, er beinhaltet auch die rechtlichen Folgen des Konsums. Denn KonsumentInnen illegaler Drogen begegnen nicht nur psychischen, körperlichen und sozialen Problemen, sondern können alleine durch den Konsum dieser Substanzen in rechtliche Schwierigkeiten geraten.

Die neueste Definition der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht lautet wie folgt:

„‘Problem drug use’ is defined here as ‘injecting drug use or long duration or regular use of opiates, cocaine and/or amphetamines’. This definition excludes use of ecstasy and cannabis and rare or irregular use of opiates, cocaine or amphetamines. Prescribed opiates such as methadone are included.“¹⁷ (EMCDDA, 2004)

Damit geht die EMCDDA (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht) wieder in Richtung einer engeren Definition von „problematischem Drogenkonsum“. Soziale und rechtliche Aspekte kommen in dieser Begriffsfassung nicht mehr vor. Ausschließlich die Merkmale „intravenös“, „länger andauernder Konsum“ und eine Einschränkung auf Opiate, Kokain und Amphetamine kennzeichnen den „problematischen Drogenkonsum“.

¹⁶ „Jede Person, welche soziale, psychologische, physische oder rechtliche Probleme erfährt, die im Zusammenhang mit Vergiftungserscheinungen und / oder regelmäßigem compulsivem Konsum und / oder Abhängigkeit als Folge ihrer Gebrauchsmuster von Drogen und chemischen Substanzen auftreten.“ (eigene Übersetzung)

¹⁷ „Problematischer Drogenkonsum wird definiert als intravenöser Drogengebrauch oder ein über längere Zeit andauernder Konsum von Opiaten, Kokain und / oder Amphetaminen. Diese Begriffsbestimmung schließt den Konsum von Ecstasy und Cannabis sowie den gelegentlichen und unregelmäßigen Konsum von Opiaten, Kokain und Amphetaminen aus. Ärztlich verschriebene Opiate wie Methadon sind eingeschlossen.“ (eigene Übersetzung)

5 Von illegalen Substanzen

An dieser Stelle verstehe ich den Terminus „problematischer Drogenkonsum“ im Sinne der Definition von Hay et al. (1998) bzw. Haas et al. (2003). Also werden sowohl soziale als auch rechtliche Konsequenzen als relevante „Problematik“ für die drogengebrauchenden Personen berücksichtigt. Spiegel et al. (2003) liefern eine sehr brauchbar ausformulierte Beschreibung dieses Verständnisses des problematischen Drogenkonsums:

„Grundsätzlich wird Konsum dann als problematisch bewertet, wenn

- er mit Risiken verbunden ist (riskanter Konsum),
- schädlicher Gebrauch oder (F1x.1)
- eine Abhängigkeit (F1x.2x) im Sinne einer klinischen Diagnose (ICD oder DSM) vorliegt,
- Schäden für andere Personen oder
- negative soziale Konsequenzen oder Delinquenz damit verbunden sind.

Davon unabhängig kann Konsum auch problematisch sein, wenn der Konsument ihn selbst so empfindet und sich selbst entgegen der objektiven Klassifizierung als abhängig einschätzt. Die genannten Arbeitsdefinitionen umfassen jeweils unterschiedliche Teilmengen der beschriebenen Gesamtgruppe. Nur die Begriffe, die auf klinischen Klassifikationssystemen basieren, sind eindeutig definiert. Bei anderen, etwa dem 'riskanten' Drogenkonsum, kann Definition und Verständnis des Konzepts stark variieren.“ (Spiegel et al., 2003, 19)

„Es bestehen zum Teil erhebliche methodische Schwierigkeiten, die Daten bestehender Erhebungssysteme oder Studien dahingehend zu bewerten, ob sie Aussagen für die Gesamtverbreitung problematischen oder schädlichen Konsums zulassen. Für illegale Drogen stellt sich die Frage nach einer Grenzziehung für 'problematischen' Konsum zunächst scheinbar einfacher. Ihr Konsum wird quasi per Gesetz zum Problem erklärt. Betrachtet man jedoch die Rechtswirklichkeit und den Alltag in Deutschland Ende der neunziger Jahre, so stellt man fest, dass relativ viele junge Menschen Cannabis oder Ecstasy konsumieren, ohne dass zunächst für sie selbst oder für andere ein offensichtlicher Schaden entsteht.“ (Simon et al., 2001, 47) Da diese Rechtswirklichkeit auch in Österreich seine Gültigkeit besitzt und weitgehend übertragbar ist, kann der bloße Konsum von illegalen Drogen nicht automatisch als problematischer Drogenkonsum begriffen werden. In den allermeisten Fällen zieht er kaum ernsthafte soziale, psychische oder körperliche Probleme für die KonsumentInnen nach

sich und verflüchtigt sich im biographischen Vergessen ehemaliger „Jugendsünden“.

Die Einschätzung der Verbreitung des problematischen Konsums von illegalen Substanzen stößt aus mehreren Gründen auf große Schwierigkeiten. „Eine Berechnung der Prävalenz tendenzen des problematischen Drogenkonsums ist mit den aktuellen Methoden und angesichts der Datenqualität und Datenverfügbarkeit immer noch nicht möglich, obwohl dies für die Evaluation der politischen Maßnahmen des problematischen Drogenkonsums wichtig wäre. Die Inzidenz des problematischen Drogenkonsums kann einen weiteren wichtigen Anhaltspunkt bei der Messung der Tendenzen bieten. Unter der 'Inzidenz' ist die Zahl der neu auftretenden Drogenfälle in einem Jahr zu verstehen, während die 'Prävalenz' für sämtliche vorhandenen - neue wie alte - Fälle steht. Daher reagieren die Tendenzen der Inzidenz wesentlich anfälliger auf epidemiologische Veränderungen sowie auf Maßnahmen, die ein Auftreten neuer Fälle verhindern.“ (EMCDDA, 2001)

Ein Versuch der Einschätzung von Trends bzw. der Inzidenz, das heißt Entwicklungen problematischen Konsums bei illegalen Substanzen, kann anhand der Auswertung von drogenbedingten Anzeigestatistiken oder mithilfe von Daten aus Behandlungs-, Substitutions- und Beratungseinrichtungen erfolgen. Ebenso werden oftmals drogenbedingte Todesfälle zur Analyse herangezogen.

Für Österreich haben Seidler und Uhl (2001) Prävalenzschätzungen zum problematischen Opiatkonsum anhand einer capture-recapture Auswertung von Anzeigedaten, Daten aus Substitutionsbehandlungen und drogenbedingten Todesfällen für das Jahr 1995 vorgenommen. Bei einem 95 Prozent Konfidenzintervall ergibt sich bei Auswertung dieser drei Quellen eine Anzahl von 15.980 bis 18.672 problematischen DrogenkonsumentInnen in Österreich in der Altersgruppe der 15- bis 54-Jährigen. Wobei in der Alterskohorte der 25- bis 34-Jährigen die höchste Prävalenzrate an problematischem Drogenkonsum festzustellen ist. Das Geschlechterverhältnis wird mit etwa 2,5:1 (männlich:weiblich) eingeschätzt. Für Oberösterreich wurde eine Spanne von 1.093 bis 2.655 problematischen DrogenkonsumentInnen in der Altersgruppe der 15- bis 54-Jährigen ermittelt. (vgl. Seidler und Uhl, 2001, 20ff) Allerdings zeigen Seidler und Uhl anhand verschiedener Modellergebnisse für Wien, wie sehr die Ergebnisse von den ausgewählten Datenquellen bzw. den konkret umgesetzten capture-recapture Ansätzen beeinflusst werden. Die Ergebnisse verschiedener Schätzungen für Wien reichen von minimal 6.334 bis zum höchsten Wert von 18.585 problematischen DrogenkonsumentInnen. Bei Schwankungen von beinahe 300 Prozent kann geschlossen werden, dass die capture-recapture Methode im Bereich der Epidemiologie der illegalen Drogen nicht so hohe Si-

cherheit und Gültigkeit besitzt wie manche ExpertInnen gerne glauben würden. Seidler und Uhl diskutieren die Ursachen der systematischen Fehlerquellen im Anschluss ihrer Schätzungen. (vgl. Seidler und Uhl, 2001, 34ff)

„Die vom ÖBIG in seiner Funktion als REITOX Focal Point durchgeführte Aktualisierung der Prävalenzschätzung der Zahl der problematischen Opiatkonsumenten für die Jahre 1999 bis 2002 wurde [im Jahr 2003] abgeschlossen. Die Schätzung wurde wieder mit Capture-Recapture-Verfahren durchgeführt, aus methodologischen Gründen wurden aber - im Unterschied zur Pilotstudie für die Jahre 1994/95 - nur mehr zwei Samples (Substitutionsbehandlungen und Anzeigen) herangezogen und die opiatbezogenen Todesfälle auf Grund der geringen Fallzahlen ausgeschlossen. Die Schätzung ergibt über die Jahre eine deutliche Steigerung der Zahl der problematischen Konsumenten für Gesamtösterreich. Während die Werte für 1999 mit 17.928 noch auf dem Niveau von 1994/95 (17.276) liegen, steigen die Zahlen in Folge kontinuierlich von 20.144 (2000) über 24.821 (2001) bis 31.466 (2002).“ (Haas et al., 2003, 21)

Es wird an dieser Stelle nicht versucht, Prävalenzschätzungen zum problematischen Drogenkonsum zu liefern - dies wurde bereits von Seidler und Uhl (2001) und dem ÖBIG umgesetzt - sondern die drei angeführten Datenquellen werden als Basis für Indikatoren von Entwicklungen bzw. Trendanalysen des problematischen Drogenkonsums ausgewertet.

Konkret werden folgende Datenquellen zur Analyse herangezogen:

- drogenbedingte Anzeigedaten des Bundesministeriums für Inneres
- Substitutionsdaten der oberösterreichischen Drogenkoordinationsstelle
- drogenbedingte Diagnosedaten der öffentlichen Krankenhäuser des Landes Oberösterreich.

Eine Beschreibung der angeführten Datenquellen findet sich im entsprechenden Kapitel 3.

5.3.1 Drogenbedingte Anzeigedaten des Bundesministeriums für Inneres

5.3.1.1 Überlegungen zum Drogenverbot

„Ich habe sonst zuviel genossen, nun ist die Zeit da, dass ich den Genuss andrer genug ehre, um ihn nicht zu stören.“
Brentano: Godwi

Wir leben in einem geschichtlichen Abschnitt, der gegenüber dem Konsum von psychoaktiven Substanzen prohibitive Ansätze fördert. Seit etwa 100 Jahren

werden immer mehr Substanzen mit einem faktischen Konsum- und Handelsverbot belegt. Das Verbot von bestimmten psychoaktiven Substanzen kann grundsätzlich aus zwei verschiedenen Blickrichtungen betrachtet werden. Einerseits aus der ethischen Sicht auf die politische und persönliche Freiheit des Einzelnen und dessen Einschränkung aus Gemeinschaftsinteressen sowie andererseits aus der pragmatischen Sicht auf die Wirkungen in Bezug auf Konsum und Abhängigkeit.

a) Ethische Sicht. Die ethische Sicht auf das „Drogenproblem“ ist immer wieder mit dem unreflektierten Alltagsdenken konfrontiert, dem Drogensucht eine einseitig verhängnisvolle Bindung an gefährliche Stoffe bedeutet, zwanghafte Lust an dem, was Leid und Verderben bringt. Gleichzeitig wird angenommen, dass der Konsum zwangsläufig in die Abhängigkeit führt. Was ist näherliegend, als aus Sorge für die Armen Verbotstafeln aufzustellen, um dem ein Ende zu setzen. Gelänge die Unterdrückung, wäre die heile Welt wiederhergestellt. Doch wie J. St. Mill noch vor 150 Jahren schrieb, ist „der einzige Zweck, um desentwillen man Zwang gegen den Willen eines Mitglieds einer zivilisierten Gemeinschaft rechtmäßig ausüben darf, der: die Schädigung anderer zu verhüten. Das eigene Wohl, sei es das physische oder das moralische, ist keine genügende Rechtfertigung.“ (Mill, 1974, 16) Montesquieus Forderung, „wenn es nicht notwendig ist, ein Gesetz zu machen, dann ist es notwendig, kein Gesetz zu machen“, bedeutet nichts anderes, als dass ein nicht nötiges Gesetz ebenso schädliche wie ein nötiges nützliche Konsequenzen nach sich ziehen kann. (vgl. Nigsch, 1985, 157f) Heute ist diese grundsätzliche Skepsis gegen obrigkeitsstaatliche Regelungen bei weitem nicht mehr so ausgeprägt wie zu Beginn des modernen Rechtsstaates und dessen Lust, alles zu regeln. Und die zunehmende Regelungsdichte in unseren (Post-)Industriegesellschaften lässt sehr leicht übersehen, „dass man nämlich im gleichen Maße, wie man den Staat ermächtigt, etwas *für* einen zu tun, ihm auch die Macht gibt, etwas *gegen* einen zu tun; und dass der Staat unfehlbar von der ersten Ermächtigung so wenig wie möglich und von der zweiten so viel wie möglich Gebrauch macht“ (Nock 1943, zit.n. Szasz, 1980a, 316)¹⁸ Das Drogenverbot rührt auch an die Diskussion um das Recht auf

¹⁸ Nach Foucault erfolgte die Ausarbeitung der modernen Rechtslehre in den abendländischen Gesellschaften im Wesentlichen rund um die königliche Macht. „Das Rechtsgebäude unserer Gesellschaften wurde auf Nachfrage der königlichen Macht und auch zu deren Gunsten, als deren Instrument oder deren Rechtfertigung ausgearbeitet. Das Recht ist im Abendland ein königliches Befehlsrecht. [...] Die Theorie des Rechts hat seit dem Mittelalter im Wesentlichen die Funktion, über die Legitimität der Macht zu bestimmen: Das Haupt- und Zentralproblem, um das herum sich die gesamte Theorie des Rechts organisiert, ist das Pro-

Selbstschädigung, das sehr oft durch eine „Entmündigung durch Experten“ (Ivan Illich) und mithilfe des Rechtssystems ausgehebelt wird.¹⁹ Gerade den psychiatrischen Behandlungskontext betreffend, wurde diese Diskussion bereits in den 1960er Jahren heftig geführt und hat schließlich dazu beigetragen, dass offene Formen der Behandlung psychiatrischer Erkrankungen sich durchzusetzen begannen und PatientInnen-Rechte einen wichtigen Bestandteil der Behandlung darstellen. In Zusammenhang mit Drogenkonsum und -abhängigkeit ist dieses Niveau der Auseinandersetzung noch lange nicht erreicht - zu technokratisch entwickeln sich derzeit die involvierten ExpertInnenkulturen.

b) Pragmatische Sicht. Die pragmatische Sicht auf das Drogenverbot hat sich mit Fragen nach der Wirksamkeit und den Konsequenzen der Illegalisierung be-

blem der Souveränität. Wenn man sagt, dass das Problem der Souveränität das zentrale Rechtsproblem in den abendländischen Gesellschaften ist, so bedeutet das im Grunde, dass der Rechtsdiskurs und seine Technik im Wesentlichen die Funktion hatten, den Faktor Herrschaft innerhalb der Macht zum Verschwinden zu bringen, um an der Stelle der Herrschaft, die man minimieren oder kaschieren wollte, zweierlei hervortreten zu lassen: zum einen die legitimen Rechte der Souveränität, zum anderen die gesetzmäßige Verpflichtung zum Gehorsam.“ (Foucault, 1999, 39ff)

¹⁹ Ein besonders krasses Beispiel ist die historische Gesetzgebung zum Selbstmord. In vielen europäischen Ländern wurde der versuchte Selbstmord noch im 18. Jahrhundert mit dem Tode bestraft, in England beispielsweise sogar noch Mitte des 19. Jahrhunderts. Erst das Preußische ALR zeigt Liberalisierungstendenzen. Immerhin blieb auch dort dem erfolgreichen Selbstmörder das unehrenhafte Begräbnis nicht erspart, ein letztes Nachwirken der Auffassung des Codex Juris Canonici, der den Selbstmord dem Mord gleichgestellt hatte. Vereinzelt war damals sogar die Auffassung vertreten worden, Selbstmord sei schlimmer als Mord, da auch die Seele zugrunde gerichtet werde. In Deutschland blieb der Suizidversuch erstmals im BayRStGB von 1813 sanktionslos. Ein Gesetz zur Güterkonfiskation wurde in England erst 1870 aufgehoben und ein misslungener Selbstmordversuch konnte sogar noch bis 1961 strafrechtlich verfolgt werden. Siehe dazu die hervorragende essayistische Arbeit über den Suizid von A. Alvarez (1999). Der tiefe moralische Abscheu vor der Selbstschädigung in den europäischen Gesellschaften ist ebenso religiös bedingt wie auch herrschaftstechnisch begründet, da der durch Selbstschädigung symbolische Entzug des Gehorsams verfeimt werden muss. Gegenüber dem herrschaftstechnischen, staatlichen Monopol über den Tod kommt nach Baudrillard dem Selbstmord eine subversive Kraft zu. Auch ist eine ökonomische Rationalität mit der Verweigerung der Selbstschädigung verbunden. „Das Selbstmordverbot korrespondiert dem Auftauchen des Wertgesetzes. Ob religiös, moralisch oder ökonomisch, immer ist es das gleiche Gesetz, das besagt: keiner hat das Recht, das Kapital und den Wert einzuschränken. Somit ist jedes Individuum eine Parzelle des Kapitals (so wie jeder Christ eine Seele ist, die gerettet werden muss), es hat also nicht das Recht, sich selber zu zerstören.“ (Baudrillard, 1982, 279) Der Konsum von gewissen psychoaktiven Substanzen kann so als potenzieller Konsumboykott von (kultur-)industriellen Gütern verstanden werden, der über Prävention, Behandlung und Bestrafung wieder in wertschöpfende Bahnen gelenkt werden soll.

stimmter Substanzen auseinander zu setzen. Wobei auf legislativer Ebene vorausgesetzt wird, dass der Konsum durch die generalpräventive Strafandrohung verhindert werden kann und wenn das nicht möglich ist, dass zumindest die schädlichen Folgen durch die spezialpräventive Bestrafung vermindert werden können.

Die Bemühung, den Einstieg in den Konsum von psychoaktiven Substanzen mit Verboten zu verhindern, kann auf Grund vorhandener Forschungsergebnisse skeptisch eingeschätzt werden. Verschiedene Studien, die die Wirkungen des Drogenverbots auf den Konsum untersuchen, kommen zu dem Ergebnis, dass es in Einzelfällen sogar kontraproduktive Wirkungen entfaltet, und es sich motivierend zur Übertretung des Verbots erweist. Das Drogenverbot hat nicht nur auf sogenannte „drogenaffine“ Personen keinen handlungsleitenden Abschreckungseffekt, auch für die Nicht-KonsumentInnen ist das Verbot kein relevanter Grund zur Abstinenz. Kemmesies, der in Zusammenhang einer qualitativen Studie mit konsumierenden Personen und einer Kontrollgruppe von nichtkonsumierenden Personen die Motive des Einstiegs bzw. Nichteinstiegs in den Konsum untersuchte, kommt zu dem Ergebnis, dass das Drogenverbot für den Konsum keine Rolle spielt. „Erstaunlich ist aber, wie vergleichsweise wenig das Verbot im Einstiegsprozess reflektiert scheint: In den Erzählungen unserer Interviewpartner finden sich das Drogenverbot respektive die damit assoziierten Kontrollinstanzen des Polizeiapparates höchstens indirekt - und wenn, dann dem Generalpräventionsanspruch gänzlich zuwiderlaufend - als motivierend für die Drogengebrauchsaufnahme gedeutet. [...] Es scheint, als bedürfe es keiner besonderen Techniken der 'Neutralisation' beziehungsweise keiner besonderen Anstrengungen der Außerkraftsetzung der drogengebrauchsbezogenen Normstrukturen innerhalb des Einstiegsprozesses.“ (Kemmesies, 2004, 123f) Von besonderem Interesse ist hierbei, dass auch bei den Nicht-KonsumentInnen das Drogenverbot ihre Drogenabstinenz kaum motiviert. „Auch in den biographischen Konstruktionen der interviewten Nicht-Konsumenten finden sich nur vereinzelte Schilderungen, die das Drogenverbot in irgendeiner Weise ausschlaggebend bei der Auseinandersetzung mit der Frage deuten, ob illegale Drogen probiert werden sollen oder nicht.“ (Kemmesies, 2004, 125f) Die Unterschiede zwischen KonsumentInnen und Nicht-KonsumentInnen sind hinsichtlich der Wirkung des Drogenverbots insgesamt wenig ausgeprägt.

Die wichtigsten Konsummotive bzw. Abstinenzmotive sind nach dieser Untersuchung: Neugierde bzw. Desinteresse, interpersonelle Beeinflussung bzw. persönliches Umfeld, Image und „In-sein“ von Drogen, Angst vor der Wirkung der Drogen. Auch die Untersuchung von Springer et al. (2001) gelangt zu vergleichbaren Ergebnissen. Durchgängige Konsummotive sind Neugierde und Teil-

nahme an Gruppenereignissen sowohl bei legalen wie auch bei illegalen Drogen. „Von vergleichbar fragwürdiger Effizienz wie ein eventuelles Verbot von Tanz-Events ist in dieser Frage die Intention der internationalen Kontrollbehörden, jede im Partykontext auftauchende psychoaktive Substanz möglichst rasch einem Bewertungsverfahren zu unterwerfen, um ihre Produktion und Verteilung zu kriminalisieren. Weder das hedonistische Bedürfnis der Konsumenten noch die darauf reagierende Produktion werden davon maßgeblich beeinflusst. Der Schwarzmarkt wird davon ebenfalls kaum berührt. So bleiben als Ergebnisse letztlich nur die eventuelle Kriminalisierung der Konsumenten und die Unsicherheit bezüglich der Zusammensetzung und dem Reinheitsgrad der angebotenen Substanzen. Zu berücksichtigen ist wohl auch, dass wir über ausreichend Wissen verfügen, dass Verbote auf paradoxe Weise die Bedeutung und den Stellenwert des Drogenkonsums in jenen Gruppierungen fördern, in denen hohe Bereitschaft zu diesem Gebrauch anzunehmen ist.“ (Springer et al., 2001, 41)

Nun, niemand in der Fachwelt nimmt heute mehr an, den Einstieg in den Konsum und den Gebrauch von illegalen Drogen mit Rechtsmitteln verhindern zu können. Wie sieht es mit der zweiten möglichen Aufgabe des Drogenverbots, der Verminderung von schädlichen Folgen des Drogengebrauchs, aus? Hierzu kann nach Kemmesies (2004) angenommen werden, dass dem Drogenverbot durchaus eine konsumregulierende Funktion zukommt. Durch das Verbot und dem daraus resultierenden Schwarzmarkt ergeben sich relativ hohe Preise, der Zugang ist eingeschränkt, die Zusammensetzung der Substanzen und damit die Gefährlichkeit ist oftmals unklar, das biographische Verlustrisiko im Falle einer strafrechtlichen Verfolgung steigt mit zunehmendem Alter und der beruflichen Etablierung des/r jeweiligen Konsumenten bzw. Konsumentin.

„Das ist ja nicht so, dass du jetzt um die Ecke zum Kiosk gehst und zwei Bier kaufst, ab und zu hab' ich das noch an der XY besorgt. Jetzt hab' ich keinen Bock mehr d'rauf, das ist mir jetzt zu gefährlich, hab' auch viel zu verlieren, wenn mich die Bullen erwischen. Ich rauch' deswegen so wenig, weil mir das zu stressig ist, den Stoff zu besorgen.“ (NN, 33 Jahre, männlich zit. n. Kemmesies, 2004, 182)

So wirkt das Drogenverbot bei KonsumentInnen, die einen kontrollierten Gebrauch mit illegalen psychoaktiven Substanzen pflegen, in einem moderierenden Sinn in Richtung Mäßigung und sorgt durchaus für längere Abstinenzphasen. Auf KonsumentInnen mit einem kompulsiven Gebrauchsmuster, wie es für abhängige DrogengebraucherInnen typisch ist, scheint aber selbst dieser moderierende Effekt nicht gegeben zu sein.

Für die KonsumentInnen können die Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz - wie eben geschildert - alleine auf Grund ihrer rechtlichen Folgen als problematisch eingestuft werden. Strafrechtliche Sanktionen werden von damit einhergehenden sozialen Problemen begleitet. Die Auswirkungen auf den beruflichen Lebenslauf der KonsumentInnen können in bestimmten Fällen gravierend sein. Die Kriminalisierung, Etikettierung bzw. Stigmatisierung von KonsumentInnen illegaler Drogen, sofern sie rechtlich verfolgt werden, sind eines der Hauptprobleme, die oftmals auch zu längerfristigen Drogenkarrieren führen können.

An dieser Stelle möchte ich diese Überlegungen zum Drogenverbot abbrechen und überleiten zu den Anzeigedaten nach dem Suchtmittelgesetz des Bundesministeriums für Inneres.²⁰

5.3.1.2 Entwicklung der Anzeigen

Ein erster Blick auf die Anzeigedaten zeigt, dass seit dem Jahr 1990 die Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz in Österreich und gleichermaßen in Oberösterreich stark angestiegen sind. Gab es im Jahr 1990 noch 545 Anzeigen, so waren es im Jahr 2003 mit 2782 mehr als fünf Mal so viel. Nur in den Jahren 1998 bis 2000 wurde dieser Aufwärtstrend kurz unterbrochen. Was ist in diesen 13 Jahren passiert? Es stellt sich die Frage nach den Ursachen dieses hohen Anstiegs. Bildet diese Steigerung der Anzeigen eine gestiegene Anzahl von DrogenkonsumentInnen ab? Oder lässt sich der Anstieg durch andere Phänomene wie gesteigerte Fahndungstätigkeiten der Polizei und Gendarmerie erklären?

Sieht man sich die Entwicklung der Verbrechen nach § 28 SMG²¹ an (siehe Abbildung 5.22), so wird deutlich, dass im Verhältnis zum Anstieg der Gesamtanzeigen keinesfalls eine proportionale Steigerung der Verbrechen zu verzeichnen ist. In Abbildung 5.22 wird neben dem extrem starken Anstieg aller Anzeigen ebenso anschaulich, dass sich Anzeigen gegenüber schwereren Delikten nach dem SMG im Zeitraum von 1990 bis 2003 in absoluten Zahlen nicht einmal verdoppelt haben. Waren es im Jahr 1990 noch 142 Fälle (26 Prozent aller

²⁰ In Kapitel 5.4 wird die drogenpolitische Debatte wieder aufgegriffen.

²¹ Die scheinbar klare Unterscheidung zwischen Verbrechen und Vergehen anhand der Paragraphen 27 und 28 wie sie vom Bundesministerium für Inneres suggeriert wird, ist in der Realität nicht so klar gegeben und die Grenzen verschwimmen. Erstens ist es durch die Senkung der Grenzmengen leichter möglich, ein Drogendelikt als Verbrechen zu deklarieren; zweitens wird von DrogengebraucherInnen oft auch mit illegalen Drogen gehandelt, um sich eine kleine Finanzierungshilfe zu verschaffen, drittens fällt auch die bloße Weitergabe von Drogen unter den Verbrechenstatbestand - eine Weitergabe unter FreundInnen als Freundschaftsdienst wie sie die Regel ist, kann für den Gebenden also relativ schwere Konsequenzen nach sich ziehen.

5 Von illegalen Substanzen

Anzeigen nach dem SMG) so waren es im Jahr 2003 nicht mehr als 247 Fälle, dies entspricht prozentuell einem Anteil an allen drogenbedingten Anzeigen von nicht ganz neun Prozent. Damit wird klar, dass sich die Anzeigen in erster Line auf die KonsumentInnen von illegalen Drogen konzentrieren und eine Veränderung der polizeilichen Fahndung in diesem Zeitraum stattgefunden haben muss.

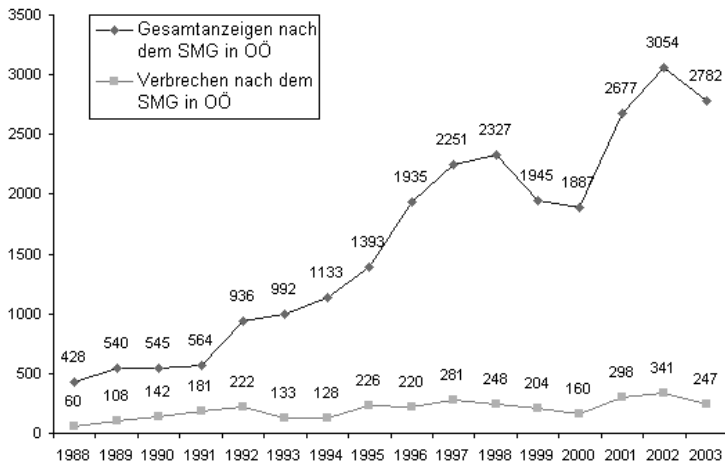


Abb. 5.22: Verbrechensanteil der Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz in Oberösterreich in absoluten Zahlen 1988-2003, Quelle: BMI Jahresberichte

Eisenbach-Stangl (2003a) beleuchtet im Artikel „Drogen und Un-Sicherheit“ die Entwicklung der Strafverfolgung im Suchtmittelbereich in Österreich ab 1975. Sie führt den starken Anstieg der Anzeigen vor allem auf die Reorganisation der Drogenfahndung (verstärkte Einbindung der Bezirkspolizeikommissariate und der Zollbehörden in die Suchtmittelbekämpfung, Kooperation mit Europol, Ausbau der Aktivitäten im Drogenbereich) ab Anfang der 1990er-Jahre zurück. Auch die Exekutive selbst erklärt den dramatischen Anstieg der Suchtmittelkriminalität mit dem Ausbau der eigenen Aktivitäten. (vgl. Eisenbach-Stangl, 2003a, 214)

Gleichzeitig ist die Erweiterung des Suchtmittelkataloges um Substanzen wie Ecstasy, die erst in den 1990er-Jahren in die Fahndungstätigkeiten Eingang finden, ein kleiner Beitrag zu dem Anstieg der Anzeigen. Der Konsum von Cannabinoiden ist aber nach wie vor die mit Abstand am häufigsten Handlung,

weswegen Anzeige erstattet wird. Mit 1802 Anzeigen im Jahr 2003 machten die Anzeigen in Bezug auf Cannabis 65 Prozent aller Anzeigen aus.

Es ist aber dennoch nicht ganz von der Hand zu weisen, dass neben den gesteigerten Aktivitäten der Exekutive, auch ein Anstieg von KonsumentInnen illegaler Drogen in den 1990er-Jahren vonstatten ging. Ein Anstieg, der allerdings erst mit Verzögerung in den späten 1990er-Jahren auch in Studien seinen Niederschlag fand - eine typische Folge des „publication bias“: Studien hinken den „realen“ Veränderungen hinterher, da die Verarbeitung anderer Studien ihnen die Geschichtlichkeit und eine gewisse Verzögerung aufzwingen. Ausgegangen wird bei maximalen Schätzungen von einem Anstieg der Cannabis-Lebenszeitprävalenz in den letzten 15 Jahren um das dreifache.²² Selbst bei derart „unvorsichtigen“ Konsumprävalenz-Schätzungen verbleibt ein überproportionaler Anstieg an Anzeigen - im Jahr 2002 wurden fünf Mal so viele Anzeigen nach dem SMG getätigt als im Jahr 1990 - im Verhältnis zu einem möglichen Anstieg der KonsumentInnen.

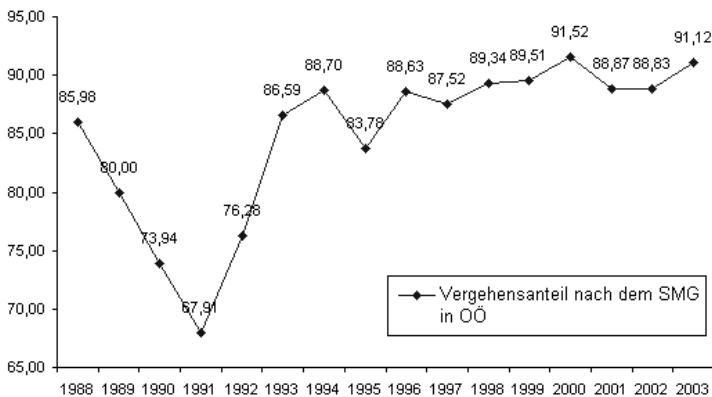


Abb. 5.23: Prozentueller Vergehensanteil der Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz in Oberösterreich 1988-2003, Quelle: BMI Jahresberichte

Abbildung 5.23 zeigt die Konzentration auf die Vergehen nach dem SMG deutlich - über 90 Prozent der Anzeigen betreffen diese. Unter „Vergehen“ wer-

²² Hier sei wieder auf die Tatsache verwiesen, dass eine Steigerung der Lebenszeitprävalenz in einer Bevölkerungsgruppe nicht unbedingt gestiegenen Konsum bedeuten muss. Durch das Nachwachsen drogenerfahrener Generationen und das Sterben drogenerfahrener Generationen erhöht sich die Lebenszeitprävalenz in den europäischen Staaten automatisch, ohne dass aktuell mehr illegale Drogen konsumiert werden müssen als etwa vor 15 Jahren.

5 Von illegalen Substanzen

den die Anzeigen nach dem § 27 des Suchtmittelgesetzes verstanden. Hierbei handelt es sich um Anzeigen, die auf Grund der Grenzmengenverordnung nach § 28 SMG, Abs. 6 als geringe Menge betreffend der inkriminierten psychoaktiven Substanz eingestuft werden.

Sieht man auf die Geschlechtsunterschiede bei den Anzeigen, so werden Männer etwa sechsmal so häufig angezeigt als Frauen. Im Jahr 2003 wurden in Oberösterreich 2305 Anzeigen gegen Männer vorgenommen, dem stehen 409 Anzeigen gegen Frauen gegenüber.

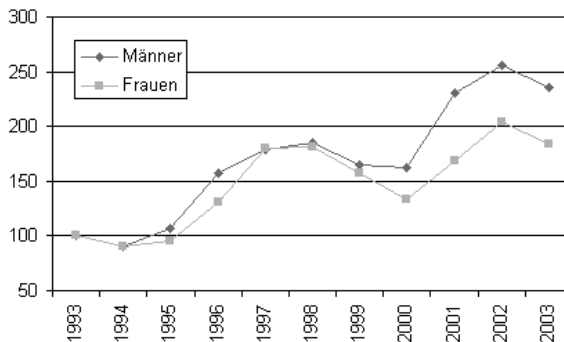


Abb. 5.24: Entwicklung der Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz in Oberösterreich in Prozent 1993-2003 nach Geschlecht, Basis 1993=100%, Quelle: BMI Jahresberichte

Seit 1998 entwickeln sich die Anzeigen bei Männern und Frauen etwas auseinander. Wurden bei den Männern im Jahr 2003 etwa 2,5-mal so viele Anzeigen als im Jahr 1993 gestellt, so waren dies bei den Frauen nicht ganz zweimal so viel.

5.3.1.3 Trends bei Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz

An dieser Stelle wird versucht, die Daten der Exekutive im Hinblick auf die Veränderung der Inzidenz und der Prävalenz, also im Sinne einer Trendentwicklung, darzustellen. Als Vorarbeit und Referenz dient die Arbeit von Abelin und Knolle (2000) zur Epidemiologie des Heroin- und Kokainkonsums in der Schweiz, die eine Auswertung der Anzeigen der Exekutive im Bereich der illegalen Drogen als Ausgangspunkt für die Einschätzung der Inzidenz und Prävalenz des Opiatkonsums in der Schweiz vorgenommen haben. Im Gegensatz zu diesem Ansatz wird hier aber nicht versucht, die absolute Zahl der Inzidenz

abzuleiten, sondern die relative Inzidenz im Verhältnis zu einem bestimmten Ausgangszeitpunkt darzustellen.

In den polizeilichen Anzeigestatistiken wird neben der Anzahl der Anzeigen nach Substanzen gleichzeitig die Unterscheidung von Erstangezeigten und WiederholerInnen getroffen. Die Trendanalyse der Inzidenz (Zugänge) bedient sich der einfachen Überlegung, dass der Quotient von Erstangezeigten (F) / WiederholerInnen (S) größer wird, wenn mehr neue KonsumentInnen in den regelmäßigen Konsum von illegalen Substanzen einsteigen. Der erste Indikator Q wird also folgendermaßen berechnet:

$$Q = F/S$$

Um den zweiten Indikator zu erhalten wird Q mit der Anzahl der gesamten Anzeigen multipliziert. Dieser Indikator ergibt unter bestimmten Umständen - wenn keine Störvariablen die Anzeigen beeinflussen würden - die Inzidenz, und wird definiert als Inzidenzindikator (I):

$$I = (F + S)F/S$$

Die Veränderung der Inzidenz kann - wie eben angedeutet - nur unter Berücksichtigung mehrerer Vorannahmen durch diese Indikatoren gemessen werden. Diese Annahmen stehen außerhalb der Reichweite unseres Messzugangs, so dass von den folgend diskutierten Vorannahmen ausgegangen werden muss.

Die Vorannahmen der Berechnung der Indikatoren Q und I ähneln denen der Capture/Recapture Methode, welche ebenfalls das Problem einer vorgegebenen, außerhalb des eigenen Forschungsprozesses liegenden, Erfassung von Daten teilt.

Seidler und Uhl (2001) definieren fünf Vorannahmen, die der Capture/Recapture Methode zugrunde liegen:

1. Es wird eine klare Falldefinition benötigt, die es erlaubt, die gewünschte Zielgruppe zu identifizieren und von anderen Zielgruppen zu unterscheiden („only cases according to the case definition are considered“).
2. Personen können nur als „WiederholerInnen“ identifiziert werden, wenn die „Markierung“ spezifisch genug ist, um sie zu einem Zeitpunkt t2 wiederzuerkennen („perfect identification of matching cases“).
3. Die beobachtete Population hat sich in den Beobachtungszeitraum nicht verändert („closed population“).
4. Die erfassten Personen haben alle die gleiche Chance, in das Sample zu kommen („homogeneity in terms of equal catchability“).

5 Von illegalen Substanzen

5. Der Prozess der Bildung des Samples zum Zeitpunkt t1 hat keinen Einfluss auf die Bildung des Samples zum Zeitpunkt t2 („no causal relationship between sampling processes“).

In der Praxis kann man bei praktisch allen vorfindbaren Datenquellen von einer Verletzung dieser Vorannahmen auf die eine oder andere Weise ausgehen. (vgl. Seidler und Uhl, 2001, 8ff)

Die vorfindbaren Daten entsprechen nicht zu 100 Prozent der verwendeten Definition der Zielgruppe; die Wiedererkennung ist nicht immer gegeben; auf der Ebene der Beobachtung von Gesellschaften auf nationaler oder Länderebene hat man immer mit offenen Populationen zu tun; die Wahrscheinlichkeit der Registrierung im Sample ist für unterschiedliche Personengruppen ungleich verteilt; schließlich verändert die Registrierung einer Person in einem Sample die Wahrscheinlichkeit, die Person ein zweites Mal zu registrieren.

Man muss sich daher bewusst bleiben, dass Veränderungen einer oder mehrerer dieser Voraussetzungen auch zu einer Änderung der Ergebnisse für die Indikatoren Inzidenz und Prävalenz führen wird, ohne dass sich die tatsächlichen Inzidenz- und Prävalenzraten des problematischen Drogengebrauchs verändert haben. Im konkreten Falle der hier verwendeten Indikatoren Q und I verändert sich die Problematik der zugrunde liegenden Vorannahmen gegenüber der Capture/Recapture Methode etwas, so dass folgende Faktoren die Indikatoren beeinflussen:

- Da es sich um Aufzeichnungen polizeilicher Ermittlungsaktivitäten und -erfolge handelt, verändert eine Änderung der Fahndungsintensität und -methoden den Quotienten entscheidend. In Zeiten einer Intensivierung der Fahndung wird der Quotient von Erstangezeigten/WiederholerInnen steigen. Ebenso wird sich der Indikator I erhöhen.
- Die beobachtete Population ist offen. Es kommen ständig neue DrogenkonsumentInnen hinzu, während gleichzeitig Personen aus dem Drogenkonsum aussteigen. Ebenso spielt Migration eine wichtige Rolle.
- Die Formen der Öffentlichkeit im Bereich des illegalen Substanzkonsums bleiben und sind nicht unverändert. Die Wahrscheinlichkeit als DrogenkonsumentIn aufgegriffen zu werden, ist bei den einzelnen NutzerInnengruppen sehr ungleich verteilt, so dass sich Änderungen der Formen des Drogenkonsums auf die Anzeigestatistiken auswirken können, ohne dass die Prävalenz in der Gesamtbevölkerung zugenommen hat. Es könnte auch vorkommen, dass sich die Erstanzeigen und die beiden

Faktoren Q und I erhöhen, bei gleichzeitigem Sinken der Prävalenz in der Gesamtbevölkerung. Dies würde bedeuten, dass sich nur in bestimmten gesellschaftlichen Teilgruppen das Problem erhöht.

- Der prozentuelle Anteil der DrogenkonsumentInnen sollte im Verhältnis zu den DrogenhändlerInnen weitgehend gleich bleiben. Anhand der Registrierung der Vergehen und der Verbrechen nach dem SMG kann eine Unterscheidung zwischen KonsumentInnen und DrogenhändlerInnen getroffen werden. Über die letzten Jahre ist der Anteil der Vergehen weitgehend konstant geblieben.
- Die Chance, erneut (WiederholerInnen) nach dem SMG angezeigt zu werden, variiert nach Konsumgewohnheiten, Alter, Geschlecht, geographischer Lage und Substanz; sie kann sich auch durch veränderte Fahndungsmethoden verändern. Dadurch werden Q und I beeinflusst.

Das von Abelin und Knolle (2000) herangezogene Stufenmodell des Drogenkonsums wird hier nicht nachvollzogen, da dem zu viele weitere Vorannahmen zugrunde liegen - etwa die Annahme einer typischen Drogenkarriere von weichen zu harten Drogen. Diese hinterlegt den Daten eine Theorie von biographischen Konsumveränderungen in Bezug auf psychoaktive Substanzen. Weiters wird - wie einleitend erwähnt - die *relative* Inzidenz herangezogen, um Trends der Inzidenz abzulesen. Bei den erwähnten Unsicherheiten in Bezug auf die Datenlage, deren Qualität und deren Brauchbarkeit für die Auswertung, können diese Trends jedoch nur ungefähre Auskunft über Entwicklungen des problematischen Drogengebrauchs geben.

Ein erster Blick auf die Ergebnisse dieser Auswertungen liefert interessante Ergebnisse.

Die Entwicklung des Inzidenzindikators bei der Summe aller illegaler Substanzen nach den Anzeigestatistiken ist maßgeblich bestimmt durch den Verlauf bei den Cannabisanzeigen, denn zwei Drittel (65 Prozent) aller Anzeigen betreffen Cannabinoide. So sieht die Kurve der Anzeigen zu Cannabinoiden beinahe gleich wie diejenige bei der Summe aller Anzeigen aus. Der Höhepunkt des Inzidenzindikators wurde Mitte der 1990er-Jahre in den Jahren 1996-1998 erreicht. 1996 wurden mehr als 3,5-mal so viele Erstanzeigen vorgenommen als im Jahr 1993 und es gab mehr als doppelt so viele Anzeigen gegen ErsttäterInnen als gegen WiederholerInnen. Der Quotient von Erstangezeigten zu WiederholerInnen hat sich seit dem Jahr 2000 auf etwas unter 1 eingependelt, was etwa gleich vielen Anzeigen gegen WiederholerInnen und ErsttäterInnen entspricht.

Zur Bedeutung und Interpretation der Indikatoren:

5 Von illegalen Substanzen

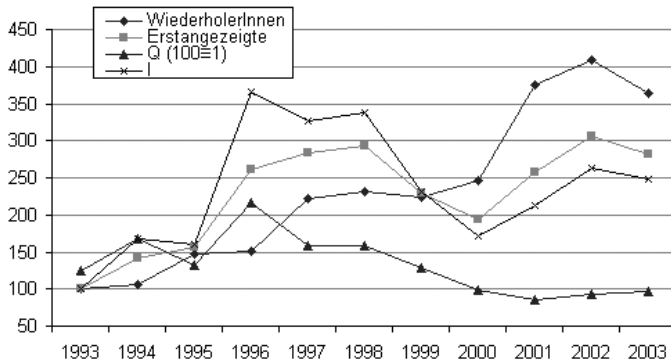


Abb. 5.25: Erstangezeigte, WiederholerInnen, Indikatoren Q und I für Oberösterreich bei illegalen Drogen gesamt, Basis 1993=100%, Quelle: BMI Jahresberichte, eigene Berechnung

Der Quotient Q als Verhältnis von Erstangezeigten/WiederholerInnen kann steigen, wenn viele neue KonsumentInnen angezeigt werden, also eine Inzidenzwelle vorzufinden ist. Der Quotient kann ebenso steigen, wenn viele LangzeitkonsumentInnen den Gebrauch von illegalen Substanzen aufgeben.

Der Inzidenzindikator I steigt ebenfalls, wenn bei gleichbleibenden Anzeigen, das Verhältnis von Erstangezeigten/WiederholerInnen Q sich zugunsten der Erstangezeigten verändert. Er steigt aber auch, wenn das Verhältnis Q gleich bleibt, und die Anzeigen steigen, da damit auch mehr Erstanzeigen verbunden sind.

Der Inzidenzindikator I kann ebenfalls steigen, wenn das Verhältnis von Erstangezeigten/WiederholerInnen Q sich zugunsten der WiederholerInnen verändert, gestiegene Gesamtanzeigen diese Veränderung aber mehr als ausgleichen. Diese Entwicklung ist zu sehen zwischen den Jahren 2000 und 2001.

In der ersten Hälfte bis zur Mitte der 1990er-Jahre haben wir folgende Entwicklung: Die Gesamtanzeigen und die Anzeigen gegen ErsttäterInnen steigen stark an. Der Quotient Q liegt beständig über 1 und steigt bis auf 2,2 im Jahr 1996. Der Inzidenzindikator I steigt bis auf 350 Prozent innerhalb von drei Jahren. Unter der Voraussetzung gleichbleibender Fahndungsintensität kann man von einer regelrechten Inzidenzwelle sprechen. Wie wir oben aber bereits gesehen haben, relativiert sich dieses Phänomen, wenn man die gestiegenen Fahndungsbemühungen der Exekutive berücksichtigt. Es ist klar, dass bei einsetzen der Fahndung zunächst ErsttäterInnen erreicht werden, da kein großer Pool an bereits Anzeigen vorhanden ist, während bei länger anhaltender Fahndung

zunehmend WiederholungstäterInnen sich im Netz der Fahndungsraster verfangen.

In den Jahren 1996 bis 1998 stiegen die Anzeigen insgesamt weiterhin an (siehe Abbildung 5.22), bei den Erstangezeigten war der Anstieg jedoch nur mehr moderat. Das Verhältnis von Erstangezeigten zu WiederholerInnen sank von 2,2 auf etwa 1,5. Der Inzidenzindikator I blieb auf hohem Niveau etwa gleich. In diesem Zeitraum kann eine Veränderung der Zusammensetzung der Gruppe der KonsumentInnen von illegalen Drogen beobachtet werden. Unter den angezeigten Personen befinden sich zunehmend bereits längerfristig konsumierende DrogengebraucherInnen, die wiederholt angezeigt werden.

Ende der 1990er-Jahre, zwischen 1998 und 2000, ist erstmals eine Abnahme der Anzeigen insgesamt zu beobachten. Die Anzeigen gegen ErsttäterInnen nehmen stark ab, ebenso sinkt das Verhältnis von Erstangezeigten zu WiederholerInnen unter den Wert 1, was bedeutet, dass erstmals im Beobachtungszeitraum seit 1993 im Jahr 2000 mehr WiederholerInnen als ErsttäterInnen angezeigt wurden. Gleichzeitig steigt die Anzahl der wiederholt angezeigten KonsumentInnen in diesem Zeitraum auch in absoluten Zahlen. Für dieses Phänomen gibt es zwei plausible Interpretationen. Einerseits kann tatsächlich der Zugang von neuen KonsumentInnen von illegalen Drogen zurückgegangen sein und die Anzeigen richten sich vermehrt gegen Personen, die schon länger konsumieren bzw. die sich bei ihrem Konsum von illegalen Substanzen nicht von den strafrechtlichen Sanktionen abschrecken lassen. Andererseits können sich auch die Fahndungsmodalitäten derart verändert haben, d. h. dass bei sinkender Fahndungsintensität sich die Fahndung auf „amtsbekannte“ DrogengebraucherInnen konzentrierte. Klar ist, dass bei der vorangegangenen hohen Inzidenzrate Mitte der 1990er-Jahre, um das Jahr 2000 potenziell mehr Personen wiederholt angezeigt werden konnten.

Die Jahre 2001 und 2002 sind wieder durch einen starken Anstieg bei den Anzeigen nach dem SMG insgesamt gekennzeichnet. Wobei sich diese Anzeigen gleichermaßen gegen ErsttäterInnen wie gegen WiederholerInnen richteten, der Quotient Q blieb praktisch gleich. Insgesamt erreichten die Erstanzeigen wieder das Niveau der Jahre 1996 bis 1998, während die Anzeigen gegen Wiederholungstäter nach wie vor kräftig stiegen. Im Jahr 2003 war schließlich ein leichter Rückgang bei gleichbleibendem Verhältnis von Erstangezeigten zu WiederholerInnen zu verzeichnen.

Zusammenfassend: Wie in Abbildung 5.23 zu sehen, ist in dem hier dargestellten Zeitraum von 1993 bis 2003 der Vergehensanteil an den Anzeigen nach dem SMG weitgehend gleich geblieben (sie machen durchwegs einen Anteil um die 90 Prozent aus), so dass die Veränderungen der Fallzahlen in erster Li-

5 Von illegalen Substanzen

nie auf die Anzeigen gegenüber den KonsumentInnen von illegalen Substanzen und weniger auf Anzeigen gegenüber der so genannten organisierten Drogenkriminalität zurückzuführen sind. Daneben wird sichtbar, dass Mitte der 1990er-Jahre eine Inzidenzwelle zu verzeichnen war - zurückzuführen auf tatsächlich gestiegenen Konsum von illegalen Substanzen wie auch die gestiegenen Fahndungsbemühungen der Exekutive. Seit diesem Zeitpunkt sinken bzw. stagnieren die Anzeigen gegenüber ErsttäterInnen, während die Anzeigen gegen WiederholungstäterInnen im Gesamtzeitraum 1993 bis 2003 stetig ansteigen. Einerseits ist diese Entwicklung logisch, da bei vorangegangener hoher Inzidenz die Chance, die bereits registrierten KonsumentInnen erneut zu erwischen, steigt. Gleichzeitig lässt sie die Frage offen, ob nicht auch bequemere Fahndungsmethoden zur Anwendung gebracht werden, indem bereits bekannte KonsumentInnen bevorzugt überwacht werden.

Sieht man auf die Anzeigen in Zusammenhang mit Cannabinoiden (Abbildung 5.26), so ergibt sich über den Zeitraum von 1993 bis 2003 ein ähnliches Bild wie bei den Anzeigen insgesamt. Kein Wunder, denn zwei Drittel aller Anzeigen richten sich gegen CannabiskonsumentInnen und -händlerInnen.

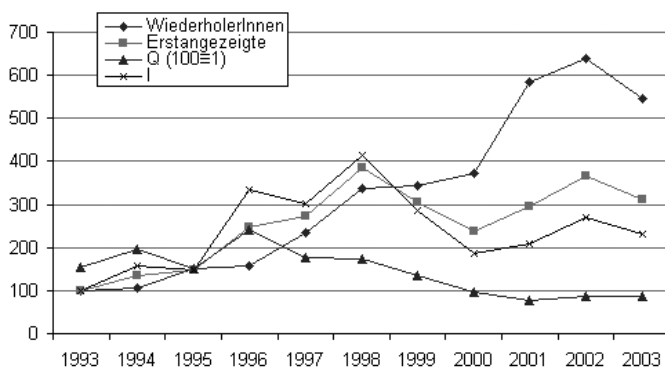


Abb. 5.26: Erstangezeigte, WiederholerInnen, Indikatoren Q und I für Oberösterreich bei Cannabis, Basis 1993=100%, Quelle: BMI Jahresberichte, eigene Berechnung

Die Spitze des Inzidenzindikators und der Anzeigen gegen ErsttäterInnen wird allerdings etwas später, im Jahr 1998 erreicht, während die anderen Verlaufskurven beinahe ident sind. Zu bemerken ist auch noch eine ausgeprägtere Steigerung der Anzeigen gegen WiederholungstäterInnen. Die Sorge um Entdeckung des Cannabiskonsums scheint geringer als bei anderen illegalen Substanzen zu sein.

Eine ganz andere Entwicklung kann im Bereich der Opiate bzw. bei Heroin beobachtet werden. Hier blieben die Anzeigen während der gesamten 1990er Jahre auf einem niedrigen Niveau bzw. sanken sogar leicht. Ab dem Jahr 2000 hingegen steigen die Anzeigen und auch der Inzidenzindikator kontinuierlich und stark an. Diese Beobachtung bestätigt sich bei den Diagnosedaten der oberösterreichischen Landeskrankenanstalten, bei denen ebenfalls bei den Opioiden eine Zunahme zu verzeichnen ist.

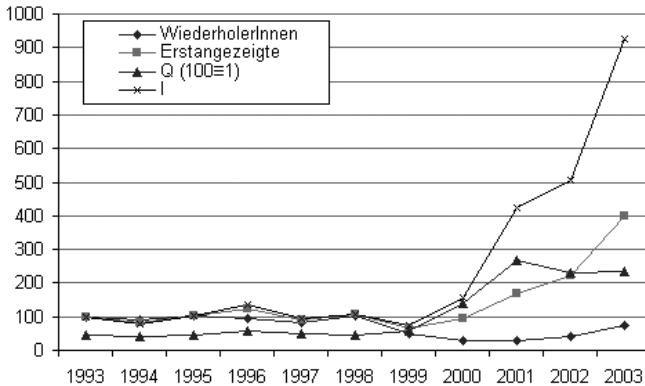


Abb. 5.27: Erstangezeigte, WiederholerInnen, Indikatoren Q und I für Oberösterreich bei Heroin, Basis 1993=100%, Quelle: BMI Jahresberichte, eigene Berechnung

Die Zunahme der Anzeigen bei Heroin kann auch keinesfalls auf höhere Erfolgsquoten gegen den Handel mit Heroin zurückgeführt werden, da der Anstieg seit dem Jahr 2000 den Anzeigen gegenüber Vergehen nach § 27 des SMG geschuldet ist. Im Jahr 2000 wurden 62 Anzeigen nach § 27 und 24 Anzeigen nach § 28 gestellt, im Jahr 2003 waren dies nach § 27 240 Anzeigen und nach § 28 53 Anzeigen. Betrug das Verhältnis von Vergehen zu Verbrechen im Jahr 2000 noch 2,5:1 so betrug es im Jahr 2003 etwa 4,5:1.

Die Drogenberatungsstellen und die Landesdrogenkoordination (zuständig für die Substitutionsbehandlungen) bestätigen diesen Trend ebenfalls. Zurückgeführt wird das Ansteigen der Inzidenz bei den Opiaten auf neue Konsumformen. Das herkömmliche Bild des Heroinjunkies trifft nicht mehr zu und ist überholt. Opiate werden immer häufiger gesniffet und geraucht, wobei der Opiatkonsum in erster Linie Beikonsum zu anderen, aufputschenden Substanzen ist. Die Anzahl der sogenannten „alten“ BenutzerInnen von Heroin hat sich im Laufe der 1990er-Jahre vermindert, dafür ist seit drei bis vier Jahren ein Anstieg bei jungen

KonsumentInnen von Opiaten zu beobachten. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Anzeigen bzw. die polizeiliche Fahndungstätigkeit einen Filter für die Wahrnehmung der Beratungsstellen und der Landesdrogenkoordination darstellen. Personen, die im Rahmen des SMG angezeigt werden, finden sich verstärkt in den Beratungsstellen wieder.

5.3.2 Substitutionsdaten der oberösterreichischen Drogenkoordinationsstelle

In Oberösterreich gibt es praktisch keine offene Drogenszene. Die Szene ist versteckt und gekennzeichnet durch Privatkontakte, Kleinhandel und halböffentliche, kleine Szenetreffs. Sie konzentriert sich nicht auf die städtischen Ballungszentren, sondern ist auch regional gestreut. In den drei Statutarstädten Linz, Wels und Steyr wohnen etwas mehr als die Hälfte der Substituierten und 47 Prozent der Substituierten sind in den restlichen oberösterreichischen Bezirken zu finden.

„Die Methadonbehandlung galt bis Ende der 1980er-Jahre als Methode der zweiten Wahl. Sie war für Opiatabhängige vorgesehen, die mindestens zwei Jahre Opiate gebraucht hatten und wegen ihrer Abhängigkeit bereits in abstinenzorientierten Behandlungen gewesen waren.

Mitte der 1980er-Jahre erfuhr diese Sichtweise einen tiefgreifenden Wandel. Mit der ansteigenden Zahl von HIV-Infektionen unter DrogengebraucherInnen und mit der zunehmenden Verschlechterung ihrer medizinischen und sozialen Situation geriet das Behandlungs- und Betreuungssystem unter Druck, sein Angebot den Gegebenheiten anzupassen und zu diversifizieren. Begründet wurde diese Forderung mit der Feststellung, dass selektive Therapieprogramme mit hoher Eintrittsschwelle angesichts der immer schlechter werdenden Lebensbedingungen von DrogengebraucherInnen nicht mehr vertretbar seien. Vielmehr würden diese Lebensbedingungen eine Soforthilfe nahelegen, die nur im Rahmen eines niedrighwelligen Angebots gewährleistet werden könne.“ (Dobler-Mikola, 1998)

Die Ausrichtung der Substitution beschränkt sich auch in Oberösterreich nicht mehr auf eine homogene Zielgruppe, sondern sie diversifizierte sich in den letzten Jahren zunehmend. Dies hängt stark von den veränderten Konsummustern bei den Opiaten ab. Nach Berichten der Drogenhilfe und der Landesdrogenkoordination in OÖ kam es zu einer Entzauberung des Heroins und einer Vervielfältigung der Konsumformen (Applikationsformen: Sniefen, Folienrauchen, oral, intravenös; Applikationsumstand: Beikonsum, Funktionalisierung des Konsums).

So handelt es sich laut Einschätzung der Landesdrogenkoordination bei den SubstitutionspatientInnen derzeit um drei Hauptgruppen:

- relativ stabile KlientInnen (soziale Indikation, kein langjähriger intravenöser Konsum)
- sogenannte „Szeneleute“ (soziales Milieu und Schwerpunkt in der Szene)
- sogenannte „Altjunkies“ (reduziert sich anteilmäßig).

Verschafft man sich einen Überblick über die Altersverteilung und das Geschlechterverhältnis der SubstitutionspatientInnen, so überwiegen PatientInnen im Alter von 30 bis 50 Jahren ganz klar. Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen beträgt nicht ganz 3:1.

Alter	männlich	weiblich	Gesamt
0 bis vollendetes 21. Lj.	22	4	26
22. - vollendetes 25. Lj.	40	13	53
26. - 30. vollendetes Lj.	44	21	65
30. - 40. vollendetes Lj.	128	52	180
41. - 50. vollendetes Lj.	112	33	145
51 und darüber	4	5	9
Gesamt	350	128	478

Tab. 5.24: SubstitutionspatientInnen in Oberösterreich 2003, Quelle: Drogenkoordination OÖ

Allerdings verschieben sich diese Verhältnisse in den letzten Jahren in Richtung jüngere PatientInnen und im Verhältnis zu den Frauen sind immer mehr Männer in der Substitutionsbehandlung zu finden. Der Anstieg bei jungen Erwachsenen (18-24 Jahre) wird von seiten der Landesdrogenkoordination durch zwei Faktoren erklärt: erstens ist die Bekanntheit und Akzeptanz der Substitutionsbehandlung gestiegen und zweitens sind heute die Verschreibungsmodalitäten niedrigschwelliger.

Bei den Neuzugängen in den Substitutionseinrichtungen liegen die Frauen in den letzten Jahren stabil bei 20 bis 30 Fällen, während bei den Männern ein starker Anstieg zu beobachten ist. Das Geschlechterverhältnis bei den Neuzugängen beträgt im Jahr 2003 schon beinahe 5:1 (männlich:weiblich).

Über die Inzidenzsubstanz (hauptsächlich konsumierte Substanz vor Beginn der Substitutionsbehandlung) liegen leider keine Auswertungen vor. Doch nach Aussagen der behandelnden Einrichtungen scheinen retardierte Morphine eine wichtige Rolle am Schwarzmarkt einzunehmen.

5 Von illegalen Substanzen

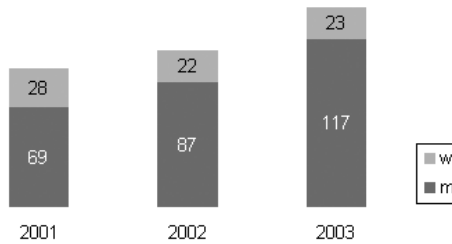


Abb. 5.28: Neuzugänge SubstitutionspatientInnen in OÖ 2001-2003 nach Geschlecht, Quelle: Drogenkoordination OÖ

Über den Einsatz von retardierten Morphinen in der Substitutionsbehandlung gibt es derzeit größere Auseinandersetzungen. Da sich beispielsweise retardierte Morphine in ihrer Wirkungsweise sehr gut zum intravenösen Konsum eignen, ist diese Substanzgruppe auch am Schwarzmarkt beliebt und häufig im Umlauf. Das für die orale Einnahme unbedenkliche Talkum, das als Gleitmittel in der Hülle des Wirkstoffs verwendet wird, kann aber, intravenös in die Blutbahn gelangend, möglicherweise höchst bedenkliche körperliche Folgen nach sich ziehen.²³ Hier gibt es zweifellos Handlungsbedarf. Da sich bei retardierten Morphinen der Talkumanteil abwaschen lässt, ist hier zuverlässige Aufklärung notwendig. Das Hauptproblem scheint der weit verbreitete intravenöse Beikonsum von Benzodiazepinen zu sein, denn hier ist der Wirkstoff nicht vom Talkumanteil zu trennen.

„Demnach kann i.v. appliziertes Talkum zu teilweise schweren und meist irreversiblen Schäden der Lunge, aber auch in anderen Organen führen. Diese Schäden können durch den i.v. Konsum von talkumhaltigen Arzneimitteln wie z.B. Substitutionsmitteln, aber auch von mit Talkum gestrecktem Heroin bzw. Kokain induziert werden. Dies wurde vom Gesundheitsressort als Anlass genommen, ein Expertenhearing einzuberufen. In der Folge wurde beim Drogenforum im April 2004 die Gründung eines Arbeitskreises zu 'Optimierung der Substitutionsbehandlung' beschlossen. Dieser behandelt Verbesserungsmöglichkeiten der Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung generell (z.B. Abgabesicherheit, Fortbildung [...]), ein Subarbeitskreis zum Thema 'retardierte Morphine' soll sich speziell mit Nutzen und Risiken des Einsatzes von retardier-

²³ Es muss an dieser Stelle betont werden, dass es mögliche Risiken sind - aber bisher auf Grund von mangelnder Datenlage vollkommen unklar ist, wieweit diese zum Tragen kommen.

ten Morphinen in der Substitutionsbehandlung auseinandersetzen.“ (Haas et al., 2004, 31)

Allerdings sind die Lösungsansätze nicht einfach in einer Diskussion: „retardierte Morphine - ja oder nein“ zu finden. Das entscheidende Kriterium ist die Applikationsform in der Substitution. Wie jeder RaucherIn weiß, ist die Applikationsform entscheidender als der Wirkstoff, ein Nikotinpflaster kann einen Zug an einer Zigarette nur bedingt ersetzen. Und die orale Applikationsform in der Substitution scheint den intravenösen Konsum ebenso nicht ganz ersetzen zu können. Es ist in diesem Zusammenhang sicher über eine intravenöse Substitution - eventuell mit Heroin, wie dies in der Schweiz, England, den Niederlanden, Deutschland und Spanien bereits praktiziert wird bzw. sich in der Versuchsphase befindet oder anderen intravenös konsumierbaren Substitutionssubstanzen - auch in Österreich anzudenken. Gerade wenn man an eine der Hauptaufgaben der Substitutionsbehandlung denkt, die soziale und körperliche Stabilisierung der PatientInnen, sollte über diese Möglichkeit offen diskutiert werden.

Eine vertiefende Expertise der heroingestützten Behandlung findet sich in der Studie von Springer (2003), in der Ergebnisse internationaler Programme analysiert werden.²⁴

²⁴ Als Empfehlung für die österreichische Situation schließt Springer: „Bei der Entwicklung von Vorstellungen über eine österreichische Variante der HeGeBe ist zu bedenken, dass das hervorsteckende Spezifikum der österreichischen Ausprägung der oralen Substitutionsbehandlung darin besteht, dass neben Methadon auch andere Opiate abgegeben werden. Daraus ergibt sich auch als unerwünschte, nichtsdestoweniger aber reale Konsequenz, dass der injizierende Gebrauch in der Drogenszene sich nicht auf die Injektion von Heroin beschränkt. Es werden im Szenekontext auch die verschreibbaren oralen Zubereitungen sowohl von Methadon wie von Morphinderivaten zweckentfremdet zur Injektion verwendet, wobei diese Einnahmeform spezielle Risiken birgt.

Wenn eine Erweiterung der Substitutionsangebote geplant wird, um bislang unzugängliche injizierende Gebrauchler in das Behandlungsnetz einzugliedern, ist es daher sinnvoll, nicht von einem 'Projekt zur Heroinverschreibung' auszugehen, sondern, wie oben bereits festgestellt, eine Erweiterung und Optimierung der Substitutionsbehandlung im Sinne eines mehrdimensional diversifizierten Substitutionsangebots unter entsprechender Begleitforschung in die Wege zu leiten. Das heißt, dass ein Programm entwickelt wird, das nicht nur hinsichtlich der angebotenen Substanzen, sondern auch hinsichtlich der Einnahmeform diversifiziert ist und an die Verhältnisse in der Szene angepasst ist. Eine Fokussierung auf Heroin ist zu vermeiden, alle sceneüblichen und verfügbaren Mittel sollten in verschiedener Einnahmeform für die Substitution verfügbar sein. Insbesondere sollte eine Bindung der intravenösen Substitution an Heroin vermieden werden. Bestimmte Erfahrungen aus den Niederlanden und aus England, die wir vorgestellt haben, sprechen dafür, dass in diesem erweiterten Angebot sich bei freier Wahlmöglichkeit durchaus relevante Teilpopulationen für andere Optionen als Heroin, in welcher Form auch immer, oder für den Gebrauch von Heroin in einer relativ gering riskanten Einnahmeform entscheiden würden. Die Begleitforschung zu diesem Programm

5 Von illegalen Substanzen

Der Wechsel von Methadon zu retardierten Morphinen und Buprenorphinen in der Substitution stellt auch einen Wechsel der Ziele und der Klientel dar. Das hängt mit der stärker auf soziale Indikation ausgerichteten Zielsetzung der Substitutionsbehandlung zusammen.

Neuzugänge werden dementsprechend vermehrt auf alternative Substanzen - retardierte Morphine und Buprenorphine - eingestellt (speziell Frauen und junge Erwachsene).

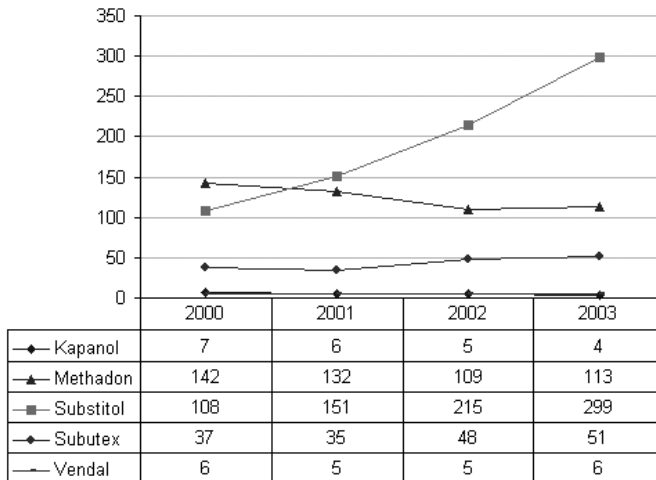


Abb. 5.29: SubstitutionspatientInnen in OÖ 2000-2003 nach Substanz, Quelle: Drogenkoordination OÖ

Die Verschreibungspraxis der Substitutionsbehandlung berücksichtigt hinsichtlich der Substanzen mehrere Faktoren. Zum einen steht die persönliche Situation der SubstitutionspatientInnen im Vordergrund. Hier kommen die Aspekte wie die körperliche, psychische und soziale Situation der PatientInnen zum Tragen. Die Wahl der Substitutionsmittel muss etwa ihre Wirkungen (antriebssteigernde, sedierende) im Zusammenspiel der Komorbidität berücksichtigen. Zum anderen hängt die Substanzwahl von den schon angesprochenen generellen Zielsetzungen der Substitution ab. Etwa die Bemühung, auf das Schwarzmarktgeschehen mithilfe der Substitution Einfluss zu nehmen und Gruppen von KonsumentInnen anzusprechen, die mit dem bisherigen Sub-

... sollte als Komponente die Identifikation für die injizierende Einnahme besonders geeigneter Substanzen und Zubereitungen einschließen.“ (Springer, 2003, 200)

stanzspektrum nicht angesprochen werden konnten und können. Der verstärkte Einsatz von retardierten Morphinen wird dementsprechend auch als Maßnahme betrachtet, um unkontrollierte Opiate vom Markt zu verdrängen und um gleichzeitig zu BenutzerInnengruppen Zugang zu finden, die mit Methadon nicht in Behandlung kämen.

Ein Überblick über die drei wichtigsten Substitutionsmittel hinsichtlich ihrer Wirkung und den Zielgruppen lässt sich folgendermaßen beschreiben:

- Buprenorphine (Subutex, synthetischer Agonist-Antagonist-Mischtyp): klare Wirkung - für abstinenzorientierte KlientInnen, die eine kürzer dauernde „Drogenkarriere“ hinter sich haben und bei denen keine psychische Komorbidität vorliegt. Eine aktuelle Diskussion zu den Buprenorphinen ist im Bericht zur Drogensituation 2004 des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen zu finden (vgl. [ÖBIG 2004], 61ff)
- Methadon (Antagonist): Nebenwirkungen wie Apathie, Libidostörung, Gewichtszunahme, Schwitzen werden oftmals als abschreckend empfunden - KlientInnen: SubstitutionspatientInnen, die schon lange eingestellt sind bzw. aktuell kaum noch einen Szenezugang haben.
- retardierte Morphine (Substitol, Kapanol, Vendal): geringere Nebenwirkungen, verträglicher als Methadon, ist von der Wirkung auch intravenös gut konsumierbar, allerdings mit bedenklichen körperlichen Folgewirkungen bei unsachgemäßem Gebrauch, grundsätzlich nur in oraler Applikationsform erhältlich, Schwarzmarktwert hoch - vor allem Neuzugänge aus der „Szenepopulation“ werden auf Substitol eingestellt.

Indikation	männlich	weiblich	Gesamt
erfolglose Entzüge	51	12	63
HIV u. erfolglose Entzüge	0	1	1
HIV	1	0	1
soziale Indikation	59	10	69
Gesamt	111	23	134

Tab. 5.25: Substitutionsindikation der Neuzugänge in Oberösterreich 2003, Quelle: Drogenkoordination OÖ

Wenn man die Indikationen der Neuzugänge betrachtet, so handelt es sich im Wesentlichen um zwei Indikationen, die soziale Indikation und erfolglose Entzüge. Bei der sozialen Indikation wird davon ausgegangen, dass auf Grund der sozialen Situation (Gesamtsituation; gesundheitliche Situation: Hepatitis; Schwangerschaft, Arbeit, Wohnung, Familie-Partner) ein unmittelbarer Entzug

5 Von illegalen Substanzen

unrealistisch erscheint. Vorrangiges Ziel ist die Stabilisierung der PatientInnen und gleichzeitig die Vorbereitung für andere Maßnahmen wie etwa Abstinenzmotivation.

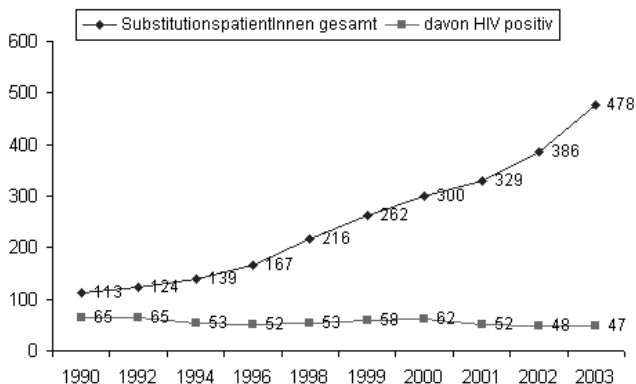


Abb. 5.30: SubstitutionspatientInnen in OÖ 1999-2003, Quelle: Drogenkoordination OÖ

Einem kontinuierlichen Anstieg von SubstitutionspatientInnen seit dem Jahr 1990 steht ein fallender Anteil an HIV-positiven PatientInnen gegenüber. HIV als Indikation gab es 2003 nur in einem Fall. Und es ist zu sehen, dass HIV bei den SubstitutionspatientInnen in absoluten Zahlen seit 1990 tendenziell im Abnehmen begriffen ist. Gab es im Jahr 1990 noch 65 Substituierte mit HIV so sind es 2003 um ein Drittel weniger (47 Fälle). An dieser Entwicklung ist auch klar die Veränderung der Zielsetzung der Substitution nachzuvollziehen. Machte 1990 der Anteil der HIV indizierten PatientInnen noch 57 Prozent aller Substituierten aus, so sind es 2003 nur mehr zehn Prozent. Die Selbstdefinition der Substitutionseinrichtungen hat sich dementsprechend von einer aus der Not geborenen Institution zur Verhinderung gravierender sozialer und physischer Schädigungen von DrogenkonsumentInnen zu einer Institution, die eine umfassende integrative Aufgabe für problematische DrogenkonsumentInnen übernimmt, verändert.

5.3.3 Drogenbedingte Diagnosedaten der öffentlichen Krankenhäuser OÖ (LKF-Daten)

5.3.3.1 Alle drogenindizierten Diagnosen

Die Zusammenfassung aller drogenindizierten Diagnosen in Oberösterreich zeigt seit dem Jahr 2001 einen leichten Anstieg. Im Jahr 2001 wurden in Ober-

österreichs öffentlichen Krankenanstalten bei 883 Behandlungen Diagnosen mit Bezug auf illegale Substanzen gestellt. Im Jahr 2003 handelte es sich um 1049.

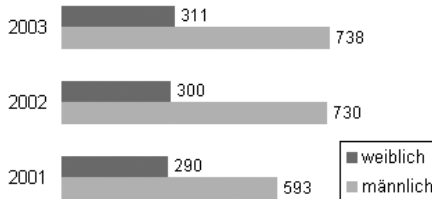


Abb. 5.31: Diagnosecluster alle Drogendiagnosen in OÖ 2001-2003 nach Geschlecht, Quelle: LKF-Daten, eigene Auswertungen

Die Geschlechterverteilung der drogenindizierten Behandlungsepisoden liegt aktuell bei etwa 2:1 bis 2,5:1 (männlich:weiblich) und weicht damit von den Angaben zu den Prävalenzraten ab. Ist bei den Prävalenzen eine Angleichung zwischen den Geschlechtern zu beobachten, so sind die daraus resultierenden Konsequenzen unterschiedlich verteilt. Die Wahrscheinlichkeit, auf Grund des Konsums illegaler Substanzen in Behandlung zu kommen, ist bei den Männern höher als bei Frauen. Dies ist ein Hinweis auf einen risikoreicheren Lebensstil der männlichen Drogenkonsumenten, der sich auf der Ebene des Drogengebrauchs in einem intensiveren, häufigeren und härteren Umgang mit psychoaktiven Substanzen manifestiert.

Sieht man auf die Altersverteilung der Drogendiagnosen, so sind die höchsten Werte in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen zu finden. Beinahe drei Fälle auf 1000 EinwohnerInnen werden pro Jahr in dieser Altersgruppe in öffentlichen Krankenanstalten drogenbedingt behandelt. Bei den 25- bis 29-Jährigen sind zwei Fälle auf 1000 OberösterreicherInnen zu beobachten.

Vergleicht man die Diagnosedaten mit den Eigenangaben zum Konsum, so ist bei den illegalen Substanzen festzustellen, dass die Behandlungsepisoden den Konsumepisoden bzw. dem Konsumeinstieg zeitlich nicht lange hinterherhinken. Im Gegensatz dazu treten die alkohol- und nikotinbedingten Diagnosen mit einer zeitlichen Verzögerung von 10 bis 30 Jahren nach dem Konsumeinstieg bei stationären Behandlungen in Erscheinung.

Die diagnostische Praxis nach dem Diagnoseschema ICD-10 erlaubt eine Differenzierung der Drogendiagnosen in Hinblick auf Abhängigkeit und Vergiftungen durch den Gebrauch illegaler Substanzen. Analysiert man die Diagnosen nach Substanzen, so setzen sich die drogenbedingten Diagnosen im wesent-

5 Von illegalen Substanzen

Altersgruppe	Entlassungen bei Drogenstörungen (Gesamt)	Belagstage bei Drogenstörungen (Gesamt)	Belagsdauer in Tagen (Durchschnitt)	Wohnbevölkerung	Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen
0 - 14 J.	9	142	15,78	239.525	3,8
15 - 19 J.	133	1.317	9,9	88.698	149,9
20 - 24 J.	243	2.286	9,41	89.205	272,4
25 - 29 J.	172	1.469	8,54	82.357	208,8
30 - 39 J.	211	3.071	14,55	215.658	97,8
40 - 49 J.	162	1.610	9,94	217.804	74,4
50 - 59 J.	59	799	13,54	157.008	37,6
60 J. u.ä.	60	727	12,12	291.544	20,6
Gesamt	1.049	11.421	10,89	1.381.799	75,9

Tab. 5.26: Diagnosecluster alle Drogendiagnosen in Oberösterreich 2003 nach Alter, Quelle: LKF-Daten, eigene Auswertung

lichen aus Diagnosen bezüglich multiplen Substanzgebrauchs, Opioiden und Cannabinoiden zusammen. Im Folgenden werden Abhängigkeit, Vergiftungen und die drei Hauptbereiche bei den Drogendiagnosen dargestellt.

5.3.3.2 Diagnostizierte Drogenabhängigkeit

Bei der Diagnose einer Abhängigkeit von einer psychoaktiven Substanz (bzw. eines Abhängigkeitssyndroms) „handelt es sich um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, psychotrope Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren. Es gibt Hinweise darauf, dass die weiteren Merkmale des Abhängigkeitssyndroms bei einem Rückfall nach einer Abstinenzphase schneller Auftreten als bei Nichtabhängigen.“ (World Health Organization, 1993, 92f)

Diagnostische Leitlinien sind:

Die sichere Diagnose „Abhängigkeit“ sollte nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.

2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom (siehe F1x3 und F1x4) bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholikern und Opiatabhängigen, die bei KonsumentInnen ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden).
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z. B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass die/der KonsumentIn sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

Abhängigkeitsdiagnosen machen den Hauptteil der drogenbedingten Diagnosen in Oberösterreichs öffentlichen Krankenanstalten aus. 58 Prozent der Diagnosen (604 von 1049 Fällen) werden als Abhängigkeiten von psychoaktiven Substanzen identifiziert.

Die Geschlechterverteilung ist noch etwas deutlicher in Richtung Männeranteil verschoben als bei den Drogendiagnosen insgesamt, so dass die oben erwähnte Vermutung, dass Männer einen risikoreicheren und härteren Umgang mit psychoaktiven Substanzen pflegen als Frauen, sich bestätigt. Das Verhältnis Männer:Frauen beträgt 2,5:1 im Jahr 2003 bis beinahe 3:1 im Jahr 2002. Auffällig ist die unterschiedliche geschlechtsspezifische Entwicklung der Abhängigkeitsdiagnosen seit dem Jahr 1999. Damals betrug das Verhältnis Männer:Frauen beinahe nur 1,5:1 und auch die Fälle Frauen betreffend lagen in absoluten Zahlen deutlich über denen aus dem Jahr 2003. Bei den Männern hingegen stieg seit dem Jahr 1999 die Anzahl der Fälle kontinuierlich an.

5 Von illegalen Substanzen

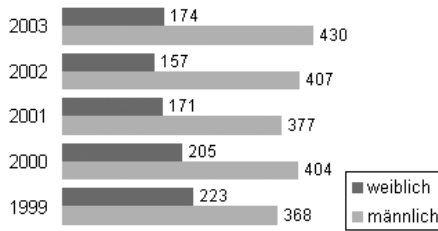


Abb. 5.32: Diagnosecluster Drogenabhängigkeit in OÖ 1999-2003 nach Geschlecht, Quelle: LKF-Daten, eigene Auswertungen

Altersgruppe	Entlassungen bei Drogenabhängigkeit	Belagstage bei Drogenabhängigkeit	Belagsdauer in Tagen (Durchschnitt)	Wohnbevölkerung	Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen
0 - 14 J.	4	109	27,25	239.525	1,7
15 - 19 J.	60	607	10,12	88.698	67,6
20 - 24 J.	124	1.224	9,87	89.205	139
25 - 29 J.	107	810	7,57	82.357	129,9
30 - 39 J.	144	2.435	16,91	215.658	66,8
40 - 49 J.	112	1.017	9,08	217.804	51,4
50 - 59 J.	33	439	13,3	157.008	21
60 J. u.ä.	20	240	12	291.544	6,9
Gesamt	604	6.881	11,39	1.381.799	43,7

Tab. 5.27: Diagnosecluster Drogenabhängigkeit in Oberösterreich 2003 nach Alter, Quelle: LKF-Daten, eigene Auswertung

Das Plateau der Abhängigkeitsdiagnosen liegt in der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen und ist damit breiter gestreut als bei den drogenbedingten Diagnosen insgesamt, wo sich der höchste Wert in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen deutlicher von den übrigen Altersgruppen absetzt. Etwa 130 bis 140 Fälle an Abhängigkeit pro 100.000 EinwohnerInnen wurden im Jahre 2003 unter den 20- bis 29-jährigen OberösterreicherInnen diagnostiziert. In der Gesamtbevölkerung handelte es sich um 43 Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen.

5.3.3.3 Vergiftungen durch Gebrauch illegaler Substanzen

Einen geringen Anteil an den drogenbedingten Diagnosen machen die Vergiftungen durch den Konsum psychoaktiver Substanzen aus. Hier werden alle Arten von Intoxikationen gesammelt und wie bei den Alkoholintoxikationen ziehen sie in den allermeisten Fällen keine tödlichen Konsequenzen nach sich. Im Jahr

2003 wurden 72 Fälle insgesamt registriert. Davon betrafen 32 Diagnosen Frauen und 40 Fälle waren bei Männern zu behandeln.

Altersgruppe	Entlassungen bei Drogenvergiftungen	Belagstage bei Drogenvergiftungen	Belagsdauer in Tagen (Durchschnitt)	Wohnbevölkerung	Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen
0 - 14 J.	1	2	2	239.525	0,4
15 - 19 J.	14	36	2,57	88.698	15,8
20 - 24 J.	14	47	3,36	89.205	15,7
25 - 29 J.	8	59	7,38	82.357	9,7
30 - 39 J.	9	52	5,78	215.658	4,2
40 - 49 J.	11	72	6,55	217.804	5,1
50 - 59 J.	5	86	17,2	157.008	3,2
60 J. u.ä.	10	95	9,5	291.544	3,4
Gesamt	72	449	6,24	1.381.799	5,2

Tab. 5.28: Diagnosecluster Drogenvergiftungen in Oberösterreich 2003 nach Alter, Quelle: LKF-Daten, eigene Auswertung

Wie auch bei akuten Alkoholintoxikationen zu beobachten, betreffen drogenbedingte Vergiftungen etwas stärker die jüngeren KonsumentInnen. So ist das Plateau der Vergiftungsdiagnosen in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen zu finden. Etwa 16 Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen treten in dieser Altersgruppe jährlich auf. Gründe hierfür können in der geringeren Konsumerfahrung und dem damit verbundenen geringeren Gebrauchswissen, in der höheren körperlichen Vulnerabilität Jugendlicher sowie der höheren Bereitschaft zu riskantem Konsum gesehen werden.

5.3.3.4 Multipler Substanzgebrauch

Multipler Substanzgebrauch ist an sich ein unscharfer Begriff, der unterschiedliche Sachverhalte beschreibt. Zum einen wird damit ein zeitlich eng begrenzter, sich überlagernden Konsum mehrerer psychoaktiver Substanzen gemeint. Andererseits kann damit ein Konsum mehrerer Substanzen gemeint sein, der zwar in einem bestimmten Zeitraum (z.B. 30 Tage) stattfindet, bei dem sich die Wirkungen des Konsums der verschiedenen Substanzen jedoch nicht überlagern. Peter Tossmann spricht im ersten Fall von „Mischkonsum“, im zweiten Fall von „Beigebrauch“ oder „von einem polyvalenten beziehungsweise polytoxikomanen Gebrauchsmuster“. (Tossmann, 2000)

Die Diagnosedaten erlauben es nicht zwischen diesen Gebrauchsformen zu unterscheiden, außerdem muss betont werden, dass mit dem Gebrauch von illegalen Substanzen der Gebrauch von Alkohol und Nikotin eng verbunden ist.

5 Von illegalen Substanzen

Altersgruppe	Entlassungen bei mult. Substanzkonsum	Belagstage bei mult. Substanzkonsum	Belagsdauer in Tagen (Durchschnitt)	Wohnbevölkerung	Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen
0 - 14 J.	3	17	0	239.525	1,3
15 - 19 J.	76	775	10,2	88.698	85,7
20 - 24 J.	133	1.325	9,96	89.205	149,1
25 - 29 J.	96	788	8,21	82.357	116,6
30 - 39 J.	123	1.978	16,08	215.658	57
40 - 49 J.	92	889	9,66	217.804	42,2
50 - 59 J.	34	452	13,29	157.008	21,7
60 J. u.ä.	23	282	12,26	291.544	7,9
Gesamt	580	6.506	11,22	1.381.799	42

Tab. 5.29: Diagnosecluster multipler Substanzgebrauch in Oberösterreich 2003 nach Alter, Quelle: LKF-Daten, eigene Auswertung

Etwas mehr als die Hälfte aller drogenbedingten Diagnosen werden bezüglich multiplen Substanzgebrauchs gestellt. Die Alters- sowie die Geschlechterverteilung entsprechen dem Durchschnitt bei den drogenbedingten Diagnosen insgesamt. Unter den 20- bis 24-jährigen OberösterreicherInnen wurden im Jahr 2003 etwa 150 Fälle an multiplen Substanzgebrauch pro 100.000 OberösterreicherInnen diagnostiziert.

5.3.3.5 Diagnosen bei Opioiden

Opioide sind die bedeutendste Substanzgruppe, auf Grund deren Konsums es zu Behandlungsepisoden in Oberösterreichs Krankenanstalten kommt. Insgesamt gab es im Jahr 2003 266 stationäre Behandlungen. Im Durchschnitt traten 20 Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen auf. Dabei stehen 183 Männern 83 Frauen gegenüber.

Bei Opioiden ist ersichtlich, dass das Durchschnittsalter über dem Durchschnittsalter bei den übrigen drogenbedingten Diagnosen liegt. Der höchste Wert an Fällen pro 100.000 EinwohnerInnen liegt mit 58 in der Gruppe der 25- bis 29-jährigen.

5.3.3.6 Cannabisdiagnosen

Die Substanzgruppe der Cannabinoide erfuhr in den 1990er-Jahren zunehmende Beliebtheit. Jedoch ist umstritten, inwieweit der Konsum von Cannabis körperliche und psychische Folgen hat, welche zu Diagnosen führen könnten.

5.3 Problematischer Drogenkonsum

Altersgruppe	Entlassungen bei Opioiden	Belagstage bei Opioiden	Belagsdauer in Tagen (Durchschnitt)	Wohnbevölkerung	Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen
0 - 14 J.	3	114	38	239.525	1,3
15 - 19 J.	23	137	5,96	88.698	25,9
20 - 24 J.	41	285	6,95	89.205	46
25 - 29 J.	48	405	8,44	82.357	58,3
30 - 39 J.	51	561	11	215.658	23,6
40 - 49 J.	54	443	8,2	217.804	24,8
50 - 59 J.	14	183	13,07	157.008	8,9
60 J. u.ä.	32	350	10,94	291.544	11
Gesamt	266	2.478	9,32	1.381.799	19,3

Tab. 5.30: Diagnosecluster Opiode in Oberösterreich 2003 nach Alter, Quelle: LKF-Daten, eigene Auswertung

In der diagnostischen Praxis ist jedoch ein Anstieg von Cannabisdiagnosen zu konstatieren. Im Jahr 2003 wurden in Oberösterreich 254 Cannabisdiagnosen gestellt. Im Jahr 2001 waren dies noch 124 Fälle, also gerade einmal die Hälfte.

Altersgruppe	Entlassungen bei Cannabinoiden	Belagstage bei Cannabinoiden	Belagsdauer in Tagen (Durchschnitt)	Wohnbevölkerung	Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen
0 - 14 J.	2	9	0	239.525	0,8
15 - 19 J.	43	461	10,72	88.698	48,5
20 - 24 J.	96	871	9,07	89.205	107,6
25 - 29 J.	43	395	9,19	82.357	52,2
30 - 39 J.	43	569	13,23	215.658	19,9
40 - 49 J.	24	375	15,63	217.804	11
50 - 59 J.	3	93	31	157.008	1,9
60 J. u. ä.	0	0	0	291.544	0
Gesamt	254	2.773	10,92	1.381.799	18,4

Tab. 5.31: Diagnosecluster Cannabinoide in Oberösterreich 2003 nach Alter, Quelle: LKF-Daten, eigene Auswertung

Bei den Cannabisdiagnosen ist die ausgeprägteste Geschlechterdifferenz zu beobachten. Gerade einmal 41 Fälle betreffen Frauen, denen 213 Männer gegenüberstehen. Also beträgt das Verhältnis Männer:Frauen mehr als 5:1. Die Altersverteilung liegt wieder im Durchschnitt der drogenbedingten Diagnosen. Bei den 20- bis 24-Jährigen werden jährlich etwas über 100 Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen diagnostiziert.

5.4 Drogenpolitische Maßnahmen und Prioritätensetzung

In welchen Bereichen politische Prioritäten gesetzt werden sollen, haben wir über die Bewertung der wichtigsten drogenpolitischen Säulen abgefragt.

Frage 58: „Es gibt ja verschiedene Ansätze, verschiedene Möglichkeiten, um die Schäden von Drogen zu verringern. Wenn Sie selbst über drogenpolitische Maßnahmen entscheiden könnten, wo würden Sie da am ehesten den Schwerpunkt setzen?“

Hier wurden drei Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Mehr als die Hälfte der Befragten (56 Prozent) geben der Säule Prävention (Intensivierung der Vorbeugung) die höchste Priorität. Etwa 28 Prozent der Befragten setzen härtere Strafen und mehr Polizei an die erste Stelle ihrer Forderungen. Am wenigsten Unterstützung in der Bevölkerung (14 Prozent) finden der Ausbau der Behandlung und Therapie für Drogenabhängige. Mit 56 Prozent entscheidet sich eine klare Mehrheit für eine Intensivierung der Vorbeugung.

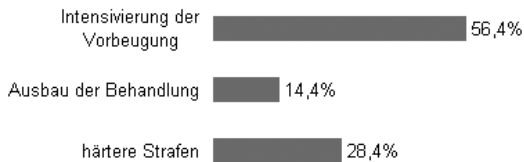


Abb. 5.33: Gewünschte drogenpolitische Hauptaufgaben, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

Gegenüber der Befragung aus dem Jahr 2000 kann eine leichte Verschiebung hin zu repräsentiverem Umgang mit illegalen Substanzen konstatiert werden. Damals traten 25 Prozent für härtere Strafen und 59 Prozent für eine Intensivierung der Vorbeugung ein.

Bringt man dieses Ergebnis mit dem Wissensstand der Befragten in Zusammenhang, so zeigt sich, dass besonders die gut Informierten für mehr Vorbeugung und den Ausbau von Hilfeeinrichtungen eintreten, während die schlecht Informierten eher für härtere Strafen und mehr Polizei votieren.

Hinsichtlich Alter und Eigenkonsum ergeben sich analoge Zusammenhänge wie bei der Analyse der Einstellungsmuster im Kapitel „Einstellungen zu illegalen Drogen“ ausgeführt. Die älteren Bevölkerungsgruppen bevorzugen eher härtere Strafen (35 Prozent der über 50-Jährigen). Diese Verschiebung geht allerdings nicht zu Lasten der Vorbeugung, sondern in erster Linie zu Lasten der Behandlung und Therapie - nur elf Prozent der über 50-Jährigen meinen, dass die

Wissensstand	härtere Strafen	Ausbau der Behandlung	Intensivierung der Vorbeugung
kaum informiert	37,90%	10,80%	50,00%
etwas informiert	24,90%	16,60%	58,20%
gut informiert	6,90%	20,00%	72,40%
Gesamt	28,30%	14,60%	56,70%

Tab. 5.32: Wissensstand und Präferenz von drogenpolitischen Hauptaufgaben in Oberösterreich 2003, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

Behandlung und Therapie für Drogenabhängige ausgebaut werden sollte, während dies bei den 15- bis 29-Jährigen 21 Prozent meinen. Eine „Intensivierung der Vorbeugung“ präferieren die über 50-Jährigen (52 Prozent) gleichermaßen wie die 15- bis 29-Jährigen (55 Prozent).

Drogenpolitische Hauptaufgabe	mind. einmal	noch nie od. k.A.	Gesamt
härtere Strafen und mehr Polizei	20,0%	30,9%	28,4%
Ausbau von Behandlung und Therapie	20,4%	12,6%	14,4%
Intensivierung der Vorbeugung	58,7%	55,7%	56,4%

Tab. 5.33: Lebenszeitprävalenz und drogenpolitische Maßnahmen in Oberösterreich 2003, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

Auch beim Zusammenhang zwischen Lebenszeitprävalenz und den drogenpolitischen Präferenzen (Tabelle 5.33) ist die Maßnahme der Intensivierung der Vorbeugung nicht so variabel wie die beiden Maßnahmen „härtere Strafen und mehr Polizei“ und „Ausbau der Behandlung und Therapie“.

Frage 14: „Was soll Ihrer Meinung nach der Gesetzgeber, also der Staat, das Land und die Gemeinde, machen, um das Suchtproblem zu verringern? Verteilen Sie bitte wieder die Karten!“

Auf die Frage nach den Maßnahmen, die vom Gesetzgeber initiiert werden sollten, um das Suchtproblem zu verringern, sind es in erster Linie die Informations- und Vorbeugungsmaßnahmen, die favorisiert werden. Mit einer Ausnahme: Die DrogenhändlerInnen müssen strenger bestraft werden.

Unter anderem wird gewünscht:

- Suchtvorbeugung in Schulen und Betrieben intensivieren. 93 Prozent der Befragten sind sehr oder eher dafür.
- Die Gefahren der illegalen Drogen drastischer vor Augen führen. 93 Prozent sind sehr oder eher dafür.

5 Von illegalen Substanzen

- Mehr in Informationsmaßnahmen über illegale Drogen investieren. 92 Prozent sind sehr oder eher dafür.
- Drogenhändler strenger bestrafen. 92 Prozent der Befragten sind sehr oder eher dafür.

Insgesamt ergibt sich ein gemischtes und gleichzeitig bedenkliches Bild, da Aussagen wie „die Gefahren der illegalen Drogen drastischer vor Augen führen“ oder „die Gefahren von Alkohol drastischer vor Augen führen“ nicht unbedingt eine aufgeklärte und liberale Perspektive ausdrücken. Präventionsmaßnahmen scheinen insgesamt außer Frage zu stehen. Zu Vorbeugung können sich die meisten der Befragten bekennen und diese Angabe ist auch weitgehend unabhängig vom Alter und dem Eigenkonsum. Durch die Antwortpolarisierung entlang der beiden Alternativen „härtere Bestrafung“ und „Ausbau der Behandlung und Therapie“ und einer Verschiebung in Richtung der Bestrafung kann die Frage gestellt werden, inwieweit das Konzept „Therapie statt Strafe“ in der Bevölkerung angekommen ist.

Frage 14: „Was soll ihrer Meinung nach der Gesetzgeber, also der Staat, das Land und die Gemeinde machen, um das Suchtproblem zu verringern? Verteilen Sie bitte wieder die Karten.“

Die höchste Zustimmung - 74 Prozent der befragten OberösterreicherInnen sind sehr dafür - bekommt die Maßnahme einer strengeren Bestrafung von DrogenhändlerInnen. Fast gleich hoch liegt die Zustimmung (71 Prozent) bei der Intensivierung der Suchtvorbeugung. Große Akzeptanz finden auch die Aufklärungs- bzw. Informationsmaßnahmen in Zusammenhang mit illegalen Drogen (61 Prozent), mit Alkohol (60 Prozent) und mit Nikotin (57 Prozent). Wenig Zustimmung finden hingegen die Entkriminalisierung (15 Prozent) bzw. die Legalisierung illegaler Drogen (5 Prozent).

Diese Ergebnisse werden auch von einer aktuellen internationalen Wertestudie unterstützt. Dabei wird die ablehnende Haltung der österreichischen Bevölkerung gegenüber dem Gebrauch illegaler Drogen (in dieser Studie bezogen auf Cannabisgebrauch) eindrucksvoll bestätigt.

Legt man die Extremkategorie 1 - „darf man unter keinen Umständen tun“ - als Maßstab zugrunde, so wird deutlich, dass sich heutzutage in fast allen Ländern eine mehrheitliche Ablehnung des Gebrauchs von Cannabis in der Bevölkerung findet. Es bestehen allerdings Unterschiede in der Akzentuierung. So neigen gegenwärtig die Niederländer am wenigsten (45 Prozent wählen die Kategorie 1 bei einer 10er Skala) zu einer Verurteilung des Cannabiskonsums, gefolgt von den Bewohnern Großbritanniens (51 Prozent) und Dänemarks (61 Prozent). (vgl. Reuband, 2004, 225f) Mit 77 Prozent strikter Ablehnung eines

5.4 Drogenpolitische Maßnahmen und Prioritätensetzung

Gewünschte drogenpolitische Aktivitäten	2003	2000
DrogenhändlerInnen härter bestrafen	74	70
Suchtvorbeugung in Schulen und Betrieben intensivieren	71	65
Die Gefahren der illegalen Drogen drastischer vor Augen führen	67	60
Mehr in Informationsmaßnahmen über illegale Drogen investieren	61	52
Die Gefahren von Alkohol drastischer vor Augen führen	60	48
Die Gefahren von Zigaretten drastischer vor Augen führen	57	42
Mehr in Informationsmaßnahmen über Alkohol investieren	50	38
Mehr medizinisch, therapeutische Hilfe anbieten	49	50
Mehr in Informationsmaßnahmen über Zigaretten investieren	46	35
Ausbau von Alkoholberatungsstellen	44	n.e.
Betriebe, die an unter 16-Jährige Alkohol und Nikotin verkaufen, hart bestrafen	42	n.e.
Verbesserung des Informationsstandes der Eltern im Bereich Suchtvorbeugung im Rahmen des Mutter-Kind-Passes	42	29
Werbung für Zigaretten gänzlich verbieten	35	28
Die Bestrafung sollte schon bei gelegentlichem Drogenkonsum härter sein	35	n.e.
Werbung für alkoholische Getränke gänzlich verbieten	31	21
Zwangsbehandlung auch gegen den Willen des Süchtigen vermehrt anwenden	27	20
KonsumentInnen von illegalen Drogen erst dann strafrechtlich verfolgen, wenn sie andere Personen gefährden (z.B. Straßenverkehr)	19	n.e.
Leichte Drogen wie Haschisch an Erwachsene über Apotheke	16	17
Den Gebrauch von leichten Drogen wie Haschisch nicht zu bestrafen, um junge Menschen nicht zu Kriminellen zu machen	15	n.e.
Legalisierung, also Erlauben der illegalen Drogen	5	n.e.

Tab. 5.34: Gewünschte drogenpolitische Aktivitäten des Gesetzgebers, % der Antwortkategorie „sehr dafür“, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

Cannabisgebrauchs liegt Österreich noch vor Schweden, welches bekannt für eine besonders repressive Drogenpolitik ist.

Es gibt insofern Hinweise dafür, dass Cannabis gesellschaftlich insgesamt kritisch gesehen wird und als soziales bzw. gesundheitliches Problem wahrgenommen wird. Die starke Befürwortung strenger Strafen drückt vermutlich auch das Bedürfnis nach „einfachen und schnellen“ Lösungen aus.

Die Forderung nach einer strengeren Bestrafung von DrogenhändlerInnen ist aus fachlicher Sicht jedoch mehrfach zu hinterfragen. Einerseits gilt Österreich mittlerweile im Bereich der illegalisierten psychoaktiven Substanzen als Hochstrafenland (vgl. Schwarzenbrunner, 2004, 23), andererseits ist die Wirkung verschärfter Strafen in der Sucht- und Drogenthematik wissenschaftlich bis dato nicht erwiesen. (vgl. Manski, Pepper und Petrie, 2001, 11) Zudem schwimmt in der Praxis der Unterschied zwischen DrogengebraucherInnen und Drogen-

5 Von illegalen Substanzen

Land	1981-1983	1993-1994	1999-2000
Frankreich	76	82	71
Belgien	83	84	80
Deutschland-West	82	82	66
Österreich	56	86	77
Schweiz	-	77	-
Großbritannien	76	77	51
Irland	82	88	76
Italien	85	82	71
Spanien	68	78	66
Portugal	-	83	68
Griechenland	-	-	51
Dänemark	78	71	62
Schweden	91	93	71
Finnland	83	78	76
Norwegen	91	91	-
USA	68	74	-

Tab. 5.35: Ablehnung des Cannabisgebrauchs auf 10er Skala (% Kategorie 1: „darf man unter keinen Umständen tun“) nach Land und Jahr, Quelle: Reuband (2004, 226)

händlerInnen, da auch die KonsumentInnen durchaus für die eigene Bedarfsdeckung mit kleinen Mengen handeln bzw. an FreundInnen Drogen kostenlos weitergeben. Dabei sind sie sehr schnell über der gesetzlich festgelegten Grenzmenge, ab der der § 28 des SMG zur Anwendung kommt.

Die oben angeführte europäische Vergleichsstudie kommt bezüglich Cannabis zu folgendem Ergebnis: „Ein Zusammenhang zwischen Drogenpolitik, gemessen an den rechtlichen Rahmenbedingungen sowie der Praxis der Strafverfolgung und der Verbreitung des Cannabisgebrauchs, lässt sich nicht feststellen. Länder mit liberaler Drogenpolitik haben zum Teil ähnliche Werte für die Cannabisverbreitung wie Länder mit repressiver Politik.“ (Reuband, 2004, 240)

Auch die Forderung nach mehr (repressiver) Aufklärung ist zu hinterfragen, denn besonders die Aussage „die Gefahren der illegalen Drogen drastischer vor Augen führen“ fand große Unterstützung, 93 Prozent der Befragten sind „sehr dafür“ bzw. „eher dafür“. Abschreckung und rein suchtmittelspezifische Drogenaufklärung erwiesen sich in vielen Studien und Meta-Studien als wirkungslos oder sogar kontraproduktiv. (vgl. Fellöcker und Franke, 2000, 6) Aufklärung als ein Element eines größeren suchtpreventiven Maßnahmenbündels (Metho-denmix) und mit Berücksichtigung der positiven Seiten des Substanzgebrauchs hingegen, macht durchaus Sinn. (vgl. National Institute on drug abuse, 2004)

Da der Gebrauch von Cannabis im Bereich illegaler psychoaktiver Substanzen in Oberösterreich am weitesten verbreitet ist, ist es zu überlegen, sich mit

dem diesbezüglichen rechtlichen Umgang zu beschäftigen. Bei einer Gegenüberstellung der KonsumentInnen mit den von der Exekutive angezeigten Personen, entsteht ein Bild wie in Abbildung 5.34 zu sehen.

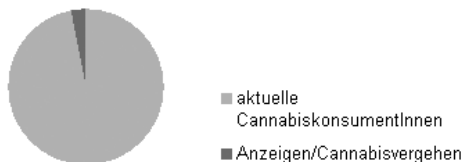


Abb. 5.34: Verhältnis aktueller CannabiskonsumentInnen (12 Monate Prävalenz) zu Anzeigen. Quelle: BMI Suchtmittelbericht 2003, Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

Wir haben nach den Angaben der Bevölkerungsbefragung in Oberösterreich rund 90.000 Personen, die aktuell Cannabis (12 Monate Prävalenz) konsumieren. Im Vergehensbereich fielen spezifisch für Cannabis nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz 2615 Anzeigen im Jahr 2003 an. (vgl. Bundesministerium für Inneres - Bundeskriminalamt, 2004, 27ff) Mit anderen Worten: die Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit einem Cannabisdelikt von der Exekutive er tappt zu werden, ist relativ gering (weniger als drei Prozent).

Um die drogenpolitische Debatte rund um Cannabis zu konkretisieren, haben wir den OberösterreicherInnen sechs unterschiedliche Modelle zur Bewertung vorgelegt. Die Brandbreite der Vorschläge reichte von der Legalisierung bis hin zur Verschärfung der derzeitigen Regelungen.



Abb. 5.35: Unterschiedliche Modelle des Umgangs mit Cannabis in Prozent, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2000 und 2003, Alter: 15+, N=1018

Dabei zeigte sich, dass die meisten Personen (32 Prozent) für eine verschärfte Verfolgung von KonsumentInnen und HändlerInnen plädieren. Für eine Lega-

5 Von illegalen Substanzen

lisierung von Cannabisprodukten lassen sich lediglich elf Prozent begeistern. Insgesamt zeigt sich, dass im Vergleich zum Jahr 2000 die Stimmungslage zur Regulierung der Cannabisproblematik deutlich restriktiver ausfällt. Die restriktiveren Modelle werden besser beurteilt, die liberaleren Regulierungsvorschläge bekommen durchgängig weniger Zustimmung.

Die geforderte drogenpolitische Prioritätensetzung weicht von der drogenpolitischen Realität diametral ab. Eine von der Universität Linz durchgeführte Studie bezüglich der Verteilung der öffentlichen Mittel zur Bekämpfung der Problematik von illegalen psychoaktiven Substanzen in Österreich kommt zu einem Ergebnis wie in Abbildung 5.36 dargestellt.

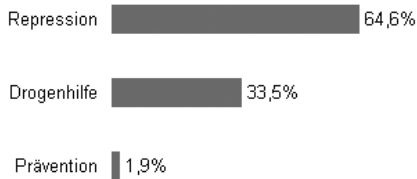


Abb. 5.36: Verteilung der öffentlichen Gelder nach drogenpolitischen Säulen (in Mio. Euro), Quelle: vgl. Bruckner und Zederbauer (2000, 166)

Knapp zwei Drittel der öffentlichen Aufwendungen bezüglich illegaler psychoaktiver Substanzen entfallen - bei steigender Tendenz - auf repressive Maßnahmen (Polizei, Justiz), etwa ein Drittel wird für Therapie und Behandlung aufgewendet und nur knapp zwei Prozent werden für Prävention zur Verfügung gestellt. Die konkrete drogenpolitische Verteilung der öffentlichen Mittel widerspricht nicht nur den Vorstellungen der oberösterreichischen Bevölkerung, sondern ist auch vom geforderten „balanced-approach“ des Landessuchtkonzepts weit entfernt. (vgl. Ruschak et al., 2002, 4)

Eine aktuelle Studie, die sich mit den öffentlichen Aufwendungen in Zusammenhang mit illegalen psychoaktiven Substanzen in den Ländern der Europäischen Union auseinandersetzt, kommt zu einem ähnlichen Ergebnis. (vgl. Kopp und Fenoglio, 2003, 50) Im Allgemeinen wurden in den Ländern der Europäischen Union rund 70 Prozent der öffentlichen Mittel für Law Enforcement Aktivitäten (Exekutive, Justiz) verwendet und die restlichen 30 Prozent für den Bereich Public Health (Suchthilfe, Schadensminderung, Prävention) eingesetzt. Obwohl die Schweiz als präventiver Vorreiter einen um 2,5 Mal größeren Anteil der öffentlichen Aufwendungen als Österreich in die Vorbeugung investiert (Bruckner und Zederbauer, 2000; Bernasconi, 1993), wird die drogenpolitische Mittelzuweisung an die vier Säulen von Dreifuss kritisch betrachtet. „Wir benötigen un-

bedingt ein besseres Gleichgewicht in der Mittelzuweisung an die vier Säulen. Die Repressionssäule erhält immer noch überproportional viele Gelder im Vergleich zur Behandlung und Schadensbegrenzung, wobei die Prävention absolut „stiefmütterlich“ behandelt wird.“ (Dreifuss, 2004, 23)

Eines der größten Hindernisse, um ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den verschiedenen Säulen herzustellen, ist die Kluft zwischen den Institutionen, die sich mit der Drogenthematik auseinandersetzen. Es bestehen große Differenzen und jeweils andere Prioritäten im Wissensstand und in den Wissensformen der Sucht- und Präventionsforschung, den im Alltag mit den Problemen der Betroffenen konfrontierten Beratungseinrichtungen, den Präventionsstellen, den medizinischen Behandlungseinrichtungen, der Exekutive und den politischen Instanzen auf regionaler und staatlicher Ebene. In jedem dieser Bereiche existieren wertvolle, handlungsrelevante Erkenntnisse zu suchtspezifischen Fragestellungen. Die verschiedenen Institutionen machen jedoch sehr wenig Gebrauch vom Wissen der jeweils anderen.

Dieser Sachverhalt ist verständlich, wenn man sich die systemimmanenten Handlungsmaximen und -zwänge der einzelnen Institutionen vergegenwärtigt. Zwischen den einzelnen Professionen sind die kulturellen Hürden wichtige Hindernisse, die in der alltäglichen Arbeit oftmals keine Kommunikation zulassen. ForscherInnen, MitarbeiterInnen in Beratungs- und Präventionseinrichtungen, MedizinerInnen, ExekutivbeamtenInnen und politische EntscheidungsträgerInnen besitzen jeweils eigene Perspektiven und Prioritäten und den unterschiedlichen Wissensformen entsprechen verschiedene zugrunde liegende „Lebensformen“.

Bei den hier angesprochenen Problemen der Kommunikation zwischen den unterschiedlichen ExpertInnenkulturen werden diejenigen regelmäßig übersehen, für die alle Anstrengungen unternommen werden, die KonsumentInnen von psychoaktiven Substanzen bzw. Personen, welche problematische Verhaltensweisen (für sich und die Gesellschaft) entwickeln. Die Perspektive der KonsumentInnen gerät zwischen den Interessen der Institutionen unter die Räder.

Wie eindimensional die Perspektiven der verschiedenen Institutionen sein können, wie unabhängig Gesetzgebung von tatsächlichen Problemlagen vonstatten gehen kann und wie dies besonders bei der Regelung psychoaktiver Substanzen zum Tragen kommt, schildert Otto Nigsch in seiner Untersuchung zum illegalen Drogenkonsum in Vorarlberg. „Die Bürokratie vermeidet politische Entscheidungen, beschränkt sich auf möglichst perfekte Handwerkelei, was ihre Notwendigkeit nachweist und ihr gleichzeitig die Handlungsspielräume erhält. Die Politiker sind normalerweise keine Experten in Spezialgebieten. Zeitliche Belastung und das Fehlen entsprechend informierter Hilfskräfte verhindern somit meist eine intensivere Auseinandersetzung mit der Materie. Der Referent ist

meist nur Jurist oder nur Mediziner: der erstere verlässt sich auf sein juridisches Instrumentarium, fragt wenig nach den sozialen Konsequenzen, der Mediziner sieht nur die möglichen gesundheitlichen Schäden, ohne die kriminalpolitisch negativen Folgen mitzubedenken. In beiden Fällen wird nun die bestehende Wissenslücke durch vorurteilsbedingtes Alltagswissen vom 'Süchtigen', 'Abhängigen', der durch die 'Einstiegsdroge' schwerstens gefährdet ist, ausgefüllt. Der 'Tumbheit' des Gesetzgebers ist nun durch rationale Information keineswegs mehr beizukommen, weil sie dessen Vertrauen in die innere Richtigkeit des Gesetzes erschüttern müsste. Der Gedanke an rechtsbedingte negative Folgen grenzt für ihn ans Blasphemische. Also der Rekurs auf frühere Gesetze oder die internationale Rechtslage. Überdies besteht beim Gesetzgeber die Tendenz zur Meinung, mit einem Gesetz, ist es einmal erlassen, auch schon das betreffende Problem gelöst zu haben.“ (Nigsch, 1985, 162)

Nun, in Oberösterreich wurden in den letzten Jahren sowohl von politischer Seite als auch von den anderen beteiligten Institutionen wichtige Schritte in Richtung einer besseren Zusammenarbeit gemacht. Der Suchtprävention ist es in vielen Bereichen gelungen, Brücken zwischen den Institutionen zu bauen, so dass wichtige gemeinsame Projekte umgesetzt werden konnten. Auch die politischen EntscheidungsträgerInnen haben umfassendere Entscheidungsgrundlagen zur Hand, die bereitwillig angenommen und unterstützt werden.

5.5 Resümee und Ausblick für präventive Bestrebungen

Der Konsum von illegalen Substanzen konzentriert sich stark auf die Jugendlichen, aber nicht nur. Interessant ist die beobachtbare Aufspaltung der Lebenswelten von Konsumierenden und Nichtkonsumierenden. Konsumerfahrene (auch die Älteren) haben eindeutig besseres Wissen und liberalere drogenpolitische Einstellungen, während die nichterfahrenen Jugendlichen kaum besseres Wissen aufweisen als ihre nichterfahrene Elterngeneration und sie gemeinsam alte Mythen vertreten. Das heißt, es werden unterschiedliche Weltanschauungen sichtbar, die nicht unmittelbar mit dem Alter zu tun haben, sondern mit der Verankerung des Einzelnen in verschiedenen Lebenswelten.

Das heißt auch, dass der Konsum nicht isoliert betrachtet werden darf, sondern dass er lediglich einen Aspekt im Lebensstil der OberösterreicherInnen darstellt. Wie die Entwicklung anderer Konsumvorlieben und Lebensäußerungen, etwa der individuelle Geschmack in Bezug auf Speisen oder ästhetische Vorlieben ist der Drogengebrauch der Ausdruck einer umfassenderen Persönlichkeit, deren unterschiedliche Facetten sich unter bestimmten gesellschaftlichen Bedin-

ungen entfalten können. Anzunehmen ist, dass auch weiterreichende Differenzen an diesen verschiedenen Lebensstilen sichtbar werden: etwa politische Haltungen, die oft auch als legitimierende Hintergrundfolie für die Substanzwahl von den DrogengebraucherInnen selbst ins Treffen geführt werden.

Auf Grund der weit voneinander entfernten Lebenswelten von Konsumerfahrenden und Konsumnerfahrenden müssten auch Präventionsprogramme auf diese Tatsache Rücksicht nehmen und neben flächendeckenden uniformen Ansätzen im Sinne der selektiven Prävention spezifische Angebote für DrogengebraucherInnen anbieten. DrogengebraucherInnen, die heute keine unbedeutende Minderheit sind - beinahe jedeR Zehnte hat laut Eigenangabe in den letzten zwölf Monaten eine illegale Droge konsumiert - können nicht mit standardisierten Lebenskompetenzprogrammen konfrontiert werden. Zu viel wissen sie in der Regel über Drogen als dass sie nicht auch wüssten, dass Drogengebrauch selbst Lebenskompetenzen erfordert und „Nein sagen lernen“ auch eine Absage an gutgemeinte Obhut bedeuten kann. Besonders die Tatsache, dass ein großer Teil der DrogengebraucherInnen im Laufe ihres Lebens einen kontrollierten Umgang mit illegalen Drogen entwickelt, kann einen Ansatzpunkt weiterer Forschung darstellen, der auch für die Prävention von Relevanz ist. Denn die Frage, warum bestimmte Menschen einen kontrollierten Umgang pflegen können und wie sie zu diesen Gebrauchsformen kommen, ist nicht nur für harm-reduction Ansätze von Bedeutung, sondern ist Grundlage jeder Bemühung, die Gesellschaft zu einer besseren Drogenmündigkeit zu befähigen.

Ist beim Gebrauch von illegalen Drogen, d.h. bei den Konsumerfahrungen, kein gravierender Unterschied zwischen Männern und Frauen festzustellen, so sind die Geschlechtsunterschiede bei problematischen Folgen des Gebrauchs (Behandlungsepisoden, SubstitutionspatientInnen, drogenbedingte Anzeigen) bedeutsam. Männer scheinen kompulsivere und auffälligere Gebrauchsformen von illegalen Drogen zu entwickeln als Frauen. Männer kommen doppelt so häufig in Behandlung, sind dreimal so oft in einem Substitutionsprogramm zu finden und werden sechsmal so häufig angezeigt wie Frauen.

Inzwischen findet das Thema der Geschlechterdifferenz in der Forschung seine gebührende Beachtung. Die Suchtprävention ist heute noch nicht so weit, auch auf diese Problematik passende Antworten bereit zu halten. Ausgenommen ist hierbei die Thematik der Essstörungen, bei der es auf der Hand liegt, dass es sich (derzeit) um ein Frauen(Mädchen)spezifisches Phänomen handelt. Die starken Geschlechterdifferenzen bei problematischen Folgen des Drogengebrauchs legen nahe, dass auch Präventionsbemühungen bei der Entwicklungen von Programmen diese Unterschiede berücksichtigen sollten.

Zu guter Letzt möchte ich die strukturelle Dimension des Drogengebrauchs ansprechen. Die prohibitive Grundtendenz unserer Gesellschaft richtet einigen Schaden an - sie marginalisiert einen Teil der DrogengebraucherInnen entscheidend und sie führt zu einem prosperierenden Drogenmilieu, das sich an den Rändern der Leistungsgesellschaft als deren Schatten seinen Anteil am Wohlstands(früchte)kuchen sichert. Strukturelle Prävention wird heute oft verwechselt mit einer repressiven Austrocknung des Drogenangebots, während die Dimensionen der sozialen Ungleichverteilungen und des sozialen Charakters des Drogengebrauchs vergessen werden. Es ist nicht getan mit Steuererhöhungen auf legale Drogen und der strafrechtlichen Verfolgung von GebraucherInnen illegaler Drogen, denn diese Maßnahmen erhöhen den Druck auf ohnehin unter schwierigen Bedingungen lebende Teile der Bevölkerung. Strukturelle Prävention müsste institutionsübergreifende Aufarbeitung und Veränderung dieser Anmutungen des neoliberalen Mainstreams leisten. „Wie muss eine Welt beschaffen sein, dass wir sie nüchtern zumindest ertragen und wäre eine solche Welt überhaupt wünschenswert?“. Die Eingangsfrage dieses Abschnitts kann auch die strukturelle Orientierung der Prävention leiten. Als gangbarer Weg für Präventionsprogramme könnten gemeinwesenorientierte Projekte in der Nachfolge Paolo Freires und Ivan Illichs interessant sein. Entledigt man die gemeinwesenorientierten Ansätze in der Tradition von Freire und Illich ihres moralisch-politischen Impetus, so bleiben interessante Perspektiven der pragmatischen Arbeit vor der Haustür, welche auch das unmittelbare Lebensumfeld der Bevölkerung betrifft.

Dies soll keine Abqualifizierung von bereits bestehenden und laufenden Präventionsprogrammen sein, dazu fehlt hier jede Veranlassung. Denn Programme zur Förderung der Lebenskompetenz können kaum verfehlt sein, im Sinne des Empowerments sind sie in Zeiten wie diesen nötiger denn je. Diese Bemerkungen verstehen sich als Anregung für eine weitere Ausdifferenzierung präventiver Arbeit, die heute nach wie vor ihren Kinderschuhen nicht vollständig entwachsen ist, die aber mit ihrem aufklärerischen Selbstverständnis jede Unterstützung verdient.

Denn: „Aufklärung ist der Ausgang des Menschen aus seiner selbst verschuldeten Unmündigkeit. Unmündigkeit ist das Unvermögen, sich seines Verstandes ohne Leitung eines anderen zu bedienen. Selbstverschuldet ist diese Unmündigkeit, wenn die Ursache derselben nicht am Mangel des Verstandes, sondern der Entschließung und des Mutes liegt, sich seiner ohne Leitung eines andern zu bedienen. Sapere aude! Habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen! ist also der Wahlspruch der Aufklärung.“

Kant: Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung?

6 Alkohol

Franz Gschwandtner

6.1 Einleitung

Österreich ist ein Land, in dem so alltäglich und selbstverständlich Alkohol getrunken wird, dass nur wenige auf die Idee kommen, den Stellenwert desselben zu erforschen. Dieses Vorhaben erscheint umso bedeutender, da dieses Konsumgut in diesem Land sehr stark und beinahe „natürlich“ in das alltägliche Leben eingebunden ist.

„Dem geringen Stellenwert des Alkohols in den Wissenschaften entspricht ein hoher Stellenwert des Alkohols im Alltag: Man trinkt vergleichsweise viel in Österreich und man trinkt mit großer Selbstverständlichkeit.“ (Eisenbach-Stangl, 1991, 12) Der Griff zum Alkohol ist in Österreich nichts Besonderes. Wer in diesem Land keinen Alkohol trinkt, wird schnell einmal als AußenseiterIn und Sonderling gehandelt. Alkohol, wird gesagt, sei ein Genussmittel und sogar Medizin, und wer Probleme damit bekomme, sei selber Schuld.

Alkohol - „die älteste Droge der Menschheit“ (Winter, 2003, 50) - ist somit hierzulande ein gesellschaftlich integrierter, ja beinahe begünstigter Konsumartikel: Es gibt nur wenige Konsumgüter, die einen derartig hohen Grad an Verfügbarkeit aufweisen. Durch die langen Öffnungszeiten (von Handel, Gastronomie, Tankstellen, etc.) und fehlenden Verkaufsbeschränkungen (mit Ausnahme der Jugendschutzgesetze) zählen alkoholische Getränke zu den am leichtesten erhältlichen Konsumgütern in unserer Gesellschaft. Zur Illustration: Versuchen Sie einmal um 4 Uhr morgens eine Tube Zahnpaste zu kaufen - eine Flasche Alkohol werden Sie leichter bekommen.

Wegen seiner unter anderem stimmungs- und antriebsverändernden Wirkung wird er häufig zum Mittelpunkt unseres sozialen Lebens. Alkohol wird oft aus gesellschaftlichen Gründen getrunken. Und in zahlreichen geselligen Situationen fällt es schwer, eine Einladung auf ein Glas Wein auszuschlagen.

Dieses - mit der Verankerung in unserer Kultur einhergehende - mangelnde Problembewusstsein zeigt Wirkung:

„Alcohol-related problems, for instance alcoholism or alcohol-related diseases, are usually perceived in Austria as quite distinct from socially accepted patterns of alcohol consumption.“¹ (Eisenbach-Stangl et al., 2003, 82)

Diese Trennung (Alkoholprobleme auf der einen und sozial akzeptierte Muster des Alkoholkonsums auf der anderen Seite) erweist sich jedoch als problematisch. So ist z. B. das so genannte Katerfrühstück für viele eine erste Erfahrung von Entzugsminde rung durch Alkoholkonsum. Damit ist dieser „Baustein“ einer Abhängigkeitsentwicklung fester Bestandteil einer kulturell vermittelten Trinkkultur.

Als Krankheit ist Alkoholabhängigkeit bzw. Alkoholmissbrauch mit anderen körperlichen und psychischen Störungen (z. B. Depressionen) assoziiert; gleichfalls sind die sozialen Folgen von Alkoholismus für die betroffenen Personen (z. B. soziale Isolation, Arbeitsplatzverlust, Partnerschaftsprobleme) sowie für die Öffentlichkeit (z. B. durch Alkohol induzierte Unfälle, Selbstmorde, deviantes Verhalten, behandlungsbedürftige körperliche Langzeitschäden, ca. 20 Jahre niedrigere Lebenserwartung) äußerst gravierend. (Rathner und Dunkel, 1998, 356)

Alkohol beeinflusst mehr als 60 verschiedene, in der International Classification of Diseases (ICD) definierte Krankheiten. Sowohl durchschnittliche Trinkmenge als auch Trinkmuster beeinflussen diese Krankheiten. Ingesamt waren im Jahr 2000 weltweit 3,2 % der Mortalität und 4,0 % der gesamten Krankheitsbelastung (gemessen in DALYs) alkoholbedingt.² (Rehm et al., 2003, 87)

Küfner und Kraus (2002, 941) kommen zum Schluss: „Es gibt praktisch kein Organ, das nicht durch Alkohol geschädigt werden kann.“

Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, 1999, 2f) hält in ihrem „Europäischen Aktionsplan Alkohol 2000 - 2005“ fest:

- „Alkohol ist eine psychoaktive Droge, die zu gefährlichem Konsum und zu Abhängigkeit führen kann, was wiederum ein erhöhtes Morbiditäts- und Sterblichkeitsrisiko mit sich bringt.“
- „Alkoholprodukte sind für etwa 9 % der gesamten Krankheitslast innerhalb der Region (Europa, Anmerk. d. Verf.) verantwortlich.“

¹ Mit Alkoholkonsum in Verbindung stehende Probleme, wie z. B. Alkoholismus oder durch Alkohol verursachte Krankheiten, werden in Österreich üblicherweise getrennt von sozial akzeptierten Mustern des Alkoholkonsums wahrgenommen. (eigene Übersetzung)

² Die gesamte Krankheitsbelastung wird in sogenannten „disability adjusted life years“ (DALYs) gemessen. In diesem Maß werden zwei Komponenten zusammengefasst: Zum einen die verlorenen Lebensjahre infolge vorzeitigen Todes und zum anderen die durch „disability“ (Funktionseinschränkung nach Krankheitseintritt) verlorenen anteiligen Lebensjahre.

- „Zwischen 40 und 60 % aller in der europäischen Region vorsätzlichen und nicht vorsätzlichen Verletzungen zuzuschreibenden Sterbefälle gehen auf Alkoholkonsum zurück.“
- „Die gesellschaftlichen Kosten des Alkohols belaufen sich schätzungsweise auf 2 bis 5 % des Bruttozialprodukts.“

Hinsichtlich des Alkoholkonsums kann Österreich als „Permissivkultur“ bezeichnet werden. Eine solche ist dadurch charakterisiert, dass Alkoholkonsum kaum problematisiert wird, der Umgang damit aber kulturell geregelt ist und Alkoholexzesse eher verpönt sind.

Doch sind in manchen Teilen der Bevölkerung, ganz besonders in Zusammenhang mit Feierlichkeiten und Freizeitaktivitäten (Hochzeits- und Geburtstagsfeiern; Feiertage wie Silvester; Vereinsfeste von Musikkapellen, Feuerwehren, Sportvereinen) durchaus auch Anzeichen einer „extremen Permissivkultur“ feststellbar. Was bedeutet, dass nicht nur moderater, sondern auch exzessiver Alkoholkonsum, der auf vollständige Berausung abzielt, bei bestimmten Anlässen auf breites Verständnis stößt. (Uhl und Kobrna, 2004, 44)

So haben - laut Eigenangabe - beinahe zwei Drittel der Männer (64,1 %) und fast die Hälfte der österreichischen Frauen (41,7 %) bereits mindestens eine schwere Alkoholintoxikation mit Gedächtnislücken am nächsten Tag (Vollrausch) hinter sich. (Uhl und Springer, 1996, 57)

Diese Verortung Österreichs als traditionell „feuchtes“ Land hat auch damit zu tun, dass hier seit Jahrhunderten alle Arten von alkoholischen Getränken - Bier, Wein, Most und Spirituosen - erzeugt werden.

Der Forschungsstand hinsichtlich des Stellenwerts des Alkohols bzw. dessen Konsums in Oberösterreich kann als gering bezeichnet werden. Diesen weißen Fleck in diesem Bundesland gleichsam etwas aus zu leuchten bzw. zumindest seine Konturen nach zu zeichnen, ist Gegenstand dieser Ausführungen.

Alkoholkonsum erfolgt nicht im „luftleeren Raum“, sondern er ist eingebettet in ein gesellschaftliches Referenzsystem. Der Stellenwert des Alkohols für die oberösterreichische Gesellschaft wird daher zuerst dargestellt. Er wurde mittels Bevölkerungsbefragung erhoben und soll quasi als Hintergrundfolie für die weiteren Darstellungen dienen. Im Rahmen der oberösterreichischen Bevölkerungsbefragung wurden auch der Informationsstand der OberösterreicherInnen sowie deren Alkoholkonsum ausgewertet.

Um ein besseres Bild des problematischen Alkoholkonsums zu erhalten wurden die alkoholrelevanten Diagnosedaten der oberösterreichischen Krankenhäuser erfasst.

Als Sonderfall des problematischen Alkoholkonsums wurde das Thema „Alkohol im Straßenverkehr“ eigens behandelt. Hierbei wird vor allem auf die Unfallstatistik - herausgegeben vom Kuratorium für Verkehrssicherheit - Bezug genommen.

Eine ausführliche Darstellung, der für die Verfassung dieses Textes herangezogenen Datenquellen wird im Kapitel „Datenquellen im Drogenmonitoring Oberösterreich“ gegeben.

6.2 Stellenwert des Alkohols

Alkohol und Alkoholgebrauch wurden und werden in Österreich als wesentliches Element des wirtschaftlichen und sozialen Lebens gesehen, wie viele Dokumente aus den jeweiligen Lebensbereichen belegen. Völlige lebenslange Abstinenz kommt in Österreich nur selten vor; darüber hinaus hat die Zahl der lebenslang abstinenten bzw. fast abstinenten Erwachsenen in den letzten Jahrzehnten langsam aber kontinuierlich abgenommen.

Der hohe Stellenwert, den Alkohol im Leben der ÖsterreicherInnen einnimmt, manifestiert sich auch in der Art und Weise der Interpretation des Zusammenhangs zwischen Alkoholkonsum und Problemen. Während es im englischsprachigen und nordeuropäischen Raum üblich ist, diesen Zusammenhang vor allem dahingehend zu erklären, dass Alkoholkonsum die Ursache von Problemen und Missständen sei, tendieren die ÖsterreicherInnen weit stärker zur umgekehrten Interpretation, dass exzessiver Alkoholkonsum eine Folge unterschiedlicher Probleme und Missstände sei. (vgl. Uhl et al., 2005)

Unser Handeln wird von vielen verschiedenen Faktoren geprägt. Die individuellen Werte und Einstellungen, an denen Entscheidungen ausgerichtet werden, zählen zu den wichtigsten Faktoren für individuelles Handeln. Nicht zuletzt um Präventionsaktivitäten zielgerichtet planen zu können, ist es deshalb wichtig, zu erfahren, wie Werte und Einstellungen bei den Menschen der Zielgruppe entstehen und welche Meinungen generell über die Substanz Alkohol vorherrschen.

6.2.1 Persönlicher Umgang mit Alkohol

Folgende Fragen bzw. deren Beantwortung sollen den Stellenwert des Alkohols im privaten Bereich der OberösterreicherInnen skizzieren:

Frage 19: „Auf diesen Karten sehen Sie verschiedene Aussagen zum Thema Alkohol; wie sehr stimmen Sie persönlich diesen Aussagen zu? Verteilen Sie die Karten bitte entsprechend auf dem Bildblatt!“



Abb. 6.1: Persönlicher Umgang mit Alkohol, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter: 15+, N=1018

41 % der Befragten stimmen zu, dass regelmäßig ein wenig Alkohol am Abend der Gesundheit förderlich ist. Der Wahrheitsgehalt dieser Aussage ist wissenschaftlich umstritten, deren Bejahung zeigt jedoch eine gewisse Affinität zu Alkohol(konsum) an. Ein knappes Drittel der OberösterreicherInnen (32 %) gibt an, „Es passiert mir schon hin und wieder, dass ich es ‚übersehe‘ und zuviel trinke“.

Mehr als ein Viertel (26 %) der Befragten sagt, sie haben es sich schon öfter vorgenommen, in Zukunft weniger Alkohol zu trinken.

Etwa jedeR siebte OberösterreicherIn (14 %) ist der Meinung, dass sein Partner, ihre Partnerin zuviel Alkohol trinkt.

Beinahe gleich viele (16 %) geben folgendes an: „Wenn es mir nicht gut geht, ich unglücklich bin, trinke ich gerne Alkohol.“ Diese Aussage steht vermutlich ursächlich in Zusammenhang mit der Aussagen „Nach ein paar Schluck Alkohol fühle ich mich gleich viel wohler“ und „Mit Alkohol kann ich mich von meinen Schwierigkeiten ablenken.“ welche von 17 % bzw. 13 % der Befragten Zustimmung erfahren.

Rund jedeR siebte OberösterreicherIn nutzt also Alkohol als (vermeintliche) persönliche Problemlösungsstrategie. Aus suchtpreventiver Perspektive ist diese Funktionalisierung des Alkoholkonsums als problematisch zu beurteilen.

6.2.2 Bedeutung des Alkohols am Arbeitsplatz

Frage 19: „Auf diesen Karten sehen Sie verschiedene Aussagen zum Alkohol; wie sehr stimmen Sie persönlich diesen Aussagen zu? Verteilen Sie die Karten bitte dementsprechend auf dem Bildblatt!“

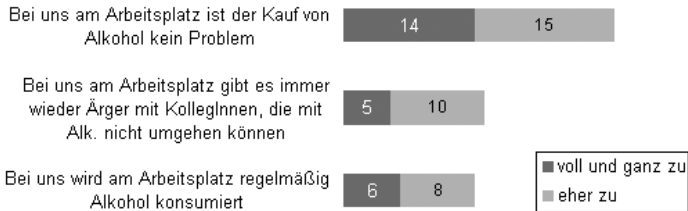


Abb. 6.2: Bedeutung des Alkohols am Arbeitsplatz, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter: 15+, N=1018

In der Bedeutung des Alkohols (dessen Verfügbarkeit und Konsumation) im beruflichen Kontext manifestiert sich die Diffusion seiner sozialen Akzeptanz. Branchenunterschiede wurden von uns im Drogenmonitoring nicht erhoben, diese gelten jedoch als gesichert. (vgl. Uhl und Springer, 1996, 60ff) Die meisten Betriebe, welche sich gezwungen sehen, sich mit der Thematik Missbrauch von psychoaktiven Substanzen und Sucht auseinanderzusetzen, müssen dies auf Grund des Alkoholkonsums ihrer MitarbeiterInnen. Aus diesem Grund erschien es uns angebracht konkrete Daten zu diesem Bereich zu erheben.

Beinahe jedeR Siebte (14 %) gibt an („stimme voll und ganz“ bzw. „eher zu“), dass bei ihr/ihm am Arbeitsplatz regelmäßig Alkohol konsumiert wird und es immer wieder Ärger mit KollegInnen gibt, die mit Alkohol nicht umgehen können (15 %).

Weiters antworten 29 % der befragten OberösterreicherInnen, dass der Kauf von Alkohol an ihrem Arbeitsplatz kein Problem ist.

6.2.3 Einschätzung des Alkohols im sozialen Leben

Frage 10 und 19: „Auf diesen Karten sehen Sie verschiedene Aussagen zum Alkohol; wie sehr stimmen Sie persönlich diesen Aussagen zu? Verteilen Sie die Karten bitte dementsprechend auf dem Bildblatt!“

Den Verbreitungsgrad gesellschaftlicher Stereotype unmittelbar zu ermitteln und somit deren Akzeptanz festzustellen war die Intention folgender Fragen:

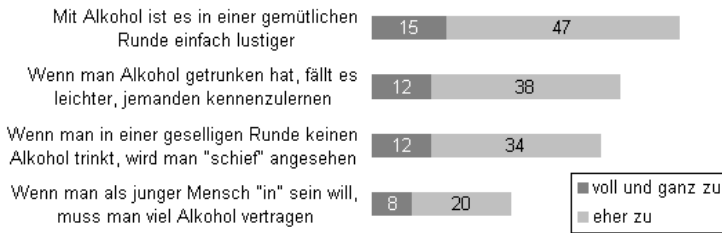


Abb. 6.3: Einschätzung des Alkohols im sozialen Leben, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter: 15+, N=1018

„Mit Alkohol wird es in einer gemütlichen Runde einfach lustiger“ - dem stimmen 62 % zu.

Der Aussage „Wenn man Alkohol getrunken hat, fällt es leichter, jemanden kennenzulernen“ schließen sich 50 % der Befragten an.

„Wenn man in einer geselligen Runde keinen Alkohol trinkt, wird man ‚schief‘ angesehen“ meinen 46 % der OberösterreicherInnen.

Diese Aussagen machen deutlich, wie stark „geselliges Zusammensein“ mit dem Konsum von Alkohol verknüpft wird. Dass Menschen, die hierbei keinen Alkohol konsumieren, einem starken sozialen Druck ausgesetzt sind, konstatiert beinahe jedeR zweite OberösterreicherIn. Wie schwer es „trockene“ (abstinente) AlkoholikerInnen angesichts dieses Sachverhaltes haben, lässt sich nur erahnen.

„Wenn man als junger Mensch *in* sein will, muss man viel Alkohol vertragen“ wird von 28 % der Befragten vertreten.

Diese Daten belegen eindrucksvoll, dass Oberösterreich einer permissiven Alkoholkultur zu zurechnen ist.

6.3 Information und Wissen über Alkohol

6.3.1 Informationsstand über die Grenze des gesundheitsgefährdenden Konsums

Unter den zahlreichen Versuchen Grenzmengen festzulegen, an Hand derer es möglich ist, risikoarmen und eindeutig gesundheitsschädigenden (über der „Gefährdungsgrenze“) Alkoholkonsum zu definieren, orientierten wir uns an den Ausführungen von „Handbuch: Alkohol - Österreich“ (Uhl et al., 2001), welche

sich ihrerseits auf die vom britischen Health Education Council 1994 publizierte Definition beziehen.

	Männer	Frauen
Risikoarmer Konsum: Konsum als unbedenklich eingestuft	Bis 24 Gramm reiner Alkohol pro Tag ≈ 0,6 Liter Bier oder ≈ 0,3 Liter Wein	Bis 16 Gramm reiner Alkohol pro Tag ≈ 0,4 Liter Bier oder ≈ 0,2 Liter Wein
Gefährdungsgrenze: Konsum als gesundheitsgefährdend eingestuft	Ab 60 Gramm reiner Alkohol pro Tag ≈ 1,5 Liter Bier oder ≈ 0,75 Liter Wein	Ab 40 Gramm reiner Alkohol pro Tag ≈ 1 Liter Bier oder ≈ 0,5 Liter Wein

Tab. 6.1: Grenzmengen zu risikoarmem und gesundheitsgefährdendem Alkoholkonsum, Quelle: Uhl et al. (2001, 67)

Ein täglicher Durchschnittskonsum bis 16 Gramm Alkohol bei gesunden Frauen und bis 24 Gramm Alkohol bei gesunden Männern gilt als risikoarm. Darüber hinaus werden zwei abstinente Tage pro Woche empfohlen.

Die unterschiedlichen „Grenzwerte“ bei Männern und Frauen resultieren aus dem höheren Körperwasseranteil und dem höheren Körpergewicht der Männer.

Ein täglicher Durchschnittskonsum ab 40 Gramm Alkohol bei Frauen und ab 60 Gramm Alkohol bei Männern (Gefährdungsgrenze) gilt als jene Schwelle, „ab der Alkoholkonsum längerfristig als erheblich gesundheitsgefährdend eingestuft werden muss“. (Uhl und Kobrna, 2004, 50)

„Wie sich zeigt, lassen sich beispielsweise für durch Alkohol bedingte Unfälle oder soziale Probleme keine Grenzen für ein verringertes Risiko angeben. Bei Angaben von Grenzwerten sollte daher darauf hingewiesen werden, dass ein Konsum unterhalb dieser Grenzen keine ‚Sicherheit‘ bedeutet. Insofern besteht international weitgehend Konsens, Trinkmengen bis zu 20 g bzw. 30 g pro Tag als ‚risikoarm‘ und nicht als risikolos oder harmlos zu bezeichnen.“ (Küfner und Kraus, 2002, 944)

Aus diesem Grund haben wir Konsum, welcher unter der von Uhl et al. (2001, 67) als „Harmlosigkeitsgrenze“ bezeichneten Grenzmenge liegt, als risikoarmen Konsum bezeichnet.

Gefragt, wie sie ihre Gefährdungsgrenze einschätzen, setzt knapp ein Drittel (30 %) der Männer und über ein Drittel (36 %) der Frauen diese zu hoch an. D. h. ca. jedeR dritte OberösterreicherIn unterschätzt die Gesundheitsgefahr durch Alkohol. Erwähnt sei auch noch, dass sich bei dieser Frage („Ab welcher Menge pro Tag beginnt Ihrer Meinung nach bei Alkohol die Gefahr für Ihre Gesundheit?“) ein Viertel der Männer (26 %) und ein Drittel (32 %) der Frauen der Antwort enthielten („kann ich nicht einschätzen“).

Gegenüber der Befragung im Jahr 2000 ergab sich eine geringfügige (innerhalb der statistischen Schwankungsbreite) Veränderung des Informationsstandes der oberösterreichischen Bevölkerung: So unterschätzte fast jeder vierte Mann (23 %) und mehr als ein Drittel der Frauen (39 %) die Gesundheitsgefährdung durch Alkohol. Auch damals beantwortete eine große Zahl (exakt ein Viertel sowohl der Männer als auch Frauen) diese Frage nicht.

6.3.2 Wissen bezüglich der Anzahl von Alkoholabhängigen

Derzeit gibt es in Österreich ca. 340.000 AlkoholikerInnen. (Uhl und Koberna, 2004, 53)

Die Anzahl der alkoholabhängigen ÖsterreicherInnen wird von der öö. Bevölkerung unterschätzt:

Knapp die Hälfte (43 %) der Befragten schätzt, dass bis zu 300.000 von Alkohol abhängig sind. Immer noch mehr als ein Viertel (28 %) meint, dass bis zu 200.000 Menschen in Österreich vom Alkohol abhängig sind - und unterschätzt somit das quantitative Ausmaß der Alkoholsucht in Österreich weit.

Auch die irrije Meinung, dass alte Menschen nicht mehr alkoholabhängig werden können, wird von 11 % vertreten.

6.3.3 Kenntnis des oberösterreichischen Jugendschutzgesetzes

Das Landesgesetz über den Schutz der Jugend (Oö. Jugendschutzgesetz, 2001) sieht in Paragraph 8 Absatz 1 folgendes vor: „Jugendlichen bis zum vollendeten 16. Lebensjahr ist der Erwerb und der Konsum von Tabakwaren und von alkoholischen Getränken verboten. Jugendlichen ab dem vollendeten 16. Lebensjahr ist der übermäßige Alkoholkonsum sowie der Erwerb und der Konsum von alkoholischen Getränken mit über 14 Volumsprozent verboten.“

Seit dem Inkrafttreten des oberösterreichischen Jugendschutzgesetzes mit 1. Oktober 2001 musste jedoch die Erfahrung gemacht werden, dass die Vollziehung einiger Bestimmungen des Gesetzes - vor allem hinsichtlich des Erwerbs und Konsums von Alkohol und Tabak - in der Praxis problematisch ist und diese daher einer Änderung bedürfen. Diese Änderung in Form der Oö. Jugendschutzgesetz - Novelle (2005) sieht - unter anderem - in § 8 Absatz 1 als veränderten zweiten Satz vor: „Jugendlichen ab dem 16. Lebensjahr ist der übermäßige Alkoholkonsum sowie der Erwerb und der Konsum von gebrannten alkoholischen Getränken, auch in Form von Mischgetränken, verboten. Die Bestimmungen dieses Absatzes gelten auch dann, wenn alkoholische Getränke durch Absorbierung an einen pulver- oder pastenförmigen Trägerstoff gebunden werden.“

Mit dieser Bestimmung in der Jugendschutzgesetz - Novelle 2005 wird versucht, den Konsum von Alkopops bei unter 18-Jährigen einzudämmen.

53 % der Bevölkerung glauben, dass bereits unter 18-Jährige in Oberösterreich Spirituosen konsumieren dürfen. Jugendliche selbst wissen darüber etwas besser Bescheid, aber immerhin noch 44 % der 15- bis 24-Jährigen denkt, dass die gesetzliche Grenze für Spirituosenkonsum unter 18 Jahren liegt.

Fakt ist somit, dass der Inhalt des Jugendschutzgesetzes - zumindest hinsichtlich des Spirituosenkonsums - der Hälfte der oberösterreichischen Bevölkerung unbekannt ist! Hier ist die Politik gefordert, verstärkt für die Bekanntmachung und Akzeptanz des Jugendschutzgesetzes zu sorgen.

Testkäufe zeigen, dass das Jugendschutzgesetz nicht konsequent umgesetzt wird. Betrunkene Jugendliche werden von Erwachsenen nicht angesprochen, aus Desinteresse oder auch aus Furcht vor aggressiven Reaktionen. Die damit einhergehende geringe Orientierung im Umgang mit Alkohol kann zu folgenreichen Fehleinschätzungen durch die Jugendlichen, mit massiven gesundheitsgefährdenden Folgen, führen.

6.3.4 Conclusio: Subjektives Informationsniveau versus explizites Wissen

Konkret befragt, wie sie sich über Alkohol informiert fühlen, antworten 26 % der Bevölkerung, sie fühlen sich über Alkohol sehr gut informiert und weitere 53 % fühlen sich gut informiert. Was bedeutet, dass beinahe vier Fünftel (79 %) der öö. Bevölkerung sich als gut bzw. sehr gut informiert fühlen, wobei hier nur äußerst geringe Unterschiede zwischen den Geschlechtern vorliegen.

Frage 25: „Noch eine letzte Frage zum Alkohol: Wie gut fühlen Sie sich über Alkohol informiert? Würden Sie sagen, Sie fühlen sich über Alkohol - sehr gut informiert, gut informiert, weniger gut informiert, gar nicht gut informiert?“

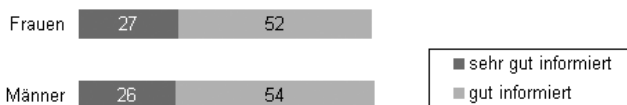


Abb. 6.4: Subjektives Informationsniveau über Alkohol, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter: 15+, N=1018

Da ca. die Hälfte der Bevölkerung - absolut handlungsrelevantes Wissen, wie - die Jugendschutzbestimmungen zum Alkoholkonsum und immerhin noch ein Drittel die Grenze für gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum nicht kennt,

gibt sich im Lichte der obigen Wissensfragen eine krasse Eigenüberschätzung des Informationsstandes der oberösterreichischen Bevölkerung zu erkennen!

Beruhigend ist, dass 91 % der Bevölkerung die Meinung vertreten „Vor allem in der Schwangerschaft soll man keinen Alkohol trinken“.

Das subjektiv als hoch empfundene Informationsniveau kontrastiert auch mit der Meinung von 90 % der OberösterreicherInnen, wonach die Gefahren des Alkohols in unserer Gesellschaft oft unterschätzt werden:

Ein Großteil der Befragten sieht sich selbst als zumindest gut informiert, der Informationsstand der Gesellschaft wird aber offensichtlich als defizitär erlebt. Dies lässt folgende Interpretation zu: Das (zweifelloso sozial wünschbare) hohe subjektive Informationsniveau der Befragten wird - von diesen - den „anderen“ und / oder dem öffentlichen Diskurs abgesprochen.

6.4 Ausmaß des Alkoholkonsums

Inhaltlich sind bei der Erfassung des Alkoholkonsums folgende Dimensionen zu beachten:

- Qualität: nach der Art des konsumierten Getränkes
- Quantität: nach der Menge des konsumierten Alkohols
- Frequenz: nach der Häufigkeit der Alkoholeinnahme.

In unserer Befragung in Oberösterreich wurden alle drei Dimensionen erhoben, wobei die Art des konsumierten Getränkes vom Interviewer bzw. von der Interviewerin auf Grund des jeweiligen Alkoholgehaltes in so genannte Standardgläser umgerechnet wurde. Zur Illustration: Ein österreichisches Standardglas enthält 20 g reinen Alkohol, das entspricht ca. einem ¼ Liter Wein oder ca. ½ Liter Normalbier oder ca. drei kleinen Schnäpsen á 2 cl.

Der Vorteil von Berechnungen des Alkoholkonsums, welche auf Umfrageergebnissen basieren, beruht auf den Umstand, dass man nach Teilgruppen (z. B. Alter, Geschlecht) auswerten und Zusammenhänge zwischen Alkoholgewohnheiten und anderen Variablen herstellen kann. Weiters können bei diesem Ansatz detaillierte Aussagen über Teilgruppen abgeleitet werden, während über offizielle Statistiken (Produktions-, Verkaufs-, Import-, Exportzahlen, etc.) bloß der Durchschnittskonsum der Gesamtbevölkerung ermittelt werden kann.

Der Nachteil von Repräsentativumfragen ist aber, dass man mit dieser Methode den tatsächlichen Alkohol-Pro-Kopf-Konsum erheblich unterschätzt. Diese Verzerrung hat drei Ursachen: (Uhl und Kobra, 2004, 45)

6 Alkohol

- AlkoholikerInnen werden, wie dies auch für andere Extrem- bzw. Randgruppen gilt, bei Repräsentativerhebungen unterproportional erfasst. (Undersampling)
- Die interviewten Personen geben den Konsum des Vortags zu niedrig an. (Underreporting)
- Die interviewten Personen geben, wenn man sie über den Alkoholkonsum von weiter zurückliegenden Tagen als den Vortag fragt, eine noch geringere Alkoholmenge als die schon zu niedrige des Vortags an. (Verzerrung durch Vergessen)

Uhl und Springer (1996) ermittelten in ihrer österreichweiten Befragung, dass mit der Umfragemethode nur etwas mehr als ein Drittel (38 %) des tatsächlich konsumierten Alkohols erfasst werden kann.

Auch in deutschen Untersuchungen (Küfner und Kraus, 2002, 941) wurde ermittelt, dass „die Angaben der Befragten über die getrunkenen Alkoholmengen nur etwa 40 bis 60 Prozent der Pro-Kopf-Mengenangaben in den Statistiken zum Alkoholverbrauch“ erreichen. Daraus ergibt sich, dass für den Durchschnittskonsum der Gesamtbevölkerung eines Staates die offiziellen Verbrauchszahlen aus diversen Statistiken herangezogen werden. Hier wird - vereinfacht gesprochen - von der Formel „Produktion minus Ausfuhr plus Einfuhr“ ausgegangen.

Will man jedoch wie in unserem Fall Aussagen über Konsummuster oder über verschiedene Teilgruppen machen, sind Befragungen zum Alkoholkonsum unverzichtbar.

Da Kinder und Jugendliche bis zum 15. Geburtstag kaum größere Mengen an Alkohol konsumieren, ist es international üblich (und sinnvoll), die insgesamt konsumierte Alkoholmenge auf die Bevölkerung - die älter als 15 Jahre ist - zu beziehen. Nur dieses Vorgehen erlaubt einen unverzerrten Vergleich zwischen Ländern bzw. Zeitepochen mit unterschiedlichen Kinder- und Jugendlichenanteilen. (Uhl und Kobra, 2004, 47)

6.4.1 Durchschnittliche Alkoholkonsummenge

Die von den Befragten durchschnittlich angegebene Alkoholkonsummenge für die Vorwoche betrug 12,9 Gramm pro Kopf und Tag. Bei den Männern betrug der durchschnittliche Tageskonsum 17,9 Gramm. Dem stehen 8,2 Gramm bei den Frauen gegenüber.

Laut den offiziellen Verkaufszahlen tranken die ÖsterreicherInnen (von 15 bis 99 Jahre) 2002 pro Kopf rund 13,0 Liter reinen Alkohol, das sind 28,1 g

Reinalkohol pro Tag. Dies entspricht ca. 512 Halbe Bier bzw. 512 Viertel Wein pro Kopf und Jahr. (Uhl und Kobrna, 2004, 48)

Unter der plausiblen Annahme (vgl. Uhl und Springer, 1996), dass sich die OberösterreicherInnen hinsichtlich ihres Alkoholkonsums ungefähr im Bundeschnitt befinden, lassen sich diese beiden Zahlen in Relation zueinander bringen: Das Verhältnis von 12,9 g zu 28,1 g entspricht einer Unterschätzung von 54,1 %. Mit anderen Worten, bei der Befragung über den Durchschnittskonsum über die Vorwoche wird weniger als die Hälfte (45,9 %) des tatsächlich konsumierten Alkohols erfasst.

6.4.2 Alkoholtrinkfrequenz

Neben der durchschnittlichen Trinkmenge ist hinsichtlich des Alkoholkonsums auch die Trinkfrequenz von Interesse. Aus unserer Befragung geht hervor, dass 6,5 % der OberösterreicherInnen (10,9 % der Männer und 2,9 % der Frauen) angaben, in den letzten drei Monaten täglich Alkohol zu sich genommen zu haben. 15,3 % der Männer und 3,1 % der Frauen haben durchschnittlich in den letzten 3 Monaten an 6 oder 7 Tagen in der Woche Alkohol getrunken. Das sind 8,6 % der oberösterreichischen Bevölkerung. Bei den Jugendlichen im Alter von 15 - 24 Jahren sind dies 4,6 % (6,2 % männlich, 3,1 % weiblich).

Das ist insofern problematisch, da die WHO - für die Entgiftung der Leber - empfiehlt zumindest 2 Tage in der Woche abstinent zu leben.

Alkoholkonsum	Geschlecht		Gesamt
	männlich	weiblich	
an 7 Tagen pro Woche	10,9	2,9	6,5
an 6 Tagen pro Woche	4,4	0,2	2,1
an 5 Tagen pro Woche	6,3	1,4	3,6
an 4 Tagen pro Woche	7,4	4,5	5,8
an 3 Tagen pro Woche	12,2	7,5	9,6
an 2 Tagen pro Woche	15,7	13,0	14,2
an 1 Tag pro Woche	15,3	16,6	16,0
1 mal in 14 Tagen	8,7	15,7	12,6
1 mal pro Monat	5,2	10,2	8,0
weniger als 1 mal pro Monat oder nie	12,0	25,4	19,9
weiß nicht, keine Angabe	1,7	1,6	1,7

Tab. 6.2: Alkoholkonsumfrequenz in den letzten 3 Monaten nach Geschlecht (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, N=1018

Mehr als die Hälfte (57,8 %) der OberösterreicherInnen (72,2 % der Männer und 46,1 % der Frauen) konsumieren zumindest einmal pro Woche Alkohol.

6 Alkohol

Rund ein Fünftel (19,9 %) der Befragten trinken jedoch seltener als einmal pro Monat oder gar nie ein alkoholhaltiges Getränk. Bei Männern beträgt der entsprechende Prozentsatz 12 %, bei Frauen 26,4 %.

Betrachten wir die Trinkgewohnheiten der OberösterreicherInnen nach Alter und Geschlecht, so ergibt sich folgendes Bild:

Wie den Tabellen 6.3, 6.4 und 6.5 zu entnehmen ist, konsumieren von den 15- bis 19-jährigen Befragten 2,4 % täglich Alkohol. Dies sind ausschließlich junge Männer, was bedeutet dass 4,8 % (beinahe jeder zwanzigste) der Männer in diesem Alter jeden Tag Alkohol trinken.

Von diesem Alter steigt der Anteil jener, die täglich Alkohol konsumieren weitgehend kontinuierlich an. Die höchsten Anteile an täglichen Trinkern finden sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen in der Alterskategorie der 60- bis 69-jährigen (28,2 % der Männer und 4,5 % der Frauen) und der Ab-70-jährigen (25,0 % der Männer und 12,0 % der Frauen). Diese Ergebnisse können als Indiz dafür gelten, dass es mit zunehmendem Alter bei den OberösterreicherInnen zu einer Zunahme der Alkoholproblematik kommt. Hier sei auch auf die Untersuchungen von Uhl und Kobra (2004, 59ff) verwiesen, die für Österreich ein solches Phänomen konstatieren.

Zugleich gibt es aber auch in der höchsten Altersgruppe (den Ab-70-jährigen) den größten Anteil an Personen, die seltener als einmal im Monat Alkohol konsumieren (18,8 % der Männer und 56,0 % der Frauen).

Alkoholkonsum	Alterskategorie							Gesamt
	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 +	
an 7 Tagen p.W.	2,4	3,4	4,8	7,9	6,5	15,7	17,1	6,5
an 6 Tagen p.W.	1,2	1,3	2,4	0,5	3,6	6,0	-	2,1
an 5 Tagen p.W.	2,4	2,6	3,6	4,7	5,8	3,6	-	3,6
an 4 Tagen p.W.	6,0	4,7	4,8	5,3	8,0	12,0	-	5,8
an 3 Tagen p.W.	4,8	9,4	10,8	11,6	10,9	8,4	2,4	9,6
an 2 Tagen p.W.	25,0	20,6	12,0	12,6	9,4	6,0	9,8	14,2
an 1 Tag p.W.	21,4	16,7	18,1	14,7	13,0	10,8	14,6	16,0
1 mal in 14 Tagen	10,7	16,7	15,3	9,5	13,0	3,6	7,3	12,6
1 mal pro Monat	7,1	8,2	6,8	10,5	7,2	8,4	4,9	8,0
weniger als 1 mal pro Monat oder nie	17,9	15,9	19,7	21,1	19,6	21,7	41,5	19,9
weiß nicht, k.A.	1,2	0,4	1,6	1,6	2,9	3,6	2,4	1,7

Tab. 6.3: Alkoholtrinkfrequenz bezogen auf Alterskategorien in Prozent, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, N=1018

Alkoholkonsum	Alterskategorie							Gesamt
	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 +	
Männer								
an 7 Tagen p.W.	4,8	6,1	6,0	15,8	12,7	28,2	25,0	10,9
an 6 Tagen p.W.	2,4	2,6	5,2	1,3	7,3	12,8	-	4,4
an 5 Tagen p.W.	2,4	4,4	6,0	9,2	12,7	5,1	-	6,3
an 4 Tagen p.W.	9,5	7,0	6,9	6,6	7,3	12,8	-	7,4
an 3 Tagen p.W.	4,8	11,4	15,5	11,8	14,5	12,8	6,3	12,2
an 2 Tagen p.W.	33,3	21,9	14,7	13,2	7,3	-	12,5	15,7
an 1 Tag p.W.	14,3	18,4	14,7	19,7	9,1	5,1	25,0	15,3
1 mal in 14 Tagen	9,5	11,4	11,2	6,6	7,3	2,6	-	8,7
1 mal pro Monat	4,8	6,1	5,2	5,3	5,5	2,6	6,3	5,2
weniger als 1 mal pro Monat oder nie weiß nicht, k.A.	14,3	10,5	13,8	9,2	10,9	12,8	18,8	12,0
	-	-	0,9	1,3	5,5	5,1	6,3	1,7

Tab. 6.4: Alkoholtrinkfrequenz bezogen auf Alterskategorien in Prozent (Männer), Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, N=458

Alkoholkonsum	Alterskategorie							Gesamt
	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 +	
Frauen								
an 7 Tagen p.W.	-	0,8	3,8	2,6	2,4	4,5	12,0	2,9
an 6 Tagen p.W.	-	-	-	-	1,2	-	-	0,2
an 5 Tagen p.W.	2,4	0,8	1,5	1,8	1,2	2,3	-	1,4
an 4 Tagen p.W.	2,4	2,5	3,0	4,4	8,4	11,4	-	4,5
an 3 Tagen p.W.	4,8	7,6	6,8	11,4	8,4	4,5	-	7,5
an 2 Tagen p.W.	16,7	19,3	9,8	12,3	10,8	11,4	8,0	13,0
an 1 Tag p.W.	28,6	15,1	21,1	11,4	15,7	15,9	8,0	16,6
1 mal in 14 Tagen	11,9	21,8	18,8	11,4	16,9	4,5	12,0	15,7
1 mal pro Monat	9,5	10,1	8,3	14,0	8,4	13,6	4,0	10,2
weniger als 1 mal pro Monat oder nie weiß nicht, k.A.	21,4	21,0	24,8	28,9	25,3	29,5	56,0	26,4
	2,4	0,8	2,3	1,8	1,2	2,3	-	1,6

Tab. 6.5: Alkoholtrinkfrequenz bezogen auf Alterskategorien in Prozent (Frauen), Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, N=560

Diese Befunde decken sich mit jenen einer repräsentativen Befragung von ÖsterreicherInnen im Jahr 1993/94, welche vom Ludwig Boltzmann-Institut für Suchtforschung durchgeführt wurde:

„Offenbar findet mit zunehmendem Alter eine Polarisierung der Trinkfrequenz in der Form statt, dass ein Teil immer häufiger trinkt und gleichzeitig ein anderer Teil immer seltener trinkt.“ (Uhl und Springer, 1996, 55)

Nach Befunden deutscher Erhebungen trinken ein Drittel der 14- bis 24-jährigen weniger als einmal wöchentlich Alkohol, ein Drittel bis zu zweimal

wöchentlich, und nur das letzte Drittel konsumiert Alkohol mehr als zweimal wöchentlich bis täglich. (Silbereisen und Weichold, 2002, 12)

Bei den oberösterreichischen Jugendlichen im Alter von 15 - 24 Jahren zeigt sich ein ähnliches Bild:

Auch hier trinken zwei Drittel (65,4 %; männlich 72 %, weiblich 59 %) der Jugendlichen zumindest wöchentlich Alkoholika. Ein Drittel (33,7 %) der Jugendlichen trinkt seltener als einmal wöchentlich Alkohol. Mehr als ein Drittel (41,4 %) konsumiert Alkohol an ein oder zwei Tagen in der Woche. Das verbleibende knappe Viertel (24 %) greift mehr als zweimal wöchentlich bis täglich zu einem alkoholhaltigen Getränk.

6.5 Problematischer Alkoholkonsum

Die im folgenden Kapitel behandelten Themen basieren auf den alkoholbedingten Diagnosedaten der öffentlichen Krankenhäuser in Oberösterreich. Die genannten Zahlen geben ausschließlich Spitalsdiagnosen an Oberösterreichern wieder.

Als Hintergrundinformation bezüglich des Zustandekommens und der Relevanz der präsentierten Daten sei auf das Unterkapitel „Drogenbedingte Diagnosedaten der öffentlichen Krankenhäuser in Oberösterreich (LKF-Daten)“ im Kapitel 3 „Datenquellen im Drogenmonitoring Oberösterreich“ verwiesen.

6.5.1 Akuter Alkoholmissbrauch

Der diagnostizierte „akute Alkoholmissbrauch“³ in Oberösterreich zeigt von 1999 bis 2002 einen starken kontinuierlichen Anstieg. Von 2002 auf 2003 blieben die Zahlen beinahe gleich. 1999 wurden bei 1.493 Behandlungen diese Diagnosen gestellt. Im Jahr 2003 hatte sich diese Zahl um mehr als die Hälfte (57 %) auf 2.344 Fälle erhöht. Ein Anstieg dieser Diagnosen ist bei beiden Geschlechtern zu verzeichnen. Bei den Frauen verdoppelte sich die Zahl der Behandlungen (von 353 auf 710) sogar.

Die Geschlechterverteilung des akuten Alkoholmissbrauches liegt aktuell bei 2,3:1 (männlich:weiblich) - oder, anders formuliert: In ca. 70 % aller diagnostierten Fälle von akuten AlkoholmissbraucherInnen sind die Patienten Männer.

³ Der Diagnosecluster „akuter Alkoholmissbrauch“ ist eine Zusammenfassung der ICD-10 Diagnosen F10.0 Akute Intoxikation mit Alkohol, F10.1 Schädlicher Gebrauch und T51 Toxische Wirkung durch Alkohol bzw. der ICD-9 Diagnosen (in den Jahren 1999 und 2000) 303.0 Alkoholintoxikation, 305.0 Alkoholmissbrauch und 980.0 - 980.3 Toxische Wirkung durch Alkohol.

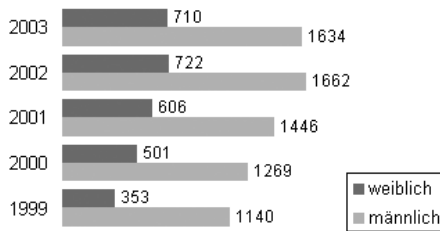


Abb. 6.5: Diagnosecluster akuter Alkoholmissbrauch in OÖ nach Geschlecht, Quelle: LKF, eigene Auswertungen

Der diagnostizierte „akute Alkoholmissbrauch“ zeigt nach der Auswertung über das Alter, dass besonders Jugendliche im Alter von 15-19 Jahren stärker als der Durchschnitt der Bevölkerung gefährdet sind:

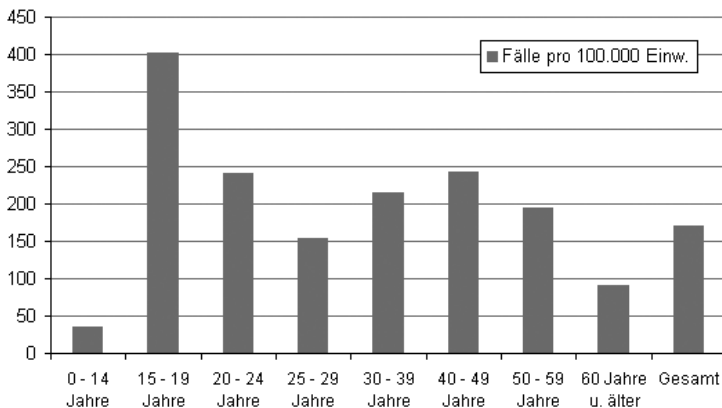


Abb. 6.6: Diagnosecluster akuter Alkoholmissbrauch in OÖ nach Alter, Quelle: LKF, eigene Auswertungen

In absoluten Zahlen waren dies im Jahr 2003, 356 Entlassungen von oberösterreichischen Jugendlichen (im Alter von 15-19 Jahren) die mit der Diagnose „akuter Alkoholmissbrauch“ erfolgten. Das bedeutet, auf 1000 Jugendliche entfallen 4 Einlieferungen. Dies ist, verglichen mit anderen Altersgruppen, der höchste Wert.

6 Alkohol

Als Ursachen hierfür gelten, dass die Probier- und Experimentierbereitschaft in diesem Alter höher ist als in späteren Lebensabschnitten; weiters sind die Jugendlichen im Umgang mit Alkohol noch wenig erfahren und deren Alkoholverträglichkeit ist geringer als bei, an Alkoholkonsum gewöhnten, erwachsenen KonsumentInnen.

„Bis zu einem gewissen Grad handelt es sich dabei (bei den Trinkgewohnheiten Jugendlicher, Anmerk. d. Verf.) sicher um experimentelles Trinken, welches in gewisser Weise sogar als notwendig erachtet werden kann, um ein effektives Kontrollverhalten entwickeln zu können. Zum anderen ist aber auch schon bei Jugendlichen zu vermuten, dass Alkoholkonsum in Zusammenhang mit bestimmten Lebensproblemen als stimulierende oder entspannende Droge eingesetzt wird.“ (Dür et al., 2002, 21)

Altersgruppe	Entlassungen bei akutem Alkoholmissbrauch	Belagstage bei akutem Alkoholmissbrauch	Belagsdauer in Tagen (Durchschnitt)	Wohnbevölkerung	Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen
0 - 14 J.	85	151	1,78	239.525	35,5
15 - 19 J.	356	946	2,66	88.698	401,4
20 - 24 J.	214	1.107	5,17	89.205	239,9
25 - 29 J.	126	457	3,63	82.357	153
30 - 39 J.	462	2.835	6,14	215.658	214,2
40 - 49 J.	530	3.185	6,01	217.804	243,3
50 - 59 J.	306	2.186	7,14	157.008	194,9
60 J. u.ä.	265	2.072	7,82	291.544	90,9
Gesamt	2.344	12.939	5,52	1.381.799	169,6

Tab. 6.6: Diagnosecluster akuter Alkoholmissbrauch 2003 nach Alter, Quelle: LKF, eigene Auswertungen

Dass sich eine relativ kleine, aber doch deutlich ansteigende Zahl von Kindern und Jugendlichen nicht „nur“ betrinkt, sondern sich mit Alkohol in einen gesundheits- oder sogar lebensbedrohlichen Zustand versetzt, hat eine Vielzahl von Gründen. Kinder und Jugendliche gestalten immer früher ihre Freizeit außerhalb ihrer Familie, gehen aus in Lokale - was auch einen früheren Kontakt mit Alkohol mit sich bringt. Die Initiation in den Alkoholkonsum hat sich damit mehr und mehr von der familiären Obhut in die Öffentlichkeit verschoben: Eine klare Reglementierung des jugendlichen Alkoholkonsums durch fremde Erwachsene bleibt hier in der Regel aus, die familiäre Regelungsfunktion ist damit nahezu ersatzlos weggefallen. (Kuttler und Lang, 2004, 24)

Neben der relativen Häufung dieser Diagnose bei Jugendlichen fällt auf, dass die durchschnittliche Verweildauer der PatientInnen (Belagsdauer) mit zunehmendem Alter (beinahe) kontinuierlich ansteigt.

Es stellt sich die Frage, ob Alkohol vorrangig ein Problem der Jugend darstellt? Mitnichten, wie unsere weiteren Ausführungen zeigen werden, auch wenn dies in der Öffentlichkeit oftmals falsch dargestellt wird.

6.5.2 Alkoholabhängigkeit

Die in Zusammenhang mit Spitalsaufnahmen diagnostizierte Alkoholabhängigkeit⁴ zeigt für das Jahr 2003 eine klare Altersverteilung: Die Behandlung wegen Alkoholabhängigkeit steigt bis zu den Altersgruppen der 40 bis 49-Jährigen kontinuierlich an. (Die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit benötigt in der Regel jahrelangen missbräuchlichen Alkoholkonsum.)

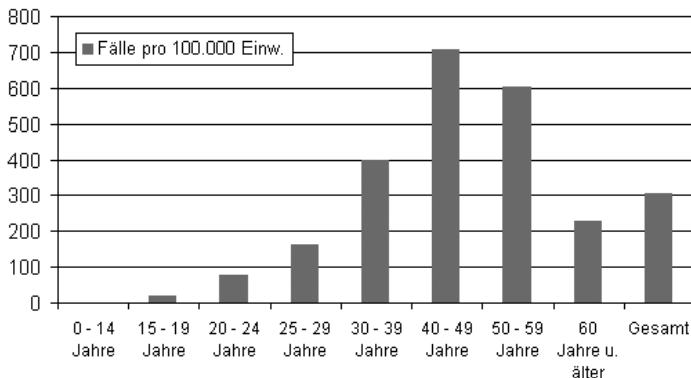


Abb. 6.7: Diagnosecluster Alkoholabhängigkeit nach Alter in OÖ 2003, Quelle: LKF, eigene Auswertungen

Die höchste Zahl der Abhängigkeitsdiagnosen ist in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen zu finden. Über 7 Fälle pro 1.000 EinwohnerInnen entfielen 2003 auf diese Altergruppen. Der Rückgang ab 50 Jahren ist teilweise durch die kürzere Lebensdauer von AlkoholikerInnen bedingt:

⁴ Der Diagnosecluster „Alkoholabhängigkeit“ beinhaltet die ICD-10 Diagnosen F10.4 Entzugssyndrom mit Delir, F10.3 Entzugssyndrom und F10.2 Alkoholabhängigkeitssyndrom bzw. der Diagnosen 291.0 Delirium tremens und 303.1 Alcoholismus chronicus im ICD-9.

„Im Lebenszyklus der ÖsterreicherInnen steigt Konsumfrequenz und Durchschnittskonsum mit zunehmendem Alter kontinuierlich an. Der artifizielle Eindruck des Rückganges im 6. Lebensjahrzehnt entsteht dadurch, dass es bei AlkoholikerInnen ab dem 50. Lebensjahr zu einer Zunahme der Todesrate kommt.“ (Uhl und Kobrna, 2004, 60)

Relevant für den Rückgang der Abhängigkeitsdiagnosen ab 50 Jahren dürfte auch sein, dass ab einem gewissen Alter AlkoholikerInnen sich weniger oft in Behandlung begeben. Der Druck durch den/die DienstgeberIn fällt z. B. bei Älteren (oftmals auf Grund ihrer Pensionierung) weg und bei Jüngeren erscheint eine Behandlung besonders angebracht, da diese noch „das Leben vor sich haben“.

Altersgruppe	Entlassungen bei Alkoholabhängigkeit	Belagstage bei Alkoholabhängigkeit	Belagsdauer in Tagen (Durchschnitt)	Wohnbevölkerung	Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen
0 - 14 J.	4	17	4,25	239.525	1,7
15 - 19 J.	18	149	8,28	88.698	20,3
20 - 24 J.	68	1.277	18,78	89.205	76,2
25 - 29 J.	133	2.117	15,92	82.357	161,5
30 - 39 J.	859	14.043	16,35	215.658	398,3
40 - 49 J.	1.539	22.635	14,71	217.804	706,6
50 - 59 J.	947	13.941	14,72	157.008	603,2
60 J. u.ä.	666	8.299	12,46	291.544	228,4
Gesamt	4.234	62.478	14,76	1.381.799	306,4

Tab. 6.7: Diagnosecluster Alkoholabhängigkeit 2003 nach Alter, Quelle: LKF, eigene Auswertungen

Im Jahr 2003 wurden insgesamt 4.234 Abhängigkeitsdiagnosen an Oberösterreichs öffentlichen Krankenanstalten gestellt. Diese machen einen Großteil (58 %) aller alkoholbedingten Diagnosen (7.342) aus. Seit 1999 (4.151 Fälle) hat sich die Zahl der Alkoholismusdiagnosen somit kaum verändert.

Das Geschlechterverhältnis der Alkoholabhängigkeit verschob sich in den letzten Jahren in Oberösterreich von knapp 4:1 auf beinahe 3:1 (männlich:weiblich). Dies entspricht auch dem Bundestrend.

Werden die OberösterreicherInnen nach ihrer Angst, alkoholabhängig zu werden befragt, so ergibt sich folgendes Bild: In Oberösterreich hat jeder zehnte Mann (10 % der Männer) und jede fünfzigste Frau (2 % der Frauen) zumindest gelegentlich die Befürchtung, von Alkohol abhängig zu werden. Das sind insgesamt 6 % der Bevölkerung.

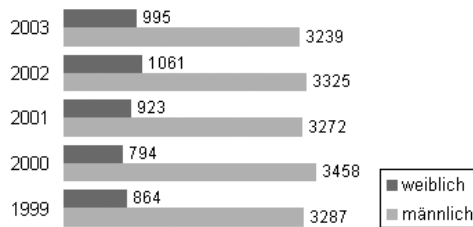


Abb. 6.8: Diagnosecluster Alkoholabhängigkeit nach Geschlecht in OÖ 2003, Quelle: LKF, eigene Auswertungen

Es zeigt sich, dass sowohl Männer wie auch Frauen das Risiko einer Alkoholabhängigkeit unterschätzen: Rund 14 % der männlichen und ca. 6 % der weiblichen Bevölkerung Österreichs erkranken im Laufe ihres Lebens an Alkoholismus. Das sind 10 % der ÖsterreicherInnen. (Uhl und Kobrna, 2004, 54)

Rund 5 % der ÖsterreicherInnen (340.000) über 15 Jahren sind als AlkoholikerInnen zu klassifizieren. (Uhl und Kobrna, 2004, 53)

Umgelegt auf Oberösterreich ergibt das ca. 57.000 OberösterreicherInnen, die an Alkoholismus erkrankt sind.

6.5.3 Gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum

Ein täglicher Durchschnittskonsum ab 40 Gramm Alkohol bei Frauen und ab 60 Gramm Alkohol bei Männern (Gefährdungsgrenze) gilt längerfristig als erheblich gesundheitsgefährdend.

Alkohol ist ein Zellgift. Da er durch das Blut im ganzen Körper verteilt wird, kommt es bei regelmäßigem Konsum von größeren Mengen praktisch in allen Geweben zu Zellschädigungen. Der Langzeitkonsum schädigt zahlreiche Organe, insbesondere die Leber (Fettleber, Leberentzündungen, Leberzirrhose), die Bauchspeicheldrüse, das Herz, das zentrale und das periphere Nervensystem und die Muskulatur. Langfristiger Alkoholkonsum in hohen Dosen erhöht das Risiko, an Krebs zu erkranken (Mund-, Rachen-, Speiseröhren-, Brustkrebs). (Winter, 2003, 53)

18,3 % der erwachsenen (über 16-jährigen) Bevölkerung in Österreich pflegen einen gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum. (vgl. Uhl/Kobrna, 2004, 51). D. h. der regelmäßige Konsum von Alkohol liegt über der Gefährdungsgrenze. In absoluten Zahlen wären das in Österreich ca. 1.240.000 Personen und bezogen auf Oberösterreich ca. 207.000 Personen, die Alkohol in einem

gesundheitsgefährdenden Ausmaß konsumieren (diese Zahl inkludiert die geschätzten 57.000 chronischen AlkoholikerInnen).

Laut Eigenangabe der Befragten konsumierten in der Vorwoche 1,9 % der Frauen und 5,5 % der Männer in Oberösterreich über der Gefährdungsgrenze. Österreichweit kommen Uhl und Kobra (2004, 50f) auf Grund eigener Berechnungen - bei denen die Verzerrungen durch Undersampling, Underreporting und Vergessen berücksichtigt wurde - zu folgenden Zahlen: „Männer trinken zu 28,7 % in gesundheitsgefährdendem Ausmaß, bei den Frauen beträgt der Anteil derer, die in gesundheitsgefährdendem Ausmaß trinken, 8,5 %.“ Wenngleich die „rohen“ Befragungsdaten aus Oberösterreich nur begrenzt mit jenen „adjustierten“ (mittels statistischer Methoden korrigierte Werte) von Uhl und Kobra (2004) vergleichbar sind, erlaubt diese Gegenüberstellung doch, sich ein Bild über das Ausmaß der Unterschätzung tatsächlicher Prävalenzen - auf Grund von Selbstangaben - zu bilden.

Als Versuch, die körperlichen Störungen - welche durch gesundheitsgefährdenden langfristigen Alkoholkonsum verursacht werden - zu erfassen, bildeten wir den Diagnosecluster „alkoholinduzierte körperliche Störungen“⁵. In ihm werden entsprechende ICD-10 Diagnosen (z. B. Leberschäden, Polyneuritis, etc.) summiert.

Altersgruppe	Entlassungen „alkoholinduzierte körperliche Störungen“	Belagstage „alkoholinduzierte körperliche Störungen“	Belagsdauer in Tagen (Durchschnitt)	Wohnbevölkerung	Fälle pro 100.000 EinwohnerInnen
0 - 14 J.	0	0	0	239.525	0
15 - 19 J.	1	1	1	88.698	1,1
20 - 24 J.	2	6	3	89.205	2,2
25 - 29 J.	15	124	8,27	82.357	18,2
30 - 39 J.	161	2.567	15,94	215.658	74,7
40 - 49 J.	486	6.785	13,96	217.804	223,1
50 - 59 J.	573	7.005	12,23	157.008	365
60 J. u.ä.	698	7.117	10,2	291.544	239,4

Tab. 6.8: Diagnosecluster „alkoholinduzierte körperliche Störungen“ 2003 nach Alter, Quelle: LKF, eigene Auswertungen

⁵ Der Diagnosecluster „alkoholinduzierte körperliche Störungen“ umfasst die ICD-10 Diagnosen G62.1 Polyneuropathie durch Alkohol, I42.6 Alkoholische Kardiomyopathie, K29.2 Gastritis durch Alkoholismus, K70.0 Alkoholische Fettleber, K70.1 Akute alkoholische Hepatitis, K70.2 Alkoholische Fibrose, Sklerose, K70.3 Alkoholische Lebercirrhose und K70.9 Chronische alkoholische Lebererkrankung.

Von den im Jahr 2003 insgesamt 1.936 diagnostizierten alkoholinduzierten körperlichen Störungen wurden 1.597 (82 %) bei Männern festgestellt. Das 4:1 Verhältnis (Männer:Frauen) macht deutlich, dass es sich hierbei - noch stärker als bei den Alkoholabhängigkeitsdiagnosen - um eine Domäne der Männer handelt.

Betrachten wir diese Diagnosen nach ihrer Altersverteilung, so gibt sich (bei den Fällen pro 100.000 EinwohnerInnen) ein kontinuierlicher Anstieg bis zu der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen zu erkennen. Der danach erfolgte Rückgang dürfte - gleichsam wie bei den Alkoholabhängigen - durch die erhöhte Sterblichkeit dieser PatientInnen verursacht sein. Darüberhinaus findet sich in diesem Diagnosecluster sicherlich ein hoher Anteil an AlkoholikerInnen wieder, was auch als Erklärung für die ähnliche Alters- und Geschlechterverteilung vermutet werden kann.

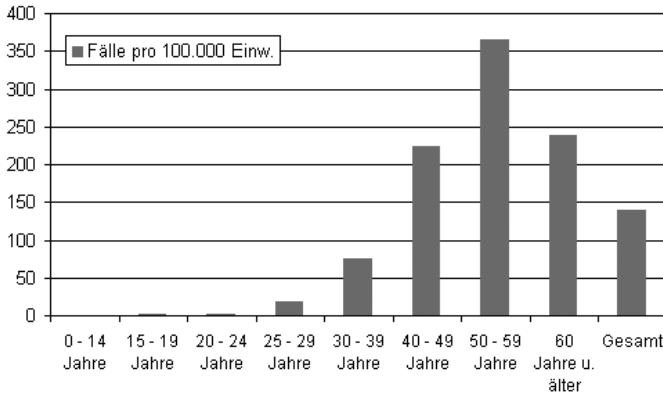


Abb. 6.9: Diagnosecluster „alkoholinduzierte körperliche Störungen“ 2003 nach Alter, Quelle: LKF, eigene Auswertungen

6.6 Alkohol im Straßenverkehr

Seit Jänner 1998 gilt in Österreich für Kraftfahrzeuglenker/Innen ein höchst zulässiger Blutalkoholwert von weniger als 0,5 Promille⁶. Seit der Einführung des

⁶ „Ein Kraftfahrzeug darf nur in Betrieb genommen oder gelenkt werden, wenn beim Lenker der Alkoholgehalt des Blutes weniger als 0,5g/l (0,5 Promille) oder der Alkoholgehalt der

Probeführerscheins 1992 gilt für Führerscheineulinge während der ersten 2 Jahre nach Führerscheinerteilung eine Grenze von maximal 0,1 Promille.

In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass das Lenken eines Fahrzeuges unter jeglichem die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigenden Einfluss prinzipiell verboten ist. Der Grenzwert stellt also grundsätzlich keinen „Freibrief“ für den Konsum von Alkohol bis zu diesem Grenzwert dar. Festgelegt ist lediglich, dass bei Vorliegen einer Alkoholisierung ab diesem Grenzwert die Lenkerin/der Lenker prinzipiell als beeinträchtigt gilt, was auch durch einen Gegenbeweis im Sinne eines Nachweises voller Leistungsfähigkeit nicht entkräftet werden kann. Nicht gesetzlich geregelt und damit im alleinigen Verantwortungsbereich der Lenkerin/des Lenkers ist auch die Gefahr einer Kombinationswirkung von Medikamenten und Alkohol.

Ebenso ist zu beachten, dass einem Fahrgast eines alkoholisierten Lenkers (sofern dem Fahrgast die Alkoholisierung erkennbar ist oder erkennbar sein muss) ein Mitverschulden an Schäden treffen kann, die der Fahrgast im Zuge des Unfalls erleidet.

Alkoholisierung gilt als eine der wichtigsten Ursachen für Verkehrsunfälle. Die meisten alkoholbedingten Verkehrsunfälle werden nicht durch alkoholabhängige VerkehrsteilnehmerInnen verursacht, sondern durch Personen, die situationsinadäquat vor dem Autofahren zu viel Alkohol getrunken haben. (Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, 2004, 24)

Zur Bestimmung des Blutalkoholspiegels wird von der Exekutive im Straßenverkehr der „Alkomat“ eingesetzt. In zwei unabhängigen Messvorgängen wird die Atemalkoholkonzentration gemessen und umgerechnet. Der niedrigere der zwei Messwerte ist maßgeblich. Seit der Einführung des Alkomaten steigt die Zahl der Alkoholkontrollen stetig an. Bei 156.721 Kontrollen in Österreich im Jahr 2003 wurden 37.346 LenkerInnen wegen Alkoholisierung angezeigt. (Kuratorium für Verkehrssicherheit, 2004, 75)

2003 ereigneten sich in Oberösterreich 473 Alkoholunfälle bei denen 717 Personen verletzt und 9 getötet wurden. Diese 473 Alkoholunfälle entsprechen 5,1 % aller Verkehrsunfälle in Oberösterreich. Oberösterreich liegt hier leicht unter dem Bundesschnitt: Österreichweit waren 2003 6,5 % der Verkehrsunfälle Alkoholunfälle - das sind 2841 Unfälle durch Trunkenheit. Bei diesen wurden 4020 Personen verletzt und 84 getötet. (Kuratorium für Verkehrssicherheit, 2004, 74) Zum Vergleich: Insgesamt starben im Jahr 2003 931 Menschen bei Verkehrsunfällen auf Österreichs Straßen.

Atemluft weniger als 0,25mg/l beträgt.“ (Führerscheingesetz § 14 Abs. 8, zit. nach Uhl et al., 2001, 315)

Bei den Straßenverkehrsunfällen mit tödlichem Ausgang war der Anteil der Alkoholunfälle noch höher: In 7,3 % der Straßenverkehrsunfälle mit tödlichem Ausgang gilt Alkohol als vermutliche Hauptunfallursache. (Kuratorium für Verkehrssicherheit, 2004, 70)

Hierzu sei erwähnt, dass in unserer Befragung 57 % der OberösterreicherInnen angaben, „keinen Tropfen Alkohol“ zu trinken, wenn sie mit dem Auto fahren.

Eine Analyse der alkoholisierten Beteiligten bei Alkoholunfällen in Österreich nach Alter und Geschlecht ergibt ein eindeutiges Bild:

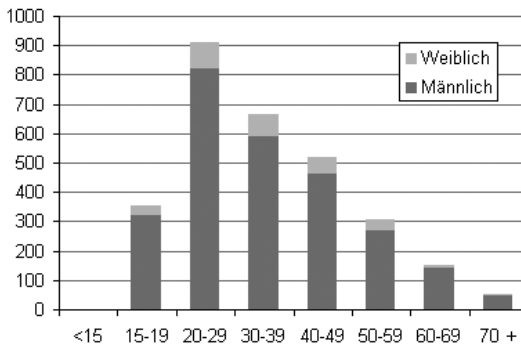


Abb. 6.10: Alkoholisierter Beteiligte an Alkoholunfällen in Österreich nach Alter und Geschlecht im Jahr 2003, Quelle: Kuratorium für Verkehrssicherheit (2004, 72)

Es ist unmittelbar erkennbar, dass in jeder Alterskategorie (mit Ausnahme der Unterfünfzehnjährigen - welche aber auf Grund der sehr geringen Anzahl vernachlässigbar sind) Männer das absolute Gros der alkoholisierten Beteiligten (immer um die 90 %) darstellen.

	<15	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 +	Gesamt
männlich	1	322	821	590	460	269	143	48	2654
weiblich	1	33	89	74	59	39	10	3	308
Gesamt	2	355	910	664	519	308	153	51	2962
Gesamt %	0,1	12	30,7	22,4	17,5	10,4	5,2	1,7	100
männlich %	50	90,7	90,2	88,9	88,6	87,3	93,5	94,1	89,6

Tab. 6.9: Alkoholisierter Beteiligte an Alkoholunfällen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2003, Quelle: Kuratorium für Verkehrssicherheit, 2004, 72

Beinahe ein Drittel (30,7 %) der alkoholisierten Beteiligten war zwischen 20 und 29 Jahre alt. Die unter Dreißigjährigen machen 42,8 % der alkoholisierten Beteiligten an Alkoholunfällen aus.

Zuletzt noch ein Blick hinsichtlich der Auswirkungen auf die Verkehrssicherheit durch die Reduktion der Promille-Grenze von 0,8 auf 0,5 ‰: Bei einem Vergleich der Zahl der Alkoholunfälle seit Einführung der 0,5 Promille-Grenze (1998 - 2003) mit den letzten 6 Jahren (1992 - 1997) vor deren Einführung ergibt sich eine Reduktion der Alkoholunfälle um 5,5 %. (Kuratorium für Verkehrssicherheit, 2004, 75)

Betrachtet man diese Reduktion im Kontext der von Uhl et al. (2005) nachgewiesenen langfristigen Trends, nämlich des Rückganges der Verkehrsunfälle mit Personenschaden, Verkehrsverletzten und Verkehrstoten relativ zum Kraftfahrzeugbestand einerseits und der Verringerung des Anteils der Alkoholunfälle an den Verkehrsunfällen andererseits, so ist diese stark zu relativieren. (Siehe hierzu die Ausführungen im Unterkapitel 3.3.4 „Unfallstatistik“ in Kapitel 3 „Datenquellen im Drogenmonitoring Oberösterreich“.)

6.7 Erwartungen der öö. Bevölkerung an die Politik

Präventionsmaßnahmen benötigen eine hohe Akzeptanz der Öffentlichkeit, um erfolgreich wirken zu können. (Meyer, 2003, 419)

Eingedenk dieser Tatsache ging es uns darum, Kenntnis darüber zu erlangen, wie konkrete alkoholpolitische Maßnahmen von der oberösterreichischen Bevölkerung beurteilt werden, bzw. was soll der Gesetzgeber - nach Meinung der Bevölkerung - machen, um Suchtprobleme zu verringern. Es zeigte sich klar, dass die einzelnen Maßnahmen unterschiedlich deutlich unterstützt werden.

Folgende Maßnahmen werden von der Bevölkerung unterstützt („Bin sehr dafür“ bzw. „eher dafür“):

- 93 % sind dafür, die Suchtvorbeugung in Schulen und Betrieben zu intensivieren.
- 92 % sind dafür, die Gefahren des Alkohols drastischer vor Augen zu führen.
- 88 % sind der Meinung, der Staat solle mehr in Informationsmaßnahmen über Alkohol investieren.
- 87 % unterstützen einen Ausbau von Alkoholberatungsstellen

- 80 % der Bevölkerung sind dafür, Betriebe, die an unter 16-Jährige Alkohol und Nikotin verkaufen, hart zu bestrafen.
- 62 % sind dafür, die Werbung für alkoholische Getränke gänzlich zu verbieten.

Frage 14: „Was soll Ihrer Meinung nach der Gesetzgeber, also der Staat, das Land und die Gemeinde machen, um das Suchtproblem zu verringern?“

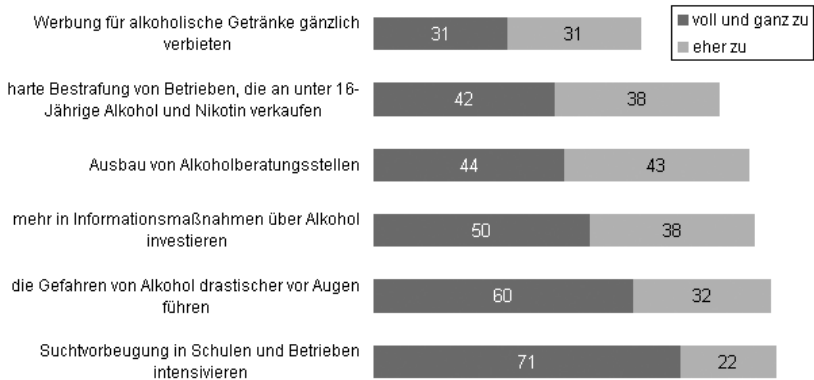


Abb. 6.11: Gewünschte Maßnahmen der Gesetzgeber zur Suchtproblemverringern (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragung ÖÖ 2003, N=1018

Im Bereich der Finanzierung von suchtpreventiven Aktivitäten werden folgende Maßnahmen von der oberösterreichischen Bevölkerung befürwortet („stimme voll und ganz zu“ bzw. „stimme eher zu“):

- Drei Viertel (75 %) der OberösterreicherInnen sind der Meinung, ein Teil der Steuern auf Alkohol soll zweckgebunden für die Prävention verwendet werden.
- Zwei Drittel (66 %) stimmen zu, dass ein Teil der Gewinne aus der Produktion und dem Verkauf alkoholischer Getränke für Suchtprevention verwendet wird.
- Mehr als die Hälfte (53 %) der oberösterreichischen Bevölkerung stimmt zu, die Steuern auf Alkohol zu erhöhen, um mit den Einnahmen suchtpreventive Aktivitäten zu finanzieren.

Hier sei auch noch angemerkt, dass knappe zwei Drittel (65 %) der Befragten der Meinung sind „die alkoholischen Getränke sind im Vergleich zu den alkoholfreien zu günstig“.

Die von der Mehrheit der OberösterreicherInnen geforderten Maßnahmen entsprechen jenen Empfehlungen, welche führende ExpertInnen aus den Bereichen Gesundheitsförderung und Suchtprävention anraten:

„Für die Finanzierung der präventiven Aktivitäten wird eine zweckgebundene Tabak- und Alkoholabgabe angemahnt. Nach internationalem Vorbild sollten 5 % der Zigaretten- und Alkoholsteuer ausschließlich für präventive Strategien reserviert werden. Weiterhin sollte vom Werbeetat der Zigaretten- und Alkoholindustrie ebenfalls zweckgebunden ein Anteil von 5 % für gezielte Informations- und Aufklärungskampagnen mit präventiver Absicht abgezweigt werden.“ (Hurlmann, 2004, 65) Eine Akzeptanz derartiger Maßnahmen seitens der Bevölkerung scheint also gegeben.

Vier von fünf OberösterreicherInnen (82 %) sind darüber hinaus der Meinung „Alkohol und Nikotin sind zu leicht zu bekommen“.

Unterstützte im Jahr 2000 knapp die Hälfte (48 %) der Bevölkerung die Forderung „Alkohol sollte nicht immer und überall erhältlich sein“, so war 2003 bereits weit mehr als die Hälfte (59 %) dieser Meinung.

Zur Illustration: Im Kanton Genf (CH) entschied sich kürzlich die Mehrheit der Bevölkerung für eine Vorlage der Kantonsregierung, mit dem Resultat, dass in diesem Kanton „an Tankstellen und Videotheken künftig kein Alkohol mehr verkauft werden darf“. Weiters dürfen auch „Geschäfte, die bis spät in die Nacht hinein geöffnet sind (...) künftig zwischen 21 und 7 Uhr keine alkoholischen Getränke mehr verkaufen“. (Tagesanzeiger, 2004, 26.09.2004)

Dies ist aus gesundheitspolitischer Perspektive insofern relevant, da viele Studien nachweisen, dass eine Reduktion der Öffnungszeiten von Verkaufsstellen für Alkohol auch eine Verringerung des Alkoholkonsums und dessen Folgen bewirkt. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass diese Maßnahmen im Einklang mit der öffentlichen Meinung stehen. (Edwards, G. et al., 1997, 126f)

Vor diesem Hintergrund ist folgendes Ergebnis unserer Befragung sehr erfreulich:

Knapp die Hälfte (45 %) der OberösterreicherInnen stimmen der Aussage „Es soll mehr getan werden um den Konsum von Alkohol zu reduzieren“ voll und ganz zu, 33 % stimmen dieser Aussage eher zu.

Auch ist mehr als die Hälfte der Bevölkerung (51 %) der Meinung, dass „harte alkoholische Getränke“ nicht im Supermarkt erhältlich sein sollten. Im Jahr 2000 waren nur knapp ein Drittel (32 %) dieser Ansicht.

6.8 Resümee und Überlegungen zum staatlichen Umgang mit Alkohol - aus suchtpreventiver Perspektive

Der Alkoholkonsum ist eine Domäne der Männer. In allen Altersgruppen trinken Burschen und Männer wesentlich öfter und mehr als Mädchen und Frauen. Männer machen 90 % aller alkoholisierten Beteiligten an Alkoholunfällen aus. Bei ihnen wird weitaus häufiger die Diagnose Alkoholabhängigkeit gestellt: Unter den Alkoholabhängigen befinden sich dreimal mehr Männer als Frauen.

Männer erkranken darüber hinaus dreimal so oft an alkoholbedingten Leberzirrhosen und sie sterben auch dreimal so oft an einer akuten Alkoholüberdosierung als Frauen. (Uhl und Kobra, 2003, 5)

Weiters bleibt festzuhalten:

- der Einstieg in den Alkoholkonsum erfolgt in frühen Jahren,
- der Konsum steigert sich mit zunehmendem Alter,
- die AlkoholikerInnen sterben früher,
- und übrig bleiben zwei polarisierte Gruppen von einerseits Abstinenzorientierten und andererseits praktisch täglich Konsumierenden.

Alkohol ist keine Droge, die von Jugendlichen und jungen Erwachsenen besonders häufig und/oder in großen Mengen getrunken wird. Dies zeigen die Untersuchungen der letzten 20 Jahre. (Uhl et al., 2001, 113)

„Das Alkoholproblem ist - auch wenn das viele Erwachsene nicht gerne hören - primär ein Problem der Erwachsenen und nur in zweiter Linie ein Problem der Kinder und Jugendlichen. Aus diesem Grund sollte man allen Bestrebungen Kinder und Jugendliche exklusiv ins Zentrum des Interesses zu rücken, mit großer Vorsicht gegenüberzutreten. Vom eigentlichen Problem abzulenken, indem man den Fokus einseitig auf Kinder und Jugendliche legt und sich diese betreffend immer strengere Kontrollmaßnahmen und Strafbestimmungen überlegt, ohne im entferntesten zu riskieren selbst davon tangiert zu werden, ist weder sachlich gerechtfertigt noch ethisch vertretbar.“ (Uhl, 2003b, 12f)

Verglichen mit den Ergebnissen unserer Befragung im Jahr 2000 ist 2003 eine zunehmende Sensibilisierung der Bevölkerung für die Droge Alkohol feststellbar, wengleich diese weiterhin eine hohe soziale Akzeptanz genießt und in ihren Gefahren immer noch stark unterschätzt wird:

So sterben in Österreich pro Jahr rund 100 Personen an einer akuten Alkoholvergiftung. Weiters versterben pro Jahr ca. 8000 AlkoholikerInnen in Österreich

(10 % aller Todesfälle). Deren Lebenserwartung ist um durchschnittlich 17 Jahre (Männer) bzw. 20 Jahre (Frauen) verkürzt. Das bedeutet, dass sich alkoholbedingt die Lebenserwartung aller ÖsterreicherInnen durchschnittlich um 1,8 Jahre verringert. (Uhl, 2002, 30)

Von diesen rund 8000 Todesfällen unter den AlkoholikerInnen pro Jahr, sterben mindestens 1000 an Leberzirrhose und geschätzte 955 begehen Selbstmord. (Uhl et al., 2001, 81)

Fazit: Die Definition von psychoaktiven Substanzen als „legal“ oder „illegal“ sagt wenig über den tatsächlichen Gefährdungsgehalt einer Substanz aus. Die „Legalisierung“ einer Substanz sollte nicht dazu führen, dass diese Substanz - wie es heute bei Alkohol der Fall ist - als gewöhnliches Lebensmittel erachtet wird (und damit praktisch völlig frei verkäuflich bzw. erhältlich ist).

Überlegungen zum staatlichen Umgang mit Alkohol

Im Unterschied zum Konsum illegaler Drogen bewegt sich die öffentliche Bewertung und Diskussion des Alkoholkonsums im Spannungsfeld zwischen kultureller Tradition mit einer grundsätzlichen Akzeptanz eines gemäßigten Alkoholkonsums, wirtschaftlichen Interessen seitens der Getränkehersteller und der Gastronomie bzw. des Getränkehandels sowie gesundheitlicher Aufklärung seitens der Gesundheitsbehörden. In diesem Spannungsfeld ist die Ursache zu sehen, dass die Gefahren übermäßigen Alkoholkonsums im Bewusstsein der Öffentlichkeit nur wenig verankert sind.

Von Seiten der Alkoholwirtschaft wird ein eigenverantwortlicher Umgang mit Alkohol propagiert. Sie spricht sich gegen Alkoholismus und jegliche Form von Alkoholmissbrauch und für deren Reduktion aus. Dass derartige Aussagen als (unreflektierte) Lippenbekenntnisse zu werten sind, wird bei näherer Betrachtung klar. (Uhl und Kobra, 2004, 70f)

AlkoholikerInnen - sie machen einen Bevölkerungsanteil von 5 % aus - konsumieren ca. ein Drittel des insgesamt in Österreich getrunkenen reinen Alkohols. Jene 13,3 % der österreichischen Bevölkerung, die als AlkoholmissbraucherInnen⁷ bezeichnet werden, verbrauchen ein weiteres Drittel.

Würden diese beiden Personengruppen ihren Alkoholkonsum auf ein Ausmaß, das unter der „Gefährdungsgrenze“ liegt beschränken, so würde der Alkoholkonsum der ab-16-jährigen Bevölkerung um 35 % zurückgehen. Ein effektives Bemühen um eine Verminderung der Alkoholprobleme führt somit unweigerlich zu einer erheblichen Reduktion des verkauften Alkohols.

⁷ Personen, die ab der „Gefährdungsgrenze“ konsumieren: Längerfristiger Konsum von durchschnittlich mindestens 40 Gramm reiner Alkohol pro Tag bei Frauen und 60 Gramm reiner Alkohol pro Tag bei Männern.

Würden alle ÖsterreicherInnen einen risikoarmen⁸ Alkoholkonsum pflegen, so würde der durchschnittliche Alkoholkonsum der ab-16-jährigen Bevölkerung sogar um 65 % reduziert.

Uhl und Kobrna (2004, 71) kommen zu folgendem Schluss: „Falls eine - aus gesundheitspolitischen Überlegungen sehr wünschenswerte - Reduktion des Alkoholmissbrauchs stattfindet, ist ein Rückgang des Alkoholkonsums unvermeidlich.“

Dies bedeutet, dass die Alkoholwirtschaft gravierende Umsatzeinbußen hinnehmen müsste.

In der Literatur (Babor et al., 2003; Edwards, G. et al., 1997) werden folgende Maßnahmen als besonders effektiv bei der Reduktion von alkoholbedingten Krankheiten herausgestellt:

- Besteuerung
- Einschränkung der Verfügbarkeit
- Verdachtsunabhängige Atemluftkontrollen
- gemeindenahе integrierte Präventionsprogramme
- Kurzinterventionen
- Schulung von Personal in Bars.

Alkoholpolitische Maßnahmen zur Prävention sollen sowohl Trinkmuster als auch Durchschnittskonsum mit einbeziehen. (Rehm et al., 2003, 87)

Aus präventiver Sicht kann überdies festgehalten werden, dass Unfallverletzungen und Gewalteinwirkungen sowie Selbstmorde signifikant zurückgehen, wenn der Alkoholkonsum einer Population sinkt, sei es aufgrund bestimmter politischer Maßnahmen oder aus anderen Gründen. (Klingemann, 2001, 8)

Es soll ein kohärentes System sich ergänzender und aufeinander abgestimmter Strategien erstellt und durchgeführt werden. Präventionsstrategien sollen so konzipiert werden, dass eine Institutionalisierung und somit Langfristigkeit derselben gesichert ist.

Als Gründe, warum in Österreich eine Alkoholpolitik (im Sinne einer systematischen Konzeption aufeinander abgestimmter alkoholpolitischer Maßnahmen) de facto nicht erfolgt, können angeführt werden (Uhl et al., 2001, 35):

⁸ Konsum von durchschnittlich höchstens 16 Gramm reiner Alkohol pro Tag bei Frauen und 24 Gramm reiner Alkohol pro Tag bei Männern. Darüber hinaus werden noch zwei abstinente Tage pro Woche empfohlen.

6 Alkohol

- Die Alkoholwirtschaft hat große ökonomische Bedeutung.
- Die Trinksitten sind im Gegensatz zu nordeuropäischen Ländern sozial weniger auffällig - weshalb der Ruf nach der ordnenden Staatsmacht leiser ist.
- Die Abstinenzbewegungen traten erst verspätet und eher schwach auf.
- Behandlung hat historisch bedingt einen größeren Stellenwert als Prävention.

Hapke (2002, 202f) konstatiert in Bezug auf die Bundesrepublik Deutschland folgendes: Die deutsche Gesundheitspolitik, Rechtsordnung und Wissenschaft lassen bisher keine hinreichende Wissensproduktion und Wissensanwendung im Sinne einer bevölkerungsbezogenen, präventiven Alkoholpolitik erkennen. Wirksame Instrumente, wie Preispolitik, Öffnungszeiten, Rationierung und die Schaffung alkoholkonsumfreier Örtlichkeiten lassen sich gegen die Interessen der Alkohol produzierenden Industrie und die Individualrechte auf selbst bestimmtes Handeln in Deutschland kaum realisieren. Lediglich in jenen öffentlichen Bereichen, in denen Dritte unmittelbaren Schaden durch AlkoholkonsumentInnen erwarten können, werden Restriktionen des Alkoholkonsums zunehmend akzeptiert, wie z. B. im Arbeitsschutz und der Straßenverkehrsordnung.

Für Österreich gilt Ähnliches: "In Austria a lot of laws, regulations and measures concerning alcohol production, distribution and consumption have been established during the last century. The majority of them were predominantly developed to serve economic and fiscal interests. They were not introduced to deal with alcohol-related social or health problems."⁹ (Eisenbach-Stangl et al., 2003, 83)

Eisenbach-Stangl (1991, 377) erkennt „das kontinuierlich größere Interesse des österreichischen Staates am wirtschaftlichen Produkt Alkohol als an der Droge Alkohol“.

Zugleich erfolgte jedoch in den letzten Jahren ein gesteigertes Interesse und eine verstärkte Sensibilisierung sowohl der Öffentlichkeit als auch des Medien diskurses für die gesundheitlichen und sozialen Schäden, welche durch Alkoholkonsum entstehen.

⁹ Im letzten Jahrhundert sind in Österreich viele Gesetze, Vorschriften und Maßnahmen betreffend der Produktion, Verteilung und des Konsums von Alkohol erlassen worden. Die Mehrheit dieser wurde überwiegend entwickelt, um wirtschaftliche und fiskalische Interessen zu bedienen. Sie wurden nicht eingeführt, um sich mit sozialen und gesundheitlichen Problemen, die in Verbindung mit Alkohol stehen, zu befassen. (eigene Übersetzung)

„The pursuit of health as one of modern society's most highly cherished values accounts for the growing interest in alcohol policy. But it also creates a special challenge because public health often competes with other social values such as free trade, open markets, and individual freedom.“¹⁰ (Babor et al., 2003, 9)

Gemessen an der Bedeutung, die Alkoholmissbrauch und Alkoholismus in (Ober-) Österreich einnehmen, wurden - und werden - erstaunlich wenige epidemiologische Untersuchungen und offizielle statistische Daten zu diesen Themen publiziert.

„Eine Politik der öffentlichen Gesundheitsfürsorge, die das Thema ‚Alkohol‘ mit einschließt, muss in eine allgemeine nationale und lokale Gesundheitsplanung integriert sein. Aktionen im Zusammenhang mit Alkohol lassen sich nicht länger als beliebige fakultative Maßnahme betrachten. Will man, dass die getroffenen Maßnahmen effektiv sind, gibt es jedoch bestimmte Vorbedingungen: ein nachhaltiges Engagement für eine informationsbasierte öffentliche Debatte und die Bereitstellung von Informationen zu dem Problem. Informationen wiederum sind die Grundlage für das Treffen der notwendigen politischen Entscheidungen.“ (Rehn, Room und Edwards, 2001, 103)

Die angesprochenen Informationen wollen wir mit dieser Publikation liefern.

¹⁰ Das Streben nach Gesundheit als einer der am höchsten geschätzten Werte der modernen Gesellschaft, erklärt das steigende Interesse an Alkoholpolitik. Es schafft jedoch auch eine besondere Herausforderung, weil die öffentliche Gesundheit oft mit anderen gesellschaftlichen Werten wie freier Handel, offene Märkte und persönlicher Freiheit in Konkurrenz steht. (eigene Übersetzung)

7 Tabak

Richard Paulik

„Tabak ist das erfolgreichste Genussmittel, von der Natur oder den Göttern dem Menschen geschenkt, zu dessen Freude und Leid, zu dessen Gesundheit und Krankheit, zu Lust, Liebe und kapitalistischem Konsum“
(Rätsch, 2002, 9)

„Zu den Strukturmerkmalen des Suchtbegriffs gehört es, unerwünschtes Verhalten beliebig pathologisieren zu können.“
(Spode, 1993, 273)

7.1 Einleitung

Tabak gilt als die meist verbreitete psychoaktive Pflanze der Welt. Die Ausbreitung des Tabakkonsums wird als „die größte Drogenepidemie aller Zeiten“ beschrieben. (Hess, 1987, 7) Die Bedeutungen, die dem Tabak gegeben werden, sind sehr vielfältig und widersprüchlich. Das Spektrum der Bewertung des Tabakkonsums reicht vom wichtigen Heilmittel über ein geliebtes Genussmittel bis zum verachteten Teufels- und Todeskraut. „Der Streit um das Rauchen“ (Knoblauch, 1995) hat eine lange Geschichte, die in den letzten 200 Jahren eng mit der Entwicklung der Wissenschaften, vor allem der Medizin, verbunden ist. Die Diskussionen über Substanzen sagen vielleicht mehr über die Gesellschaft, in der die Diskussion geführt wird, aus, als über die Substanzen selbst.

In den letzten zwei Jahrzehnten hat die Kritik am Rauchen neue Impulse erfahren. Rauchen wird nunmehr verstärkt mit medizinischen und normativen Argumenten kritisiert, mit dem Ziel das Rauchen als ein Verhalten außerhalb der Norm zu etikettieren.

So wird der Tabakkonsum durch die Weltgesundheitsorganisation als bedeutendstes einzelnes Gesundheitsrisiko und die führende Ursache frühzeitiger Sterblichkeit in den Industrieländern bezeichnet. Rauchen gilt als die wichtigste vermeidbare Ursache einer Vielzahl von Erkrankungen und vorzeitiger Sterblichkeit. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation sterben weltweit jährlich 5 Millionen Menschen vorzeitig an den Folgen des Zigarettenkonsums.

Der Zigarettenkonsum verursacht in Ländern wie Österreich oder Deutschland jährlich mehr Todesfälle als Aids, Alkohol, illegale Drogen, Verkehrsunfälle, Morde und Selbstmorde zusammen genommen. (Pöschke-Langer, 2004)

Nach Studien in den USA haben RaucherInnen ein 20-mal höheres Risiko, im mittleren Alter an Lungenkrebs zu sterben als NichtraucherInnen, und ein dreifach höheres Risiko in mittlerem Alter an Gefäßkrankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall und anderen Arterien- und Venenerkrankungen zu Tode zu kommen. Rauchen ist weiterhin mit Krebs verschiedener Organe, darunter Blase, Niere, Kehlkopf, Mund, Bauchspeicheldrüse und Magen assoziiert. (World Bank, 2003, 27)

Mit dem Thema Passivrauchen ist die Gefährdung bzw. Schädigung Dritter, also von nicht Konsumierenden angesprochen. „Lediglich etwa ein Viertel des Tabakrauchs wird vom Raucher direkt über den Hauptstromrauch inhaliert. Der Nebenstromrauch, der eine etwa 50% höhere Konzentration an krebserregenden Substanzen enthält, gelangt in die Luft und kann von anderen inhaliert werden.“ (Keller, 2002, 434)

1989 wurde neben Koffein auch Tabak in die Liste der „Abhängigkeit produzierenden Drogen“ aufgenommen. Das im Tabak enthaltene Nikotin ist als suchterregend klassifiziert worden. Die Tabakabhängigkeit ist seither in der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-International Classification of Diseases) aufgeführt.

Die medizinischen Definitionen Sucht und Abhängigkeit haben sich also in der öffentlichen Diskussion durchgesetzt, sind aber weiterhin nicht unumstritten. Troschke ist daher auch zuzustimmen, wenn er ausführt, dass die Suchthypothese des Rauchens eine große Verbreitung gefunden hat, „dient sie doch gleichermaßen den Rauchern als Entschuldigung für ihr Weiterrauen, wie engagierten Gesundheitserziehern zur Erklärung, warum ihre Bemühungen zur Bekämpfung des Rauchens oft so frustrierend erfolglos sind.“ (von Troschke, 2000, 432)

Hess, Kolte und Schmidt-Semisch (2004) fassen zusammen, dass das Tabakrauchen seit Mitte der 60er Jahre im medizinischen Gefährlichkeitsdiskurs eine Sonderstellung einnimmt, da jede gerauchte Zigarette als der Gesundheit abträglich angesehen wird. In der ethnologischen Forschung hingegen ist auch für Tabak sinnvoller und stimmiger Gebrauch dokumentiert, z.B. in sakralen Ritualen und als Heilmittel. (Blätter, 1995) Die Übertragung und Nutzbarmachung dieser „Kompetenzen“ in die Kulturen der spätmodernen Gesellschaften, im Einflussbereich multinationaler (Tabak-)Konzerne, erscheint jedoch schwierig. Die positiven Aspekte des Rauchens wie Genuss, Entspannung und Stimulation sind durch den Gefährlichkeitsdiskurs nicht nur in Frage gestellt, sondern gelten als plumpe Marketingstrategie oder als faule Ausrede (von Süchtigen).

Zigaretten sind verfügbar wie kaum ein Konsumgut. Durch die Zigarettenautomaten ist die Verfügbarkeit rund um die Uhr und flächendeckend gewährleistet.

Strukturelle Maßnahmen wie Tabaksteuererhöhung, Werbeverbote und Einschränkung der Verfügbarkeit von Zigaretten gelten als notwendig und zielführend. Die einseitige Orientierung an abschreckenden, restriktiven und/oder prohibitiven Maßnahmen nach US-amerikanischen Vorbild stellen aber nicht immer den Königsweg dar. Professionelle Suchtprävention und eine fundierte Tabakpolitik benötigen zur Entwicklung angemessener Konzepte fachliche Grundlagen. Nachfolgenden Darstellungen verstehen sich als ein Schritt in diese Richtung.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung 2003 (Stichprobe, repräsentativ für OÖ) dargestellt: RaucherInnenprävalenzen, Verbreitung substanzbezogenen Wissens, Einstellungen/Normen, alltäglicher Umgang mit dem Rauchen. Neben diesen Ergebnissen finden sich Auswertungen der WHO-SchülerInnenbefragung (HBSC) für Österreich und Oberösterreich, die als Ergänzung zu verstehen sind. Zur Beschreibung der gesundheitlichen Auswirkungen des Rauchens werden einzelne Diagnosen an öffentlichen Krankenanstalten angeführt. In weiteren Kapiteln wird auf die Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage und dem Rauchen und auf die Gesundheitsziele in Oberösterreich eingegangen; weiters werden Daten, aber auch Defizite der österreichischen Tabakwarenstatistik vorgestellt. Im Kapitel Tabakpolitik werden Erwartungen an die Politik aus der Bevölkerungsbefragung OÖ dargestellt und relevante tabakpolitische Aspekte diskutiert. Eine detaillierte Beschreibung der verwendeten Quellen ist in Kapitel 3, „Datenquellen im Drogenmonitoring Oberösterreich“ angeführt.

7.2 Die Prävalenz des Tabakkonsums¹

Zur Darstellung der Prävalenz des Tabakkonsums in Oberösterreich werden in diesem Kapitel Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung OÖ 2003 präsentiert, die im Rahmen des Projektes „Drogenmonitoring OÖ“ durchgeführt wurde. Hierfür wurden im Jahr 2003 1018 Personen face-to-face interviewt, repräsentativ für die oberösterreichische Bevölkerung ab 15 Jahren.

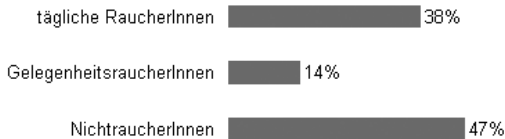


Abb. 7.1: RaucherInnenprävalenz Oberösterreich, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

Nimmt man die GelegenheitsraucherInnen und täglichen RaucherInnen zusammen, ergibt sich ein RaucherInnenanteil von 52 %. 47 % der Befragten bezeichneten sich als „absolute NichtraucherInnen“.²

¹ Aus Platzgründen konzentrierte sich die Erhebung auf den Zigarettenkonsum, der heute den überwiegenden Anteil des Tabakkonsums ausmacht. Für Österreich wurde im Rahmen einer Mikrozensuserhebung zu den Rauchgewohnheiten der Pfeifen- oder Zigarrenraucheranteil mit 1,9 % beschrieben (Statistik Austria 2002a, 21). In Deutschland rauchen ca. 4 % der männlichen Tabakkonsumente Zigarren oder Zigarillos bzw. Pfeife, von den weiblichen sind es lediglich 0,4 % bzw. 0,2%. (Junge und Nagel, 1999, 23)

Zur Erhebung der RaucherInnenprävalenz und RaucherInnenstatus: Um die Vergleichbarkeit mit der Ersterhebung 2000 zu gewährleisten, wurden die Fragen zur Prävalenz des Tabakkonsums und weiterer Fragestellungen gleich lautend übernommen, obwohl z. B. bei den täglichen RaucherInnen die Formulierungen „bin ein durchschnittlicher Raucher“ und „bin ein starker Raucher“ präziser formuliert werden könnten. Zusätzlich wurden für die Folgebefragung 2003 weitere Fragen entwickelt bzw. von anderen internationalen Untersuchungen übernommen oder adaptiert, z. B. aus Riemann (1997).

² Aufgrund der Defizite der Datenlage ist ein Vergleich mit anderen Untersuchungen nur bedingt sinnvoll. In der BRD mit einer relativ großen Zahl an bundesweiten repräsentativen Untersuchungen zum Rauchverhalten variieren die Werte zum Teil recht deutlich, in einzelnen Bereichen bis zu 10 Prozent und darüber. Als Gründe hierfür werden unterschiedliche Anlagen der Studien, Frageformulierungen und Stichprobenumfänge genannt. Zur Beurteilung von Trends sind daher Zahlen von denselben Erhebungsreihen aus verschiedenen Jahren heranzuziehen. (Junge und Thamm, 2003, 49) Repräsentativerhebungen können als mehr oder weniger gelungene Landkarten verstanden werden, die aber auch immer mit Fehlern behaftet sind, „die aus unterschiedlichen Quellen resultieren, wie z. B. Verzerrungen aus Antwortverweigerungen, falschen Angaben, schwer verständlichen Fragen oder Auswahl von

Im Vergleich zur Befragung im Jahr 2000 weisen diese Angaben auf einen leichten Rückgang der Raucherquote hin. Im Jahr 2000 gaben insgesamt 57 % an zu rauchen, 40 % gaben an täglich zu rauchen.

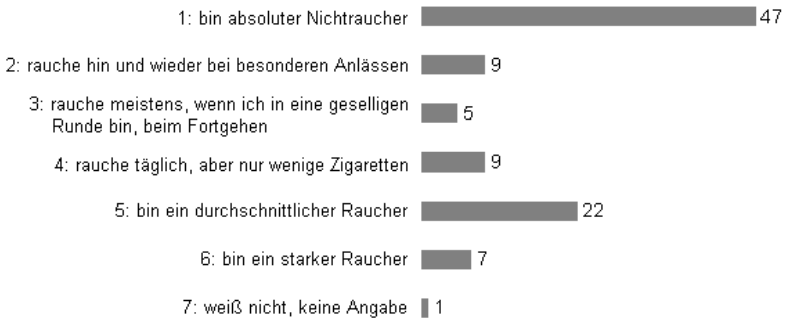


Abb. 7.2: RaucherInnenprävalenz Oberösterreich (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

Frage: „Kommen wir zum Rauchen. Würden Sie sich selbst einstufen, welche der Aussagen passt am besten zu Ihnen?“

14 % sind der Kategorie GelegenheitsraucherInnen (2+3) zuzuordnen. Der 38-prozentige Anteil an „täglichen RaucherInnen“ setzt sich aus den Antwortkategoriein 4, 5 und 6 zusammen.

Betrachtet man alle Personen, die angaben zu rauchen, so sind davon 73 % tägliche RaucherInnen (Männer: 71,8 %, Frauen: 73,3 %) und 27 % GelegenheitsraucherInnen. Hochgerechnet auf die oberösterreichische Bevölkerung ergibt das eine Zahl von 430.000 täglichen RaucherInnen bzw. 158.000 GelegenheitsraucherInnen, das sind zusammen rund 588.000 RaucherInnen in Oberösterreich.

7.2.1 Rauchen, Geschlecht und Alter

Wie bei anderen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, ist auch das Rauchen relativ stark durch Geschlechterdifferenzen und das Alter bestimmt.

Insgesamt rauchen mehr Männer als Frauen (56%:48%) und sie rauchen häufiger (tägliches Rauchen: 40,2%:35,2%). Der Zusammenhang zwischen Alter

nicht zur Grundgesamtheit gehörenden Personen“ (Kraus und Augustin, 2000, 135), um nur einige anzuführen.

7 Tabak

	Nichtraucher	Gelegenheitsraucher		tägliche Raucher		
		hin und wieder	in gesell. Runde	wenig	durchschnittlich	stark
Männlich	44,1	9,8	5,5	8,1	22,3	9,8
Weiblich	50,2	7,7	5,4	8,8	21,8	4,6
Gesamt	47,7	8,6	5,4	8,4	22,0	7,0

Tab. 7.1: Verteilung RaucherInnenstatus nach Geschlecht (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

und Rauchgewohnheiten wird bei der Entwicklung einer „RaucherInnenkarriere“ also der Entwicklung vom Probierer zum/r GewohnheitsraucherIn deutlich. Der überwiegende Anteil der heute regelmäßig Konsumierenden startete ihre RaucherInnenlaufbahn im frühen Jugendalter. Während im Alter von 13 Jahren noch relativ wenige Burschen und Mädchen regelmäßig rauchen (Weiters siehe Kapitel 7.3.1 zu den HBSC Untersuchungen), nimmt die Anzahl der täglichen RaucherInnen ab dem 15. Lebensjahr immer weiter zu und erreicht in dieser Untersuchung bei den 20- bis 29-Jährigen ihren Höhepunkt. Junge und Nagel (1999) zeigen für Deutschland, dass 95 % der heute 20- bis 29-Jährigen mit dem Rauchen begonnen haben, als sie jünger als 20 Jahre waren. (Junge und Nagel, 1999, 123) Dür et al. (2002) verweisen darauf, dass 90 % der RaucherInnen im Erwachsenenalter vor ihrem 18. Lebensjahr zu rauchen begonnen haben. (Dür et al., 2002, 24)

Der Konsum von Zigaretten erreichte in den Jahrzehnten nach dem zweiten Weltkrieg immer mehr an Bedeutung. (Sandgruber, 1996, 46f) In den Generationen der heute 60-Jährigen und Älteren rauchten und rauchen die Männer deutlich mehr als die Frauen im gleichen Alter. Die niedrigen RaucherInnenraten älterer Menschen wird vor allem auch durch die frühere Sterblichkeit der RaucherInnen (siehe auch Kapitel Todesfälle durch Nikotin) und durch die höhere Anzahl von ExraucherInnen mit beeinflusst.

	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 +	Gesamt
Nichtraucher	35,7	23,3	31,0	42,2	51,3	45,5	74,4	85,7	44,3
Gelegenheitsraucher	21,7	23,3	14,3	16,4	19,7	12,7	2,6	0,0	15,4
tägliche Raucher	42,9	53,3	54,8	41,4	28,9	41,8	23,1	14,3	40,4

Tab. 7.2: Verteilung Männer nach Alter und Raucherstatus (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=458

Die geschlechtbezogene Altersverteilung zeigt, dass die höchsten Raucheranteile junge Männer im Alter zwischen 20 und 29 Jahren erreichen. Mit insgesamt

drei Viertel Rauchern (76,6 %) bei 53,3 % täglichen Rauchern konsumieren die 20- bis 24-jährigen Männer und die Gruppe der 25 bis 29-jährigen Männern, mit einem Raucheranteil von 69,1 % und dem Höchststand von täglichen Rauchern mit 54,8 % am häufigsten.

Die Gruppe der 30- bis 39-Jährigen raucht mit insgesamt 57,8 % Raucheranteil und 41,4 % täglichen Rauchern deutlich weniger als die jüngeren Männer, aber immer noch über dem Durchschnitt der Bevölkerung. Bei den 40- bis 49-jährigen Männern geht der Raucheranteil überraschenderweise auf 48,6 % Raucher insgesamt, bei 28,9 % täglichen Rauchern, zurück, um bei den 50 bis 59-jährigen mit 54,5 % Raucheranteil und 41,8 % täglichen Rauchern das Niveau der 30-Jährigen ungefähr zu erreichen.

Erst bei der Gruppe der 60- bis 69-jährigen Männer nimmt der Konsum mit 25,7 % Raucheranteil bei 23,1 % täglichen Rauchern erheblich ab und wird fast halbiert. Bei den über 70-jährigen Männern ist der Konsum nochmals stark zurückgegangen, knapp über 85 % der über 70-jährigen Männer bezeichnen sich als Nichtraucher. In diesen Altersgruppen wird die frühe Sterblichkeit der Raucher manifest.

	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 +	Gesamt
Nicht-raucherinnen	38,1	30,0	48,8	46,2	43,4	61,4	74,4	96,0	51,3
Gelegenheits-raucherinnen	23,8	20,0	12,8	15,2	11,5	10,8	9,3	0,0	13,2
tägliche Raucherinnen	38,1	50,0	38,4	38,6	45,1	27,7	16,3	4,0	35,6

Tab. 7.3: Verteilung Frauen nach Alter und Raucherinnenstatus (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=560

Bei den Frauen rauchen die jungen erwachsenen Frauen (20 bis 24 Jahre) mit insgesamt 70,0 % Raucherinnenanteil und 50,0 % täglichen Raucherinnen am häufigsten. Die 25 bis 29-Jährigen mit insgesamt 51,2 % Raucherinnen und 38,4 % täglichen Raucherinnen und die 30 bis 39-Jährigen mit 53,8 % Raucherinnenanteil bei 38,6 % täglichen Raucherinnen, rauchen deutlich weniger. Dieser Rückgang könnte neben dem Herauswachsen aus dem Jugendalter, vor allem mit Schwangerschaft erklärt werden. Mit den 40- bis 49-jährigen Frauen steigt der Raucherinnenanteil auf 56,6 % und den täglichen Raucherinnen auf 45,1 % leicht an (im Gegensatz zu den Zahlen bei der gleichaltrigen Männergruppe). Bei den 50- bis 59-Jährigen nimmt die Raucherquote auf 38,5 % ab, bei 27,7 % täglichen Raucherinnen, um bei den 60- bis 69-Jährigen mit einem

Raucherinnenanteil von 25,6 % und 16,3 % täglichen Raucherinnen weiter zurückzugehen. Bei der ältesten Gruppe der über 70-jährigen Frauen bezeichnen sich 96 % als Nichtraucherinnen. Die frühere Sterblichkeit der Raucherinnen ist bei den älteren Kohorten wieder zu berücksichtigen.

7.2.2 Täglicher Zigarettenkonsum

Bei den RaucherInnen mit einem täglichen Zigarettenkonsum - das sind 38 % der Befragten - wurde die tägliche Zigarettenmenge erhoben um einen weiteren Einblick in den Konsumumfang und der damit verbundenen potenziellen Gesundheitsgefährdung zu erhalten³ (Frage: Wie viele Zigaretten rauchen sie an einem durchschnittlichen Tag, können sie da eine Schätzung vornehmen?).

Die Anzahl der konsumierten Zigaretten pro Tag zeigt wieder die Unterschiede der Geschlechter. Täglich rauchende Frauen konsumieren durchschnittlich 15,7 Zigaretten pro Tag, täglich rauchende Männer 19,6 Zigaretten pro Tag. Der durchschnittlich angegebene Zigarettenkonsum der täglichen Raucher und Raucherinnen beträgt 17,6 Zigaretten pro Tag.

	Zigaretten pro Tag		
	1-9	10-19	20 und mehr
männlich	13,9	30,6	55,6
weiblich	19,9	42,9	37,2
Gesamt	17,0	37,0	46,0

Tab. 7.4: Verteilung der täglichen ZigarettenraucherInnen nach der Anzahl der gerauchten Zigaretten pro Tag (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=376

³ Aus Platzgründen wurde von einer Erhebung der Zigarettenmarken und Inhaltsstoffe Abstand genommen. In diesem Zusammenhang ist der hohe Anteil von „light“-Zigaretten am Gesamtzigarettenkonsum von besonderem Interesse. Kritisiert wird, dass von der Tabakindustrie die früher als „light“ bezeichneten Zigaretten als weniger gesundheitsschädlich propagiert wurden und werden. „Ein Umsteigen auf „light“-Zigaretten bringt aber keine Risikoreduktion. Vielmehr wird durch eine Steigerung des Konsums eine Modifikation der Rauchelnnengewohnheit (z. B. durch Kompression des Filters) oder vermehrtes Abrauchen (bis zum Filter) der Nikotinkonsum konstant gehalten, die Konzentration der Rauchinhaltsstoffe kann dabei sogar steigen. (Leithner und Exner, 2003, 4) Ein schwerwiegendes Problem bei dieser Art von Zigaretten ist aber auch, dass mit diesen Produkten der Einstieg als Probierer erleichtert wird.

Das „leichte Rauchen“ wird in der Fachdiskussion jedoch sehr unterschiedlich definiert. Nach Leithner und Exner (2003) sind die dabei verwendeten Kriterien: die Anzahl der pro Tag gerauchten Zigaretten, die Menge des gerauchten Tabaks in Gramm, der Anteil an Kohlenmonoxid in der Ausatemluft oder das Rauchen von „light“-Zigaretten.

Die Gruppe mit dem geringeren täglichen Zigarettenkonsum (hier definiert mit 1-9 Zigaretten pro Tag) bilden die 13,9 % der täglich rauchenden Männer und 19,9 % der täglich rauchenden Frauen. Das ergibt einen gesamten Anteil von 17 % der täglichen RaucherInnen bzw. sind das 6,3 % der Bevölkerung ab 15 Jahren.

30,6 % der täglich rauchenden Männer und 42,9 % der täglich rauchenden Frauen konsumieren 10-19 Zigaretten pro Tag. Das sind insgesamt 37 % der täglichen RaucherInnen, bzw. sind das 13,7 % der Bevölkerung ab 15 Jahren.

Jene Personen mit einem hohen täglichen Zigarettenkonsum, mit 20 und mehr Zigaretten pro Tag, die hier als starke RaucherInnen definiert werden (siehe auch Kraus und Augustin, 2001, 52), stellen die größte Gruppe der täglichen RaucherInnen dar. In dieser Gruppe zeigen sich die Unterschiede der Geschlechter besonders deutlich: 55,6 % der täglich rauchenden Männer geben an, mehr als 19 Zigaretten pro Tag, also eine Packung oder mehr zu konsumieren, bei den Frauen beträgt dieser Wert deutlich weniger aber immerhin noch 37,2 %. Insgesamt sind demnach laut vorgenommener Definition 46 % der täglichen RaucherInnen als starke RaucherInnen zu bezeichnen, das sind 17 % der Bevölkerung ab 15 Jahren.

7.2.3 Weitere Untersuchungen in Österreich

Die generelle Datenlage ist im Bereich Rauchen und Tabak in Österreich unbefriedigend. Es existieren für ganz Österreich keine regelmäßig durchgeführten Untersuchungen für die Bevölkerung ab 15 Jahren, die mit dem gleichen Untersuchungsdesign durchgeführt wurden. Neben einzelnen eher unregelmäßig durchgeführten Studien in den Bundesländern sind als Referenzstudien die Befragungen zum Mikrozensus sowie weitere Erhebungen der Statistik Austria zu nennen. Eine in der Öffentlichkeit relativ oft zitierte Studie ist die Erhebung von Groman et al. (2000).

Die jüngste Untersuchung von Statistik Austria zum Rauchen wurde 1999 durchgeführt. Aufgrund unterschiedlicher Stichproben und Erhebungstechniken ist ein Vergleich mit anderen Mikrozensusuntersuchungen aber nur eingeschränkt möglich. Die Fragestellungen weichen von 1991 zu 1999 z. T. voneinander ab: Während 1991 nach dem täglichen Zigaretten-Rauchen gefragt wurde, wurde 1999 auch das gelegentliche Zigaretten-Rauchen erfasst. Der Vergleich mit den Werten in der Bevölkerungsbefragung OÖ ist besonders bei den Jugendlichen (und jungen Erwachsenen) eingeschränkt, da es bei den Mikrozensusuntersuchungen - aufgrund des hohen Anteils an Fremdauskünften - vermutlich zu einer Untererfassung des Rauchens kommt. Auskunftspersonen

sind im Falle der Jugendlichen meist die Eltern, die oft nicht wissen oder nicht wissen dürfen, dass ihre Kinder rauchen.

Die Prävalenzzahlen zwischen einzelnen Mikrozensusuntersuchungen (Statistik Austria, 2002a; Statistik Austria, 2002b) weisen relativ große Unterschiede auf. Eisenbach-Stangl (2003b) weist darauf hin, dass die höheren und steigenden RaucherInnenquoten in den „Gesundheitsmikrozensus“ zu einem kleinen Teil auch durch die vollständigere Erfassung von „Ausländern“, die weitaus häufiger rauchen als „Inländer“, erklärt werden können. „Unter den männlichen türkischen Staatsbürgern in Wien finden sich zum Beispiel 83,3 % Raucher, unter den aus Ex-Jugoslawien stammenden Männern 77,7 %.“ (Eisenbach-Stangl, 2003b, 255)

	Männer		Frauen	
	Österreich	Oberösterreich	Österreich	Oberösterreich
tägliche RaucherInnen	40,7	39,4	32,2	30,2
gelegentliche RaucherInnen	9,2	9,5	8,5	8,2
Gesamt	49,9	48,9	40,7	38,4

Tab. 7.5: RaucherInnenstatus in Österreich und Oberösterreich nach Geschlecht (in Prozent), Quelle: Statistik Austria (2002b, 78-79)

Die Auswertung nach Geschlecht zeigt, dass die Hälfte (49,9 %) der Männer in Österreich täglich oder gelegentlich rauchen. Die Werte der oberösterreichischen Männer liegen mit 48,9 %, bei 39,4 % täglichen Rauchern, nur knapp unter den Bundesdurchschnitt. Die oberösterreichischen Frauen rauchen um rund 2 % weniger als die österreichischen Frauen und rund 10 % weniger als die Männer in Oberösterreich.

7.2.4 Anteil der NichtraucherInnen⁴

Der gesellschaftlich anhaltende Trend gegen das Rauchen wird auch durch die Zuordnung der Befragten als Nichtraucher bestätigt. Während im Jahr 2000 42 % der interviewten Personen angaben „bin absoluter Nichtraucher“, waren es 2003 bereits 47 % der Befragten.

Die Darstellung der Befragten, die sich als „absolute Nichtraucher“ bezeichnen, zeigt, dass (entsprechend zu den RaucherInnenzahlen) in der Gruppe der 20- bis 24-Jährigen mit 26,7 % der geringste Wert erreicht wird. Bei den 25- bis

⁴ NichtraucherInnen werden hier als Summe der NichtraucherInnen und ExraucherInnen definiert.

29-Jährigen steigt der NichtraucherInnenanteil stark auf 40 % an, um bei den 30- bis 39-jährigen auf 44,4 % und bei den 40- bis 49-jährigen auf 46,6 % noch leicht anzusteigen. Bei den 50- bis 59-jährigen steigt der NichtraucherInnenanteil weiter an auf 55,1 % und erreicht bei den 60- bis 69-jährigen mit 74,4 % und bei den 70-Jährigen und älter mit 92,3 % die höchsten Anteile.

Das Ansteigen des NichtraucherInnenanteils bei den 25- bis 29-Jährigen könnte als Teil eines Herauswachsens aus einem jugendlichen Problemverhalten, als Reifungsprozess („maturing-out“) gedeutet werden (besonders durch Schwangerschaften und Familiengründungen). So scheint das Rauchverhalten für zumindest einen Teil der RaucherInnen bzw. täglichen RaucherInnen in diesem Stadium der Raucherkarriere noch leichter modulierbar.

	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 +	Gesamt
Männer	35,7	23,3	31,0	42,2	51,3	45,5	74,4	85,7	44,3
Frauen	38,1	30,0	48,8	46,2	43,4	61,4	74,4	96,0	51,3
Gesamt	36,9	26,7	40,0	44,4	46,6	55,1	74,4	92,3	

Tab. 7.6: Verteilung der NichtraucherInnen nach Geschlecht und Alter (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=485

Die geschlechtsspezifische Auswertung (siehe auch die Tabellen 7.2 und 7.3 RaucherInnenquote) zeigt den niedrigsten Nichtraucheranteil bei den männlichen 20 bis 24-jährigen jungen Erwachsenen mit 23,3 %. In dieser Altersgruppe zeigen auch die jungen erwachsenen Frauen mit 30,0 % die niedrigsten Nichtraucherinnenanteile. Erhebliche Unterschiede bei den Geschlechtern zeigen sich aber bei den 25- bis 29-Jährigen: bei den Frauen steigt die Nichtraucherinnenquote stark an auf 48,8 %, während bei den Männern die Nichtraucherquote zwar auf 31 % ansteigt, aber weit hinter den Frauen dieser Altersgruppe zurückbleibt (hier dürften, wie oben erwähnt, Schwangerschaften und Familiengründungen eine wesentliche Rolle spielen).

Der NichtraucherInnenanteil in der Gesamtbevölkerung wird üblicherweise auf alle Altersgruppen bezogen (im Unterschied zum RaucherInnenanteil), also auch unter Einbeziehung der Säuglinge und Kinder bzw. Jugendliche unter 15 Jahren.⁵ (Junge und Thamm, 2003)

Da keine fundierten Untersuchungen für den Anteil der NichtraucherInnen bzw. RaucherInnen für Personen unter 15 Jahren für Österreich bzw. Oberösterreich für die einzelnen Jahrgänge vorliegen, wurde aus pragmatischen Gründen ein NichtraucherInnenanteil unter 15 Jahren auf Basis der HBSC - Daten

⁵ Stimmiger wäre sicherlich eine einheitliche Berechnung bezogen auf die über 15-jährige Bevölkerung

näherungsweise ermittelt. Bezogen auf die absoluten Jahrgangszahlen der 13- und 14-Jährigen, ergibt das einen RaucherInnenanteil von 1,76 % bezogen auf die Personengruppe 0-15 Jahren. Der NichtraucherInnenanteil der Personen unter 15 Jahren in Oberösterreich kann damit mit rund 98 % angenommen werden. Daraus wurde der Nichtraucheranteil bezogen auf alle Altersgruppen von 56,6 % errechnet (siehe auch Kapitel: Die Gesundheitsziele des Landes Oberösterreich).

7.2.4.1 Früheres Rauchverhalten der NichtraucherInnen: Anteil der ExraucherInnen und die AussteigerInnenquote⁶

Die Befragten, die angegeben haben „bin absoluter Nichtraucher“, wurden zu ihrem früheren Rauchverhalten befragt. Frage: Und haben Sie früher geraucht, oder nicht? Würden Sie sagen, Sie haben früher nicht geraucht, nur ein paar Mal, gelegentlich geraucht, täglich über mindestens ein halbes Jahr geraucht.⁷

	nicht geraucht	ein paar mal	gelegentlich geraucht	täglich geraucht	weiß nicht, k.A.
männlich	45,9	16,3	10,1	25,2	2,3
weiblich	59,6	16,9	7,5	13,9	2,2
Gesamt	53,4	16,7	8,7	19,0	2,3

Tab. 7.7: Verteilung NichtraucherInnen und früheres Rauchverhalten (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=485

45,9 % der Männer und 59,6 % der Frauen, die sich aktuell als NichtraucherInnen deklarieren, gaben an, früher nicht geraucht zu haben (das sind bezogen auf die gesamte Bevölkerung ab 15 Jahren 25,9 %).

⁶ Aufgrund der geringen Stichprobengröße wurde auf eine Ermittlung der AussteigerInnenquote nach dem Alter (die bei der Quit-Rate besonders interessant ist) verzichtet.

⁷ Die Angaben der Befragten müssen jedoch mit einiger Vorsicht behandelt werden. Wie in den Kapiteln zu illegale Drogen und Alkohol hingewiesen und bei Uhl und Springer (1996) näher ausgeführt, können die Daten bei Befragungen zum Substanzkonsum nicht unmittelbar interpretiert werden, sondern müssen einer Abschätzung der Verlässlichkeit bzw. Unverlässlichkeit der Angaben unterzogen werden. Bei einem zeitlich weit zurückliegenden Konsum ist mit Vergessenseffekten zu rechnen (die bei den Erfahrungen mit illegalen Drogen besonders hoch sind). Es ist davon auszugehen, dass ein Teil der Befragten sich an eigene Erfahrungen - z. B. des Probierens oder des gelegentlichen Konsums - nicht mehr erinnern konnten oder als Ergebnis veränderter Normen und Werte nicht mehr erinnern wollten (Erinnern wird als hochselektiver Prozess beschrieben, der durch das Interesse und die Akzeptanz des sozialen Umfeldes hochgradig mitgestaltet und im Sinn einer Praxis immer wieder neu geformt wird, bei dem einzelne Erinnerungsbestände wieder integriert oder ausgeschlossen werden).

Frühere ProbiererInnen: Weitere 16,3 % der nichtrauchenden Männer und 16,9 % der nichtrauchenden Frauen haben nach ihrer Aussage „nur ein paar mal probiert“. Das sind bezogen auf die Gesamtzahl der BefragungsteilnehmerInnen 7,9 %, die laut eigenen Angaben über das Stadium der „ExperimentiererInnen“ und „ProbiererInnen“ nicht hinausgegangen sind. Frühere GelegenheitsraucherInnen: 10,1 % der männlichen Nichtraucher und 7,5 % der weiblichen NichtraucherInnen gaben an früher gelegentlich geraucht zu haben, das sind zusammengerechnet 4,0 % der Bevölkerung ab 15 Jahren (5 % der befragten Männer und 4 % der befragten Frauen). Frühere tägliche RaucherInnen: 25,2 % der männlichen Nichtraucher und 13,9 % der weiblichen NichtraucherInnen gaben an, länger als ein halbes Jahr täglich geraucht zu haben, das entspricht zusammen 9,0 % der gesamten Bevölkerung ab 15 Jahren (11 % der befragten Männer und 7 % der befragten Frauen).

Ex-RaucherInnen und AussteigerInnenquote

Als Ex-RaucherInnen werden je nach Definition nur die früheren täglichen RaucherInnen (9 %) oder die früheren täglichen RaucherInnen plus die früheren GelegenheitsraucherInnen (zusammen 13 %) bezeichnet.

Die so genannte AussteigerInnenquote (Quit-Rate) ergibt sich aus dem Verhältnis von ExraucherInnen-Anteile auf die Summe der Raucher und ExraucherInnen, das sind die „Jemals-Raucher“. (Junge und Nagel, 1999, 123)

Variante 1: Hier werden tägliche RaucherInnen (38 %) und gelegentliche RaucherInnen (14 %) als RaucherInnen definiert. Für unsere Untersuchung ergibt dies bei 13 % Ex-RaucherInnen eine AussteigerInnenquote von 20 %.⁸

In der Vergleichsuntersuchung im Jahr 2000 gaben 57 % der Befragten an täglich bzw. gelegentlich zu rauchen. Insgesamt gaben 14 % der Befragten an, gelegentlich (4 %) bzw. täglich über mindestens ein halbes Jahr (10 %) geraucht zu haben. Das ergibt eine AussteigerInnenquote von 20 % für das Jahr 2000. Die AussteigerInnenquote hat sich also in den drei Jahren zwischen den Erhebungszeitpunkten nicht verändert.

⁸ Für Deutschland wurde 1998 im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys der Anteil der NieraucherInnen erhoben. 35 % der Männer und 57 % der Frauen gaben dabei an, nie geraucht zu haben (der Anteil der ExraucherInnen bei dieser Befragung betrug bei den Männern 28 % und bei den Frauen 15 %). Die AussteigerInnenquote betrug für die Männer 43,1 % und für die Frauen 35,6 %. (Junge und Nagel, 1999, 122f)

Ein Vergleich mit den Werten der Bevölkerungsbefragung OÖ 2003 ist aber aufgrund der unterschiedlichen Fragestellung „nie geraucht“ (Bundes-Gesundheitssurvey) bzw. „nicht geraucht“ (Bevölkerungsbefragung OÖ 2003), der unterschiedlichen Stichprobe, unterschiedlichen Alterskategorien (beim Bundes-Gesundheitssurvey Alter 18-79), der Stichprobengröße und des Befragungsdesigns aber nur bedingt möglich.

Variante 2: Als Alternative zu der oben durchgeführten Errechnung der AussteigerInnenquote, wird die Quit-Rate hier nur auf die täglichen RaucherInnen (38 %) bezogen. Bei 9 % Ex-RaucherInnen (mit einem täglichen Konsum über mindestens ein halbes Jahr), errechnet sich eine AussteigerInnenquote von 19 %.

7.2.5 Die Bereitschaft zur Verhaltensänderung und die RaucherInnenentwöhnung

Da das Thema RaucherInnenentwöhnung in der suchtp Präventiven Diskussion zunehmend an Bedeutung gewinnt, wurde in der Befragung das zukünftige (beabsichtigte) Rauchverhalten der täglichen RaucherInnen (erstmalig) erhoben. Hier wurden nur jene Personen befragt, die angegeben haben, täglich zu rauchen.

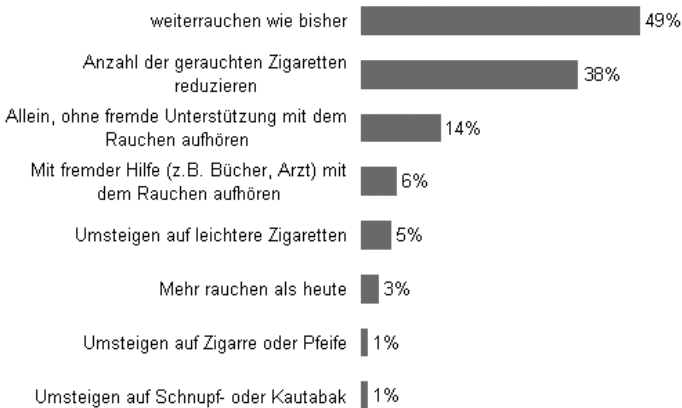


Abb. 7.3: Zukünftiges Rauchverhalten (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=376

Knapp die Hälfte der täglichen RaucherInnen (49 %) gab an in den nächsten 6 Monaten wie bisher weiterrauchen zu wollen. Immerhin 38 % beabsichtigen die Anzahl der gerauchten Zigaretten zu reduzieren und 5 % auf leichtere Zigaretten umzusteigen.

Nur 20 % planen mit dem Rauchen aufzuhören, davon 14 % ohne fremde Unterstützung und 6 % mit fremder Unterstützung wie Arzt, Selbsthilfegruppen oder Bücher.

In der Untersuchung von Groman et al. (2000) werden 55 % der TabakkonsumentInnen als dissonante (unzufriedene) RaucherInnen angeführt, das sind jene Personen, die entweder mit dem Rauchen aufhören (18 %) oder ihren Tabakkonsum reduzieren (37 %) wollen. (Groman et al., 2000, 111)

Dieser Definition folgend sind in der Bevölkerungsbefragung OÖ 2003 rund 58 % der täglichen RaucherInnen als dissonante RaucherInnen zu bezeichnen, die ein so genanntes Nikotin-Prä-Abstinenz Syndrom (NPAS) aufweisen. Hochgerechnet auf die oberösterreichische Bevölkerung sind das rund 250.000 RaucherInnen, die gegenwärtig als potentielle KlientInnen für RaucherInnenentwöhnungsmaßnahmen anzusehen sind. Der Vergleich der Werte mit der Untersuchung von Groman et al. ist hier allerdings nicht möglich, da bei der Bevölkerungsbefragung OÖ 2003 bei dieser Frage Mehrfachantworten möglich waren.

7.2.5.1 Aufhörversuche

Die Bedeutung der RaucherInnenentwöhnung wird auch dadurch sichtbar, dass 67 % der täglichen RaucherInnen schon einmal (23 %) oder mehrmals (44 %) versucht haben mit dem Rauchen aufzuhören. Insgesamt haben also rund zwei Drittel (67 %) der täglichen RaucherInnen ein oder mehrmals versucht mit dem Rauchen aufzuhören.

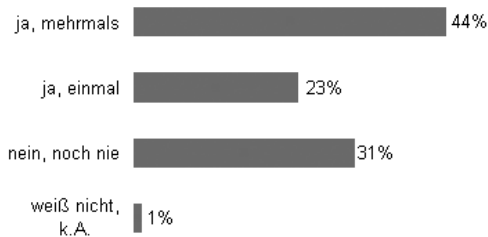


Abb. 7.4: Aufhörversuche der täglichen RaucherInnen, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003 (in Prozent), Alter 15+, N=376

Die Defizite in Österreich beim Thema RaucherInnenentwöhnung werden durch eine internationale Studie INRA 1999 zit. nach Junge und Thamm (2003, 58) erhärtet. Während in Schweden und den Niederlanden um 80 % der RaucherInnen bereits ernsthaft versucht haben mit dem Rauchen aufzuhören, waren es bei dieser Untersuchung in Österreich nur 38 %. Österreich liegt damit gemeinsam mit Portugal an letzter Position der teilgenommenen Länder und

weit unter dem EU-Durchschnitt von 55 %. Dieser niedrige Anteil von RaucherInnen, die sich bereits ernsthaft mit dem Aufhören befasst haben, kann als Aufforderung verstanden werden, die Problematik systematischer und zielgruppengerechter zu kommunizieren und professionelle RaucherInnenentwöhnung flächendeckend anzubieten.

Die relativ großen Unterschiede der Angaben bei der Bevölkerungsbefragung OÖ 2003 und der INRA dürfte auch hier im Bereich des Fragebogendesigns und der Stichprobenziehung und -größe zu finden sein.

7.2.6 Exkurs: Die Debatten um die Nikotinabhängigkeit

Schoberberger und Kunze (1999, 29f) verweisen auf eine Studie über österreichische RaucherInnen mittels Fagerström-Test zur Nikotinabhängigkeit. Laut dieser Untersuchung sind 37 % der RaucherInnen in Österreich „deutlich nikotinabhängig“, weitere 33 % werden als „gering nikotinabhängig“ eingeteilt, bei dieser Gruppe ist der Zusammenhang zwischen Aufrechterhaltung des Rauchens und einer psychischen und physischen Abhängigkeit nicht zu beurteilen. 30 % der RaucherInnen sind nicht oder äußerst geringgradig nikotinabhängig. Diese Personen gelten als vorwiegend „psychisch abhängig“.

Nach Barta und Fagerström wird unter Zugrundelegung der diagnostischen Kriterien der ICD 10 (International Classification of Diseases) geschätzt, dass etwa 70 % bis 80 % der RaucherInnen vom Nikotin abhängig sind. (Junge und Thamm, 2003, 47) Hochgerechnet auf die oberösterreichische Bevölkerung über 15 Jahre ergibt das rund 300.000 bis 380.000 abhängige RaucherInnen in Oberösterreich.

Während von Vertretern der Tabakindustrie die suchterzeugende Wirkung des Rauchens sehr lange bestritten wurde (mit kräftiger Unterstützung industrienahe Forscher und Forschergruppen), hat sich in der neueren Diskussion das Bild weitgehend durchgesetzt, dass das Rauchen von Zigaretten stark abhängig macht. Auffällig ist hinsichtlich der Suchtgefahr, dass Heroin, Kokain und Nikotin zunehmend ähnlicher eingeschätzt werden.

In jüngster Zeit wird aber von einigen Sozialwissenschaftlern die Verschiebung von einem Gefährlichkeitsdiskurs zu einem Abhängigkeitsdiskurs kritisch kommentiert. Kolte und Schmidt-Semisch (2004) verweisen zu Recht darauf, dass das komplexe Thema Sucht nicht allein auf die Substanz und dem ihr zugeschriebenen Abhängigkeitspotenzial reduziert werden kann. Aus der Beschäftigung mit illegalisierten Drogen erscheint die Fokussierung der Debatte auf die unzureichend definierten Begriffe Sucht und Abhängigkeit nicht stimmig. Die Wirkung und Auswirkungen des Konsums einer Substanz werden ne-

ben den pharmakologischen Eigenschaften durch ein Bündel von Faktoren des konsumierenden Individuums (Set) und des sozialen und kulturellen Kontextes (Setting) beeinflusst. (Blätter, 2000) Das Phänomen Sucht wird stark durch die sozial beeinflussten Erwartungen der Einzelnen geformt. „Wenn das Suchtkonzept im Wesentlichen nur die Konsummuster „Sucht“ und „Abstinenz“ kennt, so wird das Individuum, wenn es raucht, möglicherweise nur „süchtig“ rauchen können - oder eben gar nicht“. (Kolte und Schmidt-Semisch, 2000, 1) Rauchen, so ein Resümee der AutorInnen, soll nicht einseitig verteufelt, sondern in seiner Ambivalenz zwischen Genuss und Gesundheitsschädlichkeit gesehen werden.

GelegenheitsraucherInnen - „die unerforschte Population“

Die dichotome Trennung in RaucherInnen und NichtraucherInnen verstellt den Blick auf jene Personen, die nicht gewohnheitsmäßig oder abhängig Rauchen. Der Konsum dieser GelegenheitsraucherInnen kann einerseits als nicht regelmäßig beschrieben werden, der Konsum ist durch wiederholte Konsumunterbrechungen bis zu längeren Phasen der Abstinenz gekennzeichnet. (Kleinichen, 2002) In einer anderen Vorstellung, die ungefähr der verwendeten Fragestellung folgt, sind alle jene Personen GelegenheitsraucherInnen, die über einen mehr oder weniger definierten Zeitraum (z.B. die letzten 30 Tage, die letzten 6 Monate etc.) rauchen, aber nicht täglich rauchen.

Nach den Untersuchungen von Saul Shiffman weichen 5-10 % der US-amerikanischen RaucherInnen von der üblichen Rauchnorm ab und werden als so genannte „tobacco chippers“ bezeichnet. Diese Personengruppe rauchte an mindestens vier Tagen in der Woche durchschnittlich maximal 5 Zigaretten pro Tag. Bei Abstinenz zeigten die „Chippers“ keine Entzugssyndrome und kein übermäßiges Verlangen nach Zigaretten. Dieser Gruppe fällt es anscheinend nicht schwer wiederholt an einem oder mehreren Tagen in der Woche freiwillig nicht zu rauchen. (Shiffmann 1989 zit. nach Kleinichen, 2002)

Kleinichen untersuchte mittels qualitativer Interviews GelegenheitsraucherInnen. Als GelegenheitsraucherInnen definiert Kleinichen (2002, 14) „(...) Menschen, die nur gelegentlich rauchen. Das bedeutet, dass sie nicht regelmäßig oder gewohnheitsmäßig Zigaretten konsumieren und ihren Umgang mit Zigaretten entsprechend durch wiederholte Konsumunterbrechungen (für einige Tage oder Wochen) bis hin zu längeren „Abstinenzphasen“ gekennzeichnet ist“. Aus den Interviews wird von der Autorin abgeleitet, dass gelegentliches Rauchen nicht zwangsmäßig zur Abhängigkeit führt und kontrollierte Formen des Rauchens nicht nur möglich sind, sondern im Rahmen von Entwöhnung und Prävention stärker berücksichtigt werden müssten. Kritisiert wird ein stereotypisches Bild von regelmäßigen bzw. täglichen RaucherInnen.

7.3 Der Einstieg in den Tabakkonsum

Rauchen stellt sich als eine komplexe Angelegenheit, mit einer Vielzahl von Einflüssen, dar. Rauchen ist in alltägliche Lebensstile eingebettet und wird sozial verstärkt. Es fehlt hier an Platz ausführlich auf Theorien des Rauchens einzugehen. Es sollen jedoch einige relevante Aspekte dargestellt werden.

Die Entwicklung einer RaucherInnenkarriere durchläuft in der Regel verschiedene Phasen. Nach Flay (1993), zit. nach Vartiainen (1999, 153) steht am Beginn die Vorbereitungsphase, in der Kinder und Jugendliche Einstellungen und Haltungen dem Rauchen gegenüber ausbilden. Haupteinflussfaktoren in dieser Phase sind Werbung und das Verhalten der Rollenvorbilder, vor allem Eltern und Geschwister.

Die Motive für den Konsum der ersten Zigarette sind dann vielfältig und reichen von Neugier bis zur Mutprobe.

Hurrelmann und Bründel (1997, 44) führen verschiedene, der Selbstdarstellung und Fremddarstellung dienende Bedeutungen von Tabak- und Alkoholkonsum in der Jugendphase an (die Liste ist natürlich nicht vollständig, zeigt aber die Breite möglicher Intentionen beim Substanzkonsum):

- Provokation gegen elterliche und gesellschaftliche Normen und Werte,
- Bewusste Verletzung der elterlichen Kontrollvorstellungen,
- Abwendung von den elterlichen Lebensgewohnheiten,
- Sozialer Protest,
- Demonstrative Vorwegnahme des Erwachsenenverhaltens,
- Nachahmung des Verhaltens bestimmter Personen,
- Suche nach grenzüberschreitenden und bewusstseinsweiternden Erfahrungen,
- Verschaffung von schneller Entspannung und Genuss,
- Erschließung und Zugangsmöglichkeiten zu Freundesgruppen,
- Zugehörigkeit zu subkulturellen Lebensstilen,
- Ablenkung von schulischem Versagen,
- Bewältigung von psychischen Problemen in eigener Regie,

- Ablenkung von einem Mangel an Selbstbewusstsein.

In der nächsten Phase - der Probierphase - spielt einerseits die Peergruppe eine Rolle, aber auch die Verfügbarkeit. Die dritte Phase stellt die Experimentierphase dar, die durch wiederholtes aber unregelmäßiges Rauchen gekennzeichnet ist. Diese Phase wird wieder durch die Verfügbarkeit und durch die Peergruppe stark geformt, z. B. erhöht ein hoher Raucheranteil in der Freundesgruppe die Wahrscheinlichkeit des Konsums. (von Laffert, 1998) nennt als ersten Grund für das Rauchen weiterer Zigaretten die Herausforderung, die Anfängerschwierigkeiten zu überwinden. Weitere Phasen sind der regelmäßige Konsum und schließlich die Abhängigkeit. (Flay (1993), zit. nach Vartiainen, 1999)

Von Laffert stellt die Dynamik zwischen den so genannten Pionieren einer Altersgruppe und den Nachfolgern dar. Einige wenige, so das Modell, setzen das Rauchen schon früh als Image-Instrument ein. Ein Teil der vorher noch Unentschlossenen beginnen dann auch zu rauchen und reißen damit weitere Jugendliche aus der Gruppe mit. Irgendwann in diesem Prozess ist das Rauchen in der Bezugsgruppe, zum Beispiel einer Klasse, dann so populär, dass sich potenzielle Raucher gezwungen sehen, den Fortgeschrittenen nicht mehr nachzustehen. Der Druck auf die (noch) NichtraucherInnen wird dann immer stärker. Dieses von Schelling als Effekt der kritischen Masse bezeichnete Phänomen beschreibt die Veränderung des Konsumnutzens in Abhängigkeit von der Zahl anderer KonsumentInnen desselben Gutes. (Schelling zit. nach von Laffert, 1998, 174)

Dür, Aichholzer und Friedhuber (2003) interviewten mittels Fokusgruppenmethode Burschen und Mädchen im Alter von 15 und 16 Jahren zum Rauchverhalten. Daraus beschreiben die Autorinnen ein sechsstufiges Modell, in dem Rauchen als Karriere verstanden wird. In einer ersten Stufe sehen Kinder und Jugendliche, wie der Konsum auf die RaucherInnen wirkt - im realen Leben oder im Film, im Fernsehen oder in der Werbung. Die zweite Stufe wird als „erstes Probieren“ beschrieben, in der, in einer besonderen Situation, meist mit Freunden, noch keinerlei psychoaktive Wirkung erfahren wird, sondern im Gegenteil Ekel, Schmerzen und unangenehme Nebenwirkungen überwiegen. In der dritten Stufe, dem „wiederholten Probieren“, wird - ähnlich wie bei von Laffert - weiteres Rauchen als eine Art Herausforderung beschrieben und als Spiel mit dem RaucherInnen-Image. Die vierte Stufe wird von den Autoren als „Problemrauchen“ beschrieben, als eine Art Wendepunkt, in der die Jugendlichen lernen, das Nikotin als Bewältigungsstrategie anzuwenden. „Erst im Kontext von depressiven Stimmungen, Niedergeschlagenheit und negativen Gefühlen entfaltet das Nikotin seine beruhigende, aufhellende, stimulierende Wirkung. Es sind daher Probleme, durch welche die Jugendlichen im engeren Sinn des Wortes 'auf den

Geschmack' kommen.“ (Dür, Aichholzer und Friedhuber, 2003, 24ff) Die Probleme, die von den interviewten Jugendlichen genannt wurden, sind vorrangig Probleme in der Schule. In der fünften Stufe, dem „Genussrauchen“, lernen die Jugendlichen „die Effekte des Nikotins von Problemsituationen abzukoppeln“ und sie auch in entspannter, hoch gestimmter Gemütslage zu empfinden. Die letzte Stufe im jugendlichen RaucherInnenkarrieremodell ist schließlich „das Gewährwerden der Sucht“. (Dür, Aichholzer und Friedhuber, 2003, 24ff)

Da Rauchen im Jugendalter eng mit psychischen Belastungen und Stress verknüpft ist, sind Einflussfaktoren wie Schulstress und schulischer Misserfolg, Konflikte mit den Eltern oder Freunden, zerrüttete Familienverhältnisse wichtige, das Rauchverhalten mitformende Einflussfaktoren. Der Zusammenhang zwischen Problemen in der Schule und dem Rauchen wird von unterschiedlichen Autoren betont (z. B. Hurrelmann und Bründel (1997), Dür, Aichholzer und Friedhuber (2003)).⁹ „Schüler, die ungern zur Schule gehen und die Angst vor Schulversagen haben, tragen ein höheres Risiko, mit dem Rauchen zu beginnen“. (Newcomb zit. n. Vartiainen, 1999, 158)

Zur Beschreibung des Rauchverhaltens von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Oberösterreich werden nachfolgend Daten aus der HBSC-Untersuchung 2001 und aus dem Jugendstudienteil der Bevölkerungsbefragung OÖ 2003 dargestellt.

7.3.1 Die HBSC-Untersuchungen von 11- bis 15-jährigen SchülerInnen

Das internationale Forschungsprojekt „Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC)“ wird von der WHO in 35 Ländern durchgeführt. Bei der in (fast) regelmäßigen Abständen durchgeführten Studie werden 11- bis 15-jährige SchülerInnen zu gesundheitsrelevanten Themenbereichen unter anderem auch zu Alkohol-, Nikotin- und Cannabiskonsum befragt.

Die HBSC-Studien stellen wichtige Referenzstudien dar, da aufgrund der Methodik und der Regelmäßigkeit die Entwicklungen des Rauchverhaltens der 11- bis 15-jährigen Bevölkerung in Österreich relativ gut dokumentiert und international vergleichbar sind.

⁹ Wie aus dem Gesundheitsförderungswissenschaften bekannt, kommt den Lebensbereichen (Settings), in denen die Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen und die von ihrer Struktur her die Gesundheit aller Beteiligten maßgeblich beeinflussen, zentrale Bedeutung zu. (Bröskamp-Stone, Kickbusch und Walter, 2000) Settings werden in Bezug auf Gesundheit als viel wirkungsmächtiger verstanden als die individuellen Anstrengungen einzelner Personen. Der Ort und die Organisation Schule wird als zentrales Setting der Gesundheitsförderung angesehen. (Naidoo und Wills, 2003)

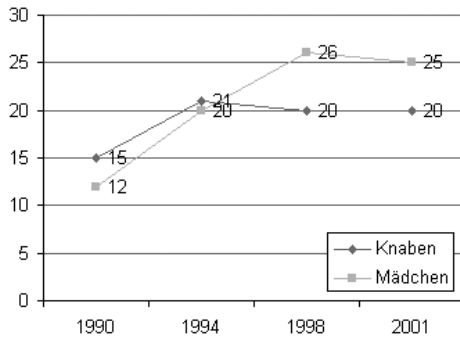


Abb. 7.5: Zigarettenkonsum der 15-Jährigen (in Prozent): SchülerInnen, die „täglich rauchen“, für 1990, 1994, 1998, und 2001 nach Geschlecht, Auswertung Österreich, Quelle: WHO-HBSC-Survey 1990, 1994, 1998, und 2001, zit. nach Dür et al. 2002, 25

Zur Beschreibung der RaucherInnenprävalenz dieser Altersgruppe soll das tägliche Rauchen dargestellt werden. Abbildung 7.5 gibt einen Einblick in die Entwicklung seit 1990 und zeigt, dass in Österreich in den 1990er-Jahren das tägliche Rauchen bei beiden Geschlechtern stark zugenommen hat. Die größte Zunahme ist bei den Mädchen zu verzeichnen. Seit 1998 ist es zu keiner weiteren Steigerung gekommen.

	11-Jährige	13-Jährige	15-Jährige
jeden Tag	0,9	1,3	23
einmal oder öfter in der Woche	0,6	3,6	10,3
seltener als einmal pro Woche	3,1	11,9	13,6
ich rauche gar nicht	95,4	83,2	53,1
Gesamt	100	100	100
	N=325	N=303	N=243

Tab. 7.8: RaucherInnenprävalenzen 11- bis 15-jährige SchülerInnen (in Prozent), Auswertung Oberösterreich, Quelle: WHO-HBSC-Survey 2001

Tabelle 7.8 verdeutlicht die Entwicklung des Rauchens mit dem Alter. Während im Alter von 11 Jahren nur von einer kleinen Gruppe unregelmäßig geraucht wird, steigt dieser unregelmäßige Konsum im Alter von 13 Jahren stark an. Der aktuelle RaucherInnenstatus (täglich; einmal oder öfter in der Woche ...) beschreibt die Konsummuster der untersuchten Altersgruppen. Hier wird gewissermaßen auch der Weg vom „Probierer“ zum/r Gewohnheitskonsumenten/in (täglicher Gebrauch) sichtbar. Der Übergang zu einem regelmäßigen und tägli-

7 Tabak

chen Konsum geschieht für eine relativ große Gruppe von SchülerInnen im Alter zwischen 13 und 15 Jahren. Fast ein Viertel (23 %) der 15-jährigen Mädchen und Burschen rauchen in Oberösterreich täglich Zigaretten. Weitere 10,3 % dieser Altersgruppe rauchen einmal oder öfter in der Woche, 13,6 % geben an, seltener als einmal in der Woche zu rauchen. Insgesamt konsumieren damit fast die Hälfte (46,9 %) der 15-jährigen Jugendlichen in Oberösterreich täglich bzw. gelegentlich Zigaretten, etwas mehr als die Hälfte (53,1 %) bezeichnen sich als NichtraucherInnen.

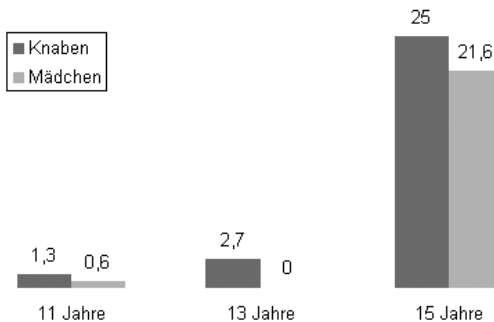


Abb. 7.6: 11- bis 15-jährige SchülerInnen, die täglich rauchen (in Prozent), Auswertung Oberösterreich, Quelle: WHO-HBSC-Survey 2001, eigene Berechnung, N=886

Diagramm 7.6 zeigt die Entwicklung zwischen dem 11. und 15. Lebensjahr am Beispiel der oberösterreichischen Daten. Bei den Jungen steigt der Anteil der täglichen RaucherInnen von 1,3 % auf 25 % und bei den Mädchen von 0,6 % auf 21,6 %. Die Auswertung für Oberösterreich zeigt im Unterschied zu Gesamtösterreich höhere Werte bei den 15-jährigen Knaben. Österreichweit rauchte, wie in Abbildung 7.5 dargestellt, jedes vierte Mädchen und jeder fünfte Bursch im Alter von 15 Jahren täglich.

Die Auswertung der täglichen RaucherInnen nach Schultyp zeigt für Oberösterreich die niedrigsten Prävalenzraten bei den AHS, mit 10 % bei den 15-jährigen SchülerInnen. Immerhin 20,1 % der BHS SchülerInnen gaben an, täglich zu rauchen. Die höchsten Prävalenzraten zeigen die Hauptschulen und polytechnischen Schulen, hier gaben 43,2 % der 15-jährigen SchülerInnen an, täglich zu rauchen, das sind mehr als das Vierfache der AHS-SchülerInnen im gleichen Alter.

Für Österreich sind die Unterschiede zwischen den Schultypen nicht ganz so stark ausgeprägt, in den AHS rauchen österreichweit 14 % der 15-jährigen

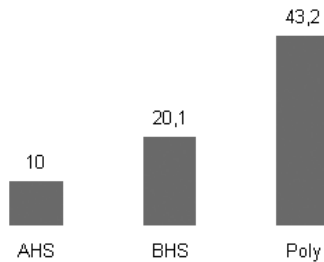


Abb. 7.7: 15-jährige SchülerInnen, die täglich rauchen nach Schultyp (in Prozent), Auswertung Oberösterreich, Quelle: WHO-HBSC-Survey 2001, N=243, eigene Berechnung

SchülerInnen täglich, in den BHS 22 % und in den Polytechnischen Schulen 33 %.

Die hohen Werte der RaucherInnenrate in den BHS, aber vor allem die Werte in den Hauptschulen und polytechnischen Lehrgängen sind für weitere suchtpreventive Überlegungen unbedingt zu berücksichtigen. Es gibt aus der Forschung viele Hinweise, dass Rauchen mit der sozialen Lage in Zusammenhang steht. Weitere Forschung dazu und die Integration in suchtpreventive Maßnahmen erscheinen aufgrund der Datenlage besonders notwendig.

7.3.2 Auswertung des Jugendstudienteils der Bevölkerungsbefragung OÖ 2003

Die Auswertung der befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen ergibt für die Rauchereinstufung folgendes Bild:

	15	16-17	18-19	20-24	Gesamt	m	w
NichtraucherInnen	50,0	34,7	33,3	31,0	33,9	34,7	33,1
GelegenheitsraucherInnen	32,0	19,8	20,8	18,9	20,7	17,5	23,6
tägliche RaucherInnen	18,0	45,5	45,2	48,7	44,7	47,5	42,0
N	50	101	135	281	567	274	293

Tab. 7.9: Verteilung Jugendstudie nach Alter und Rauchstatus (in Prozent), Quelle Jugendstudie: OÖ 2003, N=567

44,7 % der befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen (im Folgenden nur „Jugendliche“ genannt) zwischen 15 und 24 Jahren gaben an täglich zu rauchen. Die Zahl der täglichen RaucherInnen und gelegentlichen RaucherInnen (20,7 %) liegt mit insgesamt 65,4 % auch deutlich höher als bei der Repräsentativgruppe der Bevölkerungsbefragung, die auf einen Raucheranteil von 52 %

kommt. Insgesamt geben also knapp zwei Drittel der befragten Jugendlichen an, täglich oder gelegentlich zu rauchen. Die Zahl der deklarierten NichtraucherInnen liegt bei 33,9 %.

Die altersspezifische Darstellung zeigt, dass im Alter von 15 Jahren bereits 50 % der Jugendlichen täglich oder gelegentlich rauchen. Der Anteil der täglichen RaucherInnen beträgt hier 18 %.

Die Gruppe der 16- bis 17-Jährigen, die Aufgrund der Jugendschutzbestimmungen formell das offizielle Alter zum legalen Tabakkonsum erreicht hat, liegt mit insgesamt 65,3 % täglichen und gelegentlichen Rauchern nur knapp unter der Prävalenzspitze, diese wird von den 18- bis 19-Jährigen mit 66 % und von den 20- bis 24-Jährigen mit 67,6 % erreicht.

Wie bereits oben angeführt sind die Geschlechterunterschiede beim Rauchen bei den Jugendlichen nicht so stark ausgeprägt. Auch in der untersuchten Jugendstichprobe rauchen die männlichen Jugendlichen mit 47,5 % täglichen Rauchern mehr als die weiblichen Jugendlichen mit 42 % täglichen Raucherinnen. Werden zu den täglichen RaucherInnen jedoch die GelegenheitsraucherInnen hinzugerechnet, ergibt sich für die weiblichen Jugendlichen mit 65,6 % Raucherinnen ein knapp höherer Wert als für die männlichen mit 65 % Rauchern.

An dieser Stelle soll auf den interessanten Forschungsansatz von Gerich und Lehner (2004) hingewiesen werden, die an der Johannes Kepler-Universität Linz mit 302 Studierenden eine Untersuchung über soziale Netzwerke und Substanzaffinität durchführten. Dabei gaben 57 % der Studierenden an NichtraucherInnen zu sein (41 % immer NichtraucherInnen und knapp 16 % haben zum Zeitpunkt der Erhebung mit dem Rauchen aufgehört). Knapp ein Drittel (31 %) gaben an täglich zu rauchen. 12 % sind Gelegenheitsraucher, die angaben entweder mehrmals in der Woche (4 %) bzw. seltener (8 %) zu rauchen.

Die sozialen Netzwerke wurden in dieser Untersuchung als egozentrierte Netzwerke erhoben. Gerich/Lehner kommen aufgrund der Netzwerkanalyse zu dem Ergebnis, dass hinsichtlich des Substanzkonsums eine hohe Homogenität in den Netzwerken zu beobachten ist. Diese Substanzhomogenität gilt gleichermaßen für KonsumentInnen wie für NichtkonsumentInnen. „Der durchschnittliche Nichtraucheranteil im Netzwerk von Nichtrauchern beträgt beispielsweise rund 68 %, der durchschnittliche Raucheranteil im Netzwerk von Täglichrauchern beinahe 64 %.“ (Gerich und Lehner, 2004, 15)

7.4 Wissen, Normen und der Alltag des Rauchens

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung OÖ 2003 zu unterschiedlichen Bereichen, wie Wissensaspekten, normativen Aussagen und ausgewählten Aspekten, die den Alltag des Rauchens betreffen, dargestellt.

Die Dimension des Wissens soll hier nicht ganz unreflektiert gebraucht werden: die im Rahmen einer standardisierten Befragung möglichen Fragestellungen zielen vorrangig auf ein „explizites Wissen“, also auf ein Faktenwissen. Tiefer liegende Wissensanteile, einverleibtes Wissen - das in Fleisch und Blut übergegangen ist-, werden damit natürlich nicht erreicht (weitere Ausführung zur Dimension Wissen siehe Beitrag von Seifried Seyer in Kapitel 5.1 in diesem Band). Aus suchtpreventiver Sicht sind bestimmte Wissensanteile im Sinn eines Orientierungswissens wünschenswert und, als eine Art Basis für die Entwicklung von Kompetenzen, die einen angemessenen Umgang mit psychoaktiven Substanzen in bestimmten Situationen ermöglichen, auch notwendig. Wie weit diese Wissensanteile handlungsrelevant werden ist hier nicht Thema.¹⁰

Weiters wurden normative Aussagen zu den Themen Rauchen in der Schwangerschaft und Passivrauchen abgefragt. Diese Statements können als Normen, aber auch als ernstzunehmende Handlungsanleitungen interpretiert werden. Gegen Ende des Kapitels werden die Themenbereiche Rauchen am Arbeitsplatz, und Ärger bzw. Störung durch das Rauchen dargestellt.

7.4.1 Wissen über Folgen des Rauchens

Die interviewten Personen wurden in einer offenen Fragestellung über Folgen des Rauchens befragt. Bei dieser Fragestellung wurde versucht eine alltagstaugliche Formulierung zu finden, da Rauchen in der medizinischen Diskussion für die genannten Erkrankungen als Risikofaktor aber bei einzelnen Krankheitsbildern auch als ursächlich angesehen wird.

Frage: „Welche Folgen des Rauchens kennen Sie, welche fallen Ihnen spontan ein?“

¹⁰ Siebert beschreibt in Zusammenhang mit dem Bildungsbegriff Wissen ebenfalls als eine Art Basis und Voraussetzung: „Zur Bildung gehört Wissen, das Verstehen ermöglicht. Verstehen wird in drei Bereiche unterschieden: Als Selbstverständnis (=Reflexivität), als Fremdverstehen (=soziale Kompetenz), als Weltverständnis(=fachliche Qualifikationen). (...) Bildung ist somit ein Dreischritt: Wissen - Einsicht - Handeln, wobei dies eine systematische, nicht unbedingt eine chronologische Abfolge ist.“ (Siebert, 1992, 18) An diesem Zitat wird auch deutlich, dass es für eine sinnvolle Suchtprevention mehr braucht als die Verbreitung von Information und Wissen z. B. durch einzelne Informationskampagnen.

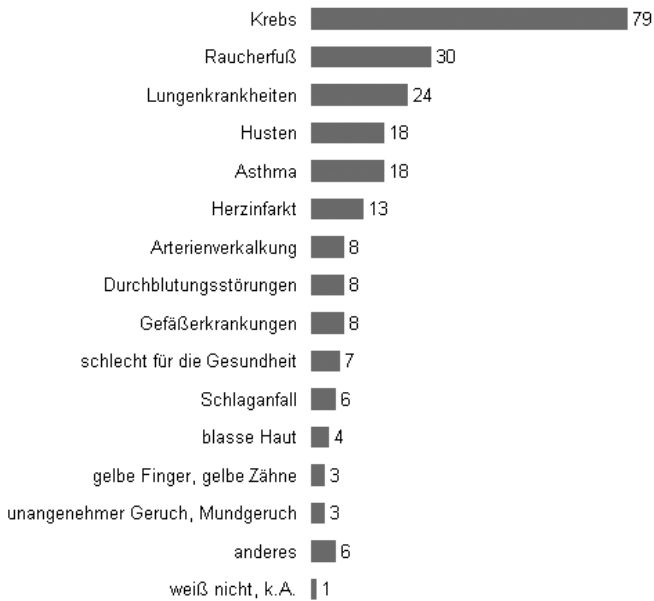


Abb. 7.8: Spontane Bekanntheit der Folgen des Rauchens (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbe-fragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

Am weitaus häufigsten wurde Krebs als Folge des Rauchens von 79 % der Befragten genannt, 30 % der Befragten gaben Raucherfuß (Raucherbein) als Folge des Rauchens und 24 % Lungenkrankheiten an. Husten und Asthma wurden von 18 % der Befragten aufgezählt. Die in Zusammenhang mit Rauchen nicht unerheblichen gesundheitlichen Auswirkungen wie Herzinfarkt, wurde von nur 13 % der Befragten genannt, Gefäßerkrankungen und Durchblutungsstörungen kamen auf 8 % und nur 6 % der Befragten zählten Schlaganfälle zu den Folgen des Rauchens.

In der wissenschaftlichen Diskussion werden seit Jahrzehnten vor allem Herz-, Lungen- und diverse Krebserkrankungen thematisiert. Rauchen, so eine generelle Feststellung, „ist in den Industrieländern erwiesenermaßen eine der häufigsten selbstverschuldeten Ursachen von Krankheit, Invalidität und vorzeitigem Tod.“ (Adlkofer, 2000, 47)

Demnach gibt es kaum ein Organgebiet des Körpers, das durch Zigarettenrauch nicht direkt (ätiopathogenetisch) oder indirekt (risikosteigernd) im Zusammenhang steht. (Kummer, 2003, 9)

Stellvertretend für die im medizinischen Bereich veröffentlichten gesundheitlichen Auswirkungen des Rauchens werden auszugsweise die Ausführungen von Adlkofer aufgelistet. (vgl. Adlkofer, 2000, 47ff)

Krebsentstehung durch Rauchen:

Zigarettenrauchen wird als die wichtigste Ursache für Lungenkrebs gesehen, dessen Bedeutung alle möglichen anderen Einflussfaktoren zusammengenommen übertrifft.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hier wird Zigarettenrauchen für die nordeuropäischen Länder und die USA als eine der drei wichtigsten Risikofaktoren für koronare Herzerkrankung gesehen.

Rauchen begünstigt die Entwicklung einer Arteriosklerose und ihm dürfte bei der Entstehung von akuten Gefäßverschlüssen eine noch größere Bedeutung zukommen. Die Steigerung der Herzleistung wird in Zusammenhang mit der Ursache von Angina pectoris und damit mit dem Auftreten von Herzinfarkt gebracht. Weiters wird die Entstehung der schweren Durchblutungsstörung in den Beinen, Thrombangiitis obliterans (Winiwarter-Buerger-Krankheit), von der ausschließlich Raucher betroffen sind, angeführt.

Lungenerkrankungen:

Rauchen gilt unter anderem als Hauptursache der chronisch obstruktiven Ventilationsstörung der Lunge - COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Diseases). Die Mortalität an COPD ist bei RaucherInnen ungefähr zehnmal höher als bei NiemalsraucherInnen. Rauchen führt zu zahlreichen Veränderung in den zentralen und peripheren Atemwegen, den Lungenbläschen und den Kapillargefäßen.

Schwangerschaftskomplikationen:

Aufgelistet werden unter anderem die nachweisliche Verminderung des Geburtsgewichtes, Hinweise für die Erhöhung der Mortalität von Fetus und Neugeborenen, die Steigerung der Fehlbildungsrate und Herabsetzung der Fruchtbarkeit von Frauen und Männern. Resümierend führt Adlkofer aus: „Aufgrund der vor-

liegenden Erkenntnisse steht unzweifelhaft fest, dass Rauchen in der Schwangerschaft ein in jeder Beziehung unverantwortliches Verhalten der werdenden Mutter dem Ungeborenen gegenüber darstellt.“

Protektive Wirkungen des Rauchens:

Von Adlkofer wird darauf hingewiesen, dass auch einige Erkrankungen wie z.B. Colitis ulcerosa oder Morbus Parkinson durch Tabakrauchen verhindert bzw. hinausgezögert werden können. Die protektiven Faktoren fallen, so die Einschätzung aus gesundheitspolitischer Sicht, aber kaum ins Gewicht.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Gesundheitsrisiken umso größer angesehen werden, je jünger mit dem Rauchen begonnen wird. Weiters ist davon auszugehen, dass die Entwicklung der Raucherschäden zeitlich stark verzögert, in der Regel erst zu einem Jahrzehnte späteren Zeitpunkt, auftreten.

7.4.2 Wissen über Jugendschutzgesetz

Das oberösterreichische Jugendschutzgesetz sieht bezüglich Tabakkonsum von Jugendlichen folgende Regelungen vor: Jugendlichen bis zum vollendeten 16. Lebensjahr ist der Erwerb und der Konsum von Tabakwaren verboten.

Im Gegensatz zum Wissen über das Jugendschutzgesetz beim Thema Alkohol gab der Großteil der Befragten (86 %) das Alter, ab welchem Tabakwaren von Jugendlichen in Oberösterreich konsumiert werden dürfen, richtig an.

7.4.3 Fremdgefährdung und Passivrauchen

NichtraucherInnenschutz kann als zentrales Ziel der Tabakpolitik bezeichnet werden, da dem Schutz vor Schädigung von NichtkonsumentInnen bei jedem Substanzkonsum „oberste Priorität“ zukommt (z. B. Alkohol im Straßenverkehr). Nachfolgend werden die Ergebnisse zum Informations- und Bewusstseinsstand der Befragten zu den Themen Rauchen in der Schwangerschaft, Nichtraucherchutz für Kinder und ein allgemeines Statement zum Gefahrenpotenzial von Passivrauchen, dargestellt.

Rauchen in der Schwangerschaft

Aus Sicht der Suchtprävention erscheint es ganz erfreulich, dass 94 % der Befragten der Aussage zustimmen, dass Rauchen in der Schwangerschaft unbedingt zu vermeiden ist. Zumindest das Wissen über diese aus gesundheitlicher Sicht wichtige und prioritäre Verhaltensnorm scheint für 80 % der Bevölkerung, die voll und ganz zugestimmt haben, gegeben. Dieses Statement ist aber auch als eine klare Handlungsanleitung zu verstehen, deren Einhaltung nicht jeder

7.4 Wissen, Normen und der Alltag des Rauchens

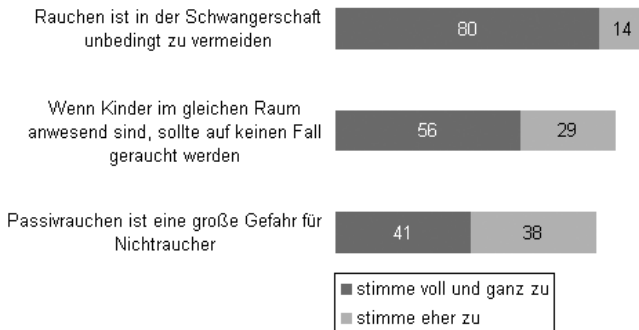


Abb. 7.9: NichtraucherInnenschutz und Passivrauchen (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

werdenden Mutter gelingt. Im Rahmen einer Untersuchung an der Schwangerschaftsambulanz der Wiener Univ. Klinik für Frauenheilkunde von Hertling (2003) wurden 200 Schwangere mittels standardisierten Fragebögen zu ihrem Alkohol- und Tabakgebrauch befragt. 100 schwangere Frauen wurden dabei als Untersuchungsgruppe persönlich befragt und weitere 100 schwangere Frauen als Kontrollgruppe, die den Fragebogen allein ausfüllten. Das Ergebnis dieser Befragung erscheint ernüchternd: 40 % der Frauen aus der Untersuchungsgruppe und 25,9 % der Frauen aus der Kontrollgruppe gaben an, zu rauchen. Die Autoren formulieren vorsichtig und sehen in den Ergebnissen einen „Verdacht auf eine höhere Dunkelziffer für Tabakgebrauch während der Schwangerschaft“ als bisher angenommen.¹¹ Als mögliche Gründe dafür, dass Schwangere das Rauchen nicht einstellen, werden mangelnde Aufklärung über etwaige Folgeschäden der Kinder bzw. über mögliche Geburtskomplikationen, sowie mangelnde Hilfestellung im Falle einer gewünschten Beendigung des Rauchens von Seiten des behandelnden Arztes, genannt. Daraus fordern die Autoren den Bedarf ein, im Rahmen des Mutter-Kind-Passes stärker auf die Alkohol- und Nikotinproblematiken einzugehen.

¹¹ Bornhäuser und Pötschke-Langer (2003) führen für Deutschland zur RaucherInnenprävalenz von Schwangeren folgende Zahlen an: „Zu Beginn einer Schwangerschaft rauchen in Deutschland über 30 Prozent aller Schwangeren. Von diesen gibt nach Feststellung etwa ein Drittel das Rauchen auf, zumeist in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten. Etwa jede fünfte Schwangere raucht während der gesamten Schwangerschaft.“

NichtraucherInnenschutz für Kinder und die Relevanz des Passivrauchens

85 % der Befragten (56 % „stimme voll und ganz zu“, 29 % „stimme eher zu“) stimmen der Aussage zu, dass auf keinen Fall geraucht werden sollte, wenn Kinder im gleichen Raum anwesend sind.¹² Dieses Statement kann ebenfalls als Handlungsanleitung zum NichtraucherInnenschutz gesehen werden. Da uns zu einer Einschätzung dieses Statements keine Daten über die Alltagspraxis zur Verfügung stehen, soll zur Relativierung der Aussagen der Befragten auf die Alltagswahrnehmung zurückgegriffen werden, in der eine breite Einhaltung dieser Norm nicht erkennbar scheint. Die Relevanz des Themas „Schutz der Kinder vor Passivrauchen“ wird auch dadurch deutlich, dass in Deutschland mindestens die Hälfte aller Kinder in einem RauchInnenhaushalt leben. (Bornhäuser und Pötschke-Langer, 2003, 5)

79 % stimmen der Aussage zu, dass Passivrauchen eine große Gefahr für NichtraucherInnen ist (41 % „voll und ganz“, 38 % „eher“ zu). Dieses Statement ist auf einer Wissensenebene und auf der Ebene des Bedrohungspotenzials angesiedelt. Aus suchtpreventiver Sicht fällt eine Bewertung dieses Ergebnisses - als erfreulich oder weniger erfreulich - nicht leicht, es muss aber auch hier zum Teil als ein Produkt sozialer Wünschbarkeit verstanden werden. Auffällig ist, dass bei diesem Statement nur 41 % voll und ganz zustimmten. Eine stimmige Interpretation kann jedoch erst mit weiteren Nachfolgeuntersuchungen und Verfeinerung des Forschungsinstrumentariums erfolgen.

¹² „Die Auswirkungen des Passivrauchens sind abhängig von der Anzahl der gerauchten Zigaretten, der Beschaffenheit des Raumes (Größe, Temperatur, Belüftung etc.), der individuellen Konstitution (Lungenvolumen, Alter etc.) der Passivrauchenden und von der räumlichen Distanz zum Raucher“. (Bornhäuser und Pötschke-Langer, 2003, 14) Aus fachlicher Sicht ist der Verzicht auf das Rauchen, wenn Kinder im selben Raum anwesend sind, nur ein Teil eines konsequenten NichtraucherInnenschutzes, da davon ausgegangen werden kann, dass der Rauch von einem Raum, in dem geraucht wird, bei ungenügender Lüftung und mangelnder Abdichtung wie z.B. angelehnte Türen etc. auch in andere Räume vordringt. Das Rauchen in einem Haushalt wirkt sich aber auf die NichtraucherInnen auch ohne direkten Kontakt mit dem Rauch potenziell schädlich aus. „Die schadstoffbeladenen Partikel des Tabakrauchens lagern sich in Wänden, auf dem Boden, an Teppichen und Polstermöbel ab. Von hier werden die Schadstoffe wieder in der Raumluft abgegeben. Innenräume, in denen Rauchen erlaubt ist, sind somit eine dauernde Expositionsquelle für die im Tabakrauch enthaltenen Schadstoffe, selbst wenn dort nicht geraucht wird“. (Bornhäuser und Pötschke-Langer, 2003, 14) Als Beispiel für eine besonders hohe Belastung durch Passivrauchen werden die hohen Schadstoffkonzentrationen, die durch das Rauchen in Personenkraftwagen entstehen, genannt. „Rauchen in Anwesenheit von Kindern“, so die zugespitzte Formulierung, „kommt einer Körperverletzung gleich“. (Bornhäuser und Pötschke-Langer, 2003, 5)

7.4.4 Rauchen am Arbeitsplatz

Frage: „Auf dieser Liste sehen Sie verschiedene Aussagen zum Thema Rauchen; welche dieser Aussagen würden Sie besonders zustimmen? An meinem Arbeitsplatz ist es erlaubt zu rauchen - stimme voll und ganz zu, stimme eher zu, stimme eher weniger zu, stimme gar nicht zu.“

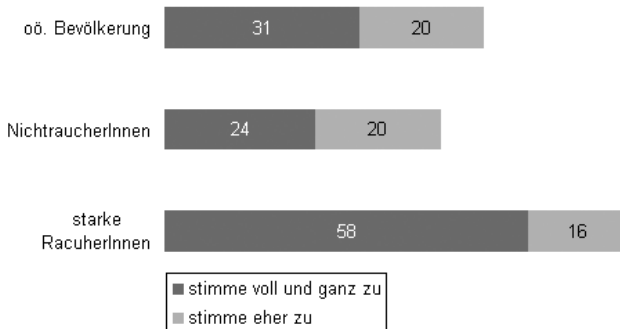


Abb. 7.10: RaucherInnennormen am Arbeitsplatz (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragung ÖÖ 2003, Alter 15+, N=1018

Insgesamt geben 51 % der Befragten an (31 % voll und ganz / 20 % eher), dass an ihrem Arbeitsplatz Rauchen erlaubt ist. Am stärksten sind die Unterschiede bei dieser Frage zwischen NichtraucherInnen und starken RaucherInnen. Während 44 % der NichtraucherInnen angeben (24 % / 20 %), dass an ihrem Arbeitsplatz geraucht werden darf, geben dies 74 % bei der Gruppe der starken RaucherInnen für ihren Arbeitsplatz an (58 % / 16 %).

Auffällig sind auch die Unterschiede nach Bildungsgrad: 53 % der Personen mit Volks- und Hauptschulabschluss gaben an, dass an ihrem Arbeitsplatz geraucht werden darf, während dies nur 36 % der AkademikerInnen angaben. Die relativ großen Unterschiede der Angaben von den NichtraucherInnen und den starken RaucherInnen dürften durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden und zum einen in der Wahrnehmung und der Transparenz von Normen zum Rauchen erklärbar sein. Weiters ist davon auszugehen, dass Raucher bei der Arbeitsplatzauswahl selektieren, zu einem gewissen Ausmaß könnte dies auch organisationstechnisch erklärt werden (z.B. RaucherInnen werden im Büro zusammengesetzt), eine weitere Erklärung könnte darin liegen, dass manche Berufe als Risikoberuf bezüglich des Rauchens gelten, in diesen Berufen wird stärker geraucht als in anderen (z. B. Gastgewerbe). Müller beschreibt folgen-

7 Tabak

de Befunde: Personen beiderlei Geschlechts, die Tätigkeiten ausführen, die hohe Ansprüche im Sinn von hoher Konzentration, hohem Arbeitstempo sowie großer Präzision erfordern, erwiesen sich deutlich als stärkere RaucherInnen. Besonders Männer zeigen bei psychosozialen Belastungen im Sinn von Unterordnung, Pflichterfüllung, Ausdauer, Selbstbeherrschung und nervlicher Belastung eine höhere Quote von starken Rauchern. (Müller, 2000, 203)

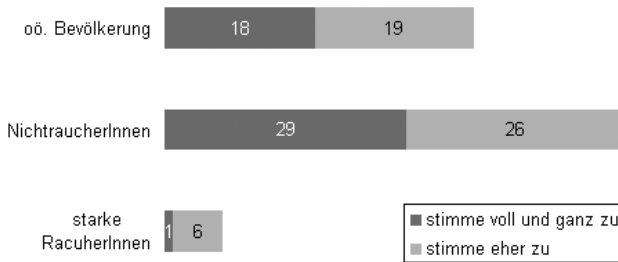


Abb. 7.11: Ärger über RaucherInnen am Arbeitsplatz (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

Dem NichtraucherInnenschutz am Arbeitsplatz kommt, aus suchtpreventiver Sicht, eine hohe Bedeutung zu (da hier die Wahlfreiheit der einzelnen stark eingeschränkt ist und die Menschen sehr lange Zeit verbringen). Insgesamt geben 37 % der Befragten an, sich über RaucherInnen am Arbeitsplatz zu ärgern. Betrachtet man auch hier wieder die Extremgruppen NichtraucherInnen und „starke“ RaucherInnen so werden die Relationen deutlicher. Aus der Perspektive des NichtraucherInnenschutzes ist besonders problematisch, dass mehr als die Hälfte der NichtraucherInnen (55 %) angeben, sich über Raucher am Arbeitsplatz zu ärgern.

Frage: „Stört es Sie eigentlich, wenn andere Personen in ihrer Gegenwart rauchen oder eher nicht? Würden sie sagen, wenn jemand in ihrer Gegenwart raucht, stört sie das - sehr, etwas, kaum, eigentlich gar nicht.“

Auf die Frage - stört es eigentlich, wenn andere Personen in der Gegenwart der Befragten rauchen? - antworteten 38 % der Befragten, dass sie das „sehr stört“ und „etwas stört“. Zur Analyse dieses Wertes muss aber die Gruppe der NichtraucherInnen und die der RaucherInnen gesondert betrachtet werden. Von den NichtraucherInnen fühlen sich 70 % der Befragten durch das Rauchen in ihrer Gegenwart gestört. Bei den starken RaucherInnen (als Vergleichsgruppe am anderen Ende des Spektrums) verwundert das Ergebnis nicht besonders, 99 % geben an, dass das Rauchen in ihrer Gegenwart sie kaum oder gar nicht stört.

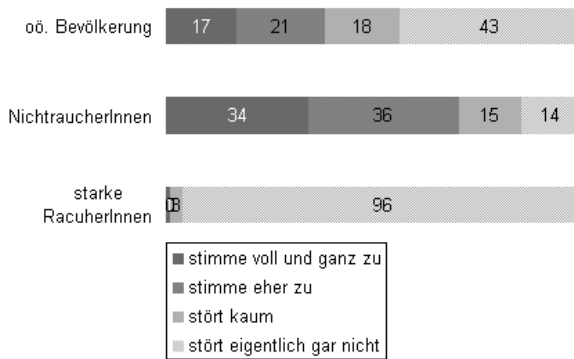


Abb. 7.12: Rauchen anderer Personen stört (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+

Für den Bereich Nikotin und Rauchen wurden in der Bevölkerungsbefragung OÖ 2003 keine weitergehenden und klar operationalisierbaren Fragen zu den Wissensbeständen der Befragten durchgeführt wie im Bereich der illegalen Drogen. Eine sinnvolle Auswertung im Sinn eines Vergleichs der Wissensbestände und der eigenen Zuordnung zu einem Informationsniveau muss daher entfallen. Die Entwicklung von relevanten Fragestellungen zur Abbildung des Alltagswissens erscheint aber gerade aus der Sicht der Prävention notwendig und sinnvoll. Erschwerend für die Entwicklung solcher Fragebatterien ist jedoch das weitgehende Fehlen einheitlicher fachlicher Vorgaben in vielen relevanten Bereichen des Substanzkonsums. Der „angemessene“ Umgang mit Substanzen (der natürlich auch Abstinenz mit einschließt) ist in der Regel keine einfache Befolgung von bekannten normativen Vorgaben und Regeln, sondern stellt ein immer wieder auf die jeweilige Situation abgestimmtes sensibilisiertes Handeln dar, das entsprechende Vorbedingungen wie Set und Setting, auf der Grundlage entsprechender Erfahrungs- und Wissensbestände voraussetzt.

7.4.5 Subjektives Informationsniveau

Im Rahmen der Bevölkerungsbefragung OÖ 2003 wurden Fragen zum subjektiven Informationsniveau beim Rauchen und beim Passivrauchen erstmals erhoben. Mit diesen Fragen sollten weitere Hinweise für die Wissensstruktur und deren Reflexion gewonnen werden.

7 Tabak

Frage: „Wie gut fühlen Sie sich über Nikotin, über das Rauchen informiert? Würden Sie sagen, Sie fühlen sich über das Rauchen - sehr gut informiert, gut informiert, weniger gut informiert, gar nicht informiert?“

Frage: „Und wie gut fühlen Sie sich über das Passivrauchen und die gesundheitlichen Auswirkungen informiert? Würden Sie sagen, sie fühlen sich über das Passivrauchen - sehr gut informiert, gut informiert, weniger gut informiert, gar nicht informiert?“

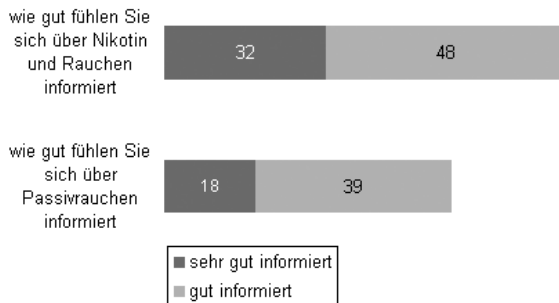


Abb. 7.13: Subjektives Informationsniveau zum Rauchen (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

80 % der Befragten fühlen sich über die Themen Nikotin und Rauchen sehr gut (32 %) bzw. gut (48 %) informiert. Das entspricht ziemlich genau dem Wert, den die Befragten zu Alkohol angaben (79 %). Über gesundheitliche Auswirkungen des Passivrauchens fühlen sich die Befragten deutlich weniger gut informiert. Nur 57 % fühlten sich sehr gut (18 %) und gut (39 %) informiert. Dieser im Vergleich relativ geringe Wert soll als Notwendigkeit verstanden werden, die Themenbereiche des Nichtraucher-schutzes stärker zu problematisieren (Öffentlichkeitsarbeit, Präventionsprojekte, Elternbildung etc.).

Es ist davon auszugehen, dass die Zuordnung zu einem gewissen Informationsniveau nur wenig über das „tatsächliche“ Informationsniveau aussagt. Tatsächlich ist es so, dass ein gewisser Anteil der Befragten relativ defizitäre Wissensbestände aufweist, sich selbst jedoch einem hohen Wissensniveau zuordnet.

7.5 Die Folgen des Rauchens

7.5.1 Schädlicher Gebrauch, Abhängigkeitssyndrom und Entzugssyndrom von/bei Tabak in oberösterreichischen Spitälern

Die nach der ICD-10 unterschiedenen Diagnosen „Schädlicher Gebrauch von Tabak“, „Abhängigkeitssyndrom von Tabak“ und „Entzugssyndrom bei Tabak“ werden nachfolgend zusammengefasst dargestellt. Die erfassten Daten zeigen bei der Altersverteilung in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen einen starken Anstieg und die Höchstwerte bei den 50- bis 59-Jährigen. Wie bereits weiter oben angeführt beginnt der überwiegende Anteil der RaucherInnen vor dem zwanzigsten Lebensjahr mit dem Rauchen. Die durch das Rauchen verursachten Krankheiten können Jahrzehnte brauchen, um sich zu entwickeln.¹³ (World Bank, 2003, 25) Diese langen Zeitspannen zwischen der Exposition und dem Sichtbarwerden einer Krankheit stellt die Prävention von Raucherschäden vor besondere Aufgaben.

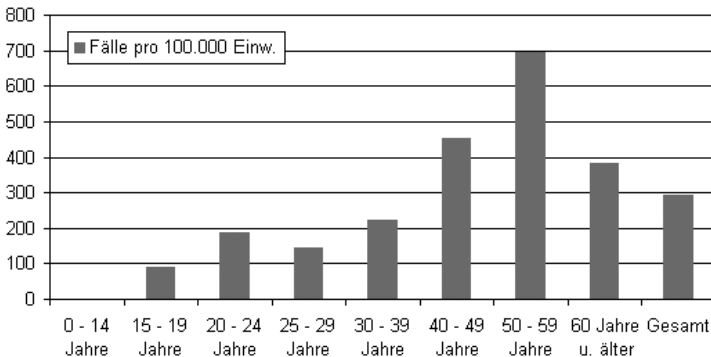


Abb. 7.14: Diagnostizierter schädlicher Gebrauch, Abhängigkeitssyndrom und Entzugssyndrom (zusammengefasst) in OÖ im Jahr 2003 nach Alter, Quelle: LKF-Daten Oberösterreich, eigene Berechnung

Das Geschlechterverhältnis (Männer:Frauen) der oben angeführten Diagnosen¹⁴ zu Tabak verschob sich von 3,4:1 im Jahre 1999 auf 2,1:1 im Jahre 2001

¹³ Der Anstieg mit zunehmendem Alter ist allerdings auch mitbeeinflusst durch die Tatsache, dass mit höherem Alter häufigere Spitalsaufenthalte einhergehen und damit Nikotindiagnosen als zusätzliche Diagnose neben anderen gestellt werden.

¹⁴ Die vorliegenden Daten stützen sich bis zum Jahr 2000 auf ICD-9, und ab dem Jahr 2001 auf ICD-10. Die in der ICD-9 als Nikotinmissbrauch definierten Diagnosen werden in der

7 Tabak

und auf 2,3:1 im Jahre 2003. Im Jahr 2003 wurden insgesamt 4044 Fälle von Tabakabhängigkeit diagnostiziert. Die Zahl hat sich seit 1999 stetig erhöht. Aufgrund der Umstellung von ICD-9 auf ICD-10 seit dem Jahr 2001 ist von gewissen Umstellungsverzerrungen auszugehen. Die stetige Zunahme der diagnostizierten Fälle¹⁵ kann alleine durch die Zunahme der Raucherproblematik nicht erklärt werden. Der Anstieg ist nur durch die innere Logik der Erfassung der Daten als Abrechnungsinstrument der Krankenhäuser beeinflusst - es gibt eine Zunahme der Nikotindiagnosen aber keine dramatische Veränderung des Rauchverhaltens in diesem Zeitraum. Als weiterer Einflussfaktor kann aber auch die verstärkte Thematisierung des Rauchens in den letzten Jahren, sowohl in der Öffentlichkeit als auch in Fachkreisen, und der damit verbundenen Sensibilisierung der die Diagnosen erstellenden ÄrztInnen gelten.

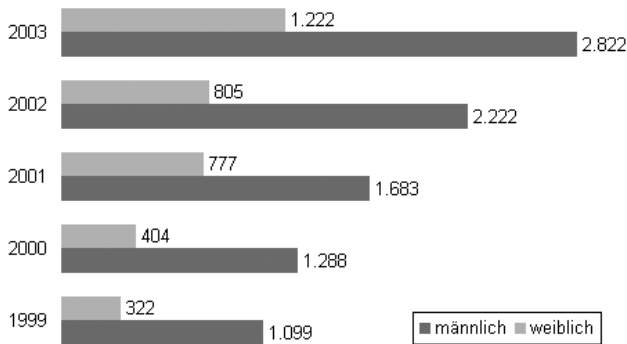


Abb. 7.15: Anzahl der Spitalsentlassungen mit diagnostizierten schädlichen Gebrauch, Abhängigkeitssyndrom und Entzugssyndrom (zusammengefasst) in OÖ im Jahr 2003 nach Geschlecht, Quelle: LKF-Daten Oberösterreich

7.5.2 Todesfälle durch Nikotin, Alkohol und illegale Drogen

Die Anzahl der Todesfälle durch Substanzen bzw. der frühzeitigen Sterblichkeit werden in der gesundheitspolitischen Diskussion oftmals als Indikatoren z. B. zur Betonung der Gefährlichkeit oder zur Beschreibung des Problemausmaßes

ICD-10 in „Schädlicher Gebrauch von Tabak“, „Abhängigkeitssyndrom von Tabak“ und „Entzugssyndrom bei Tabak“ unterschieden.

¹⁵ Fälle sind hier mit Entlassungen gleich zu setzen und nicht mit der Zahl der erkrankten Personen. Das heißt, wenn eine Person im Laufe eines Jahres zweimal mit derselben Erkrankung in ein Spital eingeliefert wird, werden zwei Fälle dokumentiert.

angeführt. Nachfolgend werden Aspekte und Daten zu diesen Themenbereichen dargestellt, wenngleich noch einmal hingewiesen werden soll, dass die Sinnhaftigkeit des Konzepts der Auswertung der Todesfälle zumindest in Frage gestellt wird. Uhl plädiert für Methoden, „die entweder zur Gänze auf verlorene bzw. gewonnene Lebensjahre abzielen bzw. zumindest ergänzend ausweisen.“ (Uhl, 2002, 28)

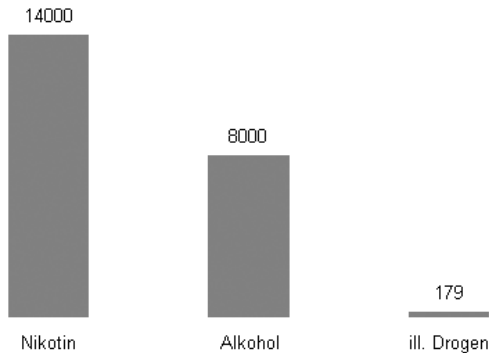


Abb. 7.16: Drogentote in Österreich, Quelle: Uhl (2002); Haas et al. (2003)

Wie im Kapitel „Drogenbedingte Todesfälle“ bereits hingewiesen ist die Vergleichbarkeit der hier angeführten Zahlen nur bedingt gegeben, da sie sich auf unterschiedliche Definitionen des Substanztodes beziehen. Bei den illegalisierten Drogen werden die Todesfälle nach einem Raster der konkreten Todesursachen gemessen und alle Todesfälle, die im engeren Sinn durch eine Substanz verursacht werden in einer Drogenopferkartei im zuständigen Bundesministerium geführt.

Bei Nikotin und Alkohol sind die Zahlen zu den Todesfällen grobe Schätzungen und die genannten Zahlen beziehen sich auf die Definition des Substanztodes im umfassenden Sinn. In der öffentlichen Diskussion wird für Österreich die Anzahl der tabakbedingten Todesfälle von geschätzten jährlichen 12.000 bis 14.000 kolportiert. Für Nikotin gibt es aber die unterschiedlichsten Schätzungen der Todesfälle. Würde man den „Substanztod im engeren Sinne“ betrachten, käme man beinahe auf 0, da tödliche Überdosierungen durch Nikotinrauchen praktisch nicht vorkommen.

Beim „Substanztod im weiteren Sinne“, also alle dem Substanzkonsum zurechenbaren Todesfälle, d.h. den durch Nikotinrauchen verursachten Krankheiten,

gibt es Schätzungen, wonach in Österreich 9.700 Menschen (12 % aller Verstorbenen) an Tabakfolgeschäden sterben. (vgl. Uhl, 2002, 29)

Beim Konzept des „Substanztodes im umfassenden Sinne“, wie es zumeist für den Alkohol verwendet wird (STUS3), also alle nikotinabhängigen RaucherInnen, käme man auf eine Zahl von etwa 14.000 verstorbenen RaucherInnen. Hierbei wird die Zahl aller verstorbenen RaucherInnen (38.000, (vgl. Uhl, 2002, 29)) mit dem Anteil der abhängigen RaucherInnen (37 % der Raucher, (Schoberberger und Kunze, 1999, vgl.) korrigiert. Nimmt man an, dass 80 % der RaucherInnen abhängig sind (vgl. Junge und Thamm, 2003, 47), käme man auf ca. 30.000 Todesfälle.

Die Verkürzung der Lebenszeit wird für RaucherInnen zwischen 14 und 20 Jahren eingeschätzt, das bedeutet, „dass sich nikotinbedingt die Lebenserwartung aller ÖsterreicherInnen durchschnittlich um 7 bis 10 Jahre verringert.“ (Uhl, 2002, 30)

Für Deutschland mit rund 80 Mio. Einwohnern, schwanken die Angaben über die tabakbedingten Todesfälle je nach verwendeter Schätzmethode zwischen 110.000 bis 140.000, was auf die österreichische Bevölkerung bezogen rund 11.000 bis 14.000 Personen entspricht. Die tabakbedingten Kosten werden auf 17 Mrd. € beziffert. Beide Angaben sind nach Junge und Thamm 2003 als vorsichtige Schätzungen anzusehen.

Für die Schweiz wurden für das Jahr 1995 die Gesamtkosten auf 10 Milliarden Franken geschätzt. Die direkten Kosten durch die medizinische Behandlung belaufen sich auf 1,2 Mrd. Franken, die indirekten Kosten, durch den Produktivitätsverlust wegen Todesfalls, vorübergehende Arbeitsunfähigkeit oder Invalidität wurden mit 3,8 Mrd. Franken veranschlagt. Die immateriellen Kosten, durch den Verlust an Lebensqualität, liegen nach dieser Untersuchung bei 5,0 Mrd. Franken. (Bundesamt für Gesundheit, 2001, vgl.) Die Sinnhaftigkeit solcher Kostenberechnung bezogen auf Substanzkonsum wird aber in Frage gestellt. (vgl. Uhl, 2003a; vgl. Uhl, 2004c)

Alkohol

In Österreich sterben pro Jahr rund 100 Personen an einer akuten Alkoholvergiftung. Weiters versterben pro Jahr ca. 8000 AlkoholikerInnen in Österreich (10 % der Todesfälle). Diese Zahl bezieht sich auf den „Substanztod im umfassenden Sinn“ (STUS3), d.h. alle Alkoholabhängigen, die versterben, werden damit erfasst. 10 % der Österreicher erkranken in ihrem Leben an Alkoholabhängigkeit, also werden 10 % der Todesfälle dem Alkohol zugerechnet. Deren Lebenserwartung ist um durchschnittlich 17 Jahre (Alkoholiker) bzw. 20 Jahre (Alkoholikerinnen) verkürzt. Das bedeutet, dass sich alkoholbedingt die Lebens-

erwartung aller ÖsterreicherInnen durchschnittlich um 1,8 Jahre verringert. (Uhl, 2002, 30)

Illegalisierte Drogen

Seit 1989 werden in Österreich Daten zu drogenbezogenen Todesfällen im BMGF gesammelt. Hierzu gibt es eine eigene Drogenopferkartei. Diese Daten beziehen sich sowohl auf direkt an den Folgen des Drogenkonsums verstorbenen Personen (z.B. tödliche Überdosierungen) als auch auf Fälle, bei denen ein indirekter Zusammenhang mit dem Tod angenommen werden kann (z.B. AIDS-Todesfälle von durch intravenösem Konsum HIV-Infizierten).

Die Zahl der suchtgiftbezogenen Todesfälle insgesamt (direkt und indirekt) lag von 1997 bis 1999 stabil zwischen 160 und 180 und stieg im Jahr 2000 auf 227 Fälle. 2001 (184 Fälle) ging die Anzahl wieder auf das Niveau von vor 2000 zurück, 2002 wurden insgesamt 179 auf illegalisierte Drogen bezogene Todesfälle erfasst. (vgl. Haas et al., 2003, 27)

Langfristig müsste sich die Zahl der Drogenopfer bei einer gleich bleibenden Rate von Opiatabhängigen in Österreich (1 %) allerdings auf 800 Tote zu bewegen (im Sinne der Nikotin und Alkohol verwendeten Definition des „Substanztodes im umfassenden Sinn“ - STUS3). (vgl. Uhl, 2002, 29f)

7.6 Zusammenhang zwischen Rauchen und sozialer Lage

In der sozialwissenschaftlichen Forschung gibt es im letzten Jahrzehnt verstärkt Anstrengungen die Zusammenhänge von sozialer Ungleichheit und Krankheit bzw. frühzeitiger Sterblichkeit zu ergründen. Gesundheit und Krankheit sind, so die grobe Formulierung, sozial ungleich verteilt. „Die wohlhabenden Mitglieder einer Gesellschaft leben länger und sind gesünder als jene gesellschaftlichen Gruppen, die in einer weniger günstigen Lage sind. Diese Kluft könnte sich noch vergrößern. Die zunehmenden Einkommensunterschiede, die mit dem wirtschaftlichen Wachstum einhergehen, spiegeln sich in den Mortalitätsraten wider, welche die bereits bestehenden Unterschiede zwischen den einzelnen Sozialschichten noch weiter vergrößern werden. (Phillimore et al. 1994 zit. nach Naidoo und Wills, 2003, 31)

In Zusammenhang mit dem Rauchen werden u. a. Schichtzugehörigkeit, Einkommenshöhe, Bildungsniveau als wichtige Determinanten angeführt. In der Bevölkerungsbefragung OÖ 2003 zeigten sich die deutlichsten Unterschiede beim Vergleich des Bildungsniveaus.¹⁶ Während die Personengruppe mit Volksschul-

¹⁶ Die Entwicklung genauerer Forschungsinstrumente, z. B. zur Erhebung der Schicht- oder Klassenzugehörigkeit, im Rahmen der Bevölkerungsbefragung OÖ erscheint für die Unter-

und Hauptschulabschluss zu 37,8 % täglich rauchen, die Gruppe mit einem Schulabschluss einer weiterführenden Schule ohne Matura zu 40,4 % täglich rauchen, sind in der Gruppe der Hochschulabsolventen nur 27,5 % tägliche RaucherInnen vertreten.¹⁷

Betrachtet man bei den täglichen RaucherInnen diejenigen mit dem höchsten Zigarettenkonsum pro Tag so ergibt sich folgendes Bild: 29 % der Gruppe „weiterführende Schulen“ gaben an, über 21 Zigaretten pro Tag zu konsumieren, während im Vergleich dazu von den täglich rauchenden Hochschulabsolventen nur 13 % über 21 Zigaretten pro Tag konsumieren.

Die deutlichsten Zusammenhänge zwischen Rauchen und sozialer Lage werden - wie bereits im Kapitel „Die HBSC-Untersuchungen“ dargestellt - für Oberösterreich bei den 15-jährigen täglichen RaucherInnen sichtbar. Die höchsten Prävalenzraten zeigen die Hauptschulen und polytechnischen Schulen: Hier gaben 43,2 % der 15-jährigen SchülerInnen an, täglich zu Rauchen, das sind mehr als das Vierfache der AHS-SchülerInnen im gleichen Alter.

Für Deutschland beschreibt Schulze eine stark ausgeprägte Polarisierung des Rauchverhaltens. „Hohe Raucheranteile weisen vor allem Personen mit geringer Bildung, geringem Einkommen und niedrigem beruflichen Status sowie Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger auf“. (Schulze, 2004, 1) Soziale Ungleichheiten wirken sich bei Personen mit mehreren Risikomerkmale (Bildung, Beruf und Einkommen) im Vergleich zu sozial und ökonomisch besser gestellten Personengruppen durch eine 4-bis 6-fache höhere RaucherInnenquote aus. Deutliche Auswirkungen der Schichtzugehörigkeit zeigen sich beim Rauchen in der Schwangerschaft: 24 % der Schwangeren aus der Oberschicht, 17 % aus der Mittelschicht, aber 40 % der schwangeren Frauen aus der unteren Schicht rauchen. (Schulze, 2004, 2)

7.7 Die Gesundheitsziele des Landes Oberösterreich

Der NichtraucherInnenanteil wird oftmals als Maß für gesundheitspolitische Zielvorgaben verwendet. Die Zielvorgabe der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist die Erreichung eines 80 % NichtraucherInnenanteils (Junge und Thamm, 2003, 45) bezogen auf die gesamte Bevölkerung (inkl. Kinder und Jugendliche).

suchung dieser Zusammenhänge deshalb notwendig, da die bisher verwendeten als zu ungenau beurteilt werden. Weiters sind MigrantInnen in den gängigen Erhebungen gar nicht oder nur unterrepräsentiert erfasst.

¹⁷ Berücksichtigt wurde hier nicht der Einfluss des Alters (bei Hochschulabsolventen durch längeren Ausbildungszeiten)

Für Oberösterreich wurde unterschiedlich zur WHO-Definition die Erreichung eines 80 %igen NichtraucherInnenanteils bezogen auf die über 15-jährige Bevölkerung definiert. In dem vom oberösterreichischen Landtag im Jahr 2001 einstimmig beschlossenen Gesundheitsziel 8 wurde die Zielvorgabe wie folgt formuliert: Ziel 8: „Bis zum Jahr 2010 sollte die Höhe des Pro-Kopf-Alkoholkonsums um 20 % gesenkt werden. In der Altersgruppe der unter 15-Jährigen sollte er nahezu Null betragen; der Anteil der Nichtraucher sollte in der Altersgruppe über 15 Jahren 80 % und in der Altersgruppe unter 15 Jahren nahezu 100 % betragen“.

Die für den Tabakbereich definierten Ziele werden nachfolgend mit den vorliegenden Daten verglichen. Abhängig von der Definition der RaucherInnen bzw. dadurch, wie die NichtraucherInnen definiert werden, ergibt sich folgende Ist-Situation:

WHO Ziel

Variante 1: Zielvorgabe: 80 % der oberösterreichischen Bevölkerung inkl. Kindern und Jugendlichen sollen NichtraucherInnen sein. RaucherInnen werden als tägliche RaucherInnen definiert.

- NichtraucherInnenanteil Gesamt: 68,7 %
- NichtraucherInnenanteil Männer: 67,2 %
- NichtraucherInnenanteil Frauen: 70,7 %

Variante 2: Zielvorgabe: 80 % der oberösterreichischen Bevölkerung inkl. Kindern und Jugendlichen sollen NichtraucherInnen sein. RaucherInnen werden als tägliche RaucherInnen und GelegenheitsraucherInnen definiert.

- NichtraucherInnenanteil Gesamt: 57,2 %
- NichtraucherInnenanteil Männer: 54,8 %
- NichtraucherInnenanteil Frauen: 59,8 %

OÖ Gesundheitsziel 8

Variante 3: Zielvorgabe: 80 % der oberösterreichischen Bevölkerung über 15 Jahren sollen NichtraucherInnen sein. RaucherInnen werden als tägliche RaucherInnen definiert.

- NichtraucherInnenanteil Gesamt: 62,6 %

7 Tabak

- NichtraucherInnenanteil Männer: 59,8 %
- NichtraucherInnenanteil Frauen: 64,8 %

Variante 4: Zielvorgabe: 80 % der oberösterreichischen Bevölkerung über 15 Jahren sollen NichtraucherInnen sein. RaucherInnen werden als tägliche RaucherInnen und GelegenheitsraucherInnen definiert.

- NichtraucherInnenanteil Gesamt: 48,6 %
- NichtraucherInnenanteil Männer: 44,5 %
- NichtraucherInnenanteil Frauen: 51,7 %

Die Variante 1 erreicht mit einem gesamten NichtraucherInnenanteil von 68,7 % die höchsten Werte, die bei den Frauen mit knapp über 70 % am wenigsten weit von der Vorgabe 80 % NichtraucherInnenanteil entfernt sind. Variante 4 ist beim Soll-Ist-Vergleich die Variante mit dem größten Unterschied zur Vorgabe, bei einem gesamten NichtraucherInnenanteil von 48,6 %, und besonders bei den Männern, die in dieser Variante einen Nichtraucheranteil von 44,5 % erreichen. Dieser Wert ist über 35 % von der Zielerreichung entfernt.

OÖ Gesundheitsziel 8, Subziel

Zielvorgabe: NichtraucherInnenanteil von Personen unter 15 Jahren soll nahezu 100 % betragen.

Aus den vorliegenden (ausgewählten) Daten liegen uns keine genauen Zahlen für den RaucherInnen bzw. NichtraucherInnenstatus der Bevölkerung unter 15 Jahren vor. Allerdings liegen im Rahmen der HBSC-Untersuchungen Daten für die Kinder und Jugendliche im Alter von 11, 13 und 15 Jahren vor. Daraus kann eine vermutlich ausreichend genaue Erfassung des RaucherInnen bzw. NichtraucherInnenanteils unter 15 Jahren werden jene SchülerInnen eingerechnet, die angeben, jeden Tag bzw. einmal oder öfter in der Woche zu rauchen. Laut Tabelle 7.8 sind das im Alter von 13 Jahren insgesamt 4,9 % und im Alter von 15 Jahren 33,3 % der Altersgruppe. Zur Einschätzung des RaucherInnenanteil der 14-Jährigen wurde ein linearer Verlauf zwischen 13 und 15 Jahren angenommen, daraus ergibt sich ein RaucherInnenanteil von 19,1 % bei den 14-Jährigen. Bezogen auf die absoluten Jahrgangszahlen der 13- und 14-Jährigen, ergibt das 4298 Personen unter 15 Jahren, die täglich bzw. gelegentlich rauchen.

Das ist ein RaucherInnenanteil von 1,76 % bezogen auf die Personengruppe von 0- bis 15 Jahren. Der NichtraucherInnenanteil der Personen unter 15 Jahren in Oberösterreich kann damit mit rund 98 % angenommen werden.

7.8 Tabakwarenstatistik für Österreich

Zur Einschätzung und Bewertung der erhobenen RaucherInnenprävalenzen und als Grundlage für eine redliche tabakpolitische Diskussion stellen Verkaufszahlen der Tabakwaren, der Pro-Kopf-Verbrauch, die Entwicklung der Tabaksteuern, die Ausgaben für Tabakwaren und die Entwicklung der Ausgaben für Tabakwerbung wichtige Basisdaten dar. Defizite dieser Datenlage bzw. das gänzliche Fehlen dieser Basisdaten behindern eine systematische österreichische Tabakpolitik. In Tabelle 7.10 sind die uns derzeit bekannten Daten für Österreich zu Zigarettenverkaufszahlen dargestellt.

Jahr	Mio. Stück
1980	15.515
1981	15.722
1982	15.540
1983	15.878
1984	15.550
1985	15.645
1986	15.612
1987	15.233
1988	14.496
1989	14.079
1990	14.400
1991	14.737
1992	14.319
1993	13.781
1994	14.045
1995	13.245
1996	12.874
1997	13.589
1998	15.051
1999	15.585
2000	15.441
2001	15.225
2002	15.274

Tab. 7.10: Verkaufsstatistik von Zigaretten in Österreich seit 1980, Quelle: Austria Tabak (2004)

Die angeführten Zahlen wurden von Austria Tabak zur Verfügung gestellt. Für die einzelnen Bundesländer stehen keine Daten zum Zigarettenabsatz zur Verfügung. Mit dem EU-Beitritt Österreichs ist das Großhandelsmonopol außer Kraft getreten und es gibt neben Austria Tabak weitere Tabakwarenanbieter. Von diesen stehen uns jedoch keine Verkaufszahlen zur Verfügung. Nach Einschätzung einzelner InterviewpartnerInnen deckt Austria Tabak nach wie vor mehr als

90 % des Tabakwarengeschäfts im Bundesgebiet ab, genauere Angaben konnte leider nicht erhoben werden.

Von Austria Tabak gibt es Schätzungen zum Schmuggelanteil und Gesamtverbrauch an Zigaretten in Österreich. Laut Schätzungen von Austria Tabak hat Österreich ein Marktpotenzial von insgesamt 17 Milliarden Zigaretten pro Jahr (Bundesministerium für Inneres, 2004), die für weitere Berechnungen als Referenzangabe verwendet werden sollen.

Diese Datenlage ist natürlich insgesamt für eine redliche und fundierte wissenschaftliche Beschäftigung mehr als unbefriedigend (siehe Schlusskapitel Resümee).

7.8.1 Pro-Kopf-Verbrauch in Österreich¹⁸

Zur Berechnung des Pro-Kopf-Verbrauchs wurden die vorliegenden Verkaufszahlen und die Schätzung von Austria Tabak zum Marktvolumen¹⁹ sowie die Anzahl der österreichischen Bevölkerung über 15 Jahren herangezogen. Laut Aufstellung der Absatzzahlen von Austria Tabak wurden im Jahr 2002 15.274 Mio. Zigaretten in Österreich verkauft (Schätzung A). Die österreichische Bevölkerung betrug 8.065.465 Personen, damit ergibt sich ein Pro-Kopf-Verbrauch an Zigaretten in Österreich von 1893 Zigaretten pro Jahr und Person. Auf Basis der Schätzung von Austria Tabak von 17 Mrd. konsumierten Zigaretten pro Jahr (Schätzung B) ergibt sich ein Pro-Kopf-Verbrauch von 2108 Zigaretten.²⁰ Zum Vergleich: der Pro-Kopf-Verbrauch von Zigaretten in Deutschland betrug für das Jahr 2001 1733 Stück je Einwohner und Jahr. (Junge und Thamm, 2003, 40)

¹⁸ In Ermangelung genauerer Daten basieren die folgenden Berechnungen auf von Austria Tabak zur Verfügung gestellten Daten bzw. Schätzungen.

¹⁹ Zur Relativierung dieser Angabe soll darauf hingewiesen werden, dass von Tabakindustrie-kritikerinnen Schätzungen von Vertretern der Tabakindustrie vorsichtig bewertet werden, da in diesen Schätzungen der Schmuggelanteil überbewertet werde um damit gegen Tabaksteuererhöhungen zu argumentieren.

²⁰ Alternativ zur Berechnung des Pro-Kopf-Konsums bezogen auf die Gesamtbevölkerung soll ein Pro-Kopf-Konsum der Bevölkerung über 15 Jahren berechnet werden. Die österreichische Bevölkerung über 15 Jahren betrug 6.708.328 Personen, damit ergibt sich bei 15.274 Mio. Zigaretten ein Pro-Kopf-Verbrauch an Zigaretten in Österreich von 2277 Zigaretten pro Jahr und Person. Auf Basis der Schätzung von Austria Tabak von 17 Mrd. konsumierten Zigaretten pro Jahr ergibt sich ein Pro-Kopf-Verbrauch der österreichischen Bevölkerung über 15 Jahren von 2534 Zigaretten. Uhl und Kobrna (2004) weisen bei der Epidemiologie des Alkoholkonsums darauf hin, dass die übliche Berechnung der Pro-Kopf-Konsums bezogen auf die Gesamtbevölkerung bei Vergleichen über längere Zeiträume hinweg oder beim Vergleich unterschiedlicher Länder ziemlich irreführend sein kann (Uhl und Kobrna, 2004, 47) - dies kann auch für den Zigarettenkonsum gefolgert werden.

7.8.1.1 Berechnung und Einschätzung möglicher Über- oder Untererfassung des Rauchverhaltens

Die Probleme bei der Erfassung des Nikotinkonsums können hier nur rudimentär behandelt werden. Die Erfahrungen bei der Erfassung des Alkoholkonsums zeigen, dass nur 40 bis 60 % des tatsächlichen Alkoholverbrauchs von den Befragten angegeben wird (siehe Kapitel 6.4 *Ausmaß der Alkoholkonsums*). Um einen Einblick in die Verlässlichkeit der erhobenen Daten (Prävalenzrate und täglichen Zigarettenkonsum) zu erhalten, werden nachfolgend die derzeit vorliegenden Zigarettenverkaufszahlen und die Schätzung von Austria Tabak zum Marktvolumen mit den Konsumangaben in der Bevölkerungsbefragung OÖ 2003 gegenübergestellt. Zur Vereinfachung werden Exporte und Importe unterhalb der Zollfreigrenze gleich gesetzt.²¹

Die OberösterreicherInnen stellen 17,02 % der Bevölkerung über 15 Jahre in Österreich, das sind 1.142.275 Personen. Zur weiteren Berechnung wird ein auf Österreich bezogenes durchschnittliches Rauchverhalten der oberösterreichischen Bevölkerung unterstellt.

Für Schätzung A (15.274 Mio. Zigaretten) ergibt sich eine Zahl der konsumierten Zigaretten für Oberösterreich von 2,599 Mrd. Zigaretten.

Schätzung B (17 Mrd. Zigaretten) ergibt 2,896 Mrd. Zigaretten pro Jahr für Oberösterreich.

Die Angaben der interviewten Personen, die täglich rauchen, werden nun mit den Verkaufszahlen in Verbindung gebracht.²² 38 % tägliche Raucher, das sind 434.064 tägliche RaucherInnen mit einem angegebenen durchschnittlichen Zigarettenkonsum von 17,6 Zigaretten pro Tag ergibt 7.639.526 konsumierte Zigaretten pro Tag in Oberösterreich und rund 2,788 Mrd. verkaufte/konsumierte Zigaretten pro Jahr für Oberösterreich.

Da von den Gelegenheitsrauchern keine Angaben zum Zigarettenverbrauch erhoben wurden, ergibt dies eine Erfassungsrate bei Variante 1 von 107,2 % und bei Variante 2 von 96,2 % nur durch die täglichen RaucherInnen.

²¹ Diese Annahme ist möglicherweise zu vereinfacht, weitere Verzerrung ergeben sich vor allem durch Schmuggel (mit der EU - Erweiterung 2003 und dem Fehlen eines harmonisierten Tabaksteuersystems innerhalb der EU, hat in EU-Europa der Schmuggel weiteren Aufschwung erfahren) und durch den Tourismus.

²² Da bei den GelegenheitsraucherInnen keine Erhebung der konsumierten Zigaretten pro Zeiteinheit vorgenommen wurde (und dies nur mit sehr aufwendigen Design sinnvoll zu bewerkstelligen sein dürfte) stehen für diese RaucherInnengruppe keine Daten zur Verfügung, realistische Schätzungen des Jahresverbrauchs, bezogen auf diese Gruppe, sind dem Autor derzeit keine bekannt.

Vorsichtig formuliert kann damit von einer relativ guten Erfassung der Prävalenzrate und dem täglichen Zigarettenkonsum gesprochen werden, bei Variante 1 eher einer Übererfassung, wenn auch die unbefriedigende Datenlage bei der Verkaufstatistik keine konkretere Beurteilung zulässt.

7.8.2 Tabaksteuern und Gesamtsteueraufkommen durch Tabakprodukte

Die Tabaksteuer wird als so genannte Verbrauchssteuer (Mineralöl, Bier, Schaumwein, andere alkoholische Getränke) bezeichnet. Dabei stellt die Tabaksteuer in Österreich eine Ausnahme dar, deren Ertrag nicht wie bei den anderen Verbrauchsteuern als gemeinschaftliche Bundesabgabe dem Bund, den Ländern und Gemeinden anteilig zufließt. (Bundesministerium für Finanzen, 2004; Statistik Austria, 2004)

Jahr	Mio. Euro	Veränderung zum Vorjahr in %
1999	1.157	5,57
2000	1.197	3,46
2001	1.234	3,1
2002	1.297	5,09
2003	1.329	2,45

Tab. 7.11: Tabaksteuereinnahmen in Österreich seit 1999, Quelle: Statistik Austria (2004)

Die Entwicklung der Tabaksteuereinnahmen seit 1999 zeigt jährliche Zunahmen zwischen 2,45 bis 5,57 %. Im Jahr 2003 betrug die Tabaksteuer rund 1,33 Mrd. € (Tabelle 7.11), zusätzlich sind auch 20 % Mehrwertsteuer zu entrichten, die Trafikantenspanne beträgt 14 Prozent. Im Jahr 2002 flossen dem Finanzministerium rund 1,7 Milliarden Euro aus dem Zigarettenverkauf zu. (Bundesministerium für Inneres, 2004)

7.9 Tabakpolitik

7.9.1 Erwartungen der öö. Bevölkerung an die Politik

Nachfolgend werden Daten aus der Bevölkerungsbefragung OÖ 2003 dargestellt, die in Form von Aussagen von den Interviewten abgefragt wurden.

Frage: „Was soll Ihrer Meinung nach der Gesetzgeber, also der Staat, das Land und die Gemeinden machen, um das Suchtproblem zu verringern?“

- 93 % sind dafür, die Suchtvorbeugung in Schulen und Betrieben zu intensivieren.

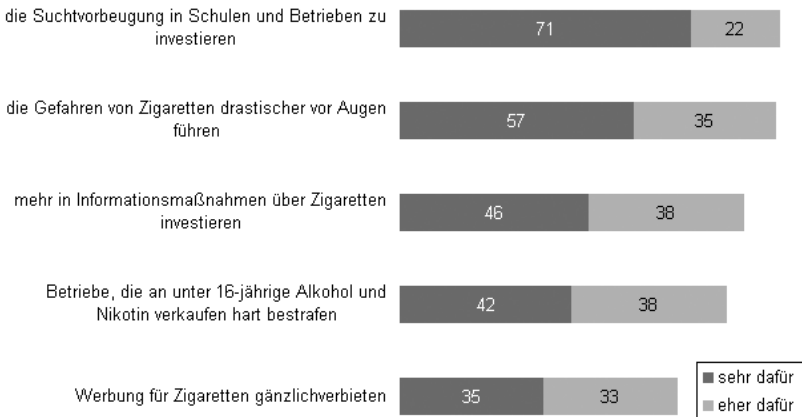


Abb. 7.17: Gewünschte Maßnahmen an Gesetzgeber (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

- 92 % sind dafür, die Gefahren von Zigaretten drastischer vor Augen zu führen.
- 84 % sind der Meinung, der Staat solle mehr in Informationsmaßnahmen über Zigaretten investieren.
- 80 % der Bevölkerung sind dafür, Betriebe, die an unter 16-Jährige Alkohol und Nikotin verkaufen, hart zu bestrafen.
- 68 % sind dafür, die Werbung für Zigaretten gänzlich zu verbieten.

Um einen weiteren Einblick über die Informiertheit, den Diskussionstand und die Einstellung der Befragten zu ausgewählten Maßnahmen zu erhalten, wurden konkrete tabakpolitische Aussagen abgefragt: Frage: „Auf der Liste stehen verschiedene Aussagen zum Thema Rauchen; welcher dieser Aussagen würden Sie besonders zustimmen“.

- 93 % der Befragten stimmen zu, dass an Schulen junge Menschen über Gefahren des Rauchens informiert werden sollen.
- 90 % sind der Meinung: „Es soll viel mehr getan werden, um Jugendliche vom Rauchen abzuhalten“.

7 Tabak

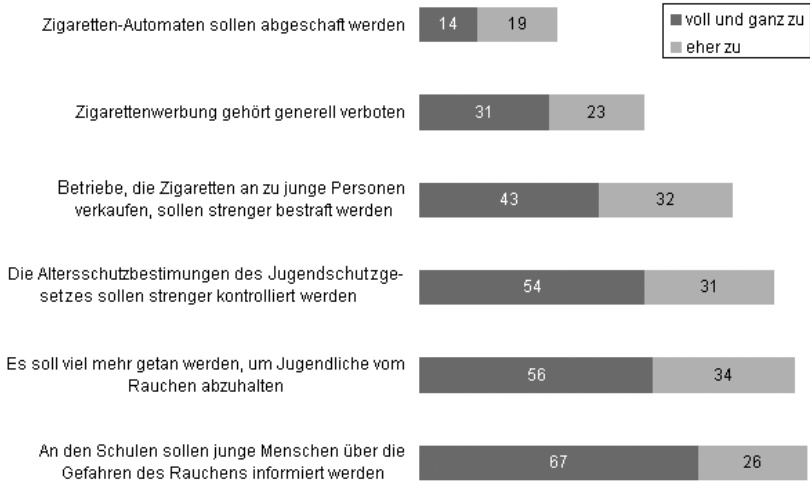


Abb. 7.18: Gewünschte Maßnahmen an die Politik (in Prozent), Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, Alter 15+, N=1018

- 85 % sind der Meinung, die Altersschutzbestimmungen des Jugendschutzgesetzes (im Zusammenhang mit Rauchen) sollen strenger kontrolliert werden.
- Drei Viertel (75 %) der OberösterreicherInnen sind der Meinung, dass Betriebe, die Zigaretten an zu junge Personen verkaufen, strenger bestraft werden sollen.
- 53 % stimmen zu, dass Zigarettenwerbung generell verboten gehört.
- Lediglich ein Drittel der Befragten (33 %) sind der Meinung, dass Zigaretten-Automaten abgeschafft werden sollten.

Im Bereich der Finanzierung von suchtpreventiven Aktivitäten werden folgende Maßnahmen von der oberösterreichischen Bevölkerung befürwortet („stimme voll und ganz“ bzw. „stimme eher zu“):

- Über drei Viertel (78 %) stimmen dem Statement zu: „Ein Teil der Tabaksteuern soll zweckgebunden für Prävention verwendet werden“.

- 71 % stimmen zu, dass ein Teil der Gewinne aus der Produktion und dem Verkauf von Zigaretten für die Suchtprävention verwendet werden soll (Alkohol: 66 %).
- 53 % stimmen zu, dass die Steuern auf Tabak erhöht werden sollen, um suchtpreventive Aktivitäten zu finanzieren.

7.9.2 Allgemeine Einschätzung des Handlungsbedarfs

36 % der Befragten stimmen der Aussage „Es soll mehr getan werden, um den Konsum von Zigaretten zu reduzieren“ voll und ganz zu, weitere 33 % stimmen dieser Aussage eher zu (das sind insgesamt 69 % voll zu und eher zu).

Im Vergleich dazu stimmten immerhin 45 % der Aussage voll und ganz zu, dass „(...) mehr getan werden soll, um den Konsum von Alkohol zu reduzieren“.

7.9.3 Tabakpolitik als Kritik an (globalen) kapitalistischen Verwertungsstrategien

„Der staatliche Umgang mit dem Tabak zeichnet sich durch eine lang anhaltende Ambivalenz aus: einmal steuerlich genutzt und/oder als staatlich Einnahmequelle erschlossen, pendelte seine Einschätzung zwischen willkommener Einnahmequelle und gefährlicher Risikosubstanz.“ (Hengartner, 1999, 188) Dass die „linke und die rechte Hand des Staates“ (Bourdieu) am Beispiel Tabakpolitik sehr unterschiedliche Interessen verfolgen, ist relativ deutlich zu sehen. Die damit verbundenen Widersprüchlichkeiten staatlichen Handelns muss anscheinend als Strukturmerkmal akzeptiert werden. Naturgemäß macht die Industrie maximalen Gebrauch von allen Mitteln, die ihr einen Einfluss auf die Regulierung des Rauchens ermöglichen. Vieles spricht dafür, dass dieser Einfluss auf die Regulierung ausschlaggebend für die zu beobachtende politische Stabilität des Rauchens ist, dass also ohne die Aktivitäten der Zigarettenindustrie die vorgeschlagenen Maßnahmen (Einschränkung der Verfügbarkeit wie z. B. Verbot von Zigarettenautomaten, Erhöhung der Preise, striktes Werbeverbot . . .) längst realisiert wären. Die Basis dieser Aktivitäten ist allein die überwältigende finanzielle und wirtschaftliche Macht der Industrie, die ihrerseits eine Folge des Suchtcharakters des Rauchens ist. (vgl. von Laffert, 1998, 246)

Eine ExpertenInnengruppe der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sich intensiv mit den Strategien und Beeinflussungsversuchen der Tabakkonzerne auseinandergesetzt und kommt zu folgender Conclusio: „Um eine Trendwende in der Epidemie des Tabakkonsums zu erreichen, wird es um mehr als um den Kampf gegen Sucht und Krankheit gehen. Es wird auch um die Überwindung

einer entschlossenen und mächtigen Industrie gehen, die viele ihrer wichtigen Abwehrstrategien im Verborgenen umsetzt.“ (Locher, 2001, 7)

Im Detail werden folgende Aktivitäten der Tabakindustrie kritisiert: (zit. nach Haustein, 2003, 402)

- Is seeking to distract attention from tobacco abuse through sidetracking activities, Has tried to reduce the WHO's tobacco-related budgets and to mobilise other UN organisations against the WHO,
- has sought to convince developing countries that the WHO's anti-tobacco programme would be at their expense, and
- has misrepresented the results of important scientific studies.

In den letzten zwei Jahrzehnten hat die Anti-Tabak-Bewegung auch in Europa großen Aufschwung erhalten. Die Kritik an den „Machenschaften“ der multinationalen Tabakkonzerne ist großteils nachvollziehbar, die Liste der Anklagen ist lang, das Bild einer teilweise skrupellos agierenden Branche wurde von tabak-industriekritischen Aktivisten und Gruppen vielfach belegt und erhärtet. Eine Aufzählung kann hier nur unvollständig sein, als Beispiele seien genannt: das Leugnen und Zurückhalten von Forschungsergebnissen über die schädlichen Auswirkungen des Rauchens für RaucherInnen und PassivraucherInnen, Manipulationsvorwürfe wie „Kaufen“ von Wissenschaftlern, aktive Beteiligung an „Zigaretten Schmuggel“ um Tabakgesetzgebung wie hohe Tabaksteuern zu unterwandern etc.

Auch wenn die Tabakindustrie als „Feindbild“ engagierter Kritiker viel hergibt, sollte auf die grundsätzliche Problematik gewinnorientierter Produktions- und Vermarktungsstrategien psychoaktiver Substanzen hingewiesen werden. Als neuere Entwicklung sei auf die wichtigsten Wachstumsmärkte, nämlich die Länder des Südens und auf die osteuropäischen Märkte sowie China hingewiesen. Nach dem „Go West“ ist anscheinend nun die Stoßrichtung der Zigarettenmultis mit „Go South“ konzipiert und weitgehend auch umgesetzt. Die ökologischen, sozialen und gesundheitlichen Folgen der Tabakproduktion und Vermarktung in den „Entwicklungsländern“ werden ganz wie in der Weltsystemtheorie beschrieben quasi von den Zentrumsländern zunehmend in Schwellen- und Peripheriestaaten ausgelagert. Das Zentrumskapital weicht aus und findet neue Märkte zur Gewinnerschöpfung, die Zentrumstaaten profitieren durch die nicht unbeträchtlichen Steuerleistungen. Geist, Heller und Waluye (2004) führen die dramatischen sozialen und ökologischen Folgen am Beispiel Tansania sehr anschaulich aus. „So gefährdet Rauchen immer mehr auch Natur

und Gesundheit der südlichen - so genannten Dritten Welt. Ganze Wälder werden abgeholzt, um die ständig hungrigen Holzöfen zu befeuern, mit denen Kleinbauern vor Ort ihre Ernte in das braune Gold verwandeln, das schließlich in der ganzen Welt in Dunst aufgeht. (...) Rauchen schafft Wüste.“ (Geist, Heller und Waluye, 2004, 9)

7.9.4 Tabaksteuererhöhungen

Mittlerweile gibt es eine Reihe von internationalen Untersuchungen zur Wirksamkeit von Zigarettenpreiserhöhungen, die Preiserhöhungen bzw. hohe Tabaksteuern als unabdingbar und im Rahmen eines breiten Aktionsplanes als besonders wirkungsvoll einschätzen. Fazit: Die Anhebung des Preises von Tabakwaren ist eine der wirksamsten und zugleich kostengünstigsten Maßnahmen zur Senkung der Raucherquote.

Hanewinkel und Isensee (2003) untersuchten für Deutschland die Auswirkung einer Tabaksteuererhöhung im Jahr 2002. Als Maß für das Verhältnis von Preis- und Nachfragevariation ist die Preiselastizität definiert. „Formal ist die Preiselastizität definiert als prozentuale Veränderung des Konsums nach einer 1-prozentigen Preiserhöhung. Bei einer Preiserhöhung um 10 % besagt eine Preiselastizität von -0,5 eine Nachfragereduktion um 5 %.“ (Hanewinkel und Isensee, 2003, 169)

Die Schätzungen zur Preiselastizität in westlichen Industrieländern belaufen sich bei

- Bevölkerung insgesamt: -0,25 bis -0,5
- Bei Jugendlichen und sozial niederen Schichten: zwischen -0,8 und -1,4

Die Tabaksteuererhöhung in der BRD am 1.1. 2002 ergab eine geschätzte Preiselastizität von -0,28 bis -0,46. Die Autoren führen folgende Schlussfolgerungen an: (vgl. Hanewinkel und Isensee, 2003, 177)

- Preiserhöhungen führen bei RaucherInnen zu einer Auseinandersetzung mit dem Rauchverhalten und zur Modifikation ihres Rauchverhaltens.
- Die Akzeptanz für Steuererhöhungen ist moderat. Eine Zweckbindung erhöht vermutlich die Akzeptanz.
- Steuererhöhungen auf Tabakprodukte stellen eine wirksame Maßnahme zur Reduzierung des Tabakkonsums dar.
- Steuererhöhungen sollten integraler Bestandteil einer umfassenden Tabakkontrollpolitik sein.

Nicht unerwähnt bleiben soll, dass in Deutschland die Erhöhung der Tabaksteuer in den letzten Jahren nicht unbedingt mit den Senkung der RaucherInnenzahlen argumentiert wurde, sondern vorrangig fiskalpolitisch, wahlweise zur Finanzierung der Terrorbekämpfung im Jahr 2001 oder der Sanierung des Gesundheitssystems im Jahr 2003. (Hess, Kolte und Schmidt-Semisch, 2004, 88)

7.9.5 Problematik der Zigarettensautomaten

Bezogen auf den Tabakkonsum durch Kinder und Jugendliche sind besonders Zigarettensautomaten, die frei zugänglich sind, relevant. In einer Aufstellung des Europäischen Tabakwaren-Großhandels-Verbands (siehe Tabelle 7.12) liegt Österreich bei den Zigarettensautomaten im Freien mit 5.800 Automaten an zweiter Stelle der EU-Länder. Nach einer telefonischen Rückfrage bei der Monopolverwaltung GMBH gibt es für Österreich keine genaue Erfassung über Zigarettensautomaten weder im Freien noch insgesamt.

Land	Gesamtzahl Automaten	Automaten im Freien
Deutschland	820.000	420.000
Großbritannien	120.000	0
Spanien	115.000	0
Niederlande	28.000	800
Österreich	21.000	5.800
Belgien	20.000	0
Irland	10.000	0
Portugal	3.700	0
Italien	3.000	3.000
Finnland	500	0
Schweden	500	0
Luxemburg	500	0
Dänemark	400	0
Griechenland	200	0
Frankreich	500	0
Gesamt	1.139.800	429.600

Tab. 7.12: Anzahl der Zigarettensautomaten in der EU im Jahr 2000, Quelle: European Tobacco Wholesalers Association (2000). Tobacco Vending in Europe; Facts and Figures. A Position Paper By E.T.V. Köln zit. nach Junge und Thamm 2003

Aus heutiger Sicht fanden die Tabakkonzerne in der medizinischen Kritik unbeabsichtigt kongeniale Unterstützung, die die Einführung und Legitimierung von strategischen Produkten wie z. B. Filterzigaretten und Light-Zigaretten förderten. Beide Formen waren nicht aus gesundheitlichen Gründen entwickelt worden, sondern vor allen in Richtung der Zielgruppe Frauen und Jugendliche

konzipiert. „Der Filter sollte die lästigen Tabakkrümel von den Lippen fernhalten und die milde Zigarette den Einstieg erleichtern“. (Hess, Kolte und Schmidt-Semisch, 2004, 79)

Bei den Zigarettenautomaten ist eine ähnliche Entwicklung zu befürchten, wenn statt der Abschaffung der Zigarettenautomaten so genannte „Jugendschutzautomaten“ mit Chipkarte verordnet werden. Zigarettenautomaten ermöglichen bisher eine uneingeschränkte Verfügbarkeit von Tabakprodukten. Eine Einführung des Automatenverkaufs mit Chipkarte stellt in der kritischen Fachwelt keinen ausreichenden Schutz für Kinder und Jugendliche dar, sondern gilt eher als Maßnahme der Absatzsteigerung (Handhabung wird erleichtert und lästige Kleingeldsuche erspart) und wirkt nach Untersuchungen der Zigarettenindustrie verkaufsfördernd.

Besonders erwähnenswert für die österreichische Diskussion in diesem Zusammenhang ist die von Wolfgang Dür geleitete Untersuchung: „Die Rolle der nationalen Politik zur Kontrolle des Rauchens bei Jugendlichen und der Einfluss der Schule und des Elternhauses aus dem Jahr 2001: hbsc/14“. In dieser Untersuchung wurde im Rahmen des EU-Biomed-II Forschungsprogramms in acht europäischen Ländern - darunter auch Österreich - der Zusammenhang zwischen staatlichen Tabakpolitiken und den RaucherInnenprävalenzen bei Jugendlichen untersucht.

Im Vergleich der Tabakpolitiken kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass vor allem drei Faktoren die RaucherInnenprävalenzen in günstiger Richtung beeinflussen können: die RaucherInnenprävalenzen an einzelnen Schulen sind in jenen Ländern signifikant niedriger, in denen Jugendliche keinen Zugang zu Zigarettenautomaten haben, in denen die Zigarettenpreise hoch sind und deren Regierungen konkrete Zielsetzungen der Tabakpolitik formuliert und veröffentlicht haben. Resümierend führen die Autoren folgende Empfehlung aus: „Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass die bisherige österreichische Politik und die Situation an unseren Schulen gerade in Hinblick auf die von der CAS-Studie als relevant erkannten Faktoren Defizite aufweisen. Als Empfehlungen ergeben sich daraus:

- Erhöhung der Zigarettenpreise
- Verhinderung des Zugangs zu Zigarettenautomaten
- Förderung eines unterstützenden Schulklimas.“ (Dür et al., 2001, 5)

7.9.6 Zentrale tabakpolitische Forderungen

In der internationalen fachlichen Diskussion werden folgende Maßnahmen für eine erfolgreiche Tabakkontrollpolitik vorrangig genannt: (vgl. Farke und Gaßmann, 2003; vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum, 2002; vgl. World Health Organization, 1998a; vgl. World Bank, 2003; vgl. Aktionsbündnis Nichtraucher, o.J.; vgl. Fachstelle für Gesundheitspolitik, 2002)

- Hohes Preisniveau durch hohe Tabaksteuern und Einführung einer Präventionsabgabe
- Werbe- und Verkaufsförderungsverbote
- Einschränkung der Verfügbarkeit (z. B. Verbot sämtlicher frei zugänglicher Zigarettenautomaten)
- NichtraucherInnenschutz
- Produktkontrolle und VerbraucherInneninformation
- Bekämpfung des Schmuggels
- Harmonisierung der Tabaksteuer auf EU-Ebene, um Ausweichen auf „Billigländer“ zu minimieren
- Personale und massenmediale Prävention (umfassende und kontinuierliche Verhaltensprävention)
- Flächendeckende qualitativ hochwertige RaucherInnenentwöhnungsangebote

7.10 Resümee

7.10.1 Ergebnisse und Empfehlungen

Wie bereits in der Einleitung angeführt, sollen die Ausführungen als Teil eines Pilotprojektes verstanden werden. Die Entwicklung des Instrumentariums, der Verbesserung der Darstellungen und der Ausdifferenzierung der Sichtweisen ist in weiteren Schritten vorgesehen. Aus Ressourcengründen konnten nur ausgewählte Bereiche der Problematik rund um das Rauchen (in Oberösterreich) vorgestellt werden. Nachfolgend werden wesentliche Ergebnisse und weiterführende Überlegungen angeführt.

Die Prävalenzrate der RaucherInnen für Oberösterreich, mit 38 % täglichen RaucherInnen und weiteren 14 % GelegenheitsraucherInnen ist im Vergleich mit anderen österreichischen Untersuchungen relativ hoch. Zusammen gerechnet ergibt das einen RaucherInnenanteil von 52 %, also mehr als die Hälfte der Befragten rauchen gelegentlich oder täglich.

Die höchsten Raucheranteile erreichen die jungen Männer im Alter zwischen 20 und 29 Jahren. Mit insgesamt drei Viertel Rauchern (76,6 %) bei 53,3 % täglichen Rauchern, konsumieren die 20- bis 24- jährigen Männern und die Gruppe der 25- bis 29-jährigen Männer mit einem Raucheranteil von 69,1 % und dem Höchststand der täglichen Raucher mit 54,8 % am häufigsten.

Die Gruppe der 16- bis 17-Jährigen, die aufgrund der Jugendschutzbestimmungen formell das offizielle Alter zum legalen Tabakkonsum erreicht hat, liegt mit insgesamt 65,3 % täglichen und gelegentlichen RaucherInnen sehr hoch.

Aus suchtpreventiver Sicht besonders hervorzuheben sind die Ergebnisse der HBSC-Untersuchungen, in denen die österreichischen SchülerInnen beim Rauchen europaweit „Spitzenwerte“ erreichen. Herausragendes Beispiel für suchtpreventiven Handlungsbedarf sind die Prävalenzraten der 15-jährigen SchülerInnen in den oberösterreichischen Hauptschulen und polytechnischen Schulen mit 43,2 % täglichen RaucherInnen, das sind mehr als das Vierfache der AHS-SchülerInnen im gleichen Alter. Für Österreich sind die Unterschiede zwischen den Schultypen zwar nicht ganz so stark ausgeprägt - in den AHS rauchen österreichweit 14 % der 15-jährigen SchülerInnen täglich, in den BHS 22 % und in den HS/Poly 33 % - die Interpretation, dass das Rauchen hier eng mit sozialen Ungleichheiten verknüpft ist, ist aber virulent.

Für die gesundheitspolitische Diskussion ist der Einstieg in den regelmäßigen Konsum von besonderer Bedeutung. Der Übergang von einem Probierkonsum zu einem regelmäßigen und täglichen Konsum geschieht für eine relativ große Gruppe der SchülerInnen im Alter zwischen 13 und 15 Jahren. Fast ein Viertel (23 %) der 15-jährigen Mädchen und Burschen in Oberösterreich rauchen täglich Zigaretten. Weitere 10,3 % dieser Altersgruppe rauchen einmal oder öfter in der Woche, 13,6 % geben an, seltener als einmal in der Woche zu rauchen. Insgesamt konsumieren damit fast die Hälfte (46,9 %) der 15-jährigen Jugendlichen in Oberösterreich täglich bzw. gelegentlich Zigaretten, etwas mehr als die Hälfte (53,1 %) bezeichnen sich als NichtraucherInnen.

Die Notwendigkeit flächendeckend RaucherInnenentwöhnungsmaßnahmen anzubieten wird durch die rund 250.000 RaucherInnen deutlich, die gegenwärtig als potentielle KlientInnen für RaucherInnenentwöhnungsmaßnahmen anzusehen sind.

Dem NichtraucherInnenschutz am Arbeitsplatz kommt, aus suchtpreventiver Sicht, eine zentrale Bedeutung zu (da hier die Wahlfreiheit der einzelnen stark eingeschränkt ist und die Menschen dort viel Zeit verbringen). Aus der Perspektive des NichtraucherInnenschutzes ist es besonders problematisch, dass mehr als die Hälfte der NichtraucherInnen (55,1 %), das ist rund jedeR vierte OberösterreicherIn, angeben, sich über RaucherInnen am Arbeitsplatz zu ärgern. Insgesamt geben 52 % der Befragten an (31,1 % voll und ganz/20,2 % eher), dass an ihrem Arbeitsplatz Rauchen erlaubt ist.

Beim Thema gesundheitliche Auswirkungen des Passivrauchens fühlen sich die Befragten deutlich weniger gut informiert als bei den Themen Alkohol und Nikotin. Nur 57 % fühlten sich sehr gut (18 %) und gut (39 %) informiert. Dieser im Vergleich relativ geringe Wert wird als Notwendigkeit interpretiert, die Themenbereiche des NichtraucherInnenschutzes stärker zu problematisieren (Öffentlichkeitsarbeit, Präventionsprojekte, Elternbildung etc.).

Die Untersuchung von Hertling (2003) an der Schwangerschaftsambulanz der Wiener Univ. Klinik für Frauenheilkunde bestätigt den „Verdacht auf eine höhere Dunkelziffer für Tabakgebrauch während der Schwangerschaft“ als bisher angenommen. In dieser Studie gaben 40 % der Frauen aus der Untersuchungsgruppe und 25,9 % der Frauen aus der Kontrollgruppe an, zu rauchen. Daraus wird der Bedarf abgeleitet, im Rahmen des Mutter-Kind-Passes stärker auf die Alkohol- und Nikotinproblematiken einzugehen.

Die Verkürzung der Lebenszeit wird für RaucherInnen zwischen 14 und 20 Jahren eingeschätzt, das bedeutet, „dass sich nikotinbedingt die Lebenserwartung aller ÖsterreicherInnen durchschnittlich um 7 bis 10 Jahre verringert.“ (Uhl, 2002, 30)

Tabakwarenstatistik

Unbefriedigend ist die Datenlage zur Tabakwarenstatistik. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass im Bereich der Tabakwarenstatistik, im Vergleich mit Ländern wie Deutschland und Schweiz, derzeit nur ungenügende und zu wenig systematisiert Daten zur Verfügung stehen.

Als notwendige Minimalbedingungen für eine stimmige Gesundheitsberichterstattung in Zusammenhang mit Tabakkonsum werden folgende Punkte erachtet:

Zur Entwicklung einer transparenten Tabakpolitik ist von Seiten der öffentlichen Hand dafür Sorge zu tragen, dass relevante Daten der Tabakwarenstatistik jährlich veröffentlicht werden. Insbesondere sind folgende Daten von besonderer Wichtigkeit:²³

²³ vgl. auch Junge und Thamm (2003)

- Der jährliche Tabakwarenverbrauch getrennt in Zigaretten, Zigarren/Zigarillos, Feinschnitt und Pfeifentabak, sowie sonstige Tabakerzeugnisse;
- Tabaksteuereinnahmen nach Zigaretten, Zigarren/Zigarillos, Feinschnitt und Pfeifentabak, sowie sonstige Tabakerzeugnisse;
- Anzahl der Zigarettenautomaten in Gebäuden/im Freien nach Bundesländern.

Ebenso wichtig erscheint eine regelmäßige Beforschung der Vermarktungsstrategien der Tabakindustrie (systematisches Monitoring der Werbung und des Sponsorings) und der Erhebung der Ausgaben für Tabakwerbung als Basis für Informationsmaßnahmen und Prävention.

Die Durchführung regelmäßiger bundesweiter Datenerhebungen mit gleichem Untersuchungsdesigns zu den Rauchgewohnheiten der Bevölkerung ist ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt für eine redliche Auseinandersetzung.

7.10.2 Moderne Suchtprävention als „demokratisch-emanzipatorisches“ Projekt

„Rauchen markiert einen gesundheitspolitischen Konfliktfall“ formulierte die deutsche Bundesregierung. (zit. nach Stöver, 1994, 11) Zur Beschreibung des Konflikts und deren Implikationen für einen angemessenen Umgang mit dem Rauchen werden nachfolgend Überlegungen zur Suchtprävention dargestellt. Zur Ergänzung werden sozialwissenschaftliche und gesundheitspolitische Aspekte vorgestellt, die die Problematik aus unterschiedlichen Disziplinen (oder Kulturen) kontroversiell beschreiben. Zur Entwicklung einer suchtpreventiven Tabakpolitik die einem „demokratisch-emanzipativen Ansatz“ verpflichtet ist, werden einzelne Anregungen angeführt.

Bei der Frage nach der angemessenen Auseinandersetzung mit dem Rauchen und der „richtigen“ präventiven Strategie sollte auf die Erfahrungen und Entwicklungen in der Suchtprävention verwiesen werden. Suchtpreventive Überlegungen laufen beim Rauchen, wie auch bei anderen Substanzen, leicht Gefahr ausschließlich auf die Substanz ausgerichtet zu werden. In der aktuellen Diskussion wird Suchtprävention als Teilbereich einer gesamten Gesundheitsförderungspolitik verstanden (gesundheitsfördernde Suchtprävention).

Uhl und Gruber (2004) führen aus, dass der Gesundheitsförderungsansatz die Zielpersonen nicht als zu *bevormundende Objekte*, sondern als *mündige Subjekte* betrachtet. (Uhl und Gruber, 2004, 9, Hervorhebung im Original) Dieses deklariert „demokratisch-emanzipatorisches“ Grundverständnis steht dem „autoritär-paternalistischen“ Ansatz diametral entgegen.

Die Grundlage des „autoritär-kontrollierenden Ansatzes“ sieht Uhl (2003a, 6) in der „Überzeugung, dass die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen später nur dann richtige Entscheidungen treffen, wenn man sie im Rahmen der Erziehung kontrolliert, ‚gefährliche Informationen‘ zensuriert, sie bevormundet und ihnen Lustverzicht sowie Risikoverringerung durch Enthaltbarkeit nahe legt.“

Diese stark auf Kontrolle und Repression fixierten Ansätze, die je nach Zeitgeist in unterschiedliche Gewänder verhüllt werden, sind immer stark vom Gedanken „Wie manipuliert man optimal“ und nicht „Wie erzieht man mündige Bürger“ geprägt.

An dieser Stelle sei nochmals auf eine grundsätzliche Problematik hingewiesen: Bei manchen vorschnellen Präventionsüberlegungen geht die Einbindung der Beteiligten (meistens Minderjährigen) leicht verloren. Es besteht die Gefahr, SchülerInnen, Jugendliche und Erwachsene als suchtpreventiv zu „behandelnde“ Objekte zu sehen, die nur entsprechend zu beeinflussen sind.

In dieser Frage ist das Recht des Individuums auf individuelle Selbstbestimmung zu betonen. Bei Bildung geht es um Anregungen und nicht um Eingriff, mechanische Übertragung oder gar Zwang. Der Mensch bildet sich. Bilden ist ein Sich - Bilden. (von Hentig, 1985) Die Entscheidung darüber, wie Angebote angenommen, abgelehnt oder kreativ genützt und in das eigene Leben integriert werden, soll beim Einzelnen liegen.

Mit der Etablierung einer professionellen Suchtprevention im letzten Jahrzehnt entwickelte sich die fachliche Diskussion und Praxis von einer manipulativ-repressiven Strategie in Richtung Gesundheitsförderung. Moderne Suchtprevention ist in eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik eingebettet: „Menschen sollen befähigt werden möglichst viel Einfluss auf die Erhaltung und Verbesserung der eigenen Gesundheit auszuüben und Eigenverantwortung für ihre Gesundheit und die anderer zu übernehmen.“ (Ottawa-Charta Gesundheitsförderung 1986)

Suchtprevention meint damit die Förderung der Lebenskompetenz und sachliche Informationsvermittlung. Dies beinhaltet auch Wissen über psychoaktive Substanzen und Suchtmechanismen und die Einflussnahme auf die Rahmenbedingungen.²⁴

„Ziel gesundheitsfördernder Suchtprevention ist nicht länger die Reduzierung und Vermeidung von Drogengebrauch, sondern die grundsätzliche Ermöglichung und Befähigung zu einem selbstbestimmten und verantwortungsgerech-

²⁴ Grundsätzliche Darstellung zur aktuellen Konzeptdiskussion in der Suchtprevention siehe Uhl und Gruber (2004), Uhl (2003a) und Paulik, Rabeder-Fink und Uhl (2002)

ten Leben in einer gesundheitsförderlichen Umwelt.“ (Schmidt und Hurrelmann, 2000)

Suchtprävention soll dabei nicht als der möglichst geschickte Einsatz von Sozialtechnologien verstanden werden, sondern als Auftrag zur Förderung von Emanzipation und Selbstständigkeit und der Unterstützung der Menschen im Sinn einer Anwaltschaft. Zudem braucht es auf eine gesellschaftlichen Ebene Rahmenbedingungen, die den Umgang mit Substanzen regeln. Die Verfügbarkeit, der Preis und Jugendschutzregelungen sind wichtige, um nicht zu sagen zentrale Aspekte der Suchtprävention, jedoch auf der Basis eines wie oben beschrieben „demokratisch-emanzipatorischen“ Grundverständnisses. Die Erhöhung des Preises durch die Erhöhung der Tabaksteuer sollte in diesem Modell nicht als „paternalistisches Instrument“ eingesetzt werden. Steuererhöhungen sollten den Individuen wieder zugute kommen, durch Einsatz der Mittel für Entwöhnungsmaßnahmen und suchtpreventive Projekte, durch z. B. einen sozialen Ausgleich von besonders benachteiligten Gruppen.

7.10.2.1 Sozialwissenschaftliche Diskurse

Grundsätzlich sei auf die Unterschiede zwischen einer rein sozialwissenschaftlichen Herangehensweise und einer suchtpreventiven Sichtweise hingewiesen. Eine idealtypische sozialwissenschaftlichen Herangehensweise hat vorrangig die Erforschung und Darstellung von sozialen Phänomenen im Fokus und wird diese gegebenenfalls auch kritisch kommentieren. Eine suchtpreventive oder gesundheitspolitisch orientierte Sichtweise ist, ähnlich wie in der Pädagogik, immer auch an der Erreichung eines Zieles, z. B. der Entwicklung von Kompetenzen, interessiert. Wird mit der „Brille der Suchtprävention“ sozialwissenschaftliche Forschung betrieben, geraten diese Zielebenen natürlich in Konflikt.

Mit den Stichworten Medikalisierung des Lebens (Illich, 1995) und Medikalisierung der Gesellschaft ist (auch in Zusammenhang mit dem Rauchen) die Tendenz angesprochen, dass immer mehr Lebensbereiche mit Krankheit in Verbindung gebracht werden. „Der Bereich des Krankhaften wird immer weiter aufgebläht.“ (Dörner, 2002, A2463) Alltägliche Tätigkeiten wie Essen werden zunehmend mit funktionaler Bedeutung, sowie ernährungswissenschaftlichen Überlegungen versehen. „Gesundheit ist dann nicht mehr lediglich die Voraussetzung eines erfüllten Lebens, sondern wird zu dessen zentralem Inhalt (Gesundheit als Fetisch und Ideologie). (Fabry, 2002, 2f) Gesundheit wird aber auch immer stärker zu einer individuellen Verpflichtung, rückt im Sinn der Logik der Risikogesellschaft immer stärker in den Verantwortungsbereich des Individuums.

In den (spät-)modernen Gesellschaften werden anscheinend moralische Diskurse im Sinn von „das tut man nicht“ zunehmend durch Risikodiskurse im Sinn von „das ist gefährlich“ abgelöst. Es ist aber nicht so, dass in den (spät-)modernen Gesellschaften jede Kontrolle verschwindet - Kontrolle nimmt nur andere Formen an. Für Schmieder wird beim Streit um das Rauchen diese neuere Form der Kontrolle sichtbar: „an der Zigarette als Genuss- bis Suchtmittel exekutiert eine entmoralisierte Kontrollgesellschaft die Herstellung sozialer Ordnung symbolisch über Konformität gegenüber ‘wellness’, die abmahnt, was jeder weiß, dass nämlich Rauchen schädlich ist . . .“ (Schmieder, 2002, 122f)

„Healthism“ - „Healthismus“ bei Schröder (2003) - als Pflicht zur Gesundheit, die sich vor allem als Pflicht zur individuellen Gesundheit definiert, kann als die zeitgeistige Variante unreflektierter Tabakgegnerschaft gelten. Da an den Verhältnissen ohnehin nur wenig zu ändern ist bzw. diese sich möglicherweise verschlechtern (zum Beispiel Zunahme der Schadstoffbelastung in der Luft durch steigenden Verkehr) sind die Individuen verpflichtet ihre individuellen Gesundheitsanstrengungen zu erhöhen.

Diese Denkfolie deckt sich stimmig mit dem „Hochrüstprozess“ der im Kontext einer Risikogesellschaft vom Einzelnen abverlangt wird. „In der individualisierten Gesellschaft muss der Einzelne (...) bei Strafe seiner permanenten Benachteiligung lernen sich selbst als Handlungszentrum, als Planungsbüro in Bezug auf seinen eigenen Lebenslauf (...) zu begreifen.“ (Beck, 1986, 217) In der „Logik“ der Risikogesellschaft werden gesellschaftliche Krisen immer stärker auf den Einzelnen abgewälzt. Gesellschaftliche Probleme schlagen in der Folge in psychische Dispositionen um: „in persönliche Schuldgefühle, Ängste, Konflikte und Neurosen. Es entsteht - paradox genug - eine neue Unmittelbarkeit von Individuum und Gesellschaft, die Unmittelbarkeit von Krise und Krankheit in dem Sinne, dass gesellschaftliche Krisen als individuelle erscheinen und nicht mehr oder nur noch sehr vermittelt in ihrer Gesellschaftlichkeit wahrgenommen werden.“ (Beck, 1986, 42)

Günther Amendt (2003) weist in seinem Buch „No Dregs. No Future“ auf die schleichende Pharmakologisierung des Alltags hin und folgert, dass die Lebensumstände der Menschen, die durch die Logik neoliberaler Modernisierungsprozesse geformt werden, „den Gebrauch von psychoaktiven Substanzen erforderlich machen, weil anders die Arbeit nicht zu ertragen wäre.“ (Amendt, 2003, 13) Der Autor geht von einer permanenten Überforderung und chronische Überreizung als kollektivem Zustand aus, der bereits derzeit vornehmlich durch Produkte der Pharmaindustrie abgedeckt wird. In den USA haben, so seine Deutung, die Tabakkonzerne das Match gegen die Pharmaindustrie zumindest zwischenzeitlich verloren.

So wie das Rauchen auch eine distinktive Strategie ist, so kommt dem Nichtrauchen ebenso eine distinktive Funktion zu. Nach Bourdieu (1982) eignet sich der Lebensstil, die Stilisierung des Lebens als Manifestation von Geschmackspräferenzen (z. B. auch Nichtraucher) bestens zur Legitimierung von sozialen Unterschieden, zur Distinktion (Ab-Hebung). Sich zu unterscheiden, sich abzuheben von denen, die sich als nicht so „fit“ geben können, wird anscheinend immer wichtiger. Distinktion, von denen, die Ihren Selbstzwangapparat „noch“ nicht so gut unter Kontrolle haben. Wer in den USA „noch“ raucht, „gilt den anderen als unappetitlicher Prolet und charakterschwache Verliererfigur“. (Geist, Heller und Waluye, 2004, 144) Und als Verlierer stigmatisiert zu werden, hat vor allem für die unter Druck geratenen Mittelschichten in einer neoliberalen Gesellschaft weit reichende Auswirkungen, die es tunlichst zu vermeiden gilt. „Eine Hierarchie, die den Akzent auf Lebensstil und Sozialprestige legt, drückt den Gesichtspunkt der oberen Klassen aus. Die (ökonomische) unterprivilegierten Klassen erscheinen im Distinktionsspiel „nur als Kontrastmittel“. (Bourdieu 1974, 72 zit. nach Fröhlich, 1994)

Knoblauch (1995) bezeichnet die Nichtraucherkampagne in Kalifornien (1989-1991) als „symbolischen Kreuzzug“, durch den der Lebensstil einer neuen „Wissensklasse“ von Angestellten in Medien, Erziehung, Therapie und Beratung gegen Lebensstile anderer sozialer Gruppen durchgesetzt werden soll. „Dies kommt in einem Phänomen zum Ausdruck, das in der Alltagssprache „lifestyle discrimination“ genannt wird: gesundheitsgefährdende Gewohnheiten sind potentieller Entlassungsgrund; die Unternehmen, bei denen 90 % der Beschäftigten krankenversichert sind, weigern sich zunehmend, Raucher (und Trinker) zu bezahlen; die meisten Gesellschaften haben Rauchverbot; 6000 stellen gar keine Raucher an.“ (Knoblauch, 1995, 28) Peter L. Berger sieht in der Nichtraucherbewegung einen „Kulturprotestantismus“ am Werk, mit „Gesundheit als letztem im Grunde heiligen Wert“. (Berger zit. nach Knoblauch, 1995)

Rauchen, besser die Diskussionen rund um das Rauchen von Tabak, stellen sich als ziemlich ambivalente Sache dar. Bauman hat sich in seinem Werk *Moderne und Ambivalenz. Das Ende der Eindeutigkeit* mit den unmenschlichen Folgen der Moderne auseinandergesetzt. Danach erfahren wir Ambivalenz als Unbehagen und Bedrohung. Ambivalenz wird als Gefühl der Unentschiedenheit und infolgedessen als Verlust an Kontrolle erlebt. Ein Kennzeichen der modernen Welt ist aber der Kampf, ja der Krieg gegen die Uneindeutigkeiten. Dieser Kampf ist letztlich selbstzerstörerisch, denn er muss, aus der inneren Logik heraus, immer weiter getrieben werden, da sich immer neue Ambivalenzen auf-tun. „Das Ziel der Gewissheit und der absoluten Wahrheit war ununterscheid-

bar vom Geist des Kreuzzugs und dem Projekt der Herrschaft.“ (Bauman, 1995, 283)

7.10.2.2 Gesundheitspolitische Diskurse

Aus gesundheitspolitischer Sicht ist das Zurückdrängen des Rauchens, die Reduzierung der Schäden, die durch das Rauchen entstehen, aber vor allem der NichtraucherInnenschutz, eine herausragende Aufgabe. In den letzten zwei Jahrzehnten sind die Rolle der Tabakindustrie und die Praxis der Umsetzung der Interessen dieser Industrie viel deutlicher geworden. Wenn Tabakgegner sich in einem Kampf als David gegen Goliath sehen, so ist das nicht nur Rhetorik. Zur Erinnerung an die Größenordnungen: im Jahr 2002 flossen dem Finanzministerium rund 1,7 Milliarden Euro aus dem Zigarettenverkauf zu. (Bundesministerium für Inneres, 2004)

„Betrachtet man Politik als den Markt der Meinungen, dann muss man hier ein Marktversagen in Form einer unausgewogenen Marktmacht auf Seiten der Zigarettenindustrie konstatieren. Wäre dieser Markt ein Gütermarkt, würde man einer solchen Machtkonzentration von staatlicher Seite entgegenwirken, um ein effizientes Marktergebnis sicherzustellen.“ (von Laffert, 1998, 246)

Derzeit entsteht der Eindruck, dass die Tabaksteuer lediglich als eine wichtige Einnahmequelle für den Staatshaushalt gesehen wird, gesundheitspolitische Aspekte sind in der österreichischen Diskussion kaum zu erkennen (bestenfalls, wenn damit Kosten des Gesundheitswesens abgedeckt werden sollen). Als notwendiges Instrument zur Steuerung von Rahmenbedingungen für die Suchtprävention wurde die Tabaksteuer bisher noch kaum wahrgenommen. Die in der Suchtprävention entwickelten Projekte und Programme bedürfen aber wie im Abschnitt „Tabakpolitik“ ausgeführt, struktureller Unterstützung wie z. B. einer „suchtpräventiven“ Preispolitik.

In Zusammenhang mit illegalen Substanzen gelten in der Fachwelt vorrangig abschreckende Informationen als nicht zielführend und vielfach kontraproduktiv, und dies ist auch für das Rauchen relevant. Dass abschreckende Botschaften die Attraktivität des Rauchens bei einem Teil der Heranwachsenden erhöhen, ist in der suchtpreventiven Diskussion unbedingt zu berücksichtigen. Rauchen spielt für diese Gruppe der Jugendlichen ein große Rolle als Instrumentarium der Abgrenzung zur „vernünftigen Erwachsenenwelt“, nicht aus Informationsmangel, (...) sondern „weil es gefährlich ist“. (Quensel zitiert nach Hess, Kolte und Schmidt-Semisch, 2004, 150) Die als abschreckend konzipierten AntiraucherInnenbotschaften (Informationen, Aussagen, Bilder, etc.), so die Interpretation, treibt diesen Teil der Heranwachsenden gewissermaßen in die Arme oder

besser gesagt in die Geschäfte und zu den Automaten der Tabakindustrie. Dazu formuliert Troschke: „Je rigider Erwachsene Jugendlichen das Rauchen verbieten, umso stärker wird für extrovertierte Jugendliche das Motiv des pubertären Protestes, der Zigarette als Freiheitssymbol“. (von Troschke, 2000, 434)

7.10.2.3 Suchtprävention und Tabakpolitik

Nikotin nimmt, basierend auf dem medizinischen Gefährlichkeitsdiskurs, auch in der neueren Suchtprävention eine Sonderstellung ein. Während bei Alkohol die suchtpreventive Zielvorgabe auf moderaten Konsum zielt, ist die derzeitige Zielvorgabe bei Nikotin völlige Abstinenz bei (relativer) Akzeptanz von Probierkonsum. Dieser Probierkonsum soll aber so weit wie möglich vermieden, verkürzt, verschoben bzw. reduziert werden. Hauptzielvorgabe ist das Verhindern eines regelmäßigen Konsums.

Die Erfahrungen aus der Drogenpolitik zeigen aber, dass es keine (finale) Lösungen der Drogenprobleme geben kann, sondern bestenfalls die „Minimierung“ von Problemen.²⁵ Für die Tabakprävention sollten daher in Hinblick auf unterschiedliche Zielgruppen auch realistische Überlegungen zur Harmreduction (Schadensminimierung) des Tabakkonsums nicht von vornherein ausgeschlossen sein. Da die Gesundheitsrisiken umso größer eingeschätzt werden, je früher mit dem Rauchen begonnen wird, ist aus suchtpreventiver Sicht die Verschiebung des Einstiegsalters ein wichtiges Ziel. Dies wird auch dadurch erklärt, dass die Schadstoffe den Körper in seiner Entwicklungsphase intensiver angreifen als in einer späteren Lebensphase.

Auf der Ebene der Tabakpolitik ist in Österreich die Erarbeitung eines nationalen Aktionsplanes dringend notwendig. Darin sollen Ziele, Strategien und konkrete Maßnahmen zur Senkung des Tabakkonsums definiert werden. Österreich ist eines der wenigen europäischen Länder ohne nationalen Aktionsplan.

Die Schaffung eines Präventionsfonds aus den Geldern einer Tabakpreiserhöhung erscheint ebenso unumgänglich um damit RaucherInnenentwöhnungsmaßnahmen, Informationskampagnen und Präventionsprojekte zu finanzieren. Zudem ist davon auszugehen, dass die Akzeptanz einer Steuererhöhung in der Bevölkerung größer ist, wenn die Mittel zweckgebunden für Prävention und

²⁵ Unter Suchtprävention werden unterschiedliche Aufgabenstellungen subsumiert. In der Fachdiskussion wurde die ursprüngliche Zielvorgabe „der Verhinderung von Sucht“, erweitert auf die „Verringerung von Problemen, die mit dem Gebrauch von Substanzen zusammenhängen“ (zusätzlich werden bestimmte „Verhaltenssüchte“ der Suchtprävention zugeordnet). Die Verhinderung jeglichen Konsums einer Substanz wird in der Regel als Drogenprävention bezeichnet.

RaucherInnenentwöhnung ausgegeben werden. Weitere relevante Maßnahmen werden im Abschnitt „Zentrale tabakpolitische Forderungen“ aufgelistet.

Tabak kann als „besondere Ware“ bezeichnet werden, da der widmungsgemäße Gebrauch zu Gesundheitsschäden führen kann. Das gilt natürlich auch für z. B. Schokolade essen, oder Limonade trinken - das Rauchen gilt aber als potenziell gesundheitsschädlicher (bei diesem Vergleich wird aber auch die Notwendigkeit weitere Bestimmungen klar: Wer isst die Schokolade? Wie oft am Tag? In welchem Alter? Mit welchen körperlichen und psychischen Dispositionen? etc.). Die Geschichte von Alkohol und Nikotin zeigt sehr klar, dass staatliche Regulierungsmaßnahmen bei psychoaktiven Substanzen unumgänglich sind, diese als „besondere Güter“ nicht dem freien Spiel des Marktes überlassen bleiben dürfen. Rahmenbedingungen sind notwendig. „Doch schlüssige staatliche Gesundheitspolitik mit einem wirksamen, auch gesetzlichen Instrumentarium, das nur der Staat zur Verfügung stellt, wird im Problembereich der legalen Drogen unbegründet als 'überflüssige Restriktion' abgetan“. (Farke und Gaßmann, 2003, 185) Daraus wird in der Fachdiskussion der Schluss gezogen, dass eine so einflussreiche, finanzstarke und global agierende Industrie durch staatliche Regulative eingeschränkt werden muss - als Beispiel für die Größenordnungen: 2002 gaben in den USA die sechs größten Tabakkonzerne 12,47 Milliarden Dollar für Werbung und Promotion aus. (Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention, 2004) Aus suchtpreventiver Sicht kann ein Produkt wie Zigaretten nicht den Mechanismen eines deregulierten „freien Marktes“, in dem Umsatz- bzw. Gewinnmaximierung im Vordergrund stehen, überlassen werden. Während bei illegalisierten Substanzen eher von einer Übersteuerung gesprochen werden kann, so wird bei Nikotin und Alkohol eine Untersteuerung diagnostiziert. Bei den legalen psychoaktiven Substanzen bedeutet dies verstärkten Jugendschutz, höhere Preise, geringere Verfügbarkeit, Werbeeinschränkung bzw. -verbot etc. anzustreben.

Bei der Frage, wie auf einer gesellschaftlichen Ebene angemessen mit Substanzen umgegangen werden kann, tritt beim Rauchen das Problem der Fremdschädigung in den Vordergrund. Das Recht auf Selbstschädigung kollidiert mit dem Recht der NichtraucherInnen auf Schutz in vielen alltäglichen Bereichen. Neben dem NichtraucherInnenschutz stellt die Entwicklung von angemessenen Jugendschutzregelungen die zweite große Herausforderung dar (in der Bandbreite zwischen Alibimaßnahmen und repressiven Allmachtsphantasien).

Aus sozialwissenschaftlicher Sicht ist aber äußerst wichtig bei der Entwicklung von Maßnahmen, sowohl auf struktureller als auch personaler Ebene, sensibel für allfällige Nebeneffekte der Maßnahmen zu sein bzw. zu werden. Wie am Beispiel der Repression bei illegalen Substanzen deutlich wird, können die negativen Auswirkungen einer gut gemeinten Praxis beträchtlich sein (z. B. Schwarz-

markt, Förderung des organisierten Verbrechens, eine noch größere gesundheitliche Gefährdung durch schlechte Substanzqualität).

Wie die Zukunft des Rauchens in Europa aussehen wird, darüber können verschiedene Szenarien entwickelt werden. Hess, Kolte und Schmidt-Semisch (2004) sehen den Tabakkonsum weltweit weiter auf dem Vormarsch. „Was die Männer weniger rauchen, rauchen die Frauen mehr. Wo die Älteren aus Vernunftgründen früher aufhören, fangen die Jugendlichen früher und in größerer Zahl an zu rauchen. Die Zahl der Rauchenden wird also in den kommenden Jahren weder bei uns noch weltweit nennenswert sinken, sondern im Gegenteil eher steigen (besonders aber in den Entwicklungsländer). Die mit so viel Macht und Geld propagierte medizinische Kritik konnte und wird diese Entwicklung nicht aufhalten.“ (Hess, Kolte und Schmidt-Semisch, 2004, 79)

Besondere Aufmerksamkeit wird in Zukunft den Zusammenhängen von Rauchen und sozialer Lage zukommen müssen, wie das besonders deutlich in den Daten der HBSC-Studien festgehalten ist. Werden hier gesellschaftliche Krisenphänomene wie mangelnde Entwicklungschancen für Jugendliche, Erfahrungen der Entfremdung, die Krise des Arbeitsmarktes und der Niedergang des Sozialstaates sichtbar? Um die Bedeutung des Rauchens für die Jugendlichen unterer Schichten und deren Verwobenheit mit gesellschaftlichen Problemen insgesamt besser verstehen zu können, braucht es relativ aufwendige Forschungsanstrengungen, deren Einsatz es aber unbedingt einzufordern gilt. Rauchen, bzw. die gesundheitlichen Folgen des Rauchens, sollen hier als Teil von sozialer Ungleichheit verstanden werden, denn wie Wilkinson ausführt: „Soziale Ungleichheit und relative Armut sind außerordentlich wirksam: Sie steigern die Todesraten.“ (Wilkinson, 2001)

„Gesundheitswissenschaftliche Sozialforschung kann sich erst dann als „repolitizierende Praxis“ (Horn) verstehen, wenn sie die Frage nach Gesundheit systematisch und kritisch als Frage an die individuellen wie kollektiven Verhältnisse in Theorie und Praxis aufnimmt. Gesundheitsforschung ist dann mehr als die Kritik an der Risikofahndung, mehr als Forschung historischer Entwicklungen und mehr als die wissenschaftliche Begründung und Absicherung sozialpolitischer Forderungen, wenn sie dies auch alles ist.“ (Keil, 1988, 3)

Im Zusammenhang mit legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen sind Fehlmeinungen, Verharmlosungen und Übertreibungen weit verbreitet. Es besteht also ein besonders hoher Bedarf an fachlicher und sachlicher Auseinandersetzung mit diesem Themenbereich. Die Aufgabe einer professionellen Suchtvorbeugung ist hier das Zur-Verfügung-Stellen fachlich fundierter Informationen und die Auseinandersetzung mit Mythen und Ideologien, Fehlmeinungen und fehlenden Informationen von Erwachsenen und Jugendlichen. Übertriebe-

ne, vorrangig angstlastige Darstellungen sind ebenso Thema wie einseitige, nur auf die positiven Aspekte von bestimmten Substanzen zielende Ideologien von Jugendszenen, „Drogenkulturen“ oder der Propagandamaschinerie der Tabakkonzerne, legalen wie illegalen.

Die Individuen, besonders in ihren jungen Jahren, sind immer raffinierteren Formen von Marketing und weiteren sozialtechnologischen Maßnahmen der Tabakindustrie ausgesetzt; sie werden gelockt, und sie werden auch gedrängt zum gewohnheitsmäßigen Konsum von Zigaretten. Die Akteure in der Suchtprävention sind in dieser Situation angehalten im Sinn einer Anwaltschaft aufzutreten. Eine „gesundheitsfördernde Suchtprävention“ muss aber immer mit den Menschen entwickelt werden, nicht für und schon gar nicht gegen sie.

Die Weiterentwicklung von relevanten Grundhaltungen und ethischen Überlegungen erscheint in diesem Zusammenhang für die Suchtprävention unabdingbar: Suchtpräventive Maßnahmen sind inhaltlich eng mit demokratie- und menschenrechtspolitischen Fragestellungen verknüpft, im Spannungsfeld zwischen Verantwortung einerseits und der Freiheit des Einzelnen andererseits. Die sorgsame Auseinandersetzung mit ethischen Aspekten der Suchtprävention gilt als notwendige Basis für alle Personen, die präventiv tätig sein wollen.

Tabellenverzeichnis

3.1	Epidemiologisches Stufenmodell nach Kemmesies	20
3.2	Stichprobe der Bevölkerungsbefragung OÖ 2003 nach Alter und Geschlecht	23
3.3	Stichprobe der Jugendbefragung OÖ 2003 nach Alter und Geschlecht	23
4.1	Spontane Nennung von Drogen in Prozent	35
5.1	Zuordnung von Wissensfragen auf Richtigkeit	58
5.2	Wissensstand zu illegalen Drogen in Oberösterreich 2003 nach Alter	59
5.3	Wissensstand und Lebenszeitprävalenz bei illegalen Drogen in Oberösterreich 2003	60
5.4	Wissensstand und Lebenszeitprävalenz bei illegalen Drogen in Oberösterreich 2003 (Jugendliche)	60
5.5	Drogenpolitische Zuordnung von Einstellungsaussagen	63
5.6	Drogenpolitische Einstellungsmuster in Oberösterreich 2003	64
5.7	Wissensstand und Einstellungsmuster zu illegalen Drogen in Oberösterreich 2003	64
5.8	Einstellungsmuster und Lebenszeitprävalenz bei illegalen Drogen in Oberösterreich 2003	65
5.9	Prävalenzen bei Cannabis in Oberösterreich	80
5.10	Prävalenzen bei Ecstasy in Oberösterreich	83
5.11	Prävalenzen bei illegalen Aufputzmitteln in Oberösterreich	85
5.12	Prävalenzen bei biogenen Drogen in Oberösterreich	85
5.13	Prävalenzen bei Kokain in Oberösterreich	86
5.14	Prävalenzen bei LSD in Oberösterreich	87
5.15	Prävalenzen bei Heroin und Morphin in Oberösterreich	87
5.16	RaucherInnenstatus und Konsumprävalenzen bei illegalen Drogen in Oberösterreich 2003	89
5.17	Mittelwert konsumierte Standardgläser in der letzten Woche und Konsumprävalenzen bei ill. Drogen in Oberösterreich 2003	89

5.18	Lebenszeitprävalenzen bei illegalen Drogen in Oberösterreich 2003	90
5.19	Aktueller Gebrauch bei ill. Drogen in Oberösterreich 2003 . . .	90
5.20	Cannabis - Provierbereitschaft in Beziehung zur Konsumerfahrung in Oberösterreich 2003	92
5.21	Kontakt zu Drogen von Familienangehörigen, FreundInnen und Bekannten	96
5.22	Kontakt zu Drogen von Familienangehörigen und Lebenszeitprävalenz	99
5.23	Kontakt zu Drogen von FreundInnen und Bekannten und Lebenszeitprävalenz	100
5.24	SubstitutionspatientInnen in Oberösterreich 2003	123
5.25	Substitutionsindikation der Neuzugänge in Oberösterreich 2003	127
5.26	Diagnosecluster alle Drogendiagnosen in Oberösterreich 2003 .	130
5.27	Diagnosecluster Drogenabhängigkeit in Oberösterreich 2003 . .	132
5.28	Diagnosecluster Drogenvergiftungen in Oberösterreich 2003 . .	133
5.29	Diagnosecluster multipler Substanzgebrauch in Oberösterreich 2003	134
5.30	Diagnosecluster Opioide in Oberösterreich 2003	135
5.31	Diagnosecluster Cannabinoide in Oberösterreich 2003	135
5.32	Wissensstand und Präferenz von drogenpolitischen Hauptaufgaben in Oberösterreich 2003	137
5.33	Lebenszeitprävalenz und drogenpolitische Maßnahmen in Oberösterreich 2003	137
5.34	Gewünschte drogenpolitische Aktivitäten des Gesetzgebers . . .	139
5.35	Ablehnung des Cannabisgebrauchs auf 10er Skala	140
6.1	Grenzmengen zu risikoarmem und gesundheitsgefährdendem Alkoholkonsum	154
6.2	Alkoholkonsumfrequenz in den letzten 3 Monaten nach Geschlecht	159
6.3	Alkoholtrinkfrequenz bezogen auf Alterskategorien	160
6.4	Alkoholtrinkfrequenz bezogen auf Alterskategorien (Männer) . .	161
6.5	Alkoholtrinkfrequenz bezogen auf Alterskategorien in Prozent (Frauen), Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, N=560 . . .	161
6.6	Diagnosecluster akuter Alkoholmissbrauch 2003	164
6.7	Diagnosecluster Alkoholabhängigkeit 2003	166
6.8	Diagnosecluster „alkoholinduzierte körp. Störungen“ 2003 . . .	168

6.9	Alkoholisierter Beteiligte an Alkoholunfällen nach Alter und Geschlecht im Jahr 2003	171
7.1	Verteilung RaucherInnenstatus nach Geschlecht	186
7.2	Verteilung Männer nach Alter und Raucherstatus	186
7.3	Verteilung Frauen nach Alter und RaucherInnenstatus	187
7.4	Verteilung der täglichen ZigarettenraucherInnen nach der Anzahl der gerauchten Zigaretten pro Tag	188
7.5	RaucherInnenstatus in Österreich und Oberösterreich nach Geschlecht	190
7.6	Verteilung der NichtraucherInnen nach Geschlecht und Alter	191
7.7	Verteilung NichtraucherInnen und früheres Rauchverhalten	192
7.8	RaucherInnenprävalenzen 11- bis 15-jährige SchülerInnen, Auswertung Oberösterreich	201
7.9	Verteilung Jugendstudie nach Alter und Rauchstatus	203
7.10	Verkaufsstatistik von Zigaretten in Österreich seit 1980	223
7.11	Tabaksteuereinnahmen in Österreich seit 1999	226
7.12	Anzahl der Zigarettenautomaten in der EU im Jahr 2000	232

Abbildungsverzeichnis

3.1	Epidemiologisches Stufenmodell	20
4.1	Gestützte Zuordnung von Drogen	36
4.2	Einschätzung der Gefährlichkeit psychoaktiver Substanzen . . .	37
4.3	Abhängigkeitspotenzial verschiedener psychoaktiver Substanzen. Wieviele Probierer werden abhängig?	40
4.4	Einschätzung des Suchtpotenzials verschiedener Substanzen . .	41
4.5	Kosten von Drogen für das Gesundheitssystem	42
4.6	Belagstage in ö. Spitälern nach Substanzen	43
5.1	Wissensfragen zu illegalen Drogen	55
5.2	Wissensstand der oberösterreichischen Bevölkerung zu illegalen Drogen	59
5.3	Einstellungen der oberösterreichischen Bevölkerung zu illegalen Drogen	62
5.4	Drogenpolitische Einstellungsmuster der oberösterreichischen Bevölkerung	64
5.5	Lebenszeitprävalenz 15- bis 59-Jähriger nach Substanzen	70
5.6	Lebenszeitprävalenz 15- bis 24-Jähriger nach Substanzen	71
5.7	Lebenszeitprävalenz nach Altersgruppen	72
5.8	12 Monate Prävalenz 15- bis 59-Jähriger nach Substanzen	73
5.9	12 Monate Prävalenz 15- bis 24-Jähriger nach Substanzen	74
5.10	12 Monate Prävalenz nach Altersgruppen	75
5.11	30 Tage Prävalenz 15- bis 59-Jähriger nach Substanzen	76
5.12	30 Tage Prävalenz nach Altersgruppen	77
5.13	Änderungen der Verbreitungsmuster des Cannabiserstkonsums nach ausgewählten Geburtenkohorten am Beispiel Westdeutsch- land	78
5.14	Cannabiskonsum 15- bis 24-Jähriger in OÖ	80
5.15	Cannabiskonsum 15jähriger SchülerInnen in OÖ	81
5.16	Ecstasykonsum 15- bis 24-Jähriger in OÖ	82
5.17	Konsum illegaler Aufputschmittel 15- bis 24-Jähriger	84

5.18	Probierebereitschaft Cannabinoide	91
5.19	Probierebereitschaft zu illegalen Drogen	93
5.20	Kontakt zu Drogen von Familienangehörigen, FreundInnen und Bekannten	97
5.21	Kontakt zu Drogen von Familienangehörigen, FreundInnen und Bekannten (Jugendliche)	98
5.22	Verbrechensanteil der Anzeigen	112
5.23	Prozentueller Vergehensanteil der Anzeigen	113
5.24	Entwicklung der Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz	114
5.25	Erstangezeigte, WiederholerInnen, Indikatoren Q und I für Oberösterreich bei illegalen Drogen gesamt	118
5.26	Erstangezeigte, WiederholerInnen, Indikatoren Q und I für Oberösterreich bei Cannabis	120
5.27	Erstangezeigte, WiederholerInnen, Indikatoren Q und I für Oberösterreich bei Heroin	121
5.28	Neuzugänge SubstitutionspatientInnen in OÖ 2001-2003	124
5.29	SubstitutionspatientInnen in OÖ 2000-2003 nach Substanz	126
5.30	SubstitutionspatientInnen in OÖ 1999-2003	128
5.31	Diagnosecluster alle Drogendiagnosen in OÖ 2001-2003	129
5.32	Diagnosecluster Drogenabhängigkeit nach Geschlecht	132
5.33	Gewünschte drogenpolitische Hauptaufgaben	136
5.34	Verhältnis aktueller CannabiskonsumentInnen zu Anzeigen	141
5.35	Unterschiedliche Modelle des Umgangs mit Cannabis	141
5.36	Verteilung öffentlicher Gelder nach drogenpolitischen Säulen	142
6.1	Persönlicher Umgang mit Alkohol	151
6.2	Bedeutung des Alkohols am Arbeitsplatz	152
6.3	Einschätzung des Alkohols im sozialen Leben	153
6.4	Subjektives Informationsniveau über Alkohol	156
6.5	Diagnosecluster akuter Alkoholmissbrauch	163
6.6	Diagnosecluster akuter Alkoholmissbrauch	163
6.7	Diagnosecluster Alkoholabhängigkeit nach Alter	165
6.8	Diagnosecluster Alkoholabhängigkeit nach Geschlecht	167
6.9	Diagnosecluster „alkoholinduzierte körperliche Störungen“	169
6.10	Alkoholisierete Beteiligte an Alkoholunfällen in Österreich nach Alter und Geschlecht im Jahr 2003	171
6.11	Gewünschte Maßnahmen der Gesetzgeber zur Suchtproblemverringerung	173

7.1	RaucherInnenprävalenz Oberösterreich	184
7.2	RaucherInnenprävalenz Oberösterreich	185
7.3	Zukünftiges Rauchverhalten	194
7.4	Aufhörversuche der täglichen RaucherInnen	195
7.5	Zigarettenkonsum der 15-Jährigen	201
7.6	11- bis 15-jährige SchülerInnen, die täglich rauchen	202
7.7	15-jährige SchülerInnen, die täglich rauchen nach Schultyp	203
7.8	Spontane Bekanntheit der Folgen des Rauchens	206
7.9	NichtraucherInnenschutz und Passivrauchen	209
7.10	RaucherInnennormen am Arbeitsplatz	211
7.11	Ärger über RaucherInnen am Arbeitsplatz	212
7.12	Rauchen anderer Personen stört	213
7.13	Subjektives Informationsniveau zum Rauchen	214
7.14	Diagnostizierter schädlicher Gebrauch, Abhängigkeitssyndrom und Entzugssyndrom	215
7.15	Anzahl der Spitalsentlassungen mit diagnostizierten schädlichem Gebrauch, Abhängigkeitssyndrom und Entzugssyndrom	216
7.16	Drogentote in Österreich	217
7.17	Gewünschte Maßnahmen an Gesetzgeber	227
7.18	Gewünschte Maßnahmen an die Politik	228

Literaturverzeichnis

- Abelin, T. und Knolle, H. (2000):** *Die Epidemie des Heroin- und Kokainkonsums in der Schweiz 1979 - 1997.* in **BAG (Hrsg.):** *Suchtforschung des BAG.* Bern: BAG, 105–114
- Adlkofer, F. (2000):** *Tabak.* in **Uchtenhagen, A. und Zieglgänsberger, W. (Hrsg.):** *Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management.* München - Jena: Urban u. Fischer Verlag, 39–63
- Aktionsbündnis Nichtrauchen (o.J.):** *Gesundheitsschutz für Alle. Maßnahmen wirksamer Tabakkontrollpolitik. Positionspapier zur 15. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags.*
- Alvarez, A. (1999):** *Der grausame Gott. Eine Studie über den Selbstmord.* Hamburg: Hoffmann und Campe
- Amendt, G. (2003):** *No Drugs. No Future. Drogen im Zeitalter der Globalisierung.* Hamburg: Zweitausendundeins
- Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention (2004):** *Info Nr. 1842.* (URL: <http://www.at-schweiz.ch/medien/view.php>) – Zugriff am 06.12.2004
- Arendt, H. (1974):** *Über die Revolution.* München: Piper
- Austria Tabak (2004):** *Zigarettenabsatz über Austria Tabak bzw. tobaccoland 1980-2003. Schriftliche Mitteilung.* Wien: Piper
- Babor, T. et al. (2003):** *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy.* Oxford
- Barsch, G. (2001):** *Risikoprävention oder Drogenmündigkeit oder beides? in Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und Humane Drogenpolitik (Hrsg.):* *Gesellschaft mit Drogen - Akzeptanz im Wandel. Dokumentationsband zum 6. internationalen Drogenkongress 5.-7. Oktober 2000 in Berlin.* Berlin: VWB - Verlag für Wissenschaft und Bildung, 262–277
- Bartelheimer, P. (2003):** *Sozialplanung und Sozialberichterstattung auf kommunaler Ebene.* Kontraste, 2003, 10–14

- Baudrillard, J. (1982):** *Der symbolische Tausch und der Tod.* München: Matthes und Seitz
- Bauman, Z. (1995):** *Moderne und Ambivalenz. Das Ende der Eindeutigkeit.* Frankfurt/Main: Fischer
- Beck, U. (1986):** *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne.* Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Becker, H. S. (1966):** *History, Culture and Subjective Experience: An exploration of the social basis of drug-induced experiences.* Journal of Health and Health Behavior, 1966, Nr. 8, 163–176
- Becker, H. S. (1981):** *Außenseiter. Zur Soziologie abweichenden Verhaltens.* Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Bernasconi, D. (1993):** *Ökonomische Ansätze zur Ausgestaltung der Drogenpolitik in der Schweiz.* Bamberg
- Bless, R., Kemmesies, U. E. und Diemel, S. (2000):** *3rd Multi-city study. Drug use trends in 42 European cities in the 1990s.* Strassburg: Pompidou Group
- Blätter, A. (1995):** *Die Funktionen des Drogengebrauchs und ihre kulturspezifische Nutzung.* Curare, Zeitschrift für Ethnomedizin, 18, Nr. 2, 279–295
- Blätter, A. (2000):** *Psychosoziale Faktoren der Substanzwirkung.* in **Uchtenhagen, A. und Zieglänsberger, W. (Hrsg.):** *Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management.* München - Jena: Urban u. Fischer Verlag, 145–149
- Bonß, W. (1982):** *Die Einübung des Tatsachenblicks.* Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Bornhäuser, A. und Pötschke-Langer, M. (2003):** *Passivrauchende Kinder in Deutschland - Frühe Schädigung für ein ganzes Leben. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle, Band 2.* Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum
- Bourdieu, P. (1982):** *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft.* Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Bourdieu, P. (1993):** *Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft.* Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Bourdieu, P. (1998):** *Praktische Vernunft. Zur Theorie des Handelns.* Frankfurt/Main: Suhrkamp

- Brösskamp-Stone, U., Kickbusch, I. und Walter, U. (2000):** *Gesundheitsförderung und Prävention.* in **Schwartz, F. et al. (Hrsg.):** *Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen.* München - Wien - Baltimore: Urban und Schwarzenberg, 141–149
- Bruckner, J. und Zederbauer, S. (2000):** *Vergleich und Analyse des Problems illegaler Drogen in Österreich unter ökonomischen Gesichtspunkten.* Linz: Johannes Kepler Universität Linz
- Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) (2001):** *Nationales Programm zur Tabakprävention.* Bern: Bundesamt für Gesundheit
- Bundesministerium für Finanzen (2004):** *Zoll, Verbrauchssteuern und Monopole.* (URL: http://www.bmf.gv.at/zoll/wirtschaft/verbrauchssteuernund1359/_start.htm) – Zugriff am 28.04.2004
- Bundesministerium für Inneres (2004):** *Zigaretenschmuggel.* Öffentliche Sicherheit, Das Magazin des Innenministeriums, 2004, Nr. 3-4 (URL: http://www.bmi.gv.at/oeffentsicherheit/2004/03_04/artikel_2.asp) – Zugriff am 28.04.2004
- Bundesministerium für Inneres - Bundeskriminalamt (Hrsg.) (2004):** *Suchtmittelbericht. Jahresbericht 2003.* Wien: Bundesministerium für Inneres - Bundeskriminalamt
- Capurro, R. (2000):** *Wissensmanagement und darüber hinaus. Der Ansatz von I. Nonaka und H. Takeuchi.* (URL: <http://www.capurro.de/nonaka.htm>) – Zugriff am 17.05.2004
- Christiansen, G. (2000):** *Evaluation - ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung; eine Expertise.* Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Currie, C. et al. (2004):** *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey.* Kopenhagen: WHO
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2002):** *Gesundheit fördern - Tabakkonsum verringern. Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland. Rote Reihe Tabakkontrolle. Sonderband.* Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum

- Dobler-Mikola, A. (1998):** *Was wir vom Schweizer Heroinabgabeprogramm lernen können?* (URL: <http://methadon.substitutionstherapie.info/methadon-heroin/dobler.htm>) – Zugriff am 02.06.2004
- Dür, W., Aichholzer, N. und Friedhuber, J. (2003):** *Geschlechtsunterschiede im Rauchverhalten bei Adoleszenten, Sekundäranalysen zum EC-Projekt "Gender differences in smoking in young people" für 14-bis 16-jährige Mädchen, Forschungsbericht des Ludwig Boltzmann Institutes für Medizin- und Gesundheitssoziologie.* Wien: Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie
- Dür, W. et al. (2001):** *hbsc 14, Die Rolle der nationalen Politik zur Kontrolle des Rauchens bei Jugendlichen und der Einfluß der Schule und des Elternhauses.* Wien: Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie
- Dür, W. et al. (2002):** *hbsc 17, Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Bericht zur Gesundheit der 11-, 13- und 15-Jährigen in Österreich. Aufbereitung der Daten des 6. WHO-HBSC-Surveys 2001 und die Trends seit 1990.* Wien: Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie
- Dreifuss, R. (2004):** *Schritte zum politischen Konsens in der Drogenpolitik - persönliche Erfahrungen zur Entwicklung der heroingestützten Behandlung in der Schweiz.* *Abhängigkeiten*, 2004, Nr. 1, 19–24
- Dörner, K. (2002):** *Gesundheitssystem. In der Fortschrittsfalle.* *Deutsches Ärzteblatt*, Jg.99, Nr. 38, A2462–A2465
- EBDD (Hrsg.) (2004):** *Jahresbericht 2004: Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen.* Luxemburg: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
- Edwards, G. et al. (1997):** *Alkoholkonsum und Gemeinwohl. Strategien zur Reduzierung des schädlichen Gebrauchs in der Bevölkerung.* Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag
- Eisenbach-Stangl, I. (1991):** *Eine Gesellschaftsgeschichte des Alkohols: Produktion, Konsum und soziale Kontrolle alkoholischer Rausch- und Genussmittel in Österreich 1918-1984.* Band 17, *Studien zur historischen Sozialwissenschaft.* Ldwig-Boltzmann-Institut für Historische Sozialwissenschaft Auflage. Frankfurt/New York: Campus

- Eisenbach-Stangl, I. (2003a):** *Drogen und Un-Sicherheit*. in **Stangl, W. und Hanak, G. (Hrsg.):** *Innere Sicherheiten. Jahrbuch für Rechts- und Kriminalsoziologie 2002*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 207–226
- Eisenbach-Stangl, I. (2003b):** *Die Zweigeschlechtlichkeit des Konsums psychoaktiver Substanzen in Wien*. in **MA-L (Hrsg.):** *Lebensstile in Wien*. Wien: Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement / Gesundheitsberichterstattung, 249–260
- Eisenbach-Stangl, I. et al. (2003):** *Austria*. in **Österberg, E. und Karlsson, T. (Hrsg.):** *Alcohol Policies in EU Member States and Norway. A Collection of Country Reports*. Helsinki: Stakes
- EMCDDA (1995):** *Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union*. Lissabon: EMCDDA
- EMCDDA (2001):** *Problematischer Drogenkonsum*. (URL: <http://ar2001.emcdda.eu.int/de/chap1/problem-drug-use.html>) – Zugriff am 23.06.2004
- EMCDDA (2004):** *Definition of and methods used to estimate problem drug use*. (URL: <http://ar2002.emcdda.eu.int/en/popups/olbox02-en.html>) – Zugriff am 12.04.2004
- Fabry, G. (2002):** *Vorlesung medizinische Psychologie*. (URL: <http://www.medizinische-psychologie.de/lehre/vorlesung>) – Zugriff am 24.01.2005
- Fachstelle für Gesundheitspolitik (2002):** *Resolution von Lugano zur Tabakprävention*. Bern: Fachstelle für Gesundheitspolitik
- Farke, W. und Gaßmann, R. (2003):** *Tabakkontrollpolitik in Deutschland: Gesundheitsschutz wäre machbar*. in **Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.):** *Jahrbuch Sucht 2002*. Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH, 165–178
- Fellöcker, K. und Franke, S. (2000):** *Suchtprävention - eine Einführung*. in **Fellöcker, K. und Franke, S. (Hrsg.):** *Suchtvorbeugung in Österreich*. Wien, 1–11
- Flusser, V. (1997):** *Das Denken vom Bett aus bedacht*. (URL: <http://www.heise.de/tp/deutsch/kolumnen/flu/2144/1.html>) – Zugriff am 23.03.2004
- Foucault, M. (1992):** *Archäologie des Wissens*. Frankfurt/Main: Suhrkamp

- Foucault, M. (1999):** *In Verteidigung der Gesellschaft*. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Fröhlich, G. (1994):** *Kapital, Habitus, Feld, Symbol. Grundbegriffe der Kulturtheorie bei Pierre Bourdieu*. in **Mörth, I. und Fröhlich, G. (Hrsg.):** *Das symbolische Kapital der Lebensstile. Zur Kulturosoziologie der Moderne nach Pierre Bourdieu*. Frankfurt/Main: Campus
- Gaßmann, R. (2004):** *Rauschmittelkonsum und soziale Situation - Dimensionen des Unwissens*. in **Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.):** *Jahrbuch Sucht 04*. Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH, 180–188
- Geist, H., Heller, P. und Waluye, J. (2004):** *Rauchopfer, Die tödlichen Strategien der Tabakmultis*. Bad Honnef: Süd-Nord Lamuv
- Gerich, J. und Lehner, R. (2004):** *Soziale Netzwerke und Substanzaffinität - eine Computergestützte Egozentrierte Netzwerkerhebung. Paper, präsentiert bei der CIS-Tagung "Anwendungen sozialer Netzwerkanalyse", 14./15. Oktober 2004, Universität Zürich*. Zürich
- Gervasoni, J. et al. (1996):** *Evaluation der Maßnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Zweiter zusammenfassender Bericht 1990-1996. Kurzfassung*. Lausanne
- Groman, E. et al. (2000):** *Diagnostik und Therapie der Tabakabhängigkeit - eine Analyse des Bedarfs in Österreich*. Wiener Medizinische Wochenschrift, 150. Jahrgang, Nr. 6, 109–114
- Haas, S. et al.; Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Hrsg.) (2003):** *Bericht zur Drogensituation 2003*. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
- Haas, S. et al.; Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Hrsg.) (2004):** *Bericht zur Drogensituation 2004*. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
- Hanewinkel, R. und Isensee, B. (2003):** *Umsetzung, Akzeptanz und Auswirkungen der Tabaksteuererhöhung in Deutschland vom 1. Januar 2002*. Sucht, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Jg.49, Nr. 3, 168–179
- Hapke, U. (2002):** *Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch*. in **Schwarzer, R., Jerusalem, M. und Weber, H. (Hrsg.):** *Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle

- Haustein, K. (2003):** *Tobacco or Health? Physiological and Social Damages Caused by Tobacco Smoking.* Berlin: Springer
- Hay, G. et al.; EMCDDA (Hrsg.) (1998):** *Methodological Guidelines to Estimate the Prevalence of Problem Drug Use on the Local Level.* Lissabon: EMCDDA, 72
- Hengartner, T. (1999):** *Tabak.* in **Hengartner, T. und Merki, C. (Hrsg.):** *Genussmittel. Ein kulturgeschichtliches Handbuch.* Frankfurt/Main: Campus, 169–193
- Hertling, I. (2003):** *Gesundheitsverhalten in Bezug auf Alkoholkonsum und Rauchen während der Schwangerschaft.* Wiener Zeitschrift für Suchforschung Jg.26, Nr. 1
- Hess, H. (1987):** *Rauchen. Geschichte, Geschäfte, Gefahren.* Frankfurt/Main - New York: Campus
- Hess, H., Kolte, B. und Schmidt-Semisch, H. (2004):** *Kontrolliertes Rauchen, Tabakkonsum zwischen Verbot und Vergnügen.* Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Hessisches Ministerium für Umwelt, Energie, Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.) (1996):** *Gesundheitsbericht.* Wiesbaden: HLT Gesellschaft für Forschung Planung Entwicklung mbH
- Hurrelmann, K. (2004):** *Verbreitung des Drogenkonsums - gescheiterter Versuch einer politischen Kontrolle.* in **Rink, J. (Hrsg.):** *Die Suche nach der Kontrolle. Von der Abstinenzabhängigkeit zur Kontrollabhängigkeit. Beiträge zum Wandel der Zieldiskussion in der Suchtkrankenhilfe.* Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH, 56–65
- Hurrelmann, K. und Bründel, H. (1997):** *Drogengebrauch-Drogenmissbrauch, Eine Gratwanderung zwischen Genuss und Abhängigkeit.* Darmstadt: Primus Verlag
- Huxley, A. (1970):** *Die Pforten der Wahrnehmung. Himmel und Hölle.* München: Piper
- Illich, I. (1995):** *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens.* München: C.H.Beck Verlag
- Junge, B. und Nagel, M. (1999):** *Das Rauchverhalten in Deutschland.* Gesundheitswesen, 61, Sonderheft 2, 121–125

- Junge, B. und Thamm, M. (2003):** *Tabak - Zahlen und Fakten zum Konsum.* in **Deutsche Hauptstelle für Suchtfrage e.V. (Hrsg.):** *Jahrbuch Sucht 2003.* Geesthacht: Neuland Verlag, 34–61
- Keil, A. (1988):** *Gesundheit ist mehr.* Impulse, 1988, Nr. 5 (URL: <http://www.homes.uni-bielefeld.de/wdrexler/htmldata/uebergreifend/Gesu/Autoren-Gs...>) – Zugriff am 24.01.2005
- Keller, S. (2002):** *Rauchen.* in **Schwarzer, R., Jerusalem, M. und Weber, H. (Hrsg.):** *Gesundheitspsychologie von A bis Z, Ein Handwörterbuch.* Göttingen: Hogrefe, 432–435
- Kemmesies, U. E., Werse, B. und Müller, O. (2002):** *Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main 2002. Forschungsmodul IV - Szenestudie.* Frankfurt/Main: Center for Drug Research
- Kemmesies, U. E., Werse, B. und Müller, O. (2003):** *Drogentrends in Frankfurt am Main 2002.* Frankfurt/Main: Center for Drug Research
- Kemmesies, U. E. (2004):** *Zwischen Rausch und Realität. Drogenkonsum im bürgerlichen Milieu.* Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Kleinichen, H. (2002):** *Eine Interviewstudie über Gelegenheitsraucher. "Warum soll ich auf's Rauchen verzichten, solange ich Maß halten kann?"* Magisterarbeit. Bremen
- Klingemann, H. (2001):** *Alkohol und die sozialen Folgen - die vergessene Dimension.* Wien: WHO, Regionalbüro für Europa
- Knoblauch, H. (1995):** *Vom moralischen Kreuzzug zur Sozialtechnologie. Die Nichtraucherkampagne in Kalifornien.* in **Knoblauch, H. (Hrsg.):** *Kommunikationskultur. Die kommunikative Konstruktion kultureller Kontexte.* Berlin: de Gruyter, 1–31
- Kolte, B. und Schmidt-Semisch, H. (2000):** *Rauchen zwischen Sucht, Ächtung und Genuss, Seminarunterlage.* (URL: <http://www.bisdro.uni-bremen.de/LVArauchenWS00.htm>) – Zugriff am 16.02.05
- Kolte, B. und Schmidt-Semisch, H. (2004):** *Kontrolliertes Rauchen. Ein Weg zu Autonomie und Risikominderung.* (URL: http://www.archido.de/eldok/docs_de/kolteschmidtsemisch_konrolliertes_rauchen_2004.pdf) – Zugriff am 16.02.05

- Kopp, P. und Fenoglio, P. (2003):** *EMCDDA Scientific report - Public spending on drugs in the European Union during the 1990s*. Lisbon: EMCDDA
- Korf, D., Kemmesies, U. und Nabben, T. (1998):** *Trendstudie Drogen. Ein Instrument zur verbesserten Analyse neuer Drogenumgangsformen*. Sucht 1998, Nr. 4
- Korf, D., Nabben, T. und Benschop, A. (2001):** *Antenne 2000. Trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam
- Kraus, L. und Augustin, R. (2000):** *Tabakkonsumtrends bei Erwachsenen 1980 bis 1997*. in **Deutsche Hauptstelle für Suchtfrage e.V. (Hrsg.):** *Jahrbuch Sucht 2001*. Geesthacht: Neuland Verlag, 127–137
- Kraus, L. und Augustin, R. (2001):** *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000*. SUCHT, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis Jg.47, Sonderheft 1
- Kraus, L. und Augustin, R. (2002):** *Analysis of age of first cannabis use in Germany, Greece and Spain*. in **European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Hrsg.):** *Technical Implementation and Update of the European Union Databank on National Population Surveys on Drug Use and Carrying Out a Joint Analysis of Data Collected*. EMCDDA project CT.00.EP.14. Lisbon: EMCDDA, 20–38
- Kröger, C. (2003):** *Strategien der Suchtprävention*. [URL: http://www.ift.de/download/Folien-Bretten.pdf](http://www.ift.de/download/Folien-Bretten.pdf) – Zugriff am 14.02.2005
- Küfner, H. und Kraus, L. (2002):** *Epidemiologische und ökonomische Aspekte des Alkoholismus*. Deutsches Ärzteblatt, 99, Nr. 14, 936–945
- Kuhn, J. und Wildner, M. (2003):** *Die Gesundheitsberichterstattung in Bayern*. Prävention, Jg.26, Nr. 4, 99–102
- Kummer, F. (2003):** *Zigarettenrauchen als Kausalfaktor für Gesundheitsschäden*. IMAGO HOMINIS, Quartalschrift für medizinische Anthropologie und Bioethik, Bd.10, Nr. 4, 211–222
- Kuratorium für Verkehrssicherheit (2004):** *Unfallstatistik 2003*. Wien: Kuratorium für Verkehrssicherheit
- Kuttler, H. und Lang, S. (2004):** *Halt sagen - Halt geben. Ein Präventionsprojekt für Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsum*. Prävention Jg.27, Nr. 1

- Leithner, C. und Exner, I. (2003):** *Problematik des leichten Rauchens*. IMAGO HOMINIS, Quartalschrift für medizinische Anthropologie und Bioethik Bd.10, Nr. 4
- Locher, U. (2001):** *Die Tabakprävention und ihr Umfeld*. Suchtmagazin, Jg.27, Nr. 1, 3–12
- Manski, C., Pepper, J. und Petrie, C.; Insitute of Medicine (Hrsg.) (2001):** *Informing America's Policy on Illegal Drugs. What We don't Know keeps Hurting Us*. Washington, D.C.: National Academy Press
- Maritsch, F. und Uhl, A. (1989):** *Kaffee und Tee*. in **Scheerer, S., Vogt, I. und Hess, H. (Hrsg.):** *Drogen und Drogenpolitik*. Frankfurt/Main - New York: Campus
- Mead, G. H. (1934):** *Mind, Self and Society*. Chicago: University of Chicago Press
- Meyer, M. (2003):** *Rauchen: Wissen und Einstellungen der Schweizer Bevölkerung*. in **Rumpf, H. J. und Hüllinghorst, R. (Hrsg.):** *Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Mill, J. S. (1974):** *Über die Freiheit*. Stuttgart: Uni-Tb.
- Müller, R. (2000):** *Risikoberufe und Risikomilieus*. in **Uchtenhagen, A. und Zieglängsberger, W. (Hrsg.):** *Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*. München - Jena: Urban u. Fischer Verlag, 201–205
- Naidoo, J. und Wills, J. (2003):** *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- National Institute on drug abuse (2004):** *Lessons from prevention research*. (URL: www.nida.nih.gov) – Zugriff am 24.06.2004
- Newman, M. (2003):** *Egocentered networks and the ripple effect or Why all friends are wired*. Social Networks, 25, 83–95
- Nickels, C. (2000):** *Präventive Drogenpolitik der Bundesregierung*. in **Schmidt, B. und Hurrelmann, K. (Hrsg.):** *Präventive Sucht- und Drogenpolitik*. Opladen, 284–295

- Nigsch, O. (1985):** *Illegaler Drogenkonsum. Zur Situation im Bundesland Vorarlberg.* Linz: Institut für Soziologie der Universität Linz
- Noack, H. (1996):** *Salutogenese und Systemintervention als Schlüsselkonzepte von Gesundheitsförderung und Public Health.* Prävention - Schwerpunkt- heft 10 Jahre Ottawa-Charta,, Nr. 2, 36–39
- Noack, H. (2001):** *Gesundheitsförderung: von der Theorie zur Praxis - ein Basistext.* Graz
- Oö. Jugendschutzgesetz (2001):** *Landesgesetz über den Schutz der Jugend.* (URL: <http://www.ooe.gv.at/recht/begutachtung/index.htm>) – Zugriff am 18.02.2005
- Oö. Jugendschutzgesetz - Novelle (2005):** *Begutachtungsentwurf betreffend das Landesgesetz, mit dem das Oö. Jugendschutzgesetz 2001 geändert wird.* (URL: <http://www.ooe.gv.at/recht/begutachtung/index.htm>) – Zugriff am 18.02.2005
- ODCCP (Hrsg.) (1999):** *Drug abuse rapid situation assessments and responses.* Wien: ODCCP
- Paulik, R., Rabeder-Fink, I. und Uhl, A. (2002):** *Grundlagen.* in **Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (Hrsg.):** *Suchtprävention in der Schule.* Wien, 12–51
- Polanyi, M. (1985):** *Implizites Wissen.* Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Pöschke-Langer, M. (2004):** *Internationale Tabakprävention und Tabakkontrollmaßnahmen auf dem Prüfstand: Welche Strategien führen zum Erfolg? Paper zum Symposium "Raucherprävention in Österreich - Eine gemeinsame Strategie der Sozialversicherung".*
- Rathner, G. und Dunkel, D. (1998):** *Die Häufigkeit von Alkoholismus und Problemtrinken in Österreich.* Wiener klinische Wochenschrift,, Nr. 110/10, 356–363
- Rehm, J. et al. (2003):** *Trinkmenge, Trinkmuster und ihre Beziehung zu Morbidität und Mortalität.* Sucht, 49, Nr. 2, 356–363
- Rehn, N., Room, R. und Edwards, G. (2001):** *Alkohol in der Europäischen Region - Konsum, Gesundheitsschäden und die politische Dimension.* Wien: WHO, Regionalbüro für Europa

- Reuband, K. (2004):** *Legalisierung oder Repression als Mittel der Drogenprävention? Variationen der Drogenpolitik in Westeuropa und ihre Effekte.* in **Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): Cannabis - neue Beiträge zu einer alten Diskussion.** Freiburg im Breisgau, 213–245
- Riemann, K./Gerber, U. (1997):** *Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Präventionsforschung.* Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Rätsch, C. (2002):** *Schamanenpflanze Tabak. Kultur und Geschichte des Tabaks in der Neuen Welt, Band 1.* Solothurn
- Ruschak, M. et al. (2002):** *Suchtkonzept für Oberösterreich.* Linz
- Ruschak, M. und Schwarzenbrunner, T. (2002):** *Suchtbericht 2002 für das Land Oberösterreich.* Linz
- Sandgruber, R. (1996):** *Der Tabakkonsum in Österreich.* in **Hengartner, T. und Merki, C. (Hrsg.): Tabakfragen. Rauchen aus kulturwissenschaftlicher Sicht.** Zürich, 43–56
- Schmid, T. (2003):** *Sozialberichterstattung als Instrument regionaler Sozialpolitik.* Kontraste, 2003, 7–9
- Schmidbauer, R., Schwarz, U. und Springer, A. (2002):** *Psychoaktive Substanzen.* in **Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kunst (Hrsg.): Suchtprävention in der Schule.** Wien: Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kunst, 125–166
- Schmidbauer, R. et al. (2003):** *Aufgaben der Abteilung Wissensmanagement.* 4tyfour-Das Präventionsmagazin, Jg.1/2003, Nr. 1, 6–7
- Schmidt, B. und Hurrelmann, K. (2000):** *Grundlagen einer präventiven Sucht- und Drogenpolitik.* in **Schmidt, B. und Hurrelmann, K. (Hrsg.): Präventive Sucht- und Drogenpolitik.** Opladen, 13–25
- Schmieder, A. (2002):** *Verflüchtigung der Rauchzeichen: Hintergründe des Wechsels zu einem neoliberalen Paradigma.* in **Legnaro, A. und Schmieder, A. (Hrsg.): Rauchzeichen. Zum modernen Tabakkonsum.** Münster: Lit Verlag, 99–125
- Schoberberger, R. und Kunze, M. (1999):** *Nikotinabhängigkeit. Diagnostik und Therapie.* Wien

- Schröder, H. (2003):** *“Healthismus“ und Lebensqualität.* in **Jerusalem, M. und Weber, H. (Hrsg.):** *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention.* Göttingen, 743–762
- Schulze, A. (2004):** *Rauchen und soziale Ungleichheit - Konsequenzen für die Tabakkontrollpolitik.* in **Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.):** *Rauchen und soziale Ungleichheit - Konsequenzen für die Tabakkontrollpolitik.* Heidelberg
- Schwarzenbrunner, T. (2004):** *Drogenpolitik im Umbruch.* Kontraste - Presse und Informationsdienst für Sozialarbeit,, Nr. 5, 22–25
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2004):** *Zahlen und Fakten zu Alkohol und anderen Drogen 2004.* Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme
- Seidler, D. und Uhl, A. (2001):** *Prevalence Estimates of Problematic Opiate Consumption in Austria (second revised edition).* Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung
- Settertobulte, W., Hurrelmann, K. und Bruun-Jensen, B. (2001):** *Drinking among young Europeans. Health Policy for Children and Adolescents (HEP-CA) Series No. 3.* Kopenhagen: WHO-Europe
- Seyer, S. et al. (2001):** *RSA Suchtverhalten in Oberösterreich.* Linz: Institut Suchtprävention - Landesdrogenkoordination OÖ
- Seyer, S. (1998):** *Die versunkene Welt. Zur politischen Theorie Hannah Arendts.* Frankfurt/Main: Peter Lang Verlag
- Siebert, H. (1992):** *Bildung im Schatten der Postmoderne - vom Prometheus zu Sisyphos.* Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Silbereisen, R. und Weichold, K. (2002):** *Alkoholkonsum bei Kindern und Jugendlichen.* in **Jerusalem, M. und Weber, H. (Hrsg.):** *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention.* Göttingen, Bern, Toronto, Seattle
- Simon, R. et al. (2001):** *Bericht zur Drogensituation in Deutschland 2001.* München: Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD)

- Spiegel, H. et al. (2003):** *Bericht des nationalen Reitox Knotenpunkts Deutschland an die EBDD. Drogensituation 2002.* München: Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD)
- Spode, H. (1993):** *Die Macht der Trunkenheit.* Opladen: Leske u. Budrich
- Springer, A. (2003):** *Expertise zur ärztlichen Heroinverschreibung.* Wien: Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung
- Springer, A. et al. (2001):** *Bedeutung und Konsum von psychoaktiven Substanzen bei österreichischen Jugendlichen.* Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg.24/2001, Nr. 3/4, 17–44
- Statistik Austria (Hrsg.) (2002a):** *Rauchgewohnheiten, Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1997.* Wien: Statistik Austria
- Statistik Austria (Hrsg.) (2002b):** *Statistik Austria Gesundheitszustand und Konsum medizinischer Leistungen, Ergebnisse des Mikrozensus September 1999.* Wien: Statistik Austria
- Statistik Austria (2004):** *Volkswirtschaft Steuereinnahmen.* (URL: http://www.statistik.at/fachbereich_02/einnahmensteuer_tab.shtml) – Zugriff am 17.11.2004
- Stöver, H. (1994):** *Drogenfreigabe. Plädoyer für eine integrative Drogenpolitik.* Freiburg: Lambertus
- Szasz, T. S. (1980a):** *Recht, Freiheit und Psychiatrie. Auf dem Weg zum "therapeutischen Staat"?* Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Szasz, T. S. (1980b):** *Das Ritual der Drogen. Das "Drogenproblem" in neuer Sicht: Sündenbock unserer Gesellschaft.* Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Tagesanzeiger (2004):** *Knappes Mehr für Alkoholverbot.* (URL: <http://www.tagi.ch/dyn/news/schweiz/419830.html>) – Zugriff am 26.09.2004
- Tossmann, H. P. (2000):** *Polytoxikomanes Verhalten, Mischkonsum, Beikonsum - Was ist das?* (URL: <http://beigebrauch.substitutionstherapie.info/2000/tossmann.htm>) – Zugriff am 05.12.2003

- Tossmann, H., Boldt, S. und Tensil, M. (2001):** *Ecstasy - "Einbahnstrasse" in die Abhängigkeit? Drogenkonsummuster in der Techno-Party-Szene und deren Veränderung in längsschnittlicher Perspektive.* Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Trautmann, F. (1998):** *Qualitative Forschungsansätze als Alternative zu zeitraubenden quantitativen Forschungsmethoden.* unveröffentlichter Vortrag, Tagungsunterlagen bei "The Times they are a-changin"
- Uhl, A. (1997):** *Probleme bei der Evaluation von Präventionsmaßnahmen im Suchtbereich.* Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg.20/1997, Nr. 3/4, 93–109
- Uhl, A. (2002):** *Todesfälle durch Substanzkonsum. Wie sinnvoll ist dieses Konzept?* Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg.20/1997, Nr. 1/2, 23–32
- Uhl, A. (2003a):** *Editorial: Wie sinnvoll sind Angaben über die sozialen Kosten des Substanzmissbrauchs?* Sucht, 49, Nr. 4, 209–211
- Uhl, A. (2003b):** *Jugend und Alkohol - mit besonderer Berücksichtigung des rauschhaften Trinkens.* praev.doc, 2003, Nr. 01, 3–10
- Uhl, A. (2004a):** *Möglichkeiten und Grenzen des Capture-Recapture-Ansatzes.* Sucht, 50, Nr. 1, 29–37
- Uhl, A. (2004b):** *Wie viel Freiheit braucht Suchtprävention - wieviel Zwang verträgt sie?* Tagungsband zur Tagung Frühintervention - am Beispiel des Bundesmodellprojektes FreD
- Uhl, A. et al. (2001):** *Handbuch Alkohol – Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends. Zweite, überarbeitete und ergänzte Auflage.* Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen
- Uhl, A. (2004c):** *Kritische Betrachtungen zur Ökonomie der Sucht.* in **Tretter, F., Erbas, B. und Sonntag, G. (Hrsg.):** *Ökonomie der Sucht und Suchttherapie.* Lengerich
- Uhl, A. et al. (2005):** *Alkoholpolitik in Österreich - Status Quo und Perspektiven.* in **Babor, T. et al. (Hrsg.):** *Alkohol - kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik.* Göttingen, In Druck: Hogrefe
- Uhl, A. und Gruber, C. (2004):** *Suchtprävention.* in **Brosch, R. und Mader, R. (Hrsg.):** *Sucht und Suchtbehandlung. Problematik und Therapie in Österreich.* Wien: LexisNexis Verlag

- Uhl, A. und Kobrna, U. (2003):** *Epidemiologie des geschlechtsspezifischen Alkoholgebrauchs*. Wiener Zeitschrift für Suchforschung, Jg.26, Nr. 3-4, 5–19
- Uhl, A. und Kobrna, U. (2004):** *Epidemiologie des Alkoholkonsums*. in **Brosch, R. und Mader, R. (Hrsg.):** *Sucht und Suchtbehandlung. Problematik und Therapie in Österreich*. Wien: LexisNexis Verlag
- Uhl, A. und Springer, A. (1996):** *Studie über den Konsum von Alkohol und psychoaktiven Stoffen in Österreich und Berücksichtigung problematischer Gebrauchsmuster*. Wien
- van Solinge, T. (1997):** *The Swedish drug control system*. Amsterdam
- Vartiainen, E. (1999):** *Einflussfaktoren auf den Tabakkonsum im Jugendalter*. in **Kolip, P. (Hrsg.):** *Programme gegen Sucht, Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter*. Weinheim: Juventa, 153–162
- von Hentig, H. (1985):** *Die Menschen stärken, die Sachen klären. Ein Plädoyer für die Wiederherstellung der Aufklärung*. Stuttgart: Reclam
- von Laffert, G. (1998):** *Rauchen, Gesellschaft und Staat. Konsumanomalien, Wohlfahrtseffekte und staatlicher Regulierungsbedarf in Zusammenhang mit dem Zigarettenkonsum*. Wiesbaden: Gabler Verlag
- von Troschke, J. (2000):** *Nikotin*. in **Stimmer, F. (Hrsg.):** *Suchtlexikon*. München: Oldenbourg, 431–436
- Wilkinson, R. (2001):** *Kranke Gesellschaften. Soziales Gleichgewicht und Gesundheit*. Wien: Springer
- Winter, D. (2003):** *Rausch und Risiko. Drogenratgeber für Jugendliche und Eltern*. Zürich
- World Bank (Hrsg.) (2003):** *Der Tabakepidemie Einhalt gebieten: Regierungen und wirtschaftliche Aspekte der Tabakkontrolle*. Washington D.C.
- World Health Organization (Hrsg.) (1993):** *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber
- World Health Organization (Hrsg.) (1998a):** *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization (Hrsg.) (1998b):** *The rapid assessment and response guide on injecting drug use*. World Health Organization

World Health Organization (Hrsg.) (1999): *Europäischer Aktionsplan Alkohol 2000-2005.* World Health Organization

World Health Organization (Hrsg.) (2000): *Guide to Drug Abuse Epidemiology.* World Health Organization

Zinberg, N. (1984): *Drug, Set and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use.* New Haven: Yale University Press

