

Bildquelle: HanfMagazin / pixelio.de

Drogenmonitoring Oberösterreich 2019

Ergebnisbericht mit dem Forschungsschwerpunkt
Cannabiskonsum

Seifried Seyer, Richard Paulik, Roland Lehner, Franz Gschwandtner, Andreas Reiter, Siegfried Unger

18. Mai 2020

Drogenmonitoring Oberösterreich 2019

Ergebnisbericht mit dem Forschungsschwerpunkt Cannabiskonsum

Autorinnen/Autoren:

Seifried Seyer
Richard Paulik
Roland Lehner
Franz Gschwandtner
Andreas Reiter
Siegfried Unger

Linz, im Mai 2020
Im Auftrag des Landes Oberösterreich



Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Institut Suchtprävention – pro mente OÖ, Hirschgasse
44, 4020 Linz, Tel. +43 732 778936 0, Fax +43 732 778936 20,
Homepage: www.praevention.at

Inhalt

Abbildungen.....	VI
Tabellen	X
0 Vorwort	1
1 Einleitung	3
2 Datenquellen	6
2.1 Die Reichweite unterschiedlicher Datenquellen	6
2.2 Bevölkerungsbefragung Oberösterreich	8
2.3 ExpertInnenpanel	10
2.3.1 ExpertInneninterviews mit ProfessionistInnen	10
2.3.2 Online-Befragung von ExpertInnen	11
2.4 Indikatoren zum problematischen Drogengebrauch.....	12
2.4.1 Drogenbedingte Diagnosedaten der öffentlichen Krankenhäuser in OÖ (LKF-Daten)	12
2.4.2 Behandlungsdaten der Substitutionstherapie	13
2.4.3 Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG).....	14
2.4.4 Drogenanamnesedaten der Beratungsstellen (eThis)	15
2.5 WHO SchülerInnenbefragung „Health Behavior in Schoolaged Children“ (HBSC-Daten)	15
3 Einschätzung von Drogen	17
3.1 Was sind Drogen?	17
3.2 Einschätzung der Gefährlichkeit	20
3.3 Einschätzung des „Suchtpotentials“	21
3.4 Diagnosen in oberösterreichischen Krankenanstalten	24
4 Forschungsschwerpunkt Cannabis	25
4.1 Zusammenfassung.....	25
4.2 ExpertInneninterviews zu Cannabis	32
4.2.1 Forschungsdesign	32
4.2.2 Entwicklungslinien und Veränderungen	36
4.2.3 Vielfalt der KonsumentInnengruppen.....	57
4.2.4 Wahrgenommenen Probleme	80
4.2.5 Risikodiskurse, Problemverständnisse und Sorgen der ExpertInnen	95
4.2.6 Abschließende Betrachtungen.....	112
4.3 Online-Befragung ExpertInnen	121
4.3.1 Wahrnehmung von problematischen Konsum psychoaktiver Substanzen	121
4.3.2 Wahrnehmung von Problemverhaltensmustern	128
4.3.3 Trendeinschätzung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen	131
4.3.4 Trendeinschätzung zu Problemverhaltensmustern	137
4.3.5 Sorgen über Substanzen und Konsummuster	139
4.3.6 Probleme und Lebenslagen von KlientInnen	140
4.3.7 Motive für den Konsum von Cannabis	143
4.3.8 Probleme in Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum.....	148
4.4 Bevölkerungsbefragung Oberösterreich: Cannabiskonsum und -einschätzung..	152
4.4.1 Epidemiologie	152
4.4.2 Konsumspezifika von Cannabis	157
4.4.3 Semantisches Feld zu Cannabis	163
4.4.4 Politische Präferenzen zur Cannabisregulierung.....	166
4.5 Sondierende Recherche im Bereich von Einzelhandelsunternehmen die Cannabisprodukte anbieten (Grow-, Hanf-, Headshops und CBD-Shops)	167
4.6 Anzeigedaten des BMI zu Cannabis	170

4.7	Geschätzter Marktpreis illegaler psychoaktiver Substanzen.....	171
4.8	Diagnosedaten zum Cannabiskonsum in Oberösterreich.....	173
5	Illegale Substanzen.....	176
5.1	Das Wissen über illegale Substanzen.....	176
5.2	Der Gebrauch von illegalen Substanzen.....	178
5.2.1	Lebenszeitprävalenz.....	178
5.2.2	12-Monate-Prävalenz.....	183
5.2.3	30-Tage-Prävalenz.....	187
5.2.4	Cannabis.....	189
5.2.5	Ecstasy.....	189
5.2.6	Research Chemicals – Kräutermischungen.....	190
5.2.7	Opiate und risikoreicher Drogenkonsum.....	191
5.2.8	Methamphetamine (Crystal Meth).....	196
5.3	Zusammenfassung.....	196
6	Alkohol.....	198
6.1	Stellenwert des Alkohols.....	198
6.1.1	Persönlicher Umgang mit Alkohol.....	199
6.1.2	Stellenwert des Alkohols am Arbeitsplatz.....	200
6.1.3	Bedeutung des Alkohols im sozialen Leben.....	201
6.2	Information und Wissen über Alkohol.....	202
6.2.1	Das subjektive Informationsniveau der OberösterreicherInnen.....	202
6.2.2	Kenntnis des oberösterreichischen Jugendschutzgesetzes.....	202
6.3	Ausmaß des Alkoholkonsums.....	203
6.3.1	Durchschnittliche Alkoholkonsummenge.....	203
6.3.2	Schulbildung und Alkoholkonsum.....	205
6.3.3	Erwerbsarbeit (Berufstätigkeit) und Alkoholkonsum.....	205
6.3.4	Berufliche Stellung und Alkoholkonsum.....	206
6.3.5	Alkoholtrinkfrequenz.....	207
6.4	Problematischer Alkoholkonsum.....	209
6.4.1	CAGE-Test.....	209
6.4.2	Akuter Alkoholmissbrauch.....	210
6.4.3	Abhängigkeit.....	214
6.4.4	Veränderung aller Alkoholdiagnosen in OÖ seit 2001.....	217
6.5	Zusammenfassung.....	218
7	Tabakkonsum.....	220
7.1	Die Prävalenz des Tabakkonsums.....	220
7.1.1	Rauchen, Geschlecht und Alter.....	222
7.1.2	Täglicher Zigarettenkonsum.....	224
7.1.3	Anteil der NichtraucherInnen.....	226
7.2	Die Bereitschaft zur Verhaltensänderung und die Rauch-erInnenentwöhnung ...	227
7.3	Subjektives Informationsniveau.....	228
7.4	Tabakpolitik.....	230
7.4.1	Erwartungen der oö. Bevölkerung an die Politik.....	230
8	Pathologisches Kaufen.....	232
8.1	Kaufsuchtgefährdung in Österreich.....	232
8.2	Kaufsuchtgefährdung in Oberösterreich.....	233
8.3	Screeningverfahren.....	236
9	Pathologisches Glücksspiel.....	239
9.1	Glücksspiel in Österreich.....	239
9.2	Glücksspiel in Oberösterreich.....	240
9.2.1	Simulierte Formen von Glücksspiel.....	242
9.3	Problematisches und pathologisches Glücksspiel in Oberösterreich.....	243

10	Literatur	246
11	Anhang	253
11.1	Diagnostische Kriterien für pathologisches Kaufen	253
11.2	Diagnostische Leitlinien für pathologisches Spielen	253
11.3	KlientInnen- und Gruppenportraits	256
11.3.1	KlientInnenportrait 1: „KonsumentInnen mit Migrationshintergrund die keinen Kult um den Konsum machen“	256
11.3.2	KlientInnenportrait 2: „Junge heterogen Gruppe von CannabiskonsumentInnen“	258
11.3.3	KlientInnenportrait 3: „Multikulturelle Gruppe von jungen Burschen und jungen Mädchen bei der Probleme des Substanzkonsums sichtbar werden“	262
11.3.4	Gruppenportait 4: „Die psychosozial belasteten und marginalisierten, männlichen Migranten“	264
11.4	Biographische Skizzen und Milieuportrait zur Problematik der Selbstmedikation	265
11.4.1	Biographische Skizze 1	265
11.4.2	Biographische Skizze 2	267
11.4.3	Biographische Skizze 3	267
11.4.4	Biographische Skizze 4	269
11.4.5	Biographische Skizze 5	269
11.4.6	Biographische Skizze 6	270
11.4.7	Milieuportrait: Selbstmedikationsthemen treffen auf jugendkulturelle Modelle und die Katastrophe der Nüchternheit	271

Abbildungen

Abbildung 2.1: Epidemiologisches Stufenmodell nach Kemmesies	6
Abbildung 3.1: Spontane Nennung von Drogen in Prozent, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Alter 15+, N=1442;	18
Abbildung 3.2: Gestützte Zuordnung von Drogen in Prozent, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Alter 15+, N=1442	19
Abbildung 3.3: Einschätzung der Gefährlichkeit psychoaktiver Substanzen, Frage: „Auf diesen Karten sehen Sie nun verschiedene Substanzen und Dinge. Wie gefährlich sind Ihrer Meinung nach diese Substanzen und Dinge?“, („sehr gefährlich“ + „gefährlich“), Alter 15+, N=1442	20
Abbildung 3.4: Einschätzung des Suchtpotenzials verschiedener Substanzen, Frage: „Auf diesen Karten sehen Sie nun einige ausgewählte Substanzen und Dinge. Wie leicht wird man danach süchtig?“, („sehr leicht süchtig“ + „leicht süchtig“), Alter 15+, N=1442	23
Abbildung 3.5: Belagstage in öö. Spitälern nach Substanzen 2018.....	24
Abbildung 4.1: Frage: „Wie häufig nahmen Sie problematischen Konsum diverser Substanzen in den letzten 12 Monaten im Rahmen ihrer Arbeit wahr?“, N=139. Darstellung der Substanzen nach ihrer genannten Häufigkeit (kam sehr häufig vor, kam häufig vor) in Prozent.	122
Abbildung 4.2: Frage: „Wie häufig nahmen Sie bestimmte Problemverhaltensmuster in den letzten 12 Monaten im Rahmen Ihrer Arbeit wahr?“, N=139	128
Abbildung 4.3: Frage: „Wie nehmen Sie das Trendmuster diverser Substanzen in den letzten 12 Monaten wahr?“, N=139.....	131
Abbildung 4.4: Frage: „Wie nehmen Sie das Trendmuster diverser Substanzen in den letzten 12 Monaten wahr?“, N=139.....	136
Abbildung 4.5: Frage: „Wie nehmen Sie das Trendmuster bestimmter Problemverhaltensmuster in den letzten 12 Monaten wahr?“, N=139.....	137
Abbildung 4.6: Prävalenzen bei Cannabis in Oberösterreich 2003 bis 2019 in Prozent.....	154
Abbildung 4.7: Applikationsformen von Cannabis. Alle Applikationsformen und Hauptapplikationsform, N=160.....	157
Abbildung 4.8: Frage: „In welcher Situation haben Sie Cannabis konsumiert?“, N=160	158

Abbildung 4.9: Frage: „Durch wen oder wie kamen bzw. kommen Sie zu Cannabis?“, N=160 .	159
Abbildung 4.10: Frage: „Wie oft waren Sie besorgt oder nervös bei der Vorstellung, kein Cannabis konsumieren zu können?“, N=160	160
Abbildung 4.11: Frage: „Wie oft machten Sie sich wegen des Konsums von Cannabis Sorgen?“, N=160.....	160
Abbildung 4.12: Frage: „Wie oft hatten Sie den Wunsch, mit dem Konsum von Cannabis aufzuhören?“, N=160.....	161
Abbildung 4.13: Frage: „Hatten Sie schon einmal folgende Erlebnisse mit ihrem Cannabiskonsum erlebt?“, N=160	162
Abbildung 4.14: Frage: „Bei Cannabis gibt es verschiedene Möglichkeiten, wie damit in Zukunft umgegangen wird. Welche dieser Möglichkeiten würden Sie bevorzugen, für welche würden Sie sich entscheiden?“, in Prozent, Alter 15+, N=1442	166
Abbildung 4.15: Anzeigen wegen illegaler Substanzen und Cannabis 2000 bis 2017 in Oberösterreich, Anzahl der Anzeigen	170
Abbildung 4.16: Diagnosecluster Störungen durch Cannabinoide OÖ (Diagnosefälle: Haupt- und Nebendiagnosen), 2001–2018	173
Abbildung 4.17: Diagnosecluster Störungen durch Cannabinoide OÖ (Diagnosefälle: Hauptdiagnosen), 2001–2018	174
Abbildung 5.1: Wissensfragen zu verschiedenen Substanzen, „stimme voll und ganz zu“ + „stimme eher zu“, Alter 15+, N=1442	177
Abbildung 5.2: Lebenszeitprävalenz 15– bis 59–Jähriger nach Substanzen in Prozent, N=1029	181
Abbildung 5.3: Lebenszeitprävalenz 15– bis 24–Jähriger nach Substanzen in Prozent, N=506	182
Abbildung 5.4: 12–Monate–Prävalenz 15– bis 59–Jähriger nach Substanzen in Prozent, N=1029	184
Abbildung 5.5: 12–Monate–Prävalenz 15– bis 24–Jähriger nach Substanzen in Prozent, N=506	185
Abbildung 5.6: 12–Monate–Prävalenz alle illegalen Substanzen nach Altersgruppen, N=1442	186
Abbildung 5.7: 30–Tage–Prävalenz 15– bis 59–Jähriger nach Substanzen in Prozent, N=1029	187

Abbildung 5.8: 30-Tage-Prävalenz alle illegalen Substanzen nach Altersgruppen, N=1442 ...	188
Abbildung 5.9: Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums nach Bundesländern (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige)	192
Abbildung 5.10: Diagnosecluster Störungen durch Opiode 2001–2018 in Oberösterreich nach Geschlecht	194
Abbildung 5.11: Personen in Substitutionstherapie in Oberösterreich Stichtag 31.12.2018 pro 100.000 Einwohner nach Bezirken.....	195
Abbildung 6.1: Persönlicher Umgang mit Alkohol. Frage: „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!“ („stimme voll und ganz zu“ + „stimme eher zu“), N=1184, 0-Werte ergeben sich, wenn in diesem Jahr die Frage nicht gestellt wurde.....	199
Abbildung 6.2: Stellenwert des Alkohols am Arbeitsplatz, Frage: „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!“ („stimme voll und ganz zu“ + „stimme eher zu“), N=1184	200
Abbildung 6.3: Bedeutung des Alkohols im sozialen Leben, Frage: „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!“ („stimme voll und ganz zu“ + „stimme eher zu“), N=1184	201
Abbildung 6.4: Alkoholkonsum (in Liter reinen Alkohols) nach Nationen.....	204
Abbildung 6.5: Alkoholtrinkfrequenz nach Geschlecht (in Prozent), N=1303	208
Abbildung 6.6: CAGE-Test, 4 Fragen: „Noch ein paar Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum: 1. Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, Ihren Alkoholkonsum einschränken zu müssen oder nicht?; 2. Fühlten Sie sich jemals verärgert, weil andere Ihren Alkoholkonsum kritisiert haben, oder nicht?; 3. Hatten Sie wegen Ihres Alkoholkonsums jemals ein schlechtes Gewissen, oder nicht?; 4. Haben Sie jemals frühmorgens Alkohol getrunken, um Ihre Nerven zu beruhigen oder einen Kater loszuwerden, oder nicht?“ (Antwortkategorien: ja/nein), N=1211.....	210
Abbildung 6.7: Diagnosecluster akuter Alkoholmissbrauch 2001–2018 in OÖ nach Geschlecht	211
Abbildung 6.8: Diagnosecluster akuter Alkoholmissbrauch 2018 in OÖ nach Alter; Einlieferungen pro 100.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Alterskategorie	212

Abbildung 6.9: Diagnosecluster Alkoholabhängigkeit 2001–2018 in OÖ nach Geschlecht.....	214
Abbildung 6.10: Diagnosecluster Alkoholabhängigkeit in OÖ 2018 nach Alter; Einlieferungen pro 100.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Alterskategorie	215
Abbildung 6.11: Diagnosecluster alle Alkoholdiagnosen in OÖ 2001–2018 nach Geschlecht..	217
Abbildung 7.1: RaucherInnenprävalenz Oberösterreich (in Prozent), Alter 15+, N=1442	220
Abbildung 7.2: RaucherInnenprävalenz Oberösterreich (in Prozent), Alter 15+, N=1442	221
Abbildung 7.3: Anzahl der gerauchten Zigaretten pro Tag bei den täglichen ZigarettenraucherInnen, Alter 15+, N=241	225
Abbildung 7.4: Verteilung der NichtraucherInnen nach Geschlecht und Altersgruppen, Alter 15+, N=981	227
Abbildung 7.5: Zukünftiges geplantes Rauchverhalten der täglichen RaucherInnen (in Prozent), Mehrfachnennungen möglich, Alter 15+, N=241	228
Abbildung 7.6: Subjektives Informationsniveau zum Rauchen (in Prozent), Frage: „Wie gut fühlen Sie sich über Nikotin, über das Rauchen und die gesundheitlichen Auswirkungen informiert?“ und „wie gut fühlen Sie sich über Passivrauchen und die gesundheitlichen Auswirkungen informiert? Würden Sie sagen, Sie fühlen sich über das Passivrauchen...“, („sehr gut informiert“ + „gut informiert“), Alter 15+, 2003: N=1018, 2006: N=1508, 2015 N=1184, 2019 N=1442	229
Abbildung 7.7: Gewünschte Maßnahmen bzw. Zustimmung zu Aussagen (in Prozent), Frage: „Auf dieser Liste sehen Sie verschiedene Aussagen zum Thema Rauchen; welchen dieser Aussagen würden Sie besonders zustimmen?“ (Antwortkategorien: „sehr dafür“ + „eher dafür“), Alter 15+, N= 1442	230
Abbildung 8.1: Kaufsuchtgefährdung 2011 in Österreich nach den Altersgruppen, Geschlecht und Art der Kaufsuchtgefährdung (deutlich – stark) aufgeschlüsselt	232
Abbildung 8.2: Kaufsuchtgefährdung 2015 in Oberösterreich. (nach dem „Screeningverfahren zur Erhebung von kompensatorischem und süchtigem Kaufverhalten (SKSK)“ bzw. Hohenheimer Kaufsuchtindikator) in Prozent, N=1184, Alter 15+	234
Abbildung 8.3: Kaufsuchtgefährdung 2015 in Oberösterreich nach den Altersgruppen, Geschlecht und Art der Kaufsuchtgefährdung (deutlich – stark) aufgeschlüsselt, N=1184, Alter 15+	235

Tabellen

Tabelle 2.1: Epidemiologisches Stufenmodell nach Kemmesies.....	7
Tabelle 2.2: Stichprobe der Bevölkerungsbefragung OÖ 2019 nach Alter und Geschlecht.....	9
Tabelle 2.3: Befragte der Online-Befragung von ExpertInnen aus jugend- oder substanznahen Tätigkeitsfeldern in Oberösterreich 2019 nach Tätigkeitsbereich	11
Tabelle 2.4: Befragte der Online-Befragung von ExpertInnen aus jugend- oder substanznahen Tätigkeitsfeldern 2019 nach Bezirken.....	11
Tabelle 4.1: Frage: „Wie häufig nahmen Sie problematischen Konsum diverser Substanzen in den letzten 12 Monaten im Rahmen Ihrer Arbeit wahr?“, Konsumwahrnehmungen gegliedert nach Tätigkeitsfeldern der ExpertInnen, N=139	124
Tabelle 4.2: Frage: „Wie häufig nahmen Sie bestimmte Problemverhaltensmuster in den letzten 12 Monaten im Rahmen Ihrer Arbeit wahr?“, Wahrnehmungen von Problemverhaltensmustern gegliedert nach Tätigkeitsfeldern der ExpertInnen, N=139.....	129
Tabelle 4.3: Frage: „Wie nehmen Sie das Trendmuster diverser Substanzen in den letzten 12 Monaten wahr?“, Konsumwahrnehmungen gegliedert nach Tätigkeitsfeldern der ExpertInnen, N=139	132
Tabelle 4.4: Frage: „Wie nehmen Sie das Trendmuster bestimmter Problemverhaltensmuster in den letzten 12 Monaten wahr?“, Wahrnehmungen von Problemverhaltensmustern gegliedert nach Tätigkeitsfeldern der ExpertInnen, N=139	138
Tabelle 4.5 Frage: „Welche Substanzen und Konsummuster machen Ihnen am meisten Sorgen in Hinblick auf Ihre KlientInnen?“, (offene Frage, kategorisiert), N=163 (2015), N=139 (2019).....	139
Tabelle 4.6: Frage: „Welche Probleme und Lebenslagen Ihrer KlientInnen machen Ihnen am meisten Sorgen?“, (offene Frage, kategorisiert), N=163 (2015), N=139 (2019)..	141
Tabelle 4.7: Frage: „Wenn Sie Erfahrung mit Cannabis-KonsumentInnen haben, was sind für Sie die wichtigsten Konsummotive der KonsumentInnen, was sind die Gründe, was die Ziele des Konsums?“, (offene Frage, kategorisiert), N=139.....	143
Tabelle 4.8: Frage: „Welche Probleme nehmen Sie in Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum wahr?“, (offene Frage, kategorisiert), N=139.....	148

Tabelle 4.9: Prävalenzen bei Cannabis in Oberösterreich 2019 in Prozent, Alter 15–59, N=1029	153
Tabelle 4.10: Frage: „An wie vielen Tagen des vergangenen Jahres haben Sie Cannabis konsumiert?“, Alter 15+ mit positiver 12-Monatsprävalenz, N=160.....	155
Tabelle 4.11: Frage: „In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal Cannabis konsumiert?“, Alter 15+ die bereits einmal Cannabis konsumiert haben, N=347.....	156
Tabelle 4.12: Frage: „Sie werden nun gebeten, Cannabis gemäß den unten angeführten Gegensätzen einzuschätzen. Bitte beurteilen Sie Cannabis mit jedem Gegensatzpaar – überlegen Sie nicht zu lange, sondern urteilen Sie nach ihrem ersten Eindruck und entscheiden Sie sich spontan.“, N=1442	163
Tabelle 4.13: Aspektgruppen der semantischen Gegensatzpaare.....	164
Tabelle 4.14: Sichergestellte Mengen und geschätzter Marktpreis von Cannabis, Heroin, Kokain, Ecstasy, Amphetamin und Methamphetamin.....	171
Tabelle 4.15: Diagnosecluster Störungen durch Cannabinoide OÖ (Diagnosefälle) nach Altersgruppen im Jahr 2018	175
Tabelle 5.1: Prävalenzen bei Cannabis in Oberösterreich 2019 in Prozent, Alter 15–59, N=1029	189
Tabelle 5.2: Prävalenzen bei Ecstasy in Oberösterreich 2019 in Prozent, Alter 15–59, N=1029	190
Tabelle 5.3: Prävalenzen bei Kräutermischen (künstlichen Cannabinoiden) in Oberösterreich 2019 in Prozent, Alter 15–59, N=1029	190
Tabelle 5.4: Prävalenzen bei Heroin in Oberösterreich 2019 in Prozent, Alter 15–59, N=1029	191
Tabelle 5.5: SubstitutionspatientInnen von 2007 bis 2019 in Oberösterreich nach Geschlecht	192
Tabelle 5.6: SubstitutionspatientInnen von 2007 bis 2019 in Oberösterreich nach Altersgruppen, Personen	193
Tabelle 5.7: Prävalenzen bei Methamphetamin in Oberösterreich 2019 in Prozent, Alter 15–59, N=1029.....	196
Tabelle 6.1: gestriger Alkoholkonsum (in Standardgläsern und Gramm Alkohol) nach Alter und Geschlecht, N=1022	203
Tabelle 6.2: höchster Schulabschluss und Alkoholkonsum am gestrigen Tag (in Standardgläsern), N=1022.....	205

Tabelle 6.3: Berufstätigkeit und Alkoholkonsum am gestrigen Tag (in Standardgläsern), N=1022	206
Tabelle 6.4: Berufsstellung und Alkoholkonsum am gestrigen Tag (in Standardgläsern), N=1022	206
Tabelle 6.5: Alkoholtrinkfrequenz nach Alterskategorien (in Prozent), N=1303.....	208
Tabelle 6.6: Diagnosecluster akuter Alkoholmissbrauch 2018 in OÖ nach Alter	213
Tabelle 6.7: Diagnosecluster Alkoholabhängigkeit 2018 in OÖ nach Alter	216
Tabelle 7.1: Verteilung RaucherInnenstatus nach Geschlecht (in Prozent), Alter 15+, N=1442	222
Tabelle 7.2: Verteilung Männer nach Alter und Raucherstatus (in Prozent), Alter 15+, N=675.	223
Tabelle 7.3: Verteilung Frauen nach Alter und Raucherinnenstatus (in Prozent), Alter 15+, N=714	223
Tabelle 7.4: Verteilung der täglichen ZigarettenraucherInnen nach der Anzahl der gerauchten Zigaretten pro Tag (in Prozent), Alter 15+, N=241	225
Tabelle 7.5: Verteilung der NichtraucherInnen nach Geschlecht und Alter, Alter 15+, N=981..	226
Tabelle 8.1: Kaufsuchtgefährdung und Konsumprävalenz von illegalen Substanzen 2015 in Oberösterreich in Prozent, N=1184, Alter 15+	235
Tabelle 8.2: Kaufsuchtgefährdung und Status des Tabakkonsums 2015 in Oberösterreich in Prozent, N=1184, Alter 15+	236
Tabelle 8.3: „Screeningverfahren zur Erhebung von kompensatorischem und süchtigem Kaufverhalten (SKSK)“ bzw. Hohenheimer Kaufsuchtindikator (German Addictive Buying Scale), Werte in Prozent, N=1184, Alter 15+	237
Tabelle 9.1: Frage: „Ich den vergangenen 12 Monaten habe ich gespielt ...“, Basis: Befragte die angegeben haben, dass sie in den zurückliegenden 12 Monaten eines der angeführten Spiele gespielt haben in Prozent, N=771, Alter 15+	240
Tabelle 9.2: In den letzten 12 Monaten gespielt oder nicht nach Altersgruppen und Geschlecht, N=1363, Alter 15+	241
Tabelle 9.3: Kommen wir zuerst zu Simulierte Glücksspiele, diese unterscheiden sich von normalen Glücksspielen darin, dass Sie kein Geld gewinnen können. Es wird mit virtueller Währung bzw. Punkten gespielt. Bitte geben Sie an, wie oft Sie die einzelnen Spielformen in den letzten 12 Monaten gespielt haben in Prozent, N=1373–1378, Alter 15+	242

Tabelle 9.4: Und wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal daran teilgenommen haben?, N=85–127, Alter 15+	243
Tabelle 9.5: Frage: „Haben Sie sich schon Gedanken über Ihr Spielverhalten gemacht? Im Folgenden finden Sie 10 Fragen, die sich auf verschiedene Aspekte Ihres jetzigen oder früheren Spielverhaltens beziehen. Denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an den Zeitraum der letzten 12 Monate.“, N=767	244
Tabelle 9.6: kategorisiertes Spielverhalten nach DSM-IV Kriterien, N=1389, Alter 15+	244
Tabelle 9.7: In den letzten 12 Monaten gespielt und Status des Tabakkonsums, N=1357, Alter 15+	245
Tabelle 9.8: Bitte denken Sie jetzt an Ihre Trinkgewohnheiten in den letzten 3 Monaten. Wie oft haben Sie in den letzten 3 Monaten durchschnittlich irgendein alkoholisches Getränk getrunken?, N=1299, Alter 15+	245
Tabelle 11.1: Diagnostische Leitlinien für pathologisches Spielen	254

0 Vorwort

Diese Studie verdankt vielen Menschen, mit denen wir über die Jahre hinweg zusammenarbeiten durften und weiterhin dürfen, ihren Gehalt. Ohne ihre Unterstützung wäre die Arbeit an diesem Unterfangen ungleich schwieriger, wenn nicht gar unmöglich. Sie verhelfen uns dazu, etwas weiter zu blicken als wir es ohne sie vermöchten.

Wir bedanken uns bei Thomas Schwarzenbrunner, dem Sucht- und Drogenkoordinator des Landes Oberösterreich für seine sehr hilfreichen Anregungen. Er ist in Oberösterreich eine der Schaltstellen, bei der viele Informationen zusammenlaufen und die er auf wunderbare Weise weitergibt.

Besonderen Dank gebührt den TeilnehmerInnen des vorbereitenden Workshops des Drogenmonitoringprojekts für ihre fachliche Unterstützung Kurosch Yazdi – Vorstand der Klinik für Psychiatrie mit Schwerpunkt Suchtmedizin, Kepler Universitätsklinikum/Vorstandsvorsitzender pro mente OÖ, Joachim Gerich – Institut für Soziologie an der Johannes Kepler Universität Linz, Sarah Lammer, Alfred Springer, Alfred Uhl – Universität Wien, Bernd Wense – Goethe-Universität Frankfurt a. Main, Christoph Weber – Pädagogische Hochschule Linz, Thomas Schwarzenbrunner – Drogenkoordination Oberösterreich, Christoph Lagemann – Leitung Institut Suchtprävention, Andreas Reiter – Institut Suchtprävention, Siegfried Unger – Institut Suchtprävention.

Einen herausragenden Beitrag lieferten bei diesem Monitoring die beiden Institutionen „Verein I.S.I. – Initiativen für soziale Integration“ und der Verein „Jugend und Freizeit“, auf anregende und stets hilfsbereite Weise vertreten durch Lothar Jochade, Dominik Hermannsdorfer und Erich Wahl. Die ExpertInneninterviews und die Onlinebefragung der ExpertInnen zum Thema Cannabis verdankt sich zu großen Teilen dem Einsatz dieser beiden Institutionen.

Herr Manfred Popp ebnete uns den Zugang zu den ExekutivbeamtInnen, die in Oberösterreich in der Drogenfahndung tätig sind.

Den wichtigen Einblick in den Bereich der Suchtmedizin verdanken wir Kurosch Yazdi, Vorstand der Klinik für Psychiatrie mit Schwerpunkt Suchtmedizin, Nikolas Gerstgrasser, leitender Oberarzt und Jan Rosenleitner, behandelnder Oberarzt – alle Kepler Universitätsklinikum Klinik für Psychiatrie mit Schwerpunkt Suchtmedizin.

Weitere entscheidende Hilfe durch Mitorganisation und/oder Teilnahme an Interviews sowie Unterstützung bei der Onlinebefragung hatten wir durch:

- a) Michaela Hable – Soziale Initiative OÖ
- b) Michael Silly – „Point“: Beratungsstelle für Suchtfragen (Linz)

Besonderer Dank gilt den vielen InterviewpartnerInnen aus den unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern, die sich engagiert auf das Forschungsthema eingelassen haben. Die Qualitativen Experteninterview basieren auf der hohen Expertise der interviewten ProfessionistInnen aus den Bereichen Sucht- und Drogenkoordination, Jugendstreetwork, Jugendzentren, Suchtberatung, der Suchtmedizin und der Jugendpsychiatrie.

Bedanken möchten wir uns auch bei Eden Belinda Haupt die im Rahmen eines soziologischen Berufspraktikums bei der Auswertung und Interpretation der ExpertInneninterviews wertvolle Unterstützung geleistet hat.

Ganz besonderen Dank gebührt Bernd Werse – Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Mitbegründer des Centre for Drug Research (CDR) an der Goethe-Universität Frankfurt a. Main – für die Zurverfügungstellung des Befragungsinstrumentariums zum „Semantischen Feld zu Cannabis“. Darüber hinaus ist das von ihm geleitete „Monitoring-Systems Drogentrends“ (MoSyD) ein zentrales Referenzprojekt für unsere Arbeit.

Für die aufmerksame Lektüre des Rohentwurfs, wichtige fachliche Hinweise und Unterstützung bedanken wir uns bei Günther Ganhör, Andreas Reiter, Rainer Schmidbauer, Thomas Schwarzenbrunner und Siegfried Unger.

Schließlich bedanken wir uns bei der Leitung des Instituts Suchtprävention, Christoph Lagemann und Rainer Schmidbauer, die das Forschungsprojekt durch ihre organisatorische und inhaltliche Unterstützung maßgeblich mitgeprägt hat.

Seifried Seyer, Richard Paulik, Roland Lehner an einem sonnigen von der Außenwelt abgeschirmten Maitag 2020 in Linz

1 Einleitung

Das Institut Suchtprävention der PRO MENTE Oberösterreich führt im Auftrag des Landes Oberösterreich in regelmäßigen Abständen ein so genanntes „Drogenmonitoring“ durch. Dabei wird versucht für Oberösterreich sucht- und drogenspezifische epidemiologische Daten umfassend und kontinuierlich zur Verfügung zu stellen. Politische und suchtpreventive Maßnahmen sind nicht unabhängig von der epidemiologischen Situation, die in Zusammenhang mit dem Konsum von psychoaktiven Substanzen und dabei entstehenden Folgeproblemen stehen. Der Umfang und die Inhalte des Monitorings veränderten sich im Laufe der Jahre und spiegeln auch die jeweils aktuellen Problemsituationen wider. So fand das Drogenmonitoring 2019 zum Schwerpunkt Cannabiskonsum statt, der auch bestimmte methodische Konsequenzen (umfassendes ExpertInnen-panel zum Thema Cannabis) nach sich zog.

Als wichtiger Bestandteil des Monitorings wird periodisch etwa alle 3 bis 5 Jahre eine oberösterreichweite repräsentative Bevölkerungsbefragung zum Thema Drogenkonsum und Substanzgebrauch durchgeführt. In diesem Bericht werden Ergebnisse der Befragung 2019 dargestellt und wo es sinnvoll erscheint mit den Werten der Befragungen aus den Jahren 2000, 2003 und 2006, 2009, 2015 in Beziehung gesetzt (vgl. Seyer et al., 2005). Zweck dieser Langfristigkeit des Untersuchungsdesigns ist nicht nur, dass die wichtigen Themen Sucht und Substanzkonsum in einer Trendfassung zum Vorschein treten, sondern es stellt auch eine wesentliche Aufgabe zur Qualitätsentwicklung dar. So wird versucht, die Erhebungsmethoden zu verbessern, die Auswertung der Daten zu präzisieren bzw. neue Methoden in das bestehende Modell zu integrieren.

Neben der repräsentativen Bevölkerungsbefragung werden kontinuierlich sogenannte Sekundärdaten aus unterschiedlichen administrativen Praktiken ausgewertet. Für Österreich und großteils auch für Oberösterreich stehen folgende Daten langfristig zur Verfügung und finden daher in diesem Monitoring Verwendung (eine ausführliche Darstellung dieser Quellen findet sich in Kapitel 2 „Datenquellen“):

1. Anzeigenstatistik laut Suchtmittelgesetz (SMG)
2. Studie: Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC)–SchülerInnenbefragungsdaten von 11- bis 15-jährigen SchülerInnen
3. Behandlungsdaten der Substitutionstherapie
4. Drogenanamnesedaten der Drogenberatungsstellen
5. Diagnosedaten der Leistungs- und Diagnosedokumentation der Fonds-Krankenanstalten Oberösterreichs
6. Unfallstatistik des Kuratoriums für Verkehrssicherheit

Die bisher gemachten Erfahrungen zeigen, dass mit diesem Teil des Drogenmonitorings ein wirksames Instrument zur Unterstützung einer nachhaltigen Politikentwicklung zur Verfügung steht. (vgl. Schmid, 2003, 7).

Im Drogenmonitoring 2019 liegt der Schwerpunkt auf der Substanz Cannabis. In den letzten Jahren rückte in Oberösterreich wie auch im Rest der Welt der Cannabiskonsum zunehmend in den Blickpunkt. International kam es zu neuen Regulierungsformen in Bezug auf den Cannabiskonsum. Angefangen von einer fast vollständigen Legalisierung über Regulierungsmaßnahmen des individuellen Konsums bis zum Verharren im Status Quo wie in Österreich. Dennoch wirken sich diese Änderungen auch lokal in Österreich auf den Umgang mit Cannabis aus. Deshalb wurde das Institut Suchtprävention damit beauftragt, die Situation für Oberösterreich hinsichtlich des Konsums und der Problematik in Zusammenhang mit Cannabis zu beforschen.

Anhand der Bevölkerungsbefragung Oberösterreich 2019 kann für die Substanz Cannabis nur eine eingeschränkte Aussage zur Verbreitung des Konsums in der Gesamtbevölkerung getroffen werden. Befragungen zu illegalen Substanzen haben immer den Makel, dass die soziale Wünschbarkeit eine schwer einzuschätzende Variable darstellt. Dennoch ist die Substanz Cannabis die am häufigsten berichtete Substanz, wenn es um den Konsum von illegalen Substanzen geht.

Deshalb wurden in einem begleitenden **ExpertInnenpanel zu Cannabis** quantitative und qualitative Daten in Verbindung gebracht. In der Sozialforschung wird dieses Vorgehen als „Methodenmix“ oder „Triangulation“ bezeichnet. Dahinter stand die Intention der Komplexität und Unübersichtlichkeit des Forschungsgegenstandes Rechnung zu tragen. Für diese Studie wurden folgende vier Datenquelltypen ausgewählt:

1. ExpertInneninterviews
2. Onlinebefragung von ExpertInnen
3. Sondierende Recherche im Bereich von Einzelhandelsunternehmen die Cannabisprodukte anbieten
4. Auswertung von Teilen der oben erwähnten Sekundärdaten

Im Rahmen dieses ExpertInnenpanels zu Cannabis wurde versucht, „Bilder“ zu zeichnen, die auf ExpertInneninterviews mit Vertretern aus den Bereichen Jugendstreetwork, Jugendzentren, Suchtberatung, Jugendpsychiatrie, Sucht- und Drogenkoordination und Suchtmedizin, basieren.

Gleichzeitig wurden anhand eines Online-Fragebogens 139 ExpertInnen aus der Jugendarbeit, dem Suchthilfebereich, der Exekutive und dem Behandlungsbereich befragt. Ergänzt werden diese beiden Methoden durch die Auswertung der verfügbaren drogenrelevanten Sekundärquellen: Anzeigen nach dem SMG, Diagnosedaten aus den öffentlichen Krankenanstalten, Drogenanamnesedaten der Suchtberatungsstellen, Dokumentation der PatientInnen in Substitutionstherapie.

Als Hauptthese der Studie kann formuliert werden: „Die *Veralltäglicung und Normalisierung* des Cannabiskonsums von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Oberösterreich ist weiter vorangeschritten.“

Die unterschiedlichen methodischen Zugänge des Drogenmonitorings OÖ 2019 zeichnen ein relativ klares Bild davon, dass die Veralltäglicung und Normalisierung des Cannabiskonsums von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Oberösterreich weiter vorangeschritten ist. Dieser Befund wird sowohl in den Daten der *„Bevölkerungsbefragung OÖ 2019“*, als auch in den Daten der *„Quantitativen ExpertInnenbefragung“* und den *„Qualitativen ExpertInneninterviews“* deutlich, und wird durch die Analyse weiterer *„Sekundärdaten“* unterstützt.

Veralltäglicung und Normalisierung bedeutet: Die Anzahl der Menschen, die Cannabis konsumieren ist weiter angestiegen, die Verfügbarkeit der Substanz ist hoch, der Konsum wird sichtbar, die Akzeptanz des Cannabiskonsums ist größer geworden.

Nachfolgend findet sich zunächst in Kapitel 2 eine eingehende Darstellung der verschiedenen Datenquellen, auf die sich dieses Monitoring stützt. Danach wird in Kapitel 3 ein Überblick zur Einschätzung von Drogen anhand der Bevölkerungsbefragung 2019 gegeben.

Der Hauptteil der Untersuchung wird in Kapitel 4 *„Forschungsschwerpunkt Cannabis“* ausgeführt. Hier werden die Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Interviews mit ExpertInnen aus unterschiedlichen Praxisfeldern dargestellt. Diese Ergebnisse werden trianguliert mit Daten aus der Bevölkerungsbefragung und verfügbaren Sekundärdaten.

Danach wird in den Kapiteln 5 bis 7 vorwiegend auf Basis der repräsentativen Befragung eine Auswertung zu illegalen Substanzen, Alkohol- und Tabakkonsum gegeben.

Schließlich werden in Kapitel 8 und 9 erstmals im Rahmen des Drogenmonitoring OÖ die beiden Verhaltenssüchte *„Pathologisches Kaufen“* und *„Pathologisches Glücksspiel“* dargestellt. Wobei zum *„pathologischen Kaufen“* die Ergebnisse der Befragung aus dem Jahr 2015 zu finden sind, da 2019 keine Fragen zu diesem Thema gestellt wurden.

2 Datenquellen

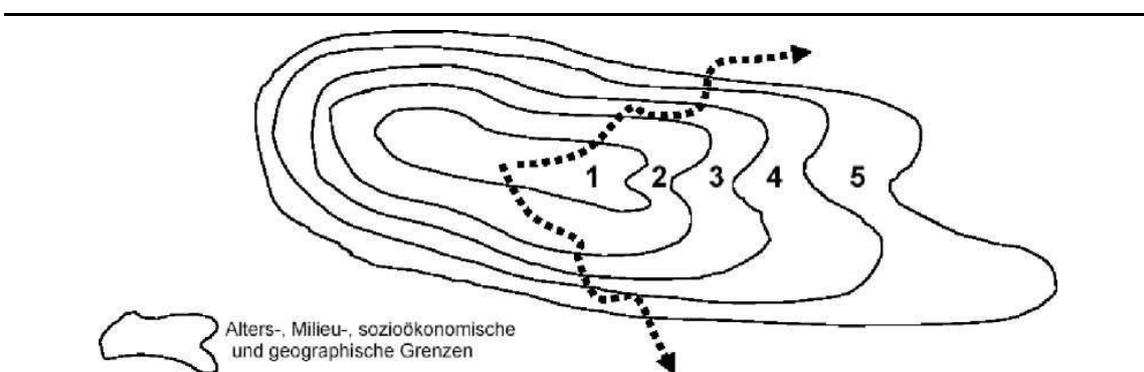
Für das Drogenmonitoring Oberösterreich werden seit 1999 regelmäßig alle verfügbaren, weiter unten beschriebenen Datenquellen ausgewertet. Jede der berücksichtigten Quellen ist eine bestimmte Form der Abstraktion sozialer Wirklichkeit. Wie ein Scheinwerfer im Dunklen, erhellt eine bestimmte Datenquelle 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.

2.1 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 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.

Abbildung 2.1:

Epidemiologisches Stufenmodell nach Kemmesies



Quelle: Kemmesies, Werse und Müller (2003, 16), 16; Bless, Kemmesies und Diemel (2000, 144)

Tabelle 2.1:

Epidemiologisches Stufenmodell nach Kemmesies

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.)

Quelle: Kemmesies, Werse und Müller (2003, 16), Bless, Kemmesies und Diemel (2000, 144)

Nimmt man zum Beispiel die sogenannte „Crack-Epidemie“ in den Vereinigten Staaten, so illustrieren Reinerman 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 (Reinerman/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

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)

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.

Beim ExpertInnenpanel zum Konsum von Cannabis wurde der Weg beschritten möglichst alle verfügbaren quantitativen Daten zu berücksichtigen. Die wichtigste Quelle zu dieser Thematik ist allerdings der qualitative Zugang über ExpertInneninterviews. Im Laufe der Forschung wurde immer wieder spürbar, wie wichtig die reflexive Kommunikation mit ExpertInnen aus verschiedenen Tätigkeitsbereichen ist. Die Datenspuren von Befragungen oder Daten aus der institutionellen Praxis sind mehr oder minder beschränkt durch einen bestimmten instrumentellen Zweck.

2.2 Bevölkerungsbefragung Oberösterreich

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 Hauptvorteil dieser Forschungsmethode ist die Möglichkeit, direkt eine bestimmte Problemstellung und daran gebildete Hypothesen mithilfe von Fragebatterien zu testen. Spezielle KonsumentInnengruppen werden damit allerdings relativ selten erfasst, so dass man gerade im Bereich der illegalen Drogen ergänzend zu anderen Methoden greifen muss. Denn einerseits werden Prävalenzzahlen in Abhängigkeit der Substanz vielfach über- bzw. unterschätzt, andererseits spielt oftmals soziale Wünschbarkeit bei der Beantwortung der Fragen eine gewichtige Rolle. 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 weit verbreiteten Substanzen annäherungsweise bestimmen. Man muss auf allen epidemiologischen Ebenen und Substanzen von einer eher ungenauen Angabe (Über- oder 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 Verzerrungen in den gleichen Altersgruppen über die Jahre konstant bleiben, so lassen sich zumindest Veränderungen des Konsums und anderer damit zusammenhängender Variablen eruieren.

Die Befragung der oberösterreichischen Bevölkerung fand im Dezember 2018 und Jänner 2019 statt. Es wurden 1442 Personen im Alter ab 15 Jahren befragt. Die Befragung wird in Form von face-to-face und Online-Interviews durchgeführt (Verteilung rund 50:50), 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 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 vor. Nach diesen Merkmalen wurde zur Auswertung eine Gewichtung durchgeführt, um sie der Bevölkerungszusammensetzung anzugleichen.

Ein Überblick über das Sample der Bevölkerungsbefragung OÖ 2019 ist in Tabelle 2.2 zu sehen.

Tabelle 2.2:

Stichprobe der Bevölkerungsbefragung OÖ 2019 nach Alter und Geschlecht

Alter	Geschlecht		Gesamt
	männlich	weiblich	
15-19	96	114	210
20-24	99	197	296
25-29	35	60	95
30-39	82	116	198
40-49	94	106	200
50-59	88	96	184
60 u. ä.	172	87	259
Gesamt	666	776	1442

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

2.3 ExpertInnenpanel

2.3.1 ExpertInneninterviews mit ProfessionistInnen

Die Erforschung des Konsums einer illegalen Substanz wie dies bei Cannabis der Fall ist, ist mit unterschiedlichen Schwierigkeiten konfrontiert. Zentrale Bedeutung kommt dem Phänomen der sozialen Wünschbarkeit zu, die das Antwortverhalten von befragten Personen stark beeinflussen kann. Deshalb wurde im Rahmen des begleitenden ExpertInnenpanels versucht „Bilder“ zu zeichnen, die auf ExpertInneninterviews mit VertreterInnen aus den Bereichen Jugendstreetwork, Jugendzentren, Suchtberatung, Jugendpsychiatrie, Sucht- und Drogenkoordination und Suchtmedizin, basieren.

Dazu wurden im Zeitraum von November 2018 bis Oktober 2019 insgesamt 10 ExpertInneninterviews mit insgesamt 21 InterviewpartnerInnen (IP) durchgeführt.

Arbeitsbereiche der InterviewpartnerInnen und Anzahl der Interviews (Anzahl der Interviews in Klammer):

- Jugend-Streetwork (4),
- Jugendzentren (2),
- Suchtberatung (1),
- Jugendpsychiatrie (1),
- Suchtmedizin (1),
- Sucht- und Drogenkoordination (1).

Das kürzeste Interview betrug 59 Minuten, das längste Interview 105 Minuten. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug rund 79 Minuten. Alle Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und anschließend transkribiert.

2.3.2 Online-Befragung von ExpertInnen

Befragt wurden im Zeitraum von Mai 2019 bis Juli 2019 139 ExpertInnen aus folgenden Einrichtungen:

Tabelle 2.3:

Befragte der Online-Befragung von ExpertInnen aus jugend- oder substanznahen Tätigkeitsfeldern in Oberösterreich 2019 nach Tätigkeitsbereich

Tätigkeitsfeld	Anzahl der Befragten	Prozent
Streetwork	23	16.5
Jugendzentrum	23	16.5
niedrigschwellige Suchthilfeeinrichtung	14	10.1
Suchtberatungsstelle	12	8.6
(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	38	27.3
Exekutive	29	20.9
Gesamt	139	100.0

Quelle: Online-Befragung ExpertInnen OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Tabelle 2.4:

Befragte der Online-Befragung von ExpertInnen aus jugend- oder substanznahen Tätigkeitsfeldern 2019 nach Bezirken

Bezirk	Anzahl der Befragten	Prozent
k.A.	3	2.2
Braunau am Inn	1	.7
Freistadt	2	1.4
Gmunden	2	1.4
Innviertel	2	1.4
Kirchdorf	1	.7
Linz Land	11	7.9
Linz Stadt	76	54.7
Perg	4	2.9
Ried im Innkreis	7	5.0
Schärding	2	1.4
Steyr	3	2.2
Urfahr Umgebung	1	.7
Vöcklabruck	7	5.0
Wels Stadt	17	12.2
Gesamt	139	100.0

Quelle: Online-Befragung ExpertInnen OÖ 2019, Institut Suchtprävention

2.4 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.

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

Die drogenbedingten Diagnosedaten entstammen der Leistungs- und Diagnosedokumentation 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.

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

- a) 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.
- b) 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).
- c) 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.
- d) 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.
- e) 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.

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.

2.4.2 Behandlungsdaten der Substitutionstherapie

Im Rahmen der Substitutionsbehandlungen werden jährlich die Substitutionsdaten durch die Landesdrogenkoordination Oberösterreich 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 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.

2.4.3 Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG)

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. § 28a 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 Substanzen 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.

2.4.4 Drogenanamnesedaten der Beratungsstellen (eThis)

In den fünf Drogenberatungsstellen (Linz, Steyr, Wels, Vöcklabruck, Braunau) in Oberösterreich wird mit „eThis“ eine eigene Software zur Datendokumentation der KlientInnen und der Drogenanamnese eingesetzt. Jährlich werden in normierter Form anhand einer Schnittstellenbeschreibung diese Daten weitergegeben an das österreichweite System „DOKLI“, das darauf abzielt, österreichweit vergleichbare Daten zu den DrogenklientInnen zu sammeln und zu analysieren. Durch die Abstimmung mit den EU-Erfordernissen ist gleichzeitig auch Vergleichbarkeit mit europäischen Daten gegeben und es werden die österreichischen Verpflichtungen hinsichtlich der Umsetzung des auf EU-Ebene etablierten Schlüsselindikator Treatment Demand erfüllt. Die gesammelten Daten sollen insbesondere bezüglich Lebenssituation und Konsummuster von DrogenklientInnen Aufschluss geben und damit zu einem Gesamtbild bezüglich epidemiologischer Situation in Österreich beitragen.

Für diesen Bericht wurde die Auswertung der Entwicklung der Leit- und Begleitdroge der KlientInnen der Drogenberatungsstellen vorgenommen.

2.5 WHO SchülerInnenbefragung „Health Behavior in School-aged Children“ (HBSC-Daten)

Anhand der „HBSC“-Daten aus der WHO SchülerInnenbefragung lassen sich auch Auswertungen für einen Teil der oberösterreichischen Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 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 2014 ausgewertet werden.

3 Einschätzung von Drogen

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 einfürend Fragen zu den Drogenvorstellungen der Befragten, zur Einschätzung der „Gefährlichkeit“ und zum vermeintlichen „Suchtpotenzial“ gestellt.

3.1 Was sind Drogen?

Frage 15: „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 werden².

In Abb. 3.1 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 Befragungen aus den Jahren 2000 bis 2015. Folgende Änderungen sind dennoch zu sehen:

Die spontanen Nennungen von Ecstasy sind im Jahr 2019 im Gegensatz zu den vorangegangenen Befragungen nicht mehr rückläufig (2000: 70 %; 2003: 51 %; 2006: 38 %; 2015: 22 %; 2019: 27,8 %).

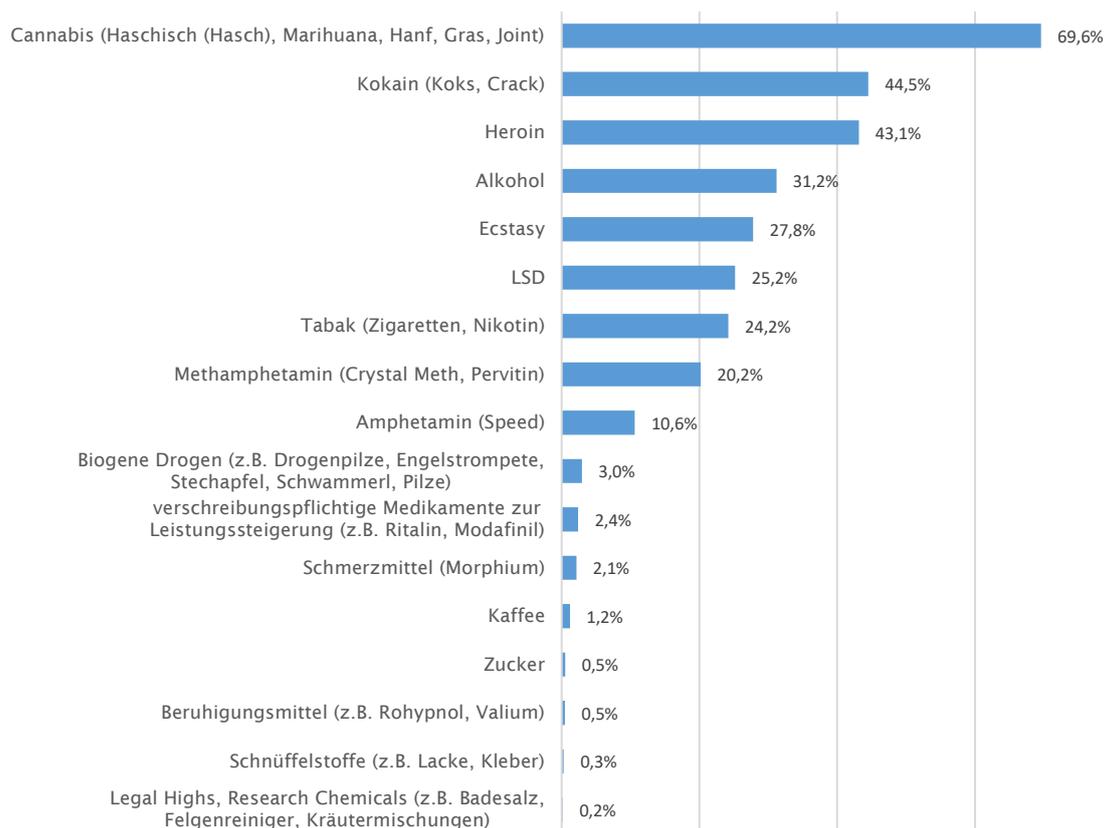
Bei den spontanen Nennungen zu den Cannabinoiden („Haschisch“, „Marihuana“, „Hanf“) ist ein leichter Anstieg zu verzeichnen (2019: 69,6 %; 2015: 64,4 %).

Alkohol wird von fast einem Drittel der Befragten (31,2 %) als Droge wahrgenommen. Im Jahr 2015 tauchte in der Befragung zum ersten Mal eine Droge auf, die in den Jahren zuvor nicht genannt wurde bzw. kaum bekannt war: ein Viertel der Befragten (24 %) nannten die Substanz Methamphetamine (Crystal Meth). Im Jahr 2019 wurde diese Substanz wieder etwas weniger häufig genannt: 20,2 %.

² Wo nicht anders angegeben, wurden alle „weiß nicht“ – Angaben und „keine Angaben“ aus den Analysen ausgeschlossen.

Abbildung 3.1:

Spontane Nennung von Drogen in Prozent, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Alter 15+, N=1442;



Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

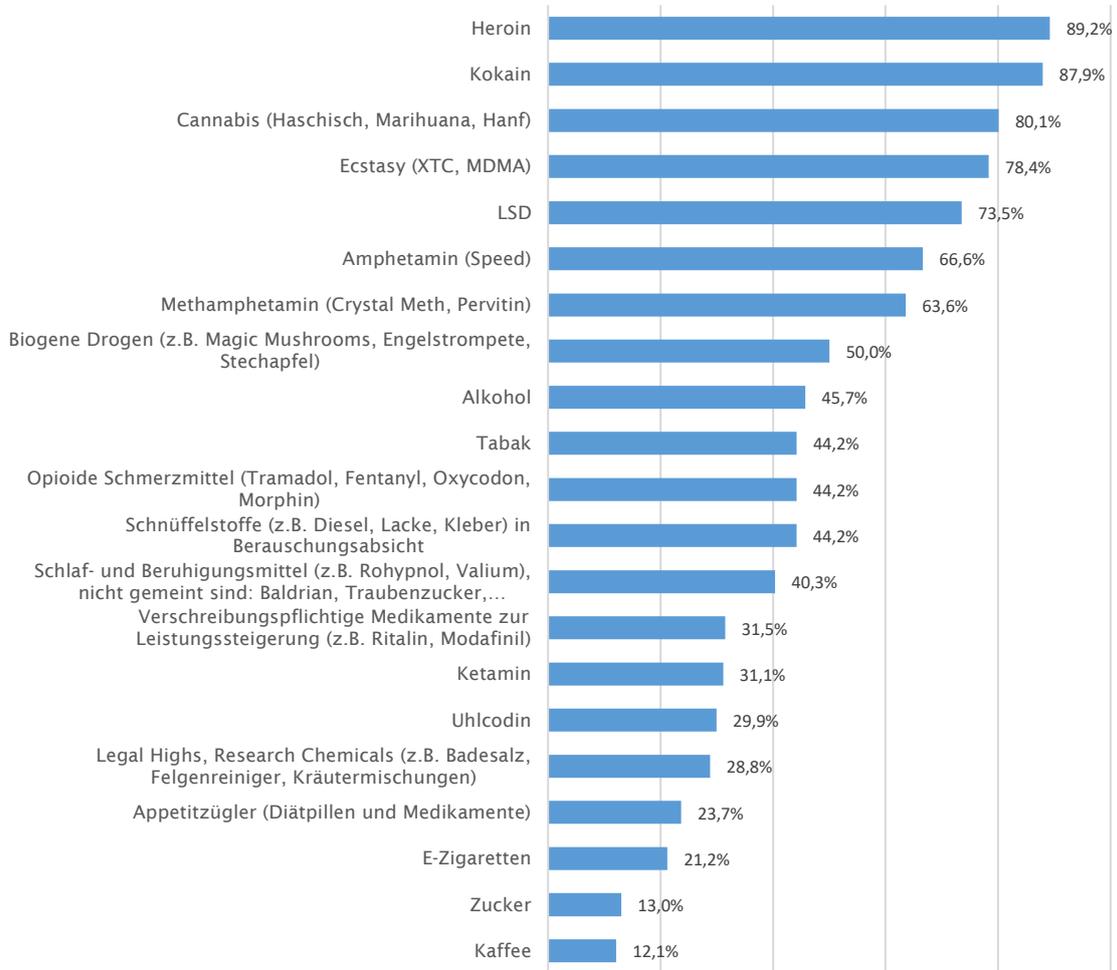
Frage 16: Die gestützte Frage „Was davon würden Sie zu Drogen zählen, was würden Sie als Drogen bezeichnen?“ ergänzt die Einschätzung der Befragten zur Zuordnung der Substanzen als Droge.

An der Spitze rangieren die illegalen Substanzen Heroin (89 %), Kokain (88 %), gefolgt von Cannabis mit 80%, Ecstasy (78 %), LSD (etwa 74%) und Amphetamin mit rund 67 %. Methamphetamin liegt bei 64 Prozent.

Weniger als die Hälfte (46 %) der OberösterreicherInnen bezeichnen Alkohol als Droge. Tabak liegt bei 44 %.

Abbildung 3.2:

Gestützte Zuordnung von Drogen in Prozent, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Alter 15+, N=1442

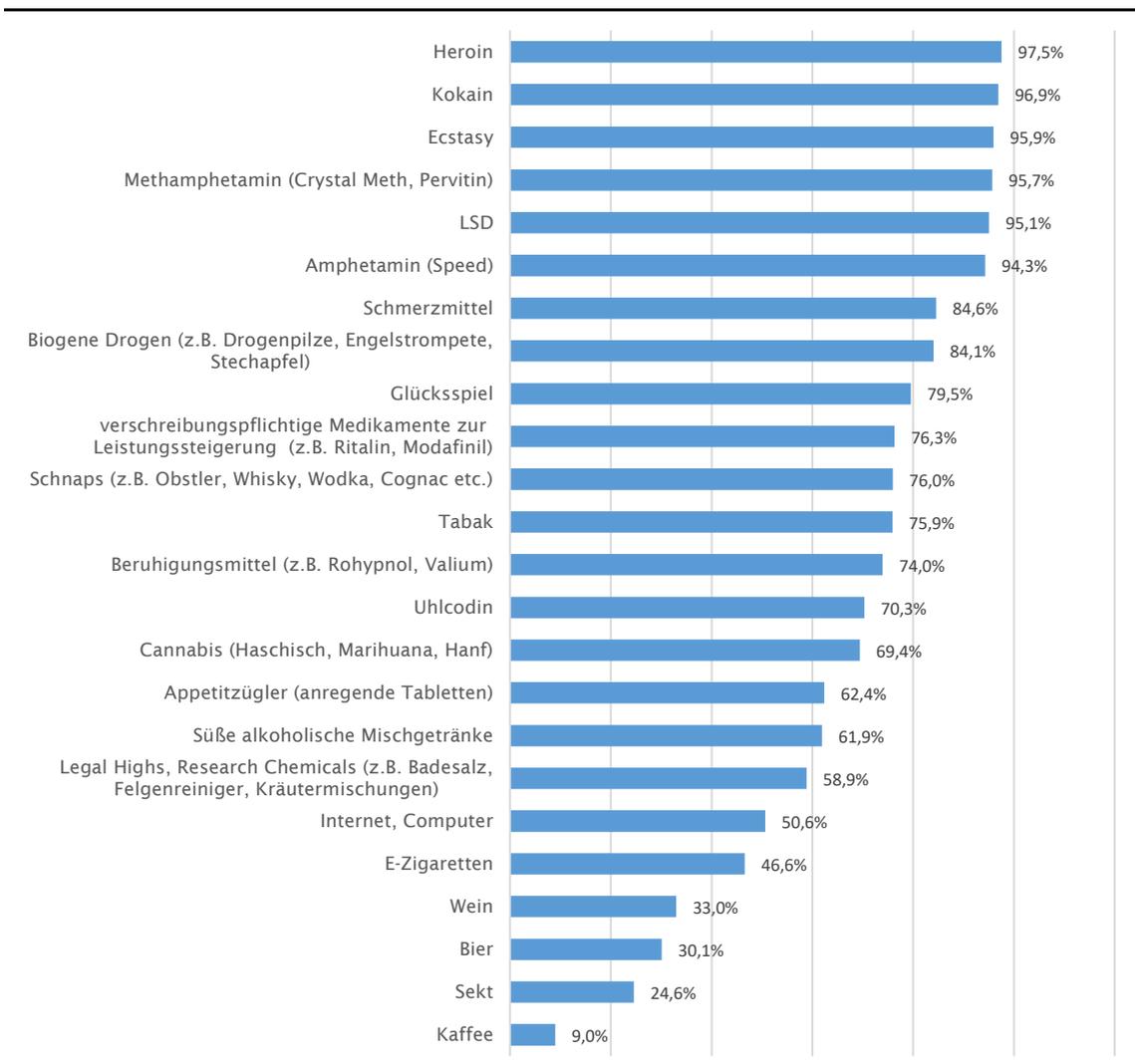


Quelle: Bevölkerungsbefragungen OÖ 2019, Institut Suchtprävention

3.2 Einschätzung der Gefährlichkeit

Abbildung 3.3:

Einschätzung der Gefährlichkeit psychoaktiver Substanzen, Frage: „Auf diesen Karten sehen Sie nun verschiedene Substanzen und Dinge. Wie gefährlich sind Ihrer Meinung nach diese Substanzen und Dinge?“, („sehr gefährlich“ + „gefährlich“), Alter 15+, N=1442



Frage: „Auf diesen Karten sehen Sie nun verschiedene Substanzen und Dinge. Wie gefährlich sind Ihrer Meinung nach diese Substanzen und Dinge?“, Mögliche Antwortkategorien: „sehr gefährlich“ – „gefährlich“ – „weniger gefährlich“ – „gar nicht gefährlich“, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institution Suchtprävention

Frage 12: „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 fragten 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.

Die OberösterreicherInnen schätzen somit besonders die illegalen Drogen als gefährlich ein. Bei allen Substanzen, die von mehr als drei Viertel der Befragten als sehr gefährlich eingestuft werden, handelt es sich um illegale Drogen. Methamphetamine (Crystal Meth) werden von etwa 95,7 % als (sehr) gefährlich eingeschätzt. Damit liegt die Substanz im Bereich der anderen illegalen „harten“ Drogen. Insbesondere die ständige mediale Präsenz als „Horror Droge“ oder „Teufelsdroge“ verhilft ihr zu dieser Einschätzung. An den folgenden Einschätzungen zur Gefährlichkeit und dem Suchtpotenzial, die durch eine Substanz entstehen, wird aber auch deutlich wie wenig Wissen über Drogen in der Bevölkerung vorhanden ist. Deutlich wird dies, wenn man sieht, wie hoch die Gefährlichkeit von LSD eingeschätzt wird.

Spirituosen werden von wesentlich mehr OberösterreicherInnen (76 %) als sehr gefährlich eingestuft als Bier, Sekt oder Wein (rund 24 % – 33 % der Bevölkerung beurteilen diese alkoholischen Getränke als (sehr) gefährlich).

Bei der Einstufung von Tabak bezeichnen 75,9 % der interviewten Personen diese Substanz als sehr gefährlich.

Cannabis wird zunehmend als weniger gefährlich eingestuft. 2019 meinten 69,4% der Befragten, dass Cannabis (sehr) gefährlich ist (2003: 74,5 %; 2006: 72,3 %; 2015: 71,8 %). Cannabis liegt in der Gefährlichkeitseinschätzung auch hinter Tabak.

3.3 Einschätzung des „Suchtpotentials“

Frage 13: „Auf diesen Karten sehen Sie nun einige ausgewählte Substanzen und Dinge. Wie leicht wird man danach süchtig?“

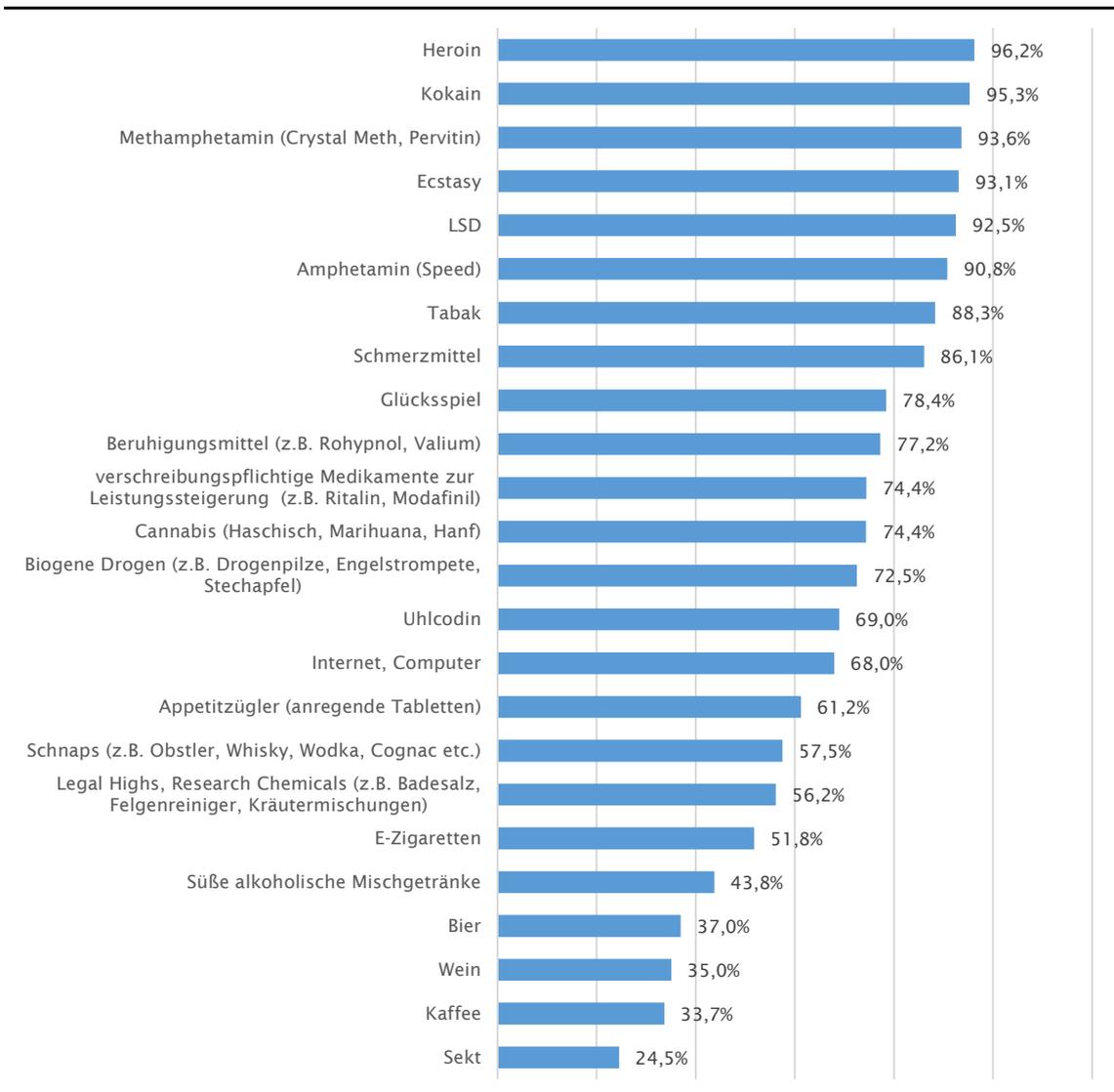
Die Einschätzung der Befragten, wie leicht man von Nikotin süchtig wird, liegt im Vergleich zu den vorangegangenen Bevölkerungsbefragungen (2003: 87 %, 2006: 88 %, 2015: 83,5 %) auf sehr hohem Niveau 88,3 % (2019). Das Antwortverhalten der interviewten Personen zeigt, dass bei Nikotin zwischen Gefährlichkeit und „Suchtpotenzial“ klar unterschieden wird. Das heißt Nikotin rückt bei der Frage nach der Suchtpotenz in der Rangfolge der Substanzen nach oben an die 7. Stelle und liegt deutlich vor Cannabis (siehe Abbildung 3.4). Cannabis wird von 74,4 % der Befragten ein (sehr) hohes Suchtpotential bescheinigt.

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.

57,5 % der oberösterreichischen Bevölkerung geben an, dass man nach Spirituosen (Schnaps) leicht süchtig wird. Bei Bier, Sekt und Wein behaupten das nur rund ein Viertel bis ein gutes Drittel der Befragten.

Abbildung 3.4:

Einschätzung des Suchtpotenzials verschiedener Substanzen, Frage: „Auf diesen Karten sehen Sie nun einige ausgewählte Substanzen und Dinge. Wie leicht wird man danach süchtig?“, („sehr leicht süchtig“ + „leicht süchtig“), Alter 15+, N=1442



Frage: „19. Auf diesen Karten sehen Sie nun einige ausgewählte Substanzen und Dinge. Wie leicht wird man danach süchtig?“. Mögliche Antwortkategorien: „wird man sehr leicht süchtig“ – „wird leicht süchtig“ – „wird man eher weniger leicht süchtig“ – „wird man gar nicht leicht süchtig“, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institution Suchtprävention

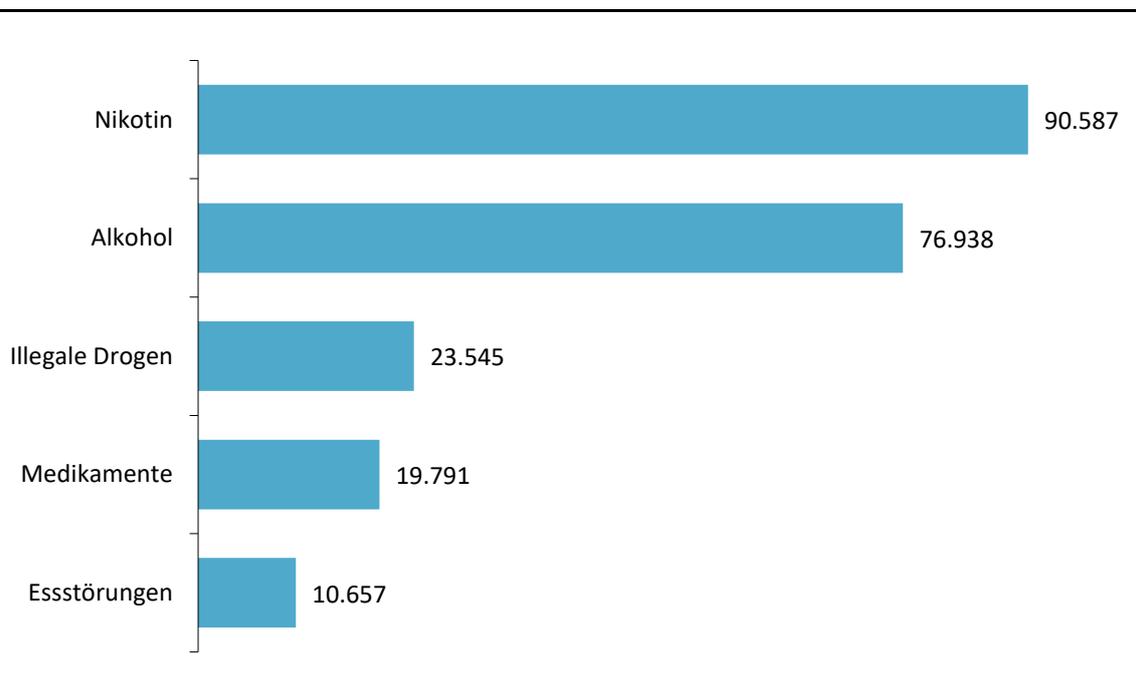
Die Einschätzung des Suchtpotenzials bei den illegalen Substanzen wird von den interviewten Personen über die drei Befragungswellen hinweg annähernd auf gleich hohem Niveau angegeben. Beginnend mit Cannabis 74,4 % (zwischen 75 % im Jahr 2003, 77 % im Jahr 2006, 76 % im Jahr 2015) über Ecstasy 93,1 % (2003 bis 2006 bei 93 % und 2015: 92 %) bis zu Heroin 96,2 % (2003: 97 %, 2000 und 2006: 96 %; 2015: 94 %) sind im Zeitablauf nur relativ geringe Unterschiede in der

Einschätzung des Suchtpotenzials festzustellen. Die Methamphetamine (Crystal Meth) werden von 93,6 % der Befragten (2015: 92 %) als leicht süchtig machend eingeschätzt.

3.4 Diagnosen in oberösterreichischen Krankenanstalten

Als Indikator für die Gefährlichkeit und das Suchtpotential können die Diagnosedaten der öffentlichen Krankenhäuser (LKF-Daten) betrachtet werden. Zieht man die LKF-Daten nach ICD-10 als Vergleichszahlen heran, um die tatsächliche Gefährlichkeit der Substanzen hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Folgen besser einschätzen zu können, so müsste eine deutliche Korrektur der Gefährlichkeitseinschätzung der Befragten vorgenommen werden. Alle illegalen Drogen zusammengekommen erreichen im Jahr 2018 bei den Belagstagen in den oberösterreichischen Krankenanstalten 23.545 Tage, bei den Alkoholdiagnosen sind insgesamt 76.938 Belagstage zu verzeichnen und der Löwenanteil von 90.587 Belagstagen ist den Nikotindiagnosen zuzurechnen. Die Belagstage durch Störungen von nicht widmungsgemäßen Gebrauch von Medikamenten finden sich knapp nach den illegalen Drogen mit 19.791 Tagen.

Abbildung 3.5: Belagstage in öö. Spitälern nach Substanzen 2018



Quelle: LKF-Daten OÖ 2018, eigene Berechnung

4 Forschungsschwerpunkt Cannabis

Anhand der Bevölkerungsbefragung Oberösterreich 2019 kann für die Substanz Cannabis nur eine eingeschränkte Aussage zur Verbreitung des Konsums in der Gesamtbevölkerung getroffen werden.

Für das vorliegende ExpertInnenpanel wurden daher quantitative und qualitative Daten in Verbindung gebracht. In der Sozialforschung wird dieses Vorgehen als „Methodenmix“ oder „Triangulation“ bezeichnet. Dahinter stand die Intention der Komplexität und Unübersichtlichkeit des Forschungsgegenstandes Rechnung zu tragen. Für die Studie wurden folgende fünf Datenquellentypen ausgewählt:

- a) ExpertInneninterviews
- b) Onlinebefragung von ExpertInnen
- c) Erweiterte Auswertung der Bevölkerungsbefragung OÖ
- d) Sondierende Recherche im Bereich von Einzelhandelsunternehmen die Cannabisprodukte anbieten
- e) Auswertung von Sekundärdaten (Anzeigen, Diagnosen, Substitutionsdaten)

In Zentrum des Forschungsansatzes standen qualitative Interviews mit ExpertInnen. Konkret wurden ExpertInneninterviews mit insgesamt 21 ExpertInnen aus relevanten Tätigkeitsfeldern durchgeführt. Aufbauend an diese qualitativen Interviews wurde ein Onlinefragebogen entwickelt. An der Onlinebefragung haben insgesamt 139 ExpertInnen teilgenommen. Im Bereich der Sekundärdaten wurden Anzeigedaten in Oberösterreich zu Cannabis und Daten zu Cannabis im Behandlungs- und Drogenberatungsbereich ausgewertet und dargestellt.

4.1 Zusammenfassung

Hauptthese: *Die Veralltäglichung und Normalisierung³ des Cannabiskonsums von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Oberösterreich ist weiter vorangeschritten.*

³ Normalisierung wird hier im Sinn einer „deskriptiven Aussage“, einer Beschreibung verwendet und nicht im Sinn einer „normativen Aussage“ im Sinn von „so sollte es sein“ oder „so sollte gehandelt werden“, um bestimmte Verhaltensweisen als erwünscht oder gerechtfertigt zu deklarieren (vgl. Parker et al. 1998).

Die unterschiedlichen methodischen Zugänge des Drogenmonitorings OÖ 2019 zeichnen ein relativ klares Bild davon, dass die Veralltäglicung und Normalisierung des Cannabiskonsums von Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Oberösterreich weiter vorangeschritten ist. Dieser Befund wird sowohl in den Daten der „*Bevölkerungsbefragung OÖ 2019*“, als auch in den Daten der „*Quantitativen ExpertInnenbefragung*“ und den „*Qualitativen ExpertInneninterviews*“ deutlich, und wird durch die Analyse weiterer „Sekundärdaten“ unterstützt.

Veralltäglicung und Normalisierung bedeutet in diesem Zusammenhang:

- a) **Der Konsum von Cannabis wird insgesamt sichtbarer (auch in öffentlichen- und halböffentlichen Bereichen).** Ganz besonders die ProfessionistInnen aus den Bereichen Jugendstreetwork und Jugendzentren berichten von einer größeren Sichtbarkeit des Cannabiskonsums (z.B. Konsum in halböffentlichen und öffentlichen Bereichen wie Bushaltestellen, Plätzen etc.)
- b) **Die Anzahl der Menschen, die Cannabis konsumieren ist weiter angestiegen.** Berichte und Daten über die Entwicklung des Konsums einer illegalen Substanz sind immer mit Vorsicht zu interpretieren. Der Befund ist aber in fast allen Bereichen ablesbar, die Interpretation und Zusammenführung der unterschiedliche Datenquellen liefert sehr starke Hinweise für einen Anstieg des Cannabiskonsums.
- c) Es kann von einer **Verbreiterung und Vervielfältigung der KonsumentInnengruppen** gesprochen werden. Cannabiskonsum ist aus einem früheren eher subkulturellen Kontext herausgewachsen und kommt immer stärker in der „Mitte der Gesellschaft“ an, dies wird z.B. durch ein Ansteigen von unstilisiertem Konsumverhalten deutlich. Auf der Ebene der Vervielfältigung zeigt sich ein breites Spektrum von KonsumentInnen und Gruppen von KonsumentInnen – ähnlich wie beim Konsum von Alkohol.
- d) **Hohe Verfügbarkeit von Cannabis.** Die Verfügbarkeit der illegalen Substanz Cannabis wird vom Großteil den interviewten ExpertInnen als eher hoch eingeschätzt. Cannabis ist demnach teilweise auch für „*die Jungen*“ und auch für „*Jugendliche vom Land*“ leichter verfügbar geworden.
- e) Insgesamt ist die **gesellschaftliche Akzeptanz** des Konsums von Cannabis größer geworden. Dies wird sowohl in den ExpertInneninterviews als auch in den Ergebnissen der Bevölkerungsbefragung sichtbar. Eine liberalere Regulierung des Cannabiskonsums wird von der Mehrheit der Befragten befürwortet.

Kontexte der Normalisierungsprozesse

Die Prozesse der Veralltäglichung und Normalisierung des Cannabiskonsums basieren auf unterschiedlichen lokalen, nationalen und internationalen Hintergründen. Folgende Kontexte wurden im Rahmen der ExpertInneninterviews und der Recherchephase sichtbar:

- Jugendliche und junge erwachsene KonsumentInnen nehmen Bezug zur Legitimierung ihres Cannabiskonsums auf **europäische und internationale Legalisierungstendenzen und –diskussionen**.
- Die mediale Darstellung des Konsums von Cannabis hat stark zugenommen. Besonders deutlich wird dies z.B. in Serienproduktionen (sowohl in USA-Serien als auch deutschsprachige Produktionen) und Musikvideos. Als jugendkulturellem Orientierungsangebot dürfte derzeit deutschsprachigem Rap eine zentrale Stellung zukommen. Deutschsprachige Rap-Produktionen sind seit einigen Jahren anhaltend an der Spitze der Musikcharts und damit auch in der Mainstreamkultur sehr präsent. In den Songtexten, Musikvideos und weiteren Inszenierungen dieses Genres, hat der Konsum von illegalen Substanzen und insbesondere Cannabis eine zentrale Bedeutung.
- CannabiskonsumtInnen werden in USA-Serien und deutschsprachige Produktionen zunehmend nicht mehr als VertreterInnen von Randgruppen oder Subkulturen dargestellt, sondern kommen u.a. aus der Mittelschicht und der oberen Mittelschicht, und repräsentieren damit das gesellschaftlich erwünschte bzw. anzustrebende "gute Leben".
- Berichte und Artikel auf den Wirtschaftsseiten und Wirtschaftsformaten angesehener Zeitungen und Medien über den Aufschwung von Unternehmen und Start-Ups in Kanada und den USA, die Cannabisprodukte herstellen und deren Aktienentwicklung, Zukunftschancen und Marktstrategien etc., können als weitere Indizien für eine Normalisierung des Themas gesehen werden. Im deutschsprachigen Raum wird vorerst mit CBD-Produkten im öffentlichen Fernsehen geworben.
- Auf einer wissenschaftlichen Ebene werden die Befunde und Position zu Risiken und Problemen, die mit dem Konsum von Cannabis in einem Zusammenhang stehen, weiterhin sehr konträr diskutiert. Normalisierungsaspekte und –diskurse sind im Bereich der wissenschaftlichen Debatten seit vielen Jahren präsent z.B. Parker et al. (1998), Freitag und Hurrelmann (1999), Nutt et al. (2010). Populärwissenschaftliche journalistische Arbeiten z.B. Johann Hari (2015) haben besonders in den letzten Jahren große Aufmerksamkeit erfahren. Es kann davon ausgegangen werden, dass Teile der wissenschaftlichen Diskurse und vor allem die populärwissenschaftliche Diskussion auf das Alltagshandeln der Subjekte Auswirkungen zeitigt.
- Cannabiskonsum erhält auf unterschiedlichen Ebenen einen „ähnlichen“ Stellenwert wie Alkoholkonsum. Die Bedeutung des Cannabiskonsums wird von KonsumentInnen und

teilweise von ExpertInnen zunehmend mit Alkoholkonsum gleichgesetzt bzw. als Analogie verwendet, wenn nicht sogar als bessere Alternative betrachtet.

Entwicklungslinien und Veränderungen

1. **Gängige Cannabiskonsumtraditionen (-zuschreibungen, -ideologien, KonsumentInnen-bilder) sind in Auflösung begriffen.** In den ExpertInneninterviews wurden einige Gruppen von KonsumentInnen und Fallbeispiele dargestellt, die daraufhin gedeutet werden können, dass gängige Vorstellungen über KonsumentInnen von Cannabis in Auflösung begriffen sind. Die Unterschiede zwischen Stadt und Land, zwischen Bildungsniveaus und kulturellen Milieus (von Hippie-Symbolik und Bob Marley hin zu Rap, Gangsta und Mainstream-Kultur) flachen sich ab. Diese Entwicklung ist aber nicht durchgängig zu beobachten,
2. **Zunahme von KonsumentInnen ohne Cannabisideologie.** Berichtet wird weiterhin, dass der Konsum als Zeichen von Zugehörigkeit, als Mittel zur Distinktion in der Jugendgruppe oder zwischen Jugendgruppen oder als Möglichkeit die soziale Position in der Gruppe aufzuwerten, weiterhin hohe Bedeutung hat, doch gibt es einigen InterviewpartnerInnen zufolge mehr KonsumentInnen und Gruppen als früher, die Cannabis ohne große Stilisierung verwenden. Dies kann als weiterer Hinweis der Normalisierungsthese gesehen werden und ist auch der Verbreiterung des Cannabiskonsums zuzurechnen.
3. **Zunehmende Thematisierung von Cannabis als Medikament.** Die vorliegende Studie gibt viele Hinweise auf die zunehmende Bedeutung von Selbstmedikationsmuster mittels Cannabisprodukten.
4. **Cannabidiol (CBD): eine neue Karte im Spiel.** Das Auftauchen und die relativ schnelle Verbreitung von diversen CBD-Produkten, der Verbreitung von CBD-Verkaufsgeschäften und der Präsenz dieser Produkte in traditionellen und digitalen Medien können als weiterer Aspekte der „**Thematisierung von Cannabis als Medikament**“ gesehen werden.

Neue Risiken und Probleme?

- **„Sorgloser“ bzw. „risikoignorierender“ Umgang mit dem Konsum von Cannabis.** Einige InterviewpartnerInnen beschreiben, dass ein Teil der CannabiskonsumtInnen einen sehr sorglosen bzw. risikoignorierenden Umgang in Zusammenhang mit dem Konsum betreiben. Thematisiert werden die Bereiche **Konsum an öffentlichen und halböffentlichen Orten, geringes Problembewusstsein, der Erwerb** von Cannabis in einem illegalisierten Kontext (deviantes Milieu mit Gewaltthemen etc.). Weiters wird berichtet, dass verharmlosende **Fehlmeinungen und Mythen** über die Substanz weit verbreitet sind.

- Der Befund vom „sorglosen“ Konsum kann auch als fehlende Risikokompetenz verstanden werden: mangelnde Produktkenntnisse, wenig oder unzureichendes Wissen zu Risiken (physisch, psychisch, juristisch, verwaltungstechnisch⁴), zu Substanzkunde, zur Droge-Set-Setting Theorie, und zu risikoreduzierenden Strategien.
- Die alternative Deutung dazu geht davon aus, dass der Konsum von Cannabis zu einem Kristallisationspunkt für Generationskonflikte geworden ist. Provokantes Verhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, in diesem Fall auffälliges, sichtbares Konsumieren von illegalen Substanzen kann für diese Lebensphase als typisch verstanden werden, deren Stilmittel sich im Lauf der Zeit verändern. Illegale Drogen sind spätestens seit den 1960er Jahren als Symbol des Regelbruchs und der Rebellion ein wesentlicher Teil der Popkultur und Jugendkultur. Vor allem im Rap hat die Glorifizierung von Cannabis (und weiteren illegalen Substanzen) in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen.
- Ein Teil der InterviewpartnerInnen berichten, dass es zu einer Veränderung beim Probierkonsum/Einstiegsalter gekommen sei. Die ProbierkonsumentInnen sind demnach jünger geworden.
- Mit dem Anstieg und der Verbreiterung des Konsums und dem Auseinanderklaffen von Konsumpraxis und gesetzlicher Regelungen wird die Problematik des fehlenden KonsumentInnenschutzes bedeutsamer. Insgesamt rücken die Bereiche *harm reduction* und *safer use* in den Vordergrund: Wie lassen sich mögliche Schäden durch Cannabiskonsum mindern?

Vielfalt der KonsumentInnengruppen und die Ableitung von Risikofaktoren

Im Rahmen der „*Qualitativen ExpertInneninterviews*“ zeigte sich eine große Breite, Vielfalt und Pluralität von KonsumentInnengruppen. In der Auswertungsphase wurden eine Reihe von Typen von KonsumentInnen abgeleitet.

- ProbierkonsumentInnen
- KonsumentInnen mit einem gelegentlichen Konsum
- KonsumentInnen mit einem integrierten Konsummuster bzw. mit kontrolliertem Konsum
- KonsumentInnen mit riskanten Konsummustern
- Ehemalige polytoxikomane KonsumentInnen
- LebensabschnittskonsumentInnen (ExkonsumentInnen)

⁴ Im Zuge der verwaltungstechnischen Bearbeitung eines Delikts nach dem Suchtmittelgesetz können neben juristischen Folgen erhebliche weitere Folgen (Verwaltungskeule) für die KonsumentInnen von Cannabis, in bestimmten Fällen auch viele Jahre später, entstehen (Probleme beim Erwerb des Führerscheins, Probleme bei Grenzübertritt, Probleme bei der Arbeitssuche z.B. im öffentlichen Dienst, Probleme bei der Adoption eines Kindes etc.).

- Hedonistische KonsumentInnen (FreizeitkonsumentInnen)
- KonsumentInnen die sich an Jugendkulturen und Jugendszenen orientieren
- Psychonauten
- KonsumentInnen mit Copingmuster
- KonsumentInnen mit Selbstmedikationsmuster

In einem nächsten Schritt wurde im Sinne der „*problemfokussierten Ausrichtung des Forschungsdesigns*“ eine Reihe von Risikofaktoren abgeleitet. Diese nachfolgende Aufzählung ist als eine begrenzte „Auswahl“ von einer hohen Anzahl von möglichen Risikofaktoren zu verstehen, die auf den ExpertInneninterviews basiert, ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

- „Konsummuster“
- „Funktion des Substanzkonsums“ – Coping- und/oder Selbstmedikationsmuster
- „Bedeutung des Substanzkonsums“: Glorifizierung und Verherrlichung des Cannabiskonsums
- „Alter der KonsumentInnen“
- „(latente) Dispositionen für psychische Störungen“
- „Familiäre Risikofaktoren“
- Soziale Risikofaktoren wie „lokale Gemengelage“, „belastende Lebens- und Arbeitsbedingungen“, „Internatssituation“
- „Substanz“ bzw. „Produktsicherheit“
- „Labelingprozesse und Stigmatisierungseffekte“
- „Exklusion, Marginalisierung und soziale Ausgrenzung“ und in weiterer Folge „Verfolgung“
- „Fehlender KonsumentInnenschutz“

Diskussion

- Die Verbreiterung des Konsums von Cannabis bringt eine Ausdifferenzierung und Pluralisierung der Phänomene mit sich, die mit dem Konsum in Verbindung stehen, wie z.B. KonsumentInnengruppen und Nutzungsmuster, möglicherweise aber auch Probleme und Problemkonstellationen.
- Im Zuge der Verbreiterung des Konsums von Cannabis könnte auch der Anteil der KonsumentInnen mit geringer Risikokompetenz bzw. geringer Konsumkompetenz („unbedarfte User“) ansteigen.
- In diesem Zusammenhang rücken Probleme der Illegalisierung stärker ins Zentrum. Die Risiken der Illegalisierung des Konsums wie fehlender KonsumentInnenschutz, Risiken beim Erwerb, Labelingprozesse (Etikettierungsansatz) etc. können als Beispiele für die

negative Effekte der Illegalisierung verstanden werden. Fehlendes Wissen, hohes Ausmaß an Mythen und Fehlmeinungen, fehlende Möglichkeiten zur fachlichen Auseinandersetzung und Reflexion z.B. im Rahmen von suchtpreventiven Maßnahmen, hohe Wirkstoffgehalte sind weitere Aspekte, die damit in Verbindung stehen.

- Das Auseinanderklaffen von Konsumpraxis und gesetzlicher Regelungen soll hier als „lack of regulation“ (kontrafaktisches Recht) bzw. „cultural lag“ (Nachhinken des kulturellen Umgangs mit der tatsächlichen Entwicklung der Konsumpraktiken) bezeichnet werden. Hier erscheint der Normen-, Werte- und Bedeutungswandel des Konsums von Cannabis, vor allem auf der internationalen Ebene bedeutsam, der zunehmend auf lokaler Ebene wirksam wird.

4.2 ExpertInneninterviews zu Cannabis

4.2.1 Forschungsdesign

Die Erforschung des Konsums einer illegalen Substanz wie dies bei Cannabis der Fall ist, ist mit unterschiedlichen Schwierigkeiten konfrontiert. Zentrale Bedeutung kommt dem Phänomen der sozialen Wünschbarkeit zu, die das Antwortverhalten von befragten Personen stark beeinflussen kann. Deshalb wurde im Rahmen des begleitenden ExpertInnenpanels versucht „Bilder“ zu zeichnen, die auf ExpertInneninterviews mit VertreterInnen aus den Bereichen Jugendstreetwork, Jugendzentren, Suchtberatung, Jugendpsychiatrie, Sucht- und Drogenkoordination und Suchtmedizin, basieren.

Neben dem Aspekt des Über-Blicks, der vor allem durch einen quantitativen Zugang angestrebt wird, sollte durch den qualitativen Zugang der Ein-Blick in relevante Aspekte rund um das Phänomen verbessert werden.

Der gewählte Forschungszugang orientierte sich vorrangig an Prämissen der Grounded Theory, im Besonderen an denen von Strauss (1998) und Strauss und Corbin (1996) entwickelten Zugängen. Als zentrale methodische Prinzipien sind hier Offenheit des Forschungsprozesses, Parallelität von Datenerhebung und -auswertung, theoretisches Sampling und kontrastierender Vergleich zu nennen.

Zentrale Bedeutung nach Littig (2011), erhalten die ExpertInnen durch ihr spezifisches Wissen. „Was ExpertInnen für die Forschung interessant macht, ist in erster Linie ihr spezifisches Wissen, das sie im Laufe ihrer (beruflichen) Tätigkeiten erworben haben. ExpertInnen verfügen dabei nicht nur über (1) Sonderwissen im Sinne spezifischer fachlicher oder technischer Kenntnisse und (2) einem Wissen über Organisationsabläufe und -prozesse, sondern auch über (3) ein spezifisches Deutungswissen aus ihrem Tätigkeitsfeld.“ (Littig, 2011, 1) Gerade dieses Deutungswissen erscheint im Rahmen dieser Studie besonders relevant, sind doch im Zusammenhang mit dem Konsum einer illegalen Substanz die Deutungen in der Regel durch eine hohen ExpertInnendissens gekennzeichnet. Das sozialwissenschaftliche Interesse an ExpertInnen zielt nach Littig aber auch auf ihr spezifisches Kontextwissen über ein Forschungsfeld oder auf ihr organisationsinternes Betriebswissen über Strukturen, Handlungsabläufe und Ereignisse. ExpertInnen sind also InformantInnen, die über Wissen verfügen, das den ForscherInnen über andere Quellen nicht zugänglich ist, bzw. die einen privilegierten Zugang zu Wissen über bestimmte Personengruppen oder Entscheidungsprozesse hat und Verantwortung dafür trägt. (vgl. Littig 2008)

ExpertInnen verfügen über Gestaltungsmacht und/oder Deutungsmacht. Der Großteil der interviewten und quantitativ befragten ExpertInnen hat relativ wenig und stark eingeschränkte

Gestaltungsmacht inne, z.B. die Möglichkeit Dienstanweisungen zu erteilen. Auf der Ebene der Deutungsmacht sind möglicherweise mehr Spielräume und Möglichkeiten anzunehmen. Deutungsmacht „bezeichnet die Möglichkeit des Experten, die für die Interpretation von Phänomenen, die Legitimation von Entscheidungen und damit letztlich für die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit bestimmten Phänomenen maßgeblichen Begriffe und Konzepte zu liefern und durchzusetzen“ (Bogner 2005, S. 201 f. zitiert nach Littig 2008).

4.2.1.1 Interpretationen von Interpretationen

ExpertInnenwissen ist durch unterschiedliche Wissensformen gekennzeichnet, die in ihren unterschiedlichen lebensweltlichen Kontexten begründet sind. „Der Experte verfügt über technisches, Prozess- und Deutungswissen, das sich auf sein spezifisches professionelles oder berufliches Handlungsfeld bezieht. Insofern besteht das Expertenwissen nicht allein aus systematisiertem, reflexiv zugänglichem Fach- oder Sonderwissen, sondern es weist zu großen Teilen den Charakter von Praxis- oder Handlungswissen auf, in das verschiedene und durchaus disparate Handlungsmaximen und individuelle Entscheidungsregeln, kollektive Orientierungen und soziale Deutungsmuster einfließen.“ (Bogner und Menz 2005, S. 46 zitiert nach Littig 2008)

Die befragten InterviewpartnerInnen nehmen den Konsum bzw. die Probleme ihrer KlientInnen in einem institutionalisierten Kontext wahr. Arbeitsaufträge, Angebote der Einrichtung, oder die Qualität der Beziehungen zwischen den ProfessionistInnen und KlientInnen sind nur einige Aspekte, die die Wahrnehmungen stark beeinflussen. Hauptquelle ihres Wissens und ihrer Einschätzungen sind Gespräche mit KlientInnen: Aussagen und Beschreibungen über sich selbst und über andere, über ihr Leben und über die Welt. Aber auch die direkte Wahrnehmung, wie z.B. Anzeichen von akuten Intoxikationen, aggressives Verhalten etc. im Rahmen ihre Tätigkeit sind Bestandteil des Erfahrungshintergrundes der ProfessionistInnen. Gleichzeitig ist ein wichtiger Erfahrungsraum der ExpertInnen der professionelle Austausch im jeweiligen Berufsfeld. Dabei werden Erfahrungen interpretiert und in ihrer Bedeutung abgeglichen, auch werden Interpretationen anderer ExpertInnen übernommen und in der eigenen Arbeit angewendet. Vereinfacht kann man also sagen, dass die ExpertInnen ihre jeweilige institutionelle Brille aufhaben. Sie sehen, natürlich maßgeblich beeinflusst durch ihre KlientInnen, die Realität durch diese Brille.

Wichtig ist, dass der Cannabiskonsum in unterschiedlichen ExpertInnenkulturen anders wahrgenommen wird. Die Präformierung der Wahrnehmung und Erklärung durch das jeweilige Handlungsfeld der ExpertInnen ist maßgeblich für die Einschätzung der Situation zu einem Phänomen, in diesem Fall des Cannabiskonsums in Oberösterreich. Die Wirklichkeitswahrnehmung von ExpertInnen ist nicht zu trennen von deren Aufgabengebiet und deren institutioneller Einbindung in

Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten. Schon Daniel Warnotte und später Pierre Bourdieu sprechen in diesem Zusammenhang von einer spezifischen Ausprägung einer „déformation professionnelle“, einer berufsbedingten Entstellung (Einübung) der Wahrnehmung (Warnotte 1937). Jede Profession besitzt aufgrund ihres Selbstverständnisses, ihrer fachspezifisch begrenzten Erfahrungen und der habituellen Disposition ihrer Vertreter unterschiedliche Wahrnehmungsformen. Ebenso Einfluss hat das konkrete Handlungsfeld der ExpertInnen. Der Experte ist geprägt durch feldspezifisch auferlegte Relevanzen und kollektiv verfügbare Muster. Es besteht ein Unterschied, ob ein Sozialarbeiter in einer niederschweligen Suchthilfeeinrichtung oder im Jugendstreetwork tätig ist. Für die Interpretation von ExpertInneninterviews ist entscheidend, sich der Positionalität der ExpertInnenwahrnehmung stets bewusst zu sein.

Nicht zu vergessen ist aber auch, dass Wahrnehmen immer auch ein Projizieren ist, ein Projizieren der persönlichen und beruflichen Erfahrungen, der Werte und Einstellungen.

4.2.1.2 Problemfokussierte Ausrichtung“ des Forschungsdesigns

Im Vordergrund des Forschungsinteresses standen explorative (erkundende) und interpretative (deutende) Zugänge zum Gebrauch von Cannabis und den damit in Zusammenhang stehenden Problemen. Diese „problemfokussierte Ausrichtung“ des Forschungsdesigns ist auch durch ein suchtpreventives Forschungsinteresse begründet.

Die Auswahl der InterviewpartnerInnen für die ExpertInneninterviews orientierte sich also an der Fokussierung auf Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Dazu wurden im Zeitraum von November 2018 bis Oktober 2019 insgesamt 10 ExpertInneninterviews mit insgesamt 21 InterviewpartnerInnen (IP) durchgeführt.

Arbeitsbereiche der InterviewpartnerInnen und Anzahl der Interviews (Anzahl der Interviews in Klammer):

- Jugend-Streetwork (4),
- Jugendzentren (2),
- Suchtberatung (1),
- Jugendpsychiatrie (1),
- Suchtmedizin (1),
- Sucht- und Drogenkoordination (1).

Das kürzeste Interview betrug 59 Minuten, das längste Interview 105 Minuten. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug rund 79 Minuten. Alle Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und anschließend transkribiert.

4.2.2 Entwicklungslinien und Veränderungen

An diesem Punkt ist festzuhalten, dass im Forschungsvorhaben keine systematischen Vergleiche mit einem vorangegangenen Zeitpunkt t0 möglich waren. Im Forschungsverlauf sind aber viele Aspekte von Entwicklungen und Veränderungen in den Interviews gestützt und ungestützt angesprochen worden. Weiter Aspekte von Entwicklungen und Veränderungen wurden in der Auswertungsphase deutlich. Nachfolgend werden zentrale Aspekte dargestellt:

4.2.2.1 Größere Sichtbarkeit des Konsums (auch in öffentlichen- und halböffentlichen Bereichen)

Vor allem ProfessionistInnen aus den Bereichen Jugendstreetwork und Jugendzentren berichten von einer größeren Sichtbarkeit des Cannabiskonsums. Seit einigen Jahren, mehrheitlich berichten die InterviewpartnerInnen, seit zwei- bis drei Jahren (manche InterviewpartnerInnen sprechen von vier bis acht Jahren), wird von einer Veralltäglichsung des Konsums von Cannabis berichtet, die vor allem durch eine größere Sichtbarkeit des Konsums auch in öffentlichen- und halböffentlichen Bereichen wahrgenommen wird.

IP 1: „Also sichtbarer Konsum im öffentlichen Raum nimmt auch zu, also da gibt es ein paar Leute, die sind da wirklich sehr gleichgültig unterwegs, also seit zwei, zwei-einhalb Jahren, dass wir da selber einen Anstieg wahrnehmen.“

IP 2: Die rauchend durch die City gehen, bei der Bushaltestelle stehen, also ohne Genierer.“ (...)

I: Wenn du sagst Hype, kannst du das noch ein bisschen explizieren, was das ist?

IP 1: Also Hype jetzt gar nicht so in einem Sinn, dass so ein Kult rundherum entwickelt wird, sondern schon, dass der Konsum und so, dass das so alltäglich geworden ist für viele Jugendliche.

IP 2: Es ist so legitim, wie wenn du eine Zigarette rauchst.

IP 1: So „was ist schlimm daran?“. Ein sehr verharmlosender Zugang, es ist gesünder wie Alkohol, es ist gesünder wie Zigaretten.“ Interview 1, S. 1

IP 1: „Es ist ja immer mehr so, dass sie sich zum Kiffen auch gar nicht mehr verstecken, das ist schon so normal, dass es bei der Bushaltestelle vor der Schule gemacht wird. Ich sag dann: Seit ihr denn noch?“ Interview 5, S. 6

IP 1: „Ich glaube der größte Unterschied für uns ist jetzt tatsächlich die Wahrnehmbarkeit im öffentlichen Raum. Das die aus unserer Sicht schon „gscheit“ gestiegen ist. Auch von dieser Art von Normalität, dass das ganz normal ist, sich da hinzustellen und zu rauchen.“ Interview 1, S. 19

4.2.2.2 „Sorgloser“ bzw. „risikoignorierender“ Umgang mit dem Konsum von Cannabis

Der Großteil der InterviewpartnerInnen (aus fast allen befragten Arbeitsbereichen) beschreibt, dass ein Teil der CannabiskonsumentInnen einen sehr sorglosen bzw. risikoignorierenden Umgang im Zusammenhang mit dem Konsum betreiben. Thematisiert werden die Bereiche **Konsum an öffentlichen und halböffentlichen Orten**, **geringes Problembewusstsein**, der **Erwerb** von Cannabis in einem illegalisierten Kontext (deviantes Milieu mit Gewaltthemen etc.). Weiters wird berichtet, dass verharmlosende **Fehlmeinungen und Mythen** über die Substanz weit verbreitet sind.

InterviewpartnerInnen aus einem Jugendzentrum nehmen seit ca. zwei Jahren eine starke Veränderung wahr. Berichtet wird, dass der Konsum von Cannabis bei einem relativ großen Anteil der KlientInnen **„etwas alltäglicher geworden ist“**, dass auch in öffentlichen Bereichen konsumiert wird, z.B. Straßenbahnhaltestelle, im Bereich eines Supermarkts etc., dass der regelmäßige Konsum stark zugenommen hat und **„es ist wirklich auffällig wie unbekümmert sie damit umgehen“**.

IP 2: „Ich bin seit zwei Jahren da (an der Einrichtung beschäftigt) und ich habe vorher in einem anderen Jugendzentrum in einem anderen Stadtteil gearbeitet. So wie es da ist, habe ich das auch überhaupt nicht gekannt, gar nicht. Weil erstens sie gehen mit ihrem Konsum finde ich voll offen um, und das ist für sie so das normalste auf der Welt ... „Was haben wir für ein Problem damit, wenn sie eingeraucht sind?“ Interview 6, S.2

IP 2: „Und sie haben keine Ahnung über die Wirkung, oder kaum, sehr wenig. Habe ich das Gefühl, was sie erwarten, welche Wirkung eintritt, relativ wenig Plan.“ Interview 7, S. 10–11

4.2.2.2.1 Geringes Problembewusstsein und hohe Akzeptanz von Cannabis

Ein Interviewpartner aus dem Bereich der Suchtmedizin berichtet, dass das Problembewusstsein bei manchen PatientInnen geringer wird und damit verbunden die Motivation zur Beendigung des Cannabiskonsums sinkt.

IP 1: „Und wir haben tendenziell eher in den letzten Jahren die Erfahrung gemacht, dass das Problembewusstsein, jetzt was Cannabis anbelangt, weniger wird. Also ich denke, das hat sehr viel auch mit der öffentlichen Diskussion von Cannabis jetzt zu tun, die geführt wird. Es gibt von uns Patienten, die haben eine Bereitschaft, ihr Alkoholproblem, ihr Benzodiazepinproblem, ihr Opioidproblem anzugehen, aber das Cannabis, das bleibt so quasi unangetastet. Wo Leute z.B., die bei uns eine Entwöhnungsbehandlung für Alkohol, jetzt in Bad Hall oder bei uns an der Tagesklinik machen, also für die Zeit fordern wir, dass sie substanzfrei sind, d.h. auch inklusive kein Cannabis. Aber wo ganz klar das Statement kommt, nach der Behandlung wird der Cannabiskonsum wieder fortgeführt. Weil sie da eben wenig Problembewusstsein haben.“ Interview 10, S. 11–12

Der Interviewpartner resümiert im Kontext einer hohen Verfügbarkeit von Cannabis, die größer gewordene Akzeptanz.

IP 1: „Ich denke, es ist ganz allgemein die Akzeptanz des Cannabiskonsums größer geworden.“ Interview 10, S. 26

4.2.2.2.2 Verharmlosende Fehlmeinungen, Glorifizierung und Verherrlichung des Cannabiskonsums

Interviewpartner aus unterschiedlichen Arbeitsfeldern berichten von problematischen Fehlmeinungen und Mythen und Verharmlosungen riskanter Aspekte des Konsums von Cannabis. Als Hinweis für verharmlosende Fehlmeinungen und Mythen und deren mögliche Implikationen, soll eine Interviewpassage aus dem Bereich Suchtberatung dargestellt werden:

IP 2: „Und das finde ich ja relativ spannend, diese Geschichte, ja, so Cannabis und so irgendwie eine harmlose Substanz und das kann man konsumieren und du wirst nicht abhängig davon, ja. Und ich finde das ja eigentlich relativ diffizil, weil so über die Harmlosigkeit, ja, kann es sich einfach auch irrsinnig leicht einschleichen, kann es sich relativ leicht irgendwie schon ins Leben einschleichen, weil es sich gut integrieren lässt einfach. Ja, weil man das ja lang konsumieren kann, ohne, dass es so wahn-sinnig auffällt irgendwie.“ Interview 8, S. 14

Ein Interviewpartner aus dem Bereich der Suchtmedizin beschreibt, dass bei den PatientInnen sehr oft eine dualistische Bedeutungszuspitzung von Cannabis wahrnehmbar ist:

IP: „(...) Cannabis, das wird bei uns sehr, sehr oft entweder total verherrlicht, oder die andere Gruppe, die halt schon negative Erfahrungen gehabt hat, mit Ängsten, mit Verfolgungsideen, mit psychotischen Zuständen, die meiden das sprichwörtlich wie der Teufel das Weihwasser.“ Interview 10, S. 18–19

4.2.2.2.3 Erwerb von Cannabis in einem illegalen Kontext

Der Erwerb von Cannabis kann aufgrund des illegalisierten Kontextes z.B. durch ein deviantes Umfeld in Schwarzmarktbereichen, mit diversen Risiken z.B. Gewalterfahrungen verbunden sein. Von InterviewpartnerInnen aus dem Bereich der Sucht- und Drogenkoordinationen wurde der Erwerb von Cannabis von besonders jungen KonsumentInnen thematisiert.

IP 3: „Oder auch der Ankauf, (...) diese Rückmeldung oder die Verwunderung, wie sorglos der erste Ankauf passiert, wie unbedacht sie da irgendwo hinfahren, weil sie gehört haben, dass es da etwas gibt, und das beim ersten Mal oder der erste Konsum noch nicht einmal stattgefunden hat und nicht irgendwie über den Freundeskreis, dass man mal etwas bekommt. Sondern, dass sie bewusst wohin fahren, (...).

(...)

IP 1: Die gehen richtig einkaufen.

IP 2: Und die fahren auch weit, also meine Innviertler, die fahren auch nach Linz, weil da haben sie jetzt gehört beim Bahnhof bekommt man etwas.

IP1: Ja, und das thematisiere ich und wir alle auch ganz stark, so diese Rückmeldung, wie ist das, wie läuft das, gibt es da irgendwie Angst beim Kauf. Und da kommen dann wirklich immer die Antworten, also nein, das macht man dann einfach. Das ist wie halt einkaufen gehen. Das erlebe ich so, weil ich schaue da recht genau drauf beim Gespräch. Und da merke ich, das ist so oft unbedacht.“ Interview 7, S. 10–11

IP 3: „Was mir noch auffällt, weil ich habe ja das Mühlviertel, ich finde es oft erschreckend wie niedrig die Hemmschwelle ist, das man alleine zu Hotspots fährt, weil man gehört hat, dass man dort Drogen bekommt und sich dann hinstellt, als 13-Jährige und sich von, ich sage das jetzt einmal vorurteilsbehaftet, einen Asylwerber ansprechen lässt, mit dem Hintergrund, dass man dann ein Geschäft macht mit dem und dann wieder heimfährt ins obere Mühlviertel und sich was besorgt. Das erschreckt mich schon sehr, weil ich mir denke, das hat es früher nicht gegeben, sage ich jetzt einmal. Also die Jugendlichen wissen mittlerweile ganz genau, wo sie ihre Sachen besorgen können, selbst wenn sie jemand nicht kennen, man muss jetzt nicht

unbedingt in einer gewissen Szene sein, damit man sich ein Cannabis besorgt, weil man eh weiß wo man hinfahren muss in Linz. Und man muss nicht einmal jemand kennen, das erschreckt mich schon. Und auch, dass man das dann einfach tut.“
Interview 7, S. 29

4.2.2.2.4 Diskussion

Wie können die obigen Beschreibungen und Befunde der ProfessionistInnen verstanden bzw. gedeutet werden? Der Befund vom „sorglosen“ Konsum kann, aus einer suchtpreventiven Position, auch als **fehlende Risikokompetenz verstanden werden**: Thematisiert werden von den InterviewpartnerInnen u.a. die Bereiche **Konsum an öffentlichen und halböffentlichen Orten**, der **Erwerb von Cannabis in einem illegalisierten Kontext** (deviantes Milieu mit Gewaltthemen etc.), **mangelnde Produktkenntnisse, wenig oder unzureichendes Wissen zu Risiken** (physisch, psychisch, juristisch, verwaltungstechnisch), zu Substanzkunde, **zur Droge-Set-Setting Theorie** und **zu risikoreduzierenden Strategien**. Weiters wird berichtet, dass verharmlosende **Fehlmeinungen und Mythen** über die Substanz weit verbreitet sind. Diese Deutung bezieht sich stark auf die individuelle Ebene und problematisiert vordergründig individuelle Defizite. Suchtpreventive Ansätze verweisen aber auch immer auf die strukturellen Aspekte individuellen Handelns, personaler Kompetenzen und biographischer Entwicklung. Der illegale Status des Konsums verunmöglicht in vielen Bereichen gängige suchtpreventive Angebote um Risikokompetenzen oder Drogenmündigkeit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu stärken.

Als alternative Sichtweise dazu, kann der Befund eines „sorglosen“ Konsums als Aspekt des Generationenkonfliktes verstanden werden. Generationenkonflikt meint hier, dass mögliche Probleme, in diesem Fall Probleme im Zusammenhang mit Substanzkonsum, einseitig auf Jugendliche und junge Erwachsene projiziert werden, und gleichzeitig Probleme bei (älteren) Erwachsenen ausgeblendet bzw. negiert werden. Provokantes Verhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, in diesem Fall auffälliges, sichtbares Konsumieren von illegalen Substanzen kann hier als typisch für diese Lebensphase verstanden werden, deren Stilmittel sich im Lauf der Zeit verändern.

Im Rahmen des Entwicklungsaufgabenansatzes werden Entwicklungsaufgaben als Anforderungen und Erwartungen an das persönliche Verhalten verstanden. Die Entwicklung von sozialen Kontakten und Entlastungsstrategien ist hier eine Entwicklungsaufgaben der individuellen Dimension. „Diese Kompetenz umfasst auch den angemessenen Umgang mit Nahrungs- und Genussmitteln sowie die selbstbestimmte Nutzung von Medien zur individuellen Bereicherung.“ (Hurrelmann und Quenzel, 2016 S. 26)

Nach Silbereisen ist jugendlicher Konsum von psychoaktiven Substanzen „Ausdruck des Bemühens, persönliche Faktoren und Umweltbedingungen in der Entwicklung zu koordinieren, um mit den biologischen Änderungen Schritt zu halten“ (Silbereisen, 1998 zit. nach Gingelmair et al. 2015, S. 180) Silbereisen plädiert dafür den Umgang mit psychoaktiven Substanzen als eine wichtige Entwicklungsaufgabe der Adoleszenz in unsere Kultur zu begreifen (Gingelmair et al. 2015, S. 181)

Der (Probier)–konsum von psychoaktiven Substanzen kann als bedeutsamer Aspekt verstanden werden, „einen selbstständigen und an den eigenen Bedürfnissen und Interessen ausgerichteten Umgang mit allen Angeboten des Wirtschafts–, Freizeit– und Mediensektors und seinen vielfältigen Entspannungs–, Selbsterfahrungs– und Unterhaltungsprogrammen einschließlich seiner finanziellen Kosten einzuüben.“ (Hurrelmann und Quenzel, 2016 S. 27)

Fehlmeinungen und Mythen über illegale Substanzen sind ein Dauerthema in der Suchtprävention. Im Zeitalter von „Fakenews“ sind sie zentraler Bestandteil unterschiedlichster Diskurse. Wissensbestände um relevante und wichtige Aspekte rund um den Konsum von illegalisierten Substanzen können aber nicht unbedingt mit anderen alltäglichen Wissenbeständen gleichgesetzt werden. Der Status der „Illegalität der Handlung“ verschärft die Dilemmata von Glaubwürdigkeit, Vertrauenswürdigkeit und Akzeptanz. Relevantes explizites und implizites Wissen bei den KonsumentInnen illegaler Substanzen ist vermutlich auch sehr unterschiedlich verteilt.

Die Begriffe „verharmlosende Fehlmeinungen“ und „verharmlosende Mythen“ sind aber mit Vorsicht zu verwenden. Die Diskussionen um den Konsum von Cannabis können als „ideologisch hoch aufgeladene“ Kämpfe bezeichnet werden. Ideologische Unterschiede und unterschiedliche Prämissen werden von den Diskursparteien vielfach als Fehlmeinung oder z.B. als Propaganda und Mythen der anderen Seite abgewertet.

In den ExpertInneninterviews wurden verschiedene Aspekte angesprochen die den „sorglosen Umgang“ begünstigen können. Dazu zählen wie oben dargestellt Fehlmeinungen, Drogenmythen, Glorifizierung und Verherrlichung, fehlendes Wissen, aber auch fehlende Erfahrungen und Orientierungswissen zu relevanten Bereichen.

Unklarheit und Uneindeutigkeit von (möglichen) Konsequenzen im Zusammenhang mit Cannabiskonsum. Besondere Bedeutung kommt hier dem Aspekt zu, dass strafrechtliche und verwaltungsrechtliche Konsequenzen bei den konsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen vielfach unklar sind. Mögliche Konsequenzen des Konsums von Cannabis auf der Ebene der Verwaltung („Verwaltungskeule“) sind selbst für ProfessionistInnen in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern oft schwer durchschaubar, da die Praxen z.B. regional sehr unterschiedlich gehandhabt werden können.

4.2.2.3 Anstieg des Konsums (Anzahl der KonsumentInnen)

Berichte und Daten über die Entwicklung des Konsums einer illegalen Substanz sind immer mit Vorsicht zu interpretieren. Der Befund ist aber in fast allen Bereichen ablesbar, die Interpretation und Zusammenführung der unterschiedlichen Datenquellen liefert sehr starke Hinweise für einen Anstieg des Cannabiskonsums.

Die Mehrzahl der ExpertInnen berichten von einem eindeutigen Konsumanstieg (Anzahl der KonsumentInnen) in den letzten Jahren, manche ExpertInnen berichten von Hinweisen und Indizien für einen Konsumanstieg, andere ExpertInnen können hingegen einen Anstieg nicht eindeutig bestätigen. Zur Interpretation der ExpertInnenaussagen ist das jeweilige Arbeitsfeld und die konkrete Ausrichtung und Organisation des Arbeitsbereiches von hoher Bedeutung. Hier erscheinen zwei Aspekte besonders relevant:

1. **Zu welchen Teilbereichen bzw. Ausschnitt von Jugendlichen und jungen Erwachsenen haben die ProfessionistInnen Kontakt?** Arbeitsauftrag, Vorgaben der Finanzgeber, einrichtungsspezifische Praxen, organisatorische Ausrichtungen, lokale Besonderheiten etc. wirken als eine Art institutionelle Filter und Selektionsmechanismen für die jeweiligen Einrichtungen. So weisen z.B. KlientInnen aus dem Bereich Jugendstreetwork in der Regel geringeren sozioökonomischen Status auf, als Jugendliche und junge Erwachsene der Gesamtbevölkerung auf.
2. Welchen Einblick in die Lebenssituation und die Biographie der KlientInnen bzw. PatientInnen können die ProfessionistInnen erhalten: Die oben exemplarisch angeführten Bedingungen der konkreten Aufgabenstellung formen ebenfalls die Wahrnehmungsmöglichkeiten der ExpertInnen. ProfessionistInnen aus dem Bereich Jugendstreetwork begleiten z.B. in manchen Fällen Jugendliche und junge Erwachsene über mehrere Jahre und gewinnen dadurch einen sehr tiefen Einblick in die Lebenssituation und die Gesamtheit der biographischen Entwicklung der jeweiligen KlientIn. Auf der anderen Seite haben InterviewpartnerInnen aus dem Bereich Drogenkoordination nur einen relativ kurzen Kontakt mit den KlientInnen, die zudem durch die Kriminalisierungspraxis und behördliche Verfahren sehr stark selektiert wurden.

Der folgende Interviewauszug zeigt sehr anschaulich den Reflexionsprozess zweier InterviewpartnerInnen aus dem Streetworkbereich über die Hinweise für einen Anstieg der KonsumentInnenzahlen und die erhöhte Sichtbarkeit des Konsums.

*IPI: „Also ob es insgesamt (ansteigt) ... das ist eine schwere Frage, (...) da wir keine genauen Aufzeichnungen haben, können wir jetzt nicht einmal sagen, ob es jetzt tatsächlich mehr wird. **Sichtbarer für uns wird es auf alle Fälle. Thematisch wird es***

mehr. Und meine Einschätzung wäre schon, dass es eine breitere Akzeptanz entwickelt hat. Und dadurch auch mehr sind, die das tatsächlich konsumieren, oder das zumindest einmal ausprobieren. Zumindest in unserem Spektrum von Jugendlichen mit denen wir arbeiten.

IP2: Du merkst das ja auch im öffentlichen Raum, wenn du so rundum gehst und schaust wo die Platzerl sind, die Indizien einfach auch auf dem Boden liegen. Die „Baggies“ oder halt die leeren Filter von den Zigaretten oder eh die „Papers“ selber, die dann auf diesen Nischen, wo sie sich dann halt treffen oder zusammensetzen, die dann auch wahrnehmbar sind.“ Interview 1. S. 3

IP1: „Also ich würde sagen in dreierlei Hinsicht, das eine, in unserer Szenepräsenz, die Wahrnehmung, dass es sichtbarer ist, dass geraucht wird, dass es auch durchaus vor uns geraucht wird, dass Sachen herumliegen, die eindeutig dafür sprechen, dass sich dort Leute zum Kiffen getroffen haben. Also rein von der Wahrnehmung, finde ich, wird es mehr. In den Gesprächen ist es öfters Thema, weil es viele Jugendliche beschäftigt, auch die Geschichte für die Jugendliche, für die das so gar nicht in Frage kommt, die selbst so den Eindruck haben, es kifft ja so und so schon jeder.

IP 2: Die sich auch ein bisschen Sorgen machen um die Leute, was hat das für Auswirkungen?

IP 1: Und das dritte ist jetzt rein von der konkreten Arbeit, was Einsprüche betrifft, Delikte im Zusammenhang mit dem Führerschein und so Geschichten, die da passieren, oder Begleitungen, oder Anfragen, zu dem was das überhaupt ist, diese Einladung zu der Gesundheitsbehörde, dieses Gespräch, dass da jetzt eingezogen ist. Was das leicht ist, das kommt schon auch immer wieder vor, weil sie es halt nicht wissen was passiert da jetzt genau.“ Interview 1. S. 4

4.2.2.4 Gängige Cannabiskonsumtraditionen (–zuschreibungen, –ideologien, KonsumentInnenbilder) sind in Auflösung begriffen

In den Interviews wurden einige Gruppen von KonsumentInnen und Fallbeispiele dargestellt, die daraufhin gedeutet werden können, dass gängige Vorstellungen über KonsumentInnen von Cannabis teilweise in Auflösung begriffen sind. Die Unterschiede zwischen Stadt und Land, zwischen Bildungsniveaus und kulturellen Milieus (von Hippie-Symbolik und Bob Marley hin zu Rap, Gangsta und Mainstream-Kultur) flachen sich ab. Diese Entwicklung ist aber nicht durchgängig zu

beobachten, da zugleich Ausdifferenzierung von Gruppen und Stilen stattfindet und damit vermutlich auch Ausdifferenzierung von tradierten kulturellen Formen und Mustern.

IP: „Und z.B. auch rechte Jugendliche, die bei Pegida mitgehen, die kiffen. Da hat einmal einer bei uns zwei Stunden lang über Ausländer ausgehaut (geschimpft) und hat dann gesagt: wählen kannst eh nur eine Partei, das ist eh ganz klar. Und dann sagt er: Ja, die Grünen. (...) Er hat gesagt, weil das sind die einzigen, die für das Kiffen sind. Obwohl, ich habe ihn ein Jahr später gefragt, ob er sie wirklich gewählt hat und er hat nein gesagt, weil er zum Kiffen aufgehört hat.“ Interview 2, S. 25

IP: „Es ist gemischt, komplett. Es vereint die Leute. (...) Und auch das Bild von einem Kiffer, also dieses linke, alternative, gesellschafts-kritische, das hat man so gehabt. Da hat man gewusst, warum die Pflanze ein wenig verteufelt wird. Aber das hat sich komplett gewandelt. Das ist durch alle Schichten durch.“ Interview 2, S. 25

4.2.2.5 Kein bzw. wenig Kult um den Konsum – stilisierter Konsum, distinktiver Konsum

In mehreren Interviews wurde darauf eingegangen, dass der „Kult um Cannabis“ weniger geworden ist. Berichtet wird, dass der Konsum weiterhin als Statussymbol, zur Distinktion in der Jugendgruppe oder als Zeichen von Zugehörigkeit weiter hohe Bedeutung hat, doch gibt es einigen InterviewpartnerInnen zufolge mehr KonsumentInnen und Gruppen als früher, die Cannabis ohne große Stilisierung verwenden.

*IP 1: „Ich glaube diese Tatsache spiegelt auch wider, was wir gesagt haben, dass es eben **nicht so einen Kult um das Cannabis gibt, das ist meins, das brauche ich einfach, das gehört dazu.** Eher so, ist es da, ist es da, ist es nicht da, ist es nicht da. Ich glaube, dass das für sehr viele Jugendliche so ist. **Ja, wenn es irgendwie leicht geht.***

I: Das finde ich sehr sehr interessant, weil, das ist für mich schon jetzt ein anderes Bild. Also dass es keine Kernszene ist.

IP 1: Ja, das ist keine Kernszene. Natürlich wenn wir jetzt wieder hingehen zu den regelmäßigen Konsumenten, wo das wirklich teilweise Alltag ist und beim Tagesablauf, da ist das natürlich eh etwas anderes. Aber wenn wir über die breite Masse der Gelegenheitskonsumenten reden. Je mehr das es gibt, desto mehr wird auch konsumiert. Und je weniger es gibt, dann gibt es halt nichts.“ Interview 1. S. 22

Die nachfolgende Interviewpassage beschreibt die Entwicklung, die als "unstilisierte Cannabiskonsum" bezeichnet werden soll. Diese KlientInnen zeigen eine "pragmatisch-hedonischen" Zugang zum Konsum.

IP: „Ich habe das Gefühl, sie kiffen gerne und das reicht. Dass sie sich recht viel informieren, ist das jetzt Indoor oder Outdoor, Sativa, irgendwie, das ist ihnen wurscht.

I: Das ist jetzt keine Kifferkerngruppe, die sich damit beschäftigt.

IP: Genau. Die Spezialisten waren eher früher, die haben ein technisches Equipment gehabt. Ich glaube, heutzutage reichen Weed, Tabakpapier und ein Clipper (Feuerzeug). Das reicht ihnen. (...) da wird gerne gekifft und fertig.

I: Aber das war vor einigen Jahren auch nur eine Subgruppe. Ja, die Avantgarde.

IP: Ja, die haben sich so gebrüstet und Hollandurlaub und Fotos hergezeigt und der Vaporizer⁵ oder ist der besser, der Große und das Gras und so. Aber die, die rauchen einfach. Und wirklich nur rauchen. Es isst auch keiner mehr, Kekse, Butter, nichts, trinken, nichts. (...) Man merkt, es kommen ganz viele Slangwörter für Tüten. Also es geht wirklich um Tüten. (...) Die sagen: Ich will Gras, ich will rauchen, fertig, danke.“ Interview 2, S. 29–30

4.2.2.6 Verfügbarkeit

In den letzten Jahren werden Veränderungen von fast allen InterviewpartnerInnen aus dem Bereich Jugendstreetwork auf der Ebene der Verfügbarkeit wahrgenommen.

IP 2: „Ja, nur was sich, meiner Meinung nach, doch ein wenig verändert hat, **ist die Verfügbarkeit draußen auf der Straße, wo man es wirklich sieht**. Also wo wirklich relativ offen gedealt wird, also in den Hotspots.“ Interview 3, S. 3

IP: „Aber von der Versorgung, da gibt es meistens etwas. Also, dass Leute über Engpässe klagen, das gibt es gar nicht, fast gar nicht mehr.“ Interview 2, S. 26

Die Berichte der ExpertInnen bezüglich der Qualität des Cannabis auf dem Schwarzmarkt divergieren. Aus dem Streetworkbereich berichten einerseits Interviewpartner das **fast ausschließlich Gras**, „in relativ guter Qualität und relativ stark“ konsumiert wird.

⁵ Gerät zur Verdampfung von Wirkstoffen.

IP 2: „Was es jetzt gar nicht mehr gibt ist so verfügbar auf der Straße, also kein Dope, kein Kit, das ist alles nur mehr Gras. Das war früher umgekehrt, da hat es viel mehr Harz gegeben und jetzt gibt es viel mehr Gras.“ Interview 3, S. 3

Andererseits berichten InterviewpartenrInnen aus unterschiedlichen Bereichen (Jugendzentrum, Jugendstreetwork, Suchtberatung) von starken Verunreinigungen und gesundheitsschädlichen Beimengungen und insgesamt eher schlechten Qualitäten.

IP 1: „Die machen das halt, aber seit sie angefangen haben, fast täglich, also wenn sie es aufstellen können, d.h., die von XY fahren ja alle her, Turmstraße, (...), kaufen sich da ihre Sachen, natürlich mieseste Qualität. Da haben sie dann schon alles Mögliche untergemischt gehabt bei den Sachen die sie kaufen. Interview 5, S. 1

IP 1: „Ja, sie kaufen es sich ja wirklich von den Dealern bei der Turmstraße. Den sehen sie ein, zwei Mal, von dem kaufen sie es sich und natürlich, da waren schon Bleikugler mit drinnen oder es ist Taft hinaufgesprüht oder lauter so komische Sachen. Ich bin ja froh, dass sie kein Rattengift dazuhauen. Also wirklich einfach irgendwas was das Sackerl schwerer macht. Und sie kaufen ja wirklich, sie kaufen ja ein Gramm bis zu 20 Euro.“ Interview 5, S. 42

Der Bezug aus dem Internet erscheint nur für einen relativ kleinen Teil der KonsumentInnen möglich. Die Qualität wird aber eher höher eingeschätzt als übliche Schwarzmarkqualitäten.

IP 1: „Es kommt darauf an, wo sie die Sachen herbeziehen. Also die Leute, die aus dem Internet bestellen, die haben eindeutig eine extrem gute Qualität. Das ist extrem stark.“ Interview 5, S. 42

Das möglicherweise erhöhte Risiko bei der postalischen Zustellung von Cannabis eine Anzeige nach dem Suchtmittelgesetz zu erhalten, wird durch das Versprechen, eine besser Qualität zu erhalten, von manchen KlientInnen eingegangen.

IP 1: „Und die es im Internet bestellen, das sind dann schon eher die Älteren, so mit 16, da sind sie dann soweit, weil sie müssen es ja auch irgendwo hinliefern lassen, das ist halt schon extrem hohe Qualität. Da merkst halt auch den Unterschied wenn sie da einen geraucht haben und sie kommen herein, siehst du es ihnen extrem an (...) Das Risiko gehen sie trotzdem ein. Da denken sie oft nicht so weit. Und woanders kriegen sie es entweder nicht oder voll die schlechte Qualität und da kriegen sie halt halbwegs, wenn sie da einmal eingestiegen sind und das gesehen haben, was sie da für ihr Geld kriegen und was sie auf der Straße für ihr Geld kriegen, dann ist die Entscheidung klar.“ Interview 5, S. 42

Ein Interviewpartner aus dem Bereich Jugendstreetwork berichtet, dass die KlientInnen in der Regel wenig Ressourcen und fehlende Kompetenzen für den Bezug aus dem Internet (Darknet) mitbringen.

IP 1: „(...) Weil für viele Jugendliche, mit denen wir arbeiten, wäre es viel schwieriger den Thorbrowsers herunter zu laden und im Darknet was zu suchen, Bitcoins zu haben, mit denen sie zahlen. Also da brauchst du ein Knowhow und ein Wissen dazu. Ja, sie sagen immer heutzutage ist es so leicht sich im Internet Sachen zu bestellen, ja wenn ich das alles weiß und das habe, dann ist es leichter. Aber wenn ich das Knowhow nicht habe, die Hardware nicht habe, dann bin ich trotzdem auf die analogen Strukturen angewiesen.“ Interview 1, S. 21

Eigenanbau (Homegrow) spielt nach Wahrnehmung der InterviewpartnerInnen bei den KlientInnen von Jugendstreetwork und Jugendzentren keine große Rolle. Die Klienten leben zum großen Teil noch bei den Eltern, oftmals in beengten Wohnverhältnissen. Da der überwiegende Anteil der Eltern dem Cannabiskonsum stark ablehnend gegenübersteht (hier besonders in migrantisch-konservativen Kulturen) kommt ein Anbau so die InterviewpartnerInnen nicht in Frage. Bei älteren KlientInnen, die eine eigene Wohnung besitzen, fehlen oftmals die finanziellen und logistischen Ressourcen für einen eigenen Anbau.

IP 2: „Und es ist heutzutage viel aus Eigenanbau, irgendwelche Homegrown-Geschichten. Das ist aber bei unserem Klientel nicht so, die kaufen es eher auf der Straße. Und da aber hauptsächlich Gras. In relativ guter Qualität und relativ stark. Das hat sich halt auch in den letzten Jahren so entwickelt, das wisst ihr wahrscheinlich besser wie wir.“ Interview 3, S. 3

IP 1: „Eigenanbau ist bei uns, kann man sagen, kein Thema.

IP 2: Haben wir einmal gehabt.

I: Da brauchst du ein eigenes Heim.

IP1: Da brauchst du mehr Know-How, eine Wohnung, mehr Ressourcen. Mit den Jugendlichen, mit denen wir arbeiten, die wohnen oft sehr lange auch daheim im Elternhaus, das heißt sie haben keine eigenen Räumlichkeiten, da ist das weniger Thema. Auch aufgrund von der Know-how-Geschichte. Da musst du wirklich dann so viele Sachen mitdenken und aufpassen.

IP2: Das erklärt auch ein bisschen, warum die Leute dann auch im öffentlichen Raum konsumieren, weil sie das daheim bei den Eltern nicht machen können, oder verpönt ist, weil es ‚Haram‘ ist.“ Interview 1, S. 2

4.2.2.7 Applikations- und Konsumformen

Die ExpertInnen aus dem Bereich Jugendstreetwork wurden zu den gängigen Applikations- und Konsumformen befragt. Die nachfolgenden Interviewpassagen beschreiben für das Klientel typische Konsumformen, in der ein unaufwändiger und pragmatische Konsum in Form der Tüte (Joint) im Vordergrund steht.

IP: „(...) Also Bong⁶ ist überhaupt nicht mehr so das Thema. Das war auch früher, so Bong und Vaporizer und so richtig spezialisierte Leute waren die Älteren (...). Weil, das war mit der Shisha, da haben sie geshishert, aber geraucht (Cannabis) haben sie nur Tüten. Also so kommt es mir vor.“ Interview 2, S. 10–11

IP: „Es isst auch keiner mehr, Kekse, Butter, nichts, trinken, nichts. (...) Man merkt, es kommen ganz viele Slangwörter für Tüten. Also es geht wirklich um Tüten. (...) Die sagen: Ich will Gras, ich will rauchen, fertig, danke.“ Interview 3, S. 30

IP 2: „Joint und Hüter⁷. Also Vaporisator ist überhaupt kein Thema, das ist vor allem zu teuer, das ist so weit weg für die. Das ist ihnen zu weit weg.“ Interview 3, S. 26

4.2.2.8 Der Cannabiskonsum ist in manchen Jugendgruppen (weiterhin) ein Konfliktthema, in manchen Gruppen lösen sich die Konfliktebenen zunehmend auf.

Bei manchen Gruppen lässt sich die Entwicklung von Trennlinien zwischen NichtkonsumentInnen und ProbierkonsumentInnen und KonsumentInnen mit einem weiterführenden Gebrauch weiterhin beobachten. Berichtet wird in diesem Zusammenhang von Konflikten in den Gruppen und es kann zu Abspaltungen von Gruppen und Freundeskreisen kommen.

IP 1: „Wir hätten gesagt, es ist manchmal so, das kannst du in Jugendzentren bei uns oft ganz gut beobachten, da hast du junge Besucher, die schon mit 12 oder 13 Jahren hinkommen und eine Clique sind, und einem gewissen Alter so eine kleine Trennlinie

⁶ Wasserpfeife, die ohne Schlauch geraucht wird.

⁷ Kleine Pfeife.

möglicherweise sich einschleicht, zwischen denen, die einfach sagen, kommt für mich überhaupt nicht in Frage, kann gar nicht sein, und die anderen die dann halt doch einmal probieren. Wo du merkst, dass das Thema ist, vom Reden her, in welche Richtung sich das dann entwickelt, ist eh ...

IP 2: Das sind dann auch die, also so kommt mir das immer vor, die diese strikten Gegner, diese Hardliner, das sind dann auch die, die immer schauen, dass sie einen geraden Weg gehen, dass quasi nicht mit dem Gesetz in Konflikt kommen, dass sie ihre Arbeit machen, dass sie halt funktionieren, den Eltern keine Schande machen und solche Geschichten. Und das halt dann irgendwie wahrnehmen, dass die Freunde, draußen eine rauchen und sich halt dann auch trotzdem im Freundeskreis verändern. Also diese Zuverlässigkeit, machen wir was, nein nicht schon wieder daheim hocken, wo sich da dann auch das Fortgehverhalten, oder halt die Aktivitäten verändern. **Die, die halt nichts konsumieren, voll „anzahl“ (ärgert, belastet), jetzt arbeite ich eh von Montag bis Freitag und jetzt muss ich am Samstag wieder im Auto sitzen, was mich nicht interessiert. Weil halt die anderen das machen, und da ist dann diese Trennlinie.** Die sagen sich dann will ich das, oder will ich das nicht? Oder dann vielleicht Polizei-kontakte sind, „wegen euch gehe ich sicher nicht zur Polizei“ und da passiert dann teilweise die Abspaltung. Obwohl sie trotzdem im Kern immer noch „Bestfriends“ sind, aber so dieser Stress, das ständige Kontrolliert werden, oder passiert etwas, oder nicht, einfach nicht wollen. Aber wenn dann eine Krise kommt, sie halt dann trotzdem für die Freunde da sind. Sei das jetzt als Gesprächspartner und halt schauen, dass zwischen den Familien ein bisschen vermitteln. Weil sie da dann trotzdem wieder greifbar sind für sie. Aber wenn wirklich was ist mit Polizei oder Gefängnis gehen, dieses empfinden ich habe versagt, wieso habe ich nicht helfen können. Die sich dann halt trotzdem überfordert fühlen und jetzt haben wir geredet, ich habe ihm Geld geborgt und jetzt ist er trotzdem im Häfen, und wie gehe ich dann mit meiner eigenen Rolle damit um.“ Interview 1, S. 8–9

Ein Interviewpartner aus dem Bereich des Jugendstreetworks berichtet, dass es vor vier bis fünf Jahren zu einer Polarisierung zwischen CannabisbefürworterInnen und CannabisgegnerInnen gekommen sei. Seit ca. einem Jahr hat sich die Polarisierung eher wieder abgeschwächt.

IP: „Man bekommt es schon mit. Es ist schon speziell gewesen. Vor fünf Jahren oder vor vier Jahren, da hat sich das gedreht. Da hat es Leute gegeben, die sagen, mich interessiert das, ich probiere das, mir taugt das, und Leute, die das absolut ablehnen. Sei es vom Elternhaus oder wie auch immer. Die haben gesagt, nein, mit Drogen will ich nichts zu tun haben. Und das war richtig steil. Es hat Gruppen gegeben, die haben sich zusammengesetzt aus Leuten, die keine Drogen akzeptieren.“

(...)

Genau, so haben wir es die letzten Jahre erlebt. Es hat sich allerdings ein bisschen geändert. Ich habe das Gefühl, die Akzeptanz ist schon gestiegen. Also das ist momentan nicht mehr so schlimm, da sagen halt die paar, ich kiffe nicht, ist nicht mein Thema. Aber es ist nicht mehr so eine Verurteilung da.

(...)

Das war immer ganz, ganz stark vorhanden, das hat sich allerdings im letzten Jahr auch abgeschwächt. Also sind die toleranter geworden? Ist einfach das Thema mehr da? Die Grenzen sind nicht mehr so stark da.

I: Um was ist es da gegangen bei der Abgrenzung? Ums Kiffen oder generell um Substanzkonsum?

IP: Ums Kiffen. Es war wirklich ums Kiffen und es war die Abgrenzung, mit dem will ich nichts zu tun haben, weil alleine wenn ich neben dem sitze und die kiffen, bin ich Zeuge. Mich interessiert das nicht, wie sie dann drauf sind, ich kann mit dem nicht. Also das war auch so das Illegale, klar, und auch der Ruf. OK, das sind Drogenleute, ich will mit denen nicht gesehen werden und wirklich so, die sitzen da und tun nichts und das ist mir zu deppert. Also auch so inaktiv versus ich würde gerne etwas machen. Das waren so die Spaltungen die sie thematisiert haben.

(...)

I: Das war die ganz aktuelle Entwicklung?

IP: Ja, das war das letzte Jahr, da hätte ich das Gefühl, es gibt jetzt keinen mehr der jetzt sagt „ich will nicht, dass jemand konsumiert“. Das ist irgendwie ein bisschen angekommen, das ist ein wenig akzeptierter.

I: Da es im Alltag sozusagen kein Thema mehr darstellt?

IP: Genau, es thematisiert bei uns keiner mehr, dass jetzt eine Freundschaft abbricht, weil er kiff. Es sagen Leute: Ich kiffe nicht, die tun es. Sollen sie, wenn sie mich in Ruhe lassen. Interview 2, S. 4–6

4.2.2.9 Muslimische Kulturhintergrund und die Bewertung von Alkohol- und Cannabiskonsum

KlientInnen einzelner Jugendzentren und Jugendstreetworkeinrichtungen weisen überdurchschnittliche Anteile aus Familien mit einem muslimischen Hintergrund auf. Dies hat auch Auswirkungen auf die soziale Bedeutung und Bewertung von Cannabis- und Alkoholkonsum. Die KlientInnen aus muslimischen Familien weisen eher eine größere Distanziertheit zum Alkoholkonsum auf, als in der Mehrheitsgesellschaft üblich. In der Deutung der InterviewpartnerInnen gilt Cannabiskonsum, verstärkt durch die eher konservativen und traditionellen familiären Normen, ebenfalls als unerwünscht und nicht akzeptiert, erscheint aber manchen Jugendlichen als "geringeres Übel".

IP: „(...) Das ist auch ganz spannend, es gibt ein paar Muslime, die lehnen es ab als Sünde, ein paar akzeptieren es eher als Alkohol, also die sehen es gar nicht als Sünde, da sind sie nicht so ganz eins, aber da haben wir viele aus dem muslimischen Kulturkreis, die jetzt nicht so drogenaffin sind. Also das haben wir schon noch.“ Interview 2, S. 6

IP 1: "Das hat viel, also viele sind muslimisch und Alkohol ist ja böse, aber Kiffen ist ok. Also es geht ja um das Berauschen. Das dürfen sie, da fühlen sie sich sicher... Das ist irgendwie die Hemmschwelle, also beim Trinken ist die Hemmschwelle höher." Interview 6, S. 18

IP 2: „(...) Ich meine, wenn ein türkischer Bursche heimkommt und das Marihuanablatt um den Hals hängen hat, glaube ich spielt es da anderes Szenario daheim, als jetzt bei österreichischen Jugendlichen, die halt vielleicht ein bisschen provozieren wollen, und cool und vielleicht eh noch nicht etwas geraucht haben. (...)

I: Das ist dann trotzdem die migrantische Kultur, wo Normative...

*IP 1: Ja, ich würde generell sagen, so konservativere Milieus, wo das halt dann schon das Erscheinungsbild, oder mit welchen Symboliken kann ich überhaupt öffentlich gehen, auch auf meinem Facebook-Profil. Weil es natürlich da **schon eine Form von sozialer Kontrolle gibt, in gewissen Communities und man sich nicht outen darf eigentlich**. Von dem her, ist es auch deswegen von den Symboliken her weniger.*

I: Anonym in der Öffentlichkeit sozusagen... Konsumieren, die meisten nur Cannabis, oder sind da andere Sachen auch...

IP 1: Bei den meisten hätte ich schon gesagt nur Cannabis, Zigaretten und halt ab und zu kiffen. Alkohol ja, aber Alkohol ist auch nicht so ein Riesenthema eigentlich bei uns, also bei den Jugendlichen mit denen wir arbeiten.

IP 2: Das ist eher bei den älteren.

IP 1: Aber das hängt sicher gerade bei uns stark damit zusammen, mit den Klientel mit dem wir da vorwiegend arbeiten. Wir haben einfach sehr viele, mit einen muslimischen Background, wo der Alkohol generell nicht so Thema ist, wo rauchen mit Shishas mehr kulturelle Verbundenheit irgendwie hat ...“. Interview 1, S. 12–13

4.2.2.10 Hinweise auf den Rückgang des Konsums von künstlichen Cannabinoiden

Von einem Interviewpartner aus dem Bereich Suchtberatung wurde auf einen Rückgang beim Konsum von künstlichen Cannabinoiden hingewiesen.

IP 1: „Was ich kurz dazusagen möchte, was schon immer wieder eine Schwierigkeit war und das hat sich, finde ich jetzt auch, das hat sich vielleicht ein bisschen verändert – früher haben halt dann Leute beim Cannabis, wenn sie Probleme kriegt haben, Führerschein, sonst irgendwas, Harntests abgeben ..., sind umgestiegen auf irgendwelche synthetischen Cannabinoide und haben halt das konsumiert. Und haben auf einmal gemerkt, mit dem kriegen sie eigentlich viel mehr Probleme. Und das ist jetzt, finde ich, das sehe ich jetzt nicht mehr so.“ Interview 8, S.16

Da der Konsum von künstlichen Cannabinoiden in der ExpertInnenbefragung nicht systematisch abgefragt wurde, kann hier kein eindeutiger Befund abgeleitet werden. Die Daten der “Quantitativen ExpertInnenbefragung” zeigen hier keinen eindeutigen Trend.

4.2.2.11 Cannabidiol (CBD) – Eine neue Karte im Spiel!

Mit dem Konsum von Cannabidiol (CBD)–Produkten ist eine neue Karte im Spiel um den Cannabiskonsum gekommen. Der Konsum von CBD–Produkten dürfte bei manchen Gruppen von THC–CannabiskonsumentInnen an Bedeutung gewinnen. Die Motive und Funktionen des Konsums liegen bei den nachfolgenden Interviewpassagen vor allem in der Reduktion eines bestehenden THC–Cannabiskonsums, in der erhofften Unterstützung zur Beendigung eines THC–Konsums und als “legale” Alternativsubstanz.

IP 1: „Ja, es gibt schon Leute die sagen, sie haben zwar kein Rauscherlebnis in dem Sinn, aber es beruhigt sie ein bisschen und sie können ein bisschen so dieses Ritual weiterführen. Und das ist irgendwie angenehm. ... Und mit dem versucht halt eine gewisse Gruppe mit dieser Substanz da ein bisschen den Ausstieg oder die Veränderung, die Konsumveränderung, zu schaffen. Und gelingt auch teilweise. Es gibt aber auch die Leute, die dann auch wieder so einen Guster kriegen, dass ... wieder einsteigen, oder das halt wieder probieren. Aber das merkt man schon, CBD ist schon ganz eine häufige Gschichte, wo sie halt sagen, ja, jetzt probier ich es mit dem.“ Interview 8, S.16

IP 2: „Einen jungen Mann begleiten wir schon jahrelang, der hat dann wirklich alles Mögliche konsumiert und auch vercheckt und am Schluss nur mehr geraucht und hat sich dann vollkommen auf das CBD verlagert, weil er dann keine Probleme gehabt hat. Der hat probiert wieder ins Leben zu finden, eine Lehre zu machen, eine Wohnung zu bekommen und hat halt permanent auf die Polizei müssen. Die sind ihm immer schon im Knack (Genick) gesessen. Und der hat dann gesagt, OK, das CBD ist für mich eine gute Lösung. Und das ist eigentlich der Einzige, den ich kenne, der CBD konsumiert, der sich das holt. . (...) Er mag rauchen, ihn holt das herunter, er braucht das, aber er will halt nicht mehr mit der Polizei einen Wickel haben und seine Lehre verlieren oder wieder von vorne anfangen müssen. Und da ist das CBD für ihn eine ganz gute Lösung. Interview 3, S. 24

InterviewpartnerInnen aus dem Bereich Sucht- und Drogenkoordination verweisen auf KonsumentInnen von CBD-Produkten in ihre Tätigkeit hin und thematisieren neue Probleme im Zusammenhang mit Repression, Justiz und Verwaltung.

IP 3: „Ja, da habe ich einige und das mit CBD ist halt wirklich ganz blöd, weil man es ja auf der Straße nicht einschätzen kann, wenn eine Polizeikontrolle ist, ist das jetzt CBD oder nicht, oder was ist das jetzt. Da gibt es einige Anzeigen davon. Und ich habe sogar einen gehabt, der hat mir glaubhaft versichert nur CBD konsumiert zu haben in seinem Leben und hatte einen positiven Harntest nach einem Autounfall und ja, ist dann bei mir gesessen. Und die Leute aber mit dem Bewusstsein etwas Legales zu tun das konsumieren, das ist schon ein großes Thema immer wieder mit dem CBD.

I: Das sind dann wahrscheinlich Ältere, wenn es gesundheitliche medizinische Themen...

IP2: Sind gar nicht so alt oft, aber es sind eher die Gruppen, die gerade über 18 sind. Aber es sind schon viele junge Erwachsene auch.“ Interview 7, S. 17

Bei manchen Gruppen von KonsumentInnen haben CBD-Produkte keine bzw. kaum Bedeutung. Interviewpartner aus dem Bereich Jugendstreetwork, deren KlientInnen zum Großteil aus marginalisierten Jugendlichen zusammengesetzt sind und die, zu einem hohen Anteil, THC-Cannabis zur Selbstmedikation konsumieren, berichten, dass CBD-Produkte keine Bedeutung für diese KlientInnen haben.

IP 2: „Aber sonst, weil es jetzt diese ganzen CBD-Geschäfte gibt, das interessiert sie (die konsumierenden KlientInnen) genau einen Doppelnuller. Weil wieso gefällt mir etwas, wo man nicht “zu wird”? Das ist nicht die Zielgruppe für CBD.“ Interview 3, S. 24

Das Auftauchen und die relativ schnelle Verbreitung von diversen CBD-Produkten, die Verbreitung von CBD-Verkaufsgeschäften und die Präsenz dieser Produkte in traditionellen und digitalen Medien können als Aspekte der Thematisierung von Cannabis als Medikament, gesehen werden. Mit der zunehmenden Thematisierung von Cannabis als Medikament für unterschiedliche psychische und physische Symptome und Erkrankungen ist die Zahl der Personen mit Selbstmedikationsmustern mittels Cannabisprodukten angestiegen (siehe dazu auch Kapitel “KonsumentInnen mit Selbstmedikationsmuster”).

4.2.2.12 Veränderungen beim „Einstiegsalter“?

Veränderungen beim „Einstiegsalter“ werden von den InterviewpartnerInnen unterschiedlich wahrgenommen. InterviewpartnerInnen aus dem Jugendzentrumsbereich und aus dem Streetworkbereich berichten, dass das Alter der ProbierkonsumentInnen in den letzten Jahren eher jünger geworden sind, Interviewpartner aus dem Bereich Suchtberatung können hingegen keine Veränderungen wahrnehmen.

Die unterschiedlichen Wahrnehmungen der AkteurInnen werden vermutlich durch mehrere Faktoren geformt:

- Die Einrichtungen an denen die InterviewpartnerInnen arbeiteten haben sehr unterschiedliche Zugänge und Filter für KlientInnen bzw. PatientInnen. ProbierkonsumentInnen werden in der Regel aufgrund der “Hörschwelligkeit” eher seltener in Suchtberatungseinrichtungen sichtbar.
- Fehlende Definition zum „Einstiegsalter“ in der Fachwelt bzw. in der Fachliteratur erschweren den Diskurs darüber. So werden sehr unterschiedliche Dimensionen von Einstiegsalter verwendet, die sich auf den Erstkonsum einer Substanz, auf eine

Probierkonsumphase, auf das Alter, ab dem ein Gelegenheitskonsum oder ab dem ein regelmäßiger Konsum stattfindet, beziehen.

Beispiel Jugendzentrum

IP 1: „Ich hätte gesagt, so auf die letzten acht Jahre hat sich eindeutig was verändert, dass sie einfach früher anfangen. Das schon.

I: Das heißt die letzten acht Jahre? 2010 wäre das jetzt.

*IP 1: Ja, da war es schon noch so, dass sie eher mit 16 – 15, 16 (Jahren) durchgestartet sind mit dem Kiffen, so mit den ersten Sachen die sie ausprobiert haben. **Das ist aber jetzt mittlerweile schon eher auf 13 (Jahren), das ist, glaube ich, halbwegs schon ein normales Einstiegsalter.** Also das ist kein Ausreißer. Also, dass sie es probieren, also nur einmal vom Probierverhalten her. Das ist schon viel früher.*

I: Und warum kommst du jetzt auf die letzten acht Jahre?

IP 1: Weil sich dann danach jetzt nicht mehr so viel verändert hat. Also ich tät sagen, so die letzten fünf Jahre ist schon eher konstant auf einem niedrigeren Level, vom Alter her, so, dass sie eben mit 13 (Jahren) anfangen. Vor acht Jahren war das schon noch ein wenig anders. Da waren sie eben ein wenig älter und jetzt, so die letzten fünf Jahre, tät ich sagen, ist das hübsch gleich geblieben, ja.“ Interview 5, S. 40

Beispiel Suchtberatung

IP 1: „Ich finde, es hat sich nicht so rasend (verändert), es hat so immer wieder die ganz Jungen gegeben, es hat sich da jetzt nicht so rasend was verändert, tät ich sagen. Jetzt, dass das Einstiegsalter auf einmal noch weiter zurückgeht, das würde ich jetzt nicht so sehen. Weil, das sind schon auch Einzelfälle und die hat es immer gegeben.

IP 2: „Ich würde auch so sagen, die meisten (sind) zwischen 14 und 16 (Jahren), so in der Richtung vom Einstiegsalter, kann man sagen.“ Interview 8, S.16

Beispiel Jugendstreetwork

IP: „(Ab) 15 (Jahre), würde ich sagen, ja. Sie erzählen dann rückblickend, dass manche schon seit 12 kiffen, aber das erzählen sie uns halt mit 16 (Jahren) und da weiß ich nicht, ob das nicht ein wenig so ein Mythos ist. Aber ab 15, ganz selten ab 14, dass das Thema ist. Ab 15 geht es los. 15 bis, also bei uns geht es ja von 12 bis 25 (vorgegebenes Betreuungsalter in der Einrichtung) und da ist halt bei uns Schluss. Die sind 15 bis 25, das zieht sich durch.“ Interview 2, S. 31

4.2.2.13 Legitimierungsmuster konsumierender KlientInnen

InterviewpartnerInnen berichten aus dem Jugendstreetworkbereich von typischen Argumentationen der konsumierenden KlientInnen. Die KlientInnen nehmen dabei Bezug auf aktuelle Liberalisierungsdebatten, argumentieren aber auch mit "Halbwissen" und "Fehlmeinungen".

I: " Was sind so Rechtfertigungsmuster von den Konsumierenden?

IP 1: Naja, das erste ist eh immer auf dieser Schiene, dass sie sagen, was ist denn schlimm daran, ist sogar gesünder als Alkohol.

IP 2: Die Verharmlosung.

IP 1: Also der Vergleich einfach, wo man sagt, wieso ist Alkohol legal und das ist verboten. Die sollen nicht so tun, das ist auf alle Fälle eine Schiene, die fast immer kommt.

IP 2: Und dann halt, wenn es so in den Medien steht, dass eh Kanada hat es jetzt legalisiert.

IP 1: Dieser Bezug, also den Trend gibt es, dass es in gewissen Ländern, Staaten Liberalisierungstendenzen gibt. Und darauf nehmen sie schon auch Bezug. Das nehmen sie auch wahr. Auch wenn es dann immer wieder heißt, in der Schweiz, in Zürich darf man das auch. Also es vermischen sich dann halt viele Sachen, wo dann so Halbwahrheiten dann auch sind.

IP 2: Oder in Tschechien sind die Grenzen raufgesetzt worden, dann ist es ja in Oberösterreich auch so, weil Tschechien ja ein Nachbarland ist.

IP 1: Und in Deutschland ist es ja eigentlich eh schon erlaubt. Also da kommen dann viele so Halbwahrheiten. Da stimmt dann viel nicht." Interview 1. S. 3-4

IP 2: „(...) Und auch dieser Irrglaube, wenn ich wenig eingesteckt habe passiert mir so und so nichts, die Polizei hat eh keine Ressourcen, dass die mich kontrollieren. Das interessiert (die Polizei) nicht, ob ich jetzt einen Joint rauche oder nicht." Interview 1, S. 3

4.2.3 Vielfalt der KonsumentInnengruppen

Um ein tieferes Verständnis der Entwicklungsverläufe von Cannabiskonsumenden zu erhalten, empfiehlt sich eine weiterführende Auseinandersetzung mit Merkmalen, Unterschieden und Gemeinsamkeiten der KonsumentInnen und ihren Praktiken. Im Forschungsverlauf wurden sehr divergierende Merkmale beschrieben. Daraus wurden in der Auswertungsphase Typen von KonsumentInnen abgeleitet. Da diese Typen unterschiedlichen kategorialen Ebenen zuordenbar sind, sind Überschneidungen möglich und sie sind als *Idealtypen* zu verstehen. Konkrete Einzelfälle sind in der Regel mehreren dieser Idealtypen zuordenbar.

Mit dem Ansteigen der KonsumentInnenzahlen und der "Veralltäglichung und Normalisierung" des Konsums geht auf der eine Seite eine Entgrenzung gängiger Cannabisbedeutungen einher, andererseits kann von einer weiteren Ausdifferenzierung gesprochen werden. Die Breite und Vielfalt der KonsumentInnengruppen von Cannabis nimmt zu.

Die Heterogenität der KonsumentInnen verweist auf die Heterogenität der Bedeutungen des Konsums. Ein Interviewpartner aus dem Bereich der Suchtmedizin verweist in diesem Zusammenhang auf unterschiedliche Motive und Funktionen des Konsums:

IP 2: "Und es macht ja einen Unterschied, ob jemand Cannabis konsumiert um Runterzukommen, weil tagelang davor Stimulanzien konsumiert wurden, dann ist das ein Unterschied, wenn jemand als Grunderkrankung eher eine Angststörung hat. Und im Zuge der Angststörung hat initial Cannabis geholfen." Interview 10, S. 15

Als Hintergrundfolie zur Bildung von KonsumentInnengruppen soll auf das Konsumkontinuum des Substanzgebrauchs hingewiesen werden. Menschen können in ihre biographischen Entwicklung sehr unterschiedliche Konsummuster entwickeln. Diese reichen von Abstinenz, also keinem Konsum über Probierkonsum, Gelegenheitskonsum bis zu regelmäßigem Konsum und täglichem Konsum, mehrmals täglichem Konsum, bis zu problematischen und riskanten Konsummustern und missbräuchlichem und abhängigem Konsum.

Funktionen und Motive des Konsums: die Bedeutungen des Konsums

Als erste Kategorie zur Beschreibung der unterschiedlichen Konsumgruppen bzw. Typen von KonsumentInnen sollen Funktionen und Motive des Konsums angesehen werden. Substanzkonsum kann grundsätzlich sehr unterschiedliche Funktionen betreffen. Funktionen sollen hier nicht mit Intentionen zum Substanzkonsum verwechselt werden, denn neben manifesten, intendierten Funktionen spielen oft gerade die latenten, nicht bewussten Funktionen eine zentrale Rolle. Blätter unterscheidet neben wirtschaftlichen, politischen und religiösen Funktionen medizinische,

leistungssteigernde, sozial-interaktive, kompensatorische und hedonistische Funktionszusammenhänge, die beim Konsum von psychoaktiven Substanzen eine Rolle spielen können. (Blätter 1995, S. 280)

Motive beschreiben eher vordergründige Intentionen auf der Ebene der Individuen. Da soziales Handeln, wie z.B. der Konsum einer Substanz, aber als ein sehr komplexes Zusammenspiel von individuellen, sozialen und gesellschaftlichen Aspekten anzusehen ist, wäre eine alleinige Reduktion auf die "oberflächliche" Ebene der Motive nicht akzeptabel. So wird z.B. beim Konsum von Alkohol egal, ob es sich um Jugendliche oder Erwachsene handelt, im gesellschaftlichen Rahmen vordergründig ein hedonistisches Motiv angesprochen, das als "Spaß haben" oder "einen netten Abend verbringen" oder ähnlich beschrieben wird. Ein weiterführende Auseinandersetzung zeigt aber, dass dem gemeinsamen Konsum von Alkohol die ganz wichtige Funktion der Stärkung der Zugehörigkeit zu einer Gruppe, der Förderung des Zusammenhalts und Wir-Gefühls von Personen und Gruppen und identitätsstiftende Aspekte im Sinne von Zugehörigkeit und Gemeinsamkeit zukommt.

Konsummuster

Als zweite Kategorie zur Beschreibung der unterschiedlichen Typen von KonsumentInnen sollen Konsummuster genannt werden. In der Fachliteratur wird der Begriff Konsummuster jedoch sehr unterschiedlich verwendet. Als zentrale Aspekte von Konsummustern sollen hier Dosis, Konsumfrequenz, Applikationsform sowie der zeitnahe Konsum weiterer psychoaktiver Substanzen (Mischkonsum) aber auch die soziale und räumliche Situation und individuelle Faktoren wie Wissen über Substanzwirkungen, Einstellungen, Wirkungserwartungen und Kompetenzen verstanden werden.

Unter dem Begriff der Dosis können weitere Aspekte in eine Definition von Konsummuster integriert werden. Beispiel dazu sind Wirkstoffgehalt und damit verbunden auch Wirkungsdauer, Verunreinigungen und unbekanntes Beimischungen, Zubereitung der Substanz, etc.

Konsumfrequenz meint den zeitlichen Abstand zwischen aufeinander folgenden Konsumaktivitäten, die wiederum in zeitnahen Konsum („Nachlegen“) bzw. seriellen Konsum unterschieden werden können.

Weitere Faktoren, die einem Konsummuster zugeordnet werden können, sind räumliche und soziale Situation des Konsums, aber auch individuelle Faktoren wie Wissen bzw. Unwissen über Wirkstoffgehalt und Zusatzstoffe, Substanzwissen über Schadensminimierung und weitere Aspekte, die in der Fachdiskussion unter dem Titel „Drogenmündigkeit“ oder dem Titel "Risikokompetenz" zusammengefasst werden können, wie z.B. technische und kulturelle Fähigkeiten.

Die Applikationsform einer Substanz ist ein weiterer bedeutsamer Aspekt der Konsummuster. Im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis kommt den Applikationsformen rauchen (z.B. vermischt mit Tabak) als Joint, Pfeife, Bong und oral (z.B. in Keksen) zentralen Stellenwert zu.

Als letzter Begriff zur Beschreibung von Konsummustern soll Mischkonsums genannt werden. „Von Mischkonsum kann dann gesprochen werden, wenn mehrere Substanzen innerhalb ihrer Wirkdauer zusammen konsumiert werden.“ (Tossmann et al 2001, S. 19) In diesem Zusammenhang sind die Anzahl und die Kombination der konsumierten Substanzen (Wechselwirkungen zwischen Substanzen) zentrale Aspekte.

Jugendkulturen

Jugendkulturelle Einflüsse und Modelle sind als weitere Kategorie zu nennen, die im Zusammenhang mit Cannabiskonsum von den InterviewpartnerInnen berichtet wurden.

Biographische Perspektive und Alter

Als weitere Kategorie soll "biographische Perspektive" mit der Dimension "Alter" angeführt werden. Bedeutsam erscheint hier die Frage, in welcher biographischen Phase der jeweiliger Konsum der Personen stattfindet. Probierkonsum ist vielfach mit Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenten verbunden. Mit der Dimension "Alter der KonsumentInnen" stehen aber auch Aspekte wie Anfälligkeit und Vulnerabilität im Zusammenhang. Bei der Gruppe der "ehemaligen polytoxikomanen KonsumentInnen (mit moderaten Cannabiskonsum" die vielfach lang andauernde, risikoreiche Konsummuster praktizierten, sind andere Bedeutungen des Konsums im Spiel als, bei jugendlichen "Komakiffern".

Die Gruppe der "ExkonsumentInnen" verweisen einerseits auf das prominente Modell des "Maturing Out", andererseits auf die prinzipielle Offenheit biographische Entwicklungspfade.

4.2.3.1 Überblick zu den KonsumentInnengruppen von Cannabis

Nachfolgend wird ein Überblick zu den Gruppen von CannabiskonsumtInnen gegeben. In einem nächsten Schritt wird detailliert auf die einzelnen Gruppen bzw. Typen von KonsumentInnen eingegangen

- **ProbierkonsumentInnen:** Als ProbierkonsumentInnen werden hier Personen bezeichnet, die eine psychoaktive Substanz einmal oder mehrere Male konsumieren. Probierkonsum kann sehr unterschiedlich motiviert sein

- **KonsumentInnen mit einem gelegentlichen Konsum:** Diese KonsumentInnengruppe konsumiert Cannabis über einen längeren Zeitraum moderat bzw. gelegentlich. Die Motive und Funktionen des Konsums reichen dabei vom hedonistischen Konsum bis zum Copingmuster. Der Konsum wird in der Regel nicht auffällig.
- **KonsumentInnen mit einem integrierten Konsummuster:** Integrierter Konsum bzw. kontrollierter Konsum bedeutet hier ein Konsum, der aus der Sicht der InterviewpartnerInnen derzeit keine oder eher nur geringe Probleme mit sich bringt.
- **KonsumentInnen mit riskanten Konsummustern:** Der Konsum dieser Personengruppe wird aufgrund der Dosierungspraxis, der Konsumfrequenz, des Konsumsettings und der Applikationsform als riskant eingeschätzt. Hier wurden mehrere sehr unterschiedliche Gruppen dargestellt z.B. „Junge KonsumentInnen mit regelmäßigem Konsum“, „Gemütlich-Dauerkiffer“, „Kampkiffer“, KonsumentInnen „mit sehr hohen Konsummengen“.
- **KonsumentInnen mit abhängigem oder suchtvähnlichem Konsummuster:** Die Konsumpraxis dieser eher kleinen Gruppe von KonsumentInnen ist anhand von medizinischen Diagnosen als abhängiger Konsum definiert oder wurde durch die Wahrnehmungen der ExpertInnen als abhängiger oder suchtvähnlicher Konsum eingeschätzt.
- **Ehemalige polytoxikomane KonsumentInnen:** Diese sehr kleine Gruppe konsumiert nach langen polytoxikomanen Konsumphasen nunmehr moderat Cannabiskonsum.
- **LebensabschnittskonsumentInnen (ExkonsumentInnen):** Diese (ehemaligen) KonsumentInnen haben, nach einer oder mehreren Episoden oder kürzeren, längeren oder langjährigen Phasen des Cannabiskonsums, diesen wieder dauerhaft eingestellt.
- **Hedonistische KonsumentInnen (FreizeitkonsumentInnen):** Bei „hedonistischen KonsumentInnen“ stehen Themen wie Genuss, Freude, gemeinsames Feiern, „Party-Machen“ und Entspannung im Vordergrund des Substanzkonsums.
- **KonsumentInnen die sich an Jugendkulturen und Jugendszenen orientieren:** Der Substanzkonsum dieser Gruppe wird von jugendkulturellen Identifikationsangeboten und Deutungsmustern mitgeformt. Als prominenteste Beispiel gilt derzeit die Kultur der Rapper.
- **Psychonauten:** Neben dem Cannabiskonsum hat, für diese relativ kleine Gruppe von KonsumentInnen, das Experimentieren mit weiteren illegalen Substanzen große Bedeutung.
- **KonsumentInnen mit Copingmuster:** KonsumentInnen mit Copingmuster verwenden psychoaktive Substanz vor allem um situative psychische Belastungen, wie unangenehme Stimmungen und Gefühle aber auch belastende Lebenslagen wie Marginalisierung und Obdachlosigkeit (besser) bewältigen zu können.
- **KonsumentInnen mit Selbstmedikationsmuster:** Selbstmedikation wird hier als der Konsum von nicht ärztlich verschriebenen psychoaktiven Substanzen verstanden, um psychische Störungen und psychische Probleme oder physische Probleme (Schmerzen, Nebenwirkungen einer medizinischen Behandlung etc.) durch die Betroffenen zu beeinflussen.

Der Konsum einer Substanz findet nicht in einem isolierten, luftleeren Raum statt. Er ist immer eingebettet in die Lebensgeschichte, den familiären, sozialen, kulturellen und gesellschaftlichen Hintergrund der konsumierenden Person. Die jeweiligen Ressourcen, Vulnerabilitäten und Lebenslagen formen die persönlichen Bedeutungen des Konsums. Diese jeweiligen Bedeutungen bedingen wiederum sehr unterschiedliche Konsumpraktiken und können zu ganz unterschiedlichen negativen Auswirkungen und Folgeproblemen führen. **Aus diesem Blickwinkel rückt die Substanz in den Hintergrund.** Neben der pharmakologischen Wirkung der Substanz, dem biographischen und sozialen Hintergrund ist die Bedeutung des Konsums für die KonsumentInnen, sind situationspezifische soziale Aspekte von Relevanz. Sie formen auf der Ebene der Schutz- und Risikofaktoren jeden Substanzkonsum mit und beeinflussen die Problemlast für die Person.

Besonders bedeutsam erscheint auch, dass der überwiegende Teil der Cannabiskonsumenten vermutlich als unauffällig bezeichnet werden kann. Die Bezeichnung "unauffällig" sagt nichts über allfällige Probleme oder Risikopotentiale aus, die mit dem Konsum in Zusammenhang stehen bzw. stehen können.

4.2.3.2 ProbierkonsumentInnen

Als ProbierkonsumentInnen werden hier Personen bezeichnet, die eine psychoaktive Substanz einmal oder mehrere Male konsumieren. Über den weiteren Verlauf des Konsummusters z.B. Beendigung des Konsums (Abstinenz) oder weiterführender Konsum wird damit keine Aussage getroffen. Der Begriff bezieht sich also auf eine Phase des Konsums.

Probierkonsum kann sehr unterschiedlich motiviert sein und reicht von Neugierde über die Demonstration von Gruppenzugehörigkeit, eher zufälligen Konsumanlässen bis zu Coping- und Selbstmedikationsaspekten.

Der Begriff Probierkonsum sagt über die Risikopotentiale des konkreten Konsums und die Risikolage der konsumierenden Personen wenig bis nichts aus. Es kann jedoch grundsätzlich unterschieden werden in Personen, die den Konsum nach einer Probierphase einstellen, und jenen Personen, die den Konsum fortsetzen. Wie bei anderen psychoaktiven Substanzen bekannt, folgt auf die Phase des Probierkonsums von Cannabis nicht automatisch eine weitere Fortsetzung des Konsums oder eine Konsumsteigerung. Der Begriff Probierkonsum sagt z.B. über das Ausmaß des Risikos in der konkreten Konsumsituation und die Risikolage bzw. des Verlaufskurvenpotentials der konsumierenden Personen eher wenig aus. Fehlende Konsumerfahrung kann z.B. das Risiko einer Überdosierung, von "Drogenunfällen" oder unerwünschten psychoaktiven Wirkung für ProbierkonsumentInnen erhöhen, andererseits sind bei Probierkonsumenten Problematiken die bei regelmäßigem oder abhängigem Konsum verstärkt auftreten, nicht gegeben.

Das Alter der ProbierkonsumentInnen die bei InterviewpartnerInnen aus dem Bereich Sucht- und Drogenkoordination sichtbar werden, wird mit 13 bis 14 Jahren angegeben. In einem einmaligen Fall wurde auch ein Zwölfjähriger vorstellig.

IP 3: „Es gibt sicher so eine Gruppe, das sind jugendliche ProbierkonsumentInnen, die halt neugierig sind, die das ausprobieren, manchmal geht es blöd her und sie werden gleich erwischt beim ersten Konsum. Die dann auch zum Teil recht betroffen sind von der Maschinerie, die dann in Gang geworfen wird, Polizei und Anzeige und zu uns müssen sie kommen.“ Interview 7, S.10

IP 1: „Die auch zum Teil sehr unbekümmert mit dem Konsum einer illegalisierten Substanz umgehen und sich gar nicht groß Gedanken machen, was sie da jetzt tun. Oder einfach das, naja es passiert eh nichts.“ Interview 7, S. 10

InterviewpartnerInnen aus dem Bereich Jugendzentren berichten von der Probierepisoden von Klientinnen im Hauptschulalter, die als adoleszentes Sondierungshandeln im Rahmen von Entwicklungsaufgaben gedeutet werden.

*IP 2: „Genau, ja, NMS (Neue Mittelschule). Die ersten Schulschwänzereien. Aber auch Leute, die brav in die Schule gehen und trotzdem einmal, also da haben wir wirklich eine Mädelsgruppe gehabt, das waren sieben Mädels, bunt gemixt so von wo die Eltern hergekommen sind ursprünglich und die haben es alle halt einmal probiert gehabt. Also ganz brave Mädels eigentlich. **Aber das Kiffen probiert halt jeder einmal. Und schon eher so mit dem Alter. Wenn es dann zur Lehre kommt, haben schon wieder ein paar aufgehört damit. Und da geht es um Probierverhalten von fünf Mal vielleicht, höchstens.**“ Interview 5, S. 40–41*

IP 1: „Es kommt auch immer darauf an, so die Einsteiger, die halt mal am Wochenende bei irgendeinem Festl mal probieren oder mal anziehen. Und die halt dann längerfristiger konsumieren und hängen geblieben sind, wo du das auch kognitiv gemerkt hast, dass sich da was verändert hat.“ Interview 1, S.6

4.2.3.3 GelegenheitskonsumentInnen

Die InterviewpartnerInnen beschreiben unterschiedliche Typen von GelegenheitskonsumentInnen bzw. KonsumentInnen mit sporadischen Konsumepisoden. Die Motive und Funktionen des Konsums reichen auch hier wieder von hedonistischem Konsum bis zur Copingfunktion.

a. GelegenheitskonsumentInnen „im wörtlichen Sinn“

Berichtet wird von **GelegenheitskonsumentInnen** die größtenteils ohne Cannabisideologie (keine Cannabissymbolik, kein Kult um Zubehör et.) Cannabis situativ, „wenn es leicht geht“ konsumiert.

b. GelegenheitskonsumentInnen mit Schadensminimierungsmotiv/ Katervermeidungsmotiv/Unwohlseinvermeidungsmotiv, Leistungsorientierung

InterviewpartnerInnen aus dem Bereich Sucht- und Drogenkoordination berichten von KlientInnen die ihren gelegentlichen Cannabiskonsum als eine Art „Katervermeidungsmotiv“ oder „Unwohlseinvermeidungsmotiv“ argumentieren.

IP 2: „Und bei diesen Wochenende – Gelegenheitskonsumenten habe ich immer mehr, die sagen es ist ihnen lieber als Alkohol zu trinken. Weil dann sind sie am nächsten Tag klar im Kopf. Das höre ich verstärkt jetzt einfach. Das ist eine Alternative, weil sie nichts trinken wollen.“

I: Wegen dem Führerschein, oder?

IP 2: Über den machen sich die wenigsten Leute Gedanken.

IP 3: Einfach das, am nächsten Tag geht es ihnen nicht so schlecht.

IP 1: Genau, du bist klar im Kopf.“ Interview 7, S. 14–15

Mit dem Begriff des Gelegenheitskonsums wird meist eine Unterscheidung zu regelmäßigem Konsum bzw. zu täglichem Konsum und Abstinenz vorgenommen. Riesenhuber führt allerdings am Beispiel Cannabiskonsum aus, dass für den Begriff „Gelegenheitskonsum“ und „Gelegenheitskonsument“ sich in der Fachliteratur „beispielsweise mit ‚weniger als ein Mal in der Woche‘ (vgl. KLEIBER, SOELLNER 1998, 99) bis ‚ein bis zwei Mal Probieren innerhalb eines Jahres‘ (vgl. RICHTER, SETTERTOBULTE 2003,121) zwei extrem weit voneinander liegende Typisierungen für ein und denselben Begriff“ (Riesenhuber 2013, 56) finden lassen.

Der ebenfalls verwendete Begriff „moderates Konsummuster“ verweist im Gegensatz zu Begriff „Gelegenheitskonsum“ stärker auf die Ebenen Sicherheit und Risiken des Konsums hin und könnte auch als „risikominimierter Konsum“ bezeichnet werden. So kann ein Gelegenheitskonsum mit z.B. einer sehr hohen Dosis in einem problematischen Setting sehr große Probleme mit sich bringen.

4.2.3.4 KonsumentInnen mit integriertem Konsummuster

Integrierter Konsum bzw. kontrollierter Konsum bedeutet hier ein Konsum bzw. Konsumpraxis, der aus der Sicht der InterviewpartnerInnen derzeit keine oder eher nur geringe Probleme mit sich

bringt. Die Definition von integriertem Konsum hängt eng mit herrschenden Normvorstellungen zusammen, verweist aber auch auf Teilhabemöglichkeiten am sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Geschehen. Integrierter Konsum ist mit den Anforderungen z.B. in der Schule, im Studium, am Arbeitsplatz etc. vereinbar.

Nachfolgende Interviewpassagen aus dem Jugendstreetworkbereich sind stellvertretend für diese KonsumentInnengruppe ausgewählt:

*„Also es gibt auch durchaus einige, die es schaffen das in einem gesunden Verhältnis zu halten, also Arbeit/Kiffen und Schule/Kiffen. **Wir sind überzeugt, bei denen wirkt es sich problematisch aus, wo es ohnehin vorher schon gefehlt hat.** (...) Wie gesagt, wir haben auch viele wo der Konsum nicht als problematisch berichtet wird. (...) Aber es gibt durchaus einige, die sagen, mir taugt das, ich kann da gut entspannen, ich kann da gut abschalten, ich rauche gerne mit Freunden, das ist eine Gaudi.“ Interview 2, S. 19–20*

„Die gern kiffen und auch nicht so Probleme damit haben, die treffen sich halt am Abend, rauchen ein wenig und haben ihren Spaß. Es ist ein bisschen so vergleichbar mit Alkohol. Ein paar schießen sich weg, ein paar genießen ihn, ein paar kompensieren damit. Die meisten schaffen es eigentlich.“ Interview 2, S. 21

Ein Interviewpartner aus dem Suchtberatungsbereich berichtet von jungen erwachsenen KlientInnen **mit gelegentlichem integrierten Cannabiskonsum.**

IP 2. „Es gibt eine Gruppe, wo man sich denkt, warum ist der da? (...) Da gibt es absolut nichts. Da sitzt eine altersgemäß reife Person mir gegenüber, mit der man sich gut unterhalten kann, der voll in seinem Leben integriert ist und halt, weiß ich nicht, in Summe vielleicht, keine Ahnung, zehn bis 20 Konsumtage ghabt hat in den letzten zwei Jahren. So in der Richtung.“ Interview 8, S.11

4.2.3.5 KonsumentInnen mit riskanten Konsummustern

Eine einheitliche Beschreibung oder gar Definition, was unter risikoreichem oder riskantem Konsum von Cannabis zu verstehen ist, liegt nicht vor. Risikoreicher Drogenkonsum ist in der Definition der EBDD der „wiederholte Drogenkonsum, welcher Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko einen solchen Schaden zu erleiden aussetzt.“ (GÖG/ÖBIG 2014, S.4)

Nachfolgend werden Gruppen von KonsumentInnen dargestellt, die in der Deutung der interviewten ExpertInnen riskante oder problematischen Konsummuster zeitigen.

4.2.3.5.1 Junge KonsumentInnen mit regelmäßigem Konsum

Ein Interviewpartner aus dem Jugendstreetworkbereich berichtete von jungen KlientInnen deren regelmäßiger Konsum im Alter von 14–15 Jahren als problematisch gedeutet wird.

I: „Was erlebt ihr da so, oder was sind für euch da Probleme, die auftauchen, was ihr als Problem seht in Zusammenhang mit Cannabis?“

*IP 1: Also eines war schon so generell, wenn wir merken, dass relativ junge Leute da schon damit in Berührung kommen auf einer regelmäßigen Basis, muss jetzt nicht so übermäßig viel sein, **aber es kommt immer mal wieder vor, so 14, 15-Jährige, die schon regelmäßig rauchen.** Das sähe ich schon als problematisch.“ Interview 1, S. 6*

4.2.3.5.2 „Gemütlich–Dauerkiffer“

Ein Interviewpartner aus dem Jugendstreetworkbereich beschreibt eine Gruppe von KlientInnen mit stark eingeschränkten schulischen und beruflichen Perspektiven. Der Cannabiskonsum nimmt einen sehr bedeutenden Platz im Leben der KlientInnen ein.

IP: „Also die, die so (auf) relaxt machen, sind Dauerkiffer und das ist eine Gruppe die bildungsschwach ist und in der Arbeitswelt auch nicht richtig ankommt. Also die sind auch schon ziemlich lax und da sehen wir halt, dass das Kiffen schon den Hauptteil der Freizeit eingenommen hat und sie eher lähmt und inaktiv macht. Also wir sind immer recht bemüht, dass wir so ein bisschen auf die Work–Life–Balance schauen. (...) Die sind in Kursen, fallen da immer wieder hinaus, kiffen eben auch daheim, weil die Eltern ohnehin überfordert sind oder sie lügen sie an und da haben wir schon das Gefühl, da sind die Dynamiken dann schon ganz langsam, so mit: ja, ich weiß eh, ich müsste eh und das mache ich dann in einer Woche oder so. Die wissen auch nicht mehr welcher Tag ist, es ist ihnen auch völlig egal. Die substituieren sich witzigerweise mit Alkohol. Wenn sie nichts haben, kommen sie und trinken gerne so Alko-pops. Aber sonst am liebsten immer Kiffen.“ Interview 2, S. 11

4.2.3.5.3 „Kampfkiffer“

Ein Interviewpartner aus dem Bereich Jugendstreetwork beschreibt eine rein männliche Gruppe von KlientInnen ca. 10 Personen, die (bereits) im Alter von ca. 15 Jahren riskante Konsummuster entwickelten.

*„Es gibt dann noch ein paar, das haben wir gemerkt, die betreiben so Kampfkiffen. Also das war mir völlig fremd, **so kiffen bis zum Absturz**. Das war wirklich ein bisschen so wie man es beim Komatrinken, Komasaufen, so ein wenig prophezeit hat, dass ja bei uns nie war. Also, dass ich nie so wahrgenommen habe, habe ich beim Kiffen schon so erlebt, so jetzt ballern wir und fetzen wir bis zum Absturz. Also so richtig bis ich nicht mehr kann. Und das war schon so ein wenig wie beim Saufen, wer kann mehr rauchen. Das war schon so der Wettbewerb. **Und ich will stürzen und ich will „Hallustimmen“ hören, also ich will mich richtig wegschießen**. Und das war für uns so ein bisschen neu. (...) Und bei den Hardcorekiffern oder Kampfkiffern, nenne ich sie jetzt einmal, die haben es schon darauf angelegt dass sie sagen: **Ich will stürzen. Also ich will so richtig weg sein. Und das sind aber die, da habe ich ein paar Bilder im Kopf, die auch jetzt ein wenig zu Koks greifen, die auch ins Aggressive gehen**, also die sich nicht so ein wenig herunterholen und das Gemütliche horchen, sondern die jetzt schon draufdrücken.“ Interview 2, S. 9–10*

4.2.3.5.4 Tägliche KonsumentInnen von Cannabis

Ein Interviewpartner aus dem Jugendstreetworkbereich berichtet von KonsumentInnen mit täglichem Cannabiskonsum und deutlicher Verengung der Aktivitäten (Interessensabsorption).

IP: „Bei einigen haben wir es schon gehabt, die, die so täglich konsumieren, die dann wirklich sagen so: Scheiß drauf. Und sich dann wirklich dem hingeben und nichts anderes dann mehr machen. Also die Dauerkonsumenten sind schon eher, finde ich, in der Gefahr, dass das dann wirklich zum Lebensinhalt wird und dass ohne dem nichts geht. Ich glaube, die stehen wirklich auf und rauchen und die denken gar nicht nach und sagen, der Tag wäre ja Scheiße sonst und so ist er schön. Und dann geht es halt dahin. Und irgendwann wird er vielleicht auch Scheiße. Obwohl, irgendwann kommen sie auch und sagen, dass es ihnen nicht mehr taugt und dass es schon fad und zäh ist. Das kommt schon vor, aber das sind kurze Phasen, wo sie das anstinkt. Und es ist dann relativ schnell wieder, dass es wieder passt.“ Interview 2, S. 22

Ein weiterer Interviewpartner aus dem Jugendstreetworkbereich berichtet von marginalisierten KlientInnen die täglich mehrmals Cannabis konsumieren. Der Konsum nimmt eine zentrale Rolle im Alltag dieser Gruppe ein.

IP 2: „Das ist schon das obligatorische Hüterl zum Frühstück, würde ich sagen, bei vielen, über den Tag verteilt. Da kommen teilweise Menschen zu uns in die Anlaufstelle, wo man dem sagt, eigentlich ist es jetzt sinnlos, dass wir über irgendetwas

diskutieren oder uns etwas ausmachen, weil der so breit ist, dass er ohnehin nichts auf die Reihe bringt. Das passiert schon. Und es ist natürlich immer ein Thema: Hast du was? Brauchst du was? Gehen wir gschwind was rauchen. Es ist halt auch dieser Gedanken nicht so da, das wäre jetzt illegal. Das ist ihnen schon bewusst, dass es illegal ist, aber das macht ein jeder und man sieht das nicht so streng.“ Interview 3, S. 2

4.2.3.5.5 KonsumentInnen mit sehr hohen Konsummengen

InterviewpartnerInnen aus dem Bereich Suchtberatung berichten von Klienten mit sehr hohen täglichen Konsummengen von Cannabis.

IP 2: „Teilweise, was ich auch spannend find, ist, teilweise Konsumenten, die irre Mengen konsumieren. Also, was weiß denn ich, zwei, drei, vier Gramm am Tag. Die „pofeln“ (rauchen) sich ja quasi durchgängig weg. Also das sind ganz große Mengen. So mittlerweile kommt es mir irgendwie vor so, es gibt natürlich schon die genauso, die sagen, ja, nach der Arbeit Rauch ich den einen Joint oder zwei, die sich das jeden Tag geben, aber so Klienten, die sagen, ein Gramm am Tag, das ist schon was ganz Normales. Das ist nicht wenig. Weil mit einem Gramm, irgendwo so in meiner Einschätzung, wirst schon vier, fünf Joints zusammenbringen und mit zwei oder drei Gramm, das geht durch eigentlich. Das ist das, was ich schon merke, dass oft sehr viel konsumiert wird.“ Interview 8, S. 1–2

4.2.3.5.6 „Baseline-KonsumentInnen“ – KonsumentInnen mit mehrmaligen täglichen Konsum von Cannabis, die gelegentlich weitere illegale Substanzen konsumieren

InterviewpartnerInnen aus dem Bereich Jugendstreetwork berichten von regelmäßigen bzw. täglichen CannabiskonsumentInnen, die Cannabis als „Baseline“, als „Grundsubstanz“ (tlw. mehrmaliger täglicher Konsum: „kiffen über den Tag verteilt“) verwenden und gelegentlich weitere illegale Substanzen (z.B. am Wochenende mit Freunden) konsumieren.

IP 1: „Also, eh wenn wir jetzt zum Beispiel hernehmen, Jugendlicher, der 18 eigentlich schon 19 Jahre alt ist, da ist halt das Kiffen einfach der Standardzustand, auch schon nach dem Aufstehen, mehrmals pro Tag, sage ich einmal. Und oft halt dann, wenn es passt, er mit Freunden unterwegs ist, am Abend unterwegs ist, oder am Wochenende, dann kommt halt der Rest dazu, oder dann wird auch experimentiert. Da werden

dann schnellere Sachen eingebaut. Aber das ist das was ich meine mit diesem Grund... mit der Baseline, das Kiffen ist so der Standard, das ist das was immer läuft. (...)

I: Kiffen über den Tag verteilt! Das ist eigentlich der Kern.

IP 1: Ja, wie halt ein anderer Zigaretten raucht, raucht der halt über den Tag verteilt ein paar Joints und alles anderes was dazukommt, ob ich dann mal was trinke, oder was anderes einbaue, das ist dann halt so und so außertourlich. (...)

IP 2: In dem Fall ist es dann so, dass sich der Tag-Nacht-Rhythmus ändert, der hat dann seine Lehrstelle verloren, und wenn du dann halt immer daheim bist.“ Interview 1, S. 7

Interviewpartner aus dem Jugendstreetworkbereich berichtet von KonsumentInnen, die zusätzlich zum hohen Cannabiskonsum, vermutlich gelegentlich weitere Substanzen konsumieren,

IP: „Was mir schon noch einfällt, es gibt in XY eine Wohnung, die gehört einem Jugendlichen und irgendwie hat es sich etabliert, dass sich da jeder irgendwie einnistet zum Konsumieren. **Also Kiffen dürfte der Standard sein und dann was halt wer mithat.** Da ist auch gedealt worden, das hat auch die Polizei schon mitbekommen und sich auf die Lauer gelegt. Und eine Zeitlang haben die auch mit einer jungen Frau zu tun gehabt, die hat eine Wohnung gehabt und die, also da gibt es immer wieder einige, die haben keine Bleibe, die sind eigentlich wohnungslos, **quartieren sich so ein und da geht es dann voll ab auf einmal. Also da sind dann halt zehn Leute auf einem Haufen, die alle konsumieren. Da war die Bong schon standardmäßig am Tisch und der Misch.** Da war dann schon so fast ein Radl. Da war immer etwas da und jeder hat etwas beigesteuert. Die zerreißt es ohnehin irgendwann. Aber da haben wir gesehen, es gibt immer wieder so Wohnungen, wo es sich zusammenhortet, Leute, die offen sind, die einen Mietvertrag haben und da konzentriert es sich dann voll. (...) **Also nicht nur Cannabis, nein, doch manche nur Cannabis.** Tageweise verschieden, kann man sagen. Das war für uns auch steil zu sehen, wie konzentriert das dann ist. Der private Raum, man fühlt sich so geschützt und wenn einer das zulässt, dann kommen die Leute in Rudeln, das ist absolut steil.“ Interview 2, S. 25

4.2.3.6 KonsumentInnen mit abhängigem oder suchtähnlichem Konsummuster

Vereinzelt wurden in den Interviews auf KlientInnen bzw. PatientInnen mit einem abhängigem oder suchtähnlichem Konsummuster verwiesen. Während im suchtmmedizinischen Rahmen definierten Abhängigkeitskriterien zur Anwendung kommen, ist in vielen Arbeitsfeldern von einer Unschärfe bei der Einschätzung der Konsumpraxis diese Gruppe auszugehen. In der Praxis stehen nicht immer medizinische Diagnosen und Befunde zur Verfügung, wenn z.B. eine Abklärung von KlientInnen nicht erwünscht ist oder der Einblick in das Konsumgeschehen begrenzt ist.

4.2.3.7 Ehemalige polytoxikomane KonsumentInnen mit moderaten Cannabiskonsum

InterviewpartnerInnen aus dem Bereich Sucht- und Drogenkoordination verweisen auf eine sehr kleine Gruppe von ehemaligen polytoxikomanen KonsumentInnen (die auch Opiate konsumierten), die nunmehr moderat Cannabis konsumieren.

IP 2: „Ich habe manchmal ältere Klienten, die früher ganz viel genommen haben und jetzt eh nur mehr noch Cannabis nehmen. (...) Also die elf Substanzen oder so genommen haben, ganz viel, ganz lange probiert haben und jetzt Jahre später nur noch Cannabis nehmen.

(...)

I: Aber wie würdest du die nennen?

IP 2: Das sind die, die eigentlich eh schon viel geschafft haben, die sehen das auch selber so. (...) die konsumieren auch nicht täglich. Aber so ganz aufhören, also das letzte geben sie nicht her.

I: Das ist ihr Retroding, ihre Drogengeschichte?

IP1: Jeder hat ein Laster, und das ist auch ein bisschen ... "das bisschen Kiffen" ...

IP2: Die sind auch im Verhältnis zu dem was sie schon konsumiert haben, ist das auch nicht mehr tragisch, so sehen die das dann.“ Interview 7, S. 23

4.2.3.8 LebensabschnittskonsumentInnen (ExkonsumentInnen)

Die Aufnahme von ehemaligen KonsumentInnen in eine Aufzählung von KonsumentInnengruppen erscheint eher unüblich. Der Vollständigkeit halber sollen hier jedoch jene KonsumentInnen angeführt werden, die nach einer oder mehreren Episoden oder kürzeren, längeren oder langjährigen Phasen des Cannabiskonsum diesen wieder dauerhaft eingestellt haben. Hinweise auf ExkonsumentInnen wurden in den Interviews vereinzelt von den Interviewpartnern von selbst angesprochen bzw. auch auf Nachfrage erwähnt. In der Sucht- und Drogenforschung nimmt die Theorie des "Lebensphasen begrenzten Konsumverhaltens" mit dem Begriff des "Maturing Out", das Herauswachsen aus riskantem Konsumverhalten und Reifeprozesse in der biographischen Entwicklung von einem Großteil der Personen, einen bedeutsamen Platz ein.

IP: „(...) Man hört es von Älteren, die mittlerweile so um die 28, 30 (Jahre alt) sind, die Dauerkiffer waren, dass die nicht mehr kiffen.“ Interview 2, S. 22

4.2.3.9 Hedonistische KonsumentInnen (FreizeitkonsumentInnen):

Bei „hedonistischen KonsumentInnen“ stehen Themen wie Genuss, Freude, gemeinsames Feiern, „Party-Machen“ und Aspekte von Entspannung im Vordergrund des Substanzkonsums.

IP 3: „Die Mitte, Anfang 20-Jährigen GelegenheitskonsumentInnen hätte ich jetzt einmal gesagt, die auf Festivals fahren, dort was rauchen, ab und zu am Wochenende vielleicht im Freundeskreis. Interview 7, S. 14

IP: (...) Aber es gibt durchaus einige, die sagen, mir taugt das, ich kann da gut entspannen, ich kann da gut abschalten, ich rauche gerne mit Freunden, das ist eine Gaudi.“ Interview 2, S. 20

KonsumentInnen mit einem hedonistischen Zugang⁸ können unterschieden werden in KonsumentInnen, die nach einer Probierkonsumphase ein moderates/integriertes Konsummuster entwickelt haben und jene KonsumentInnen, die nach einer Probierkonsumphase ein mehr oder weniger riskantes Konsumverhalten entwickelt haben.

⁸ In der Fachliteratur wird das Thema hedonistischer Konsum häufig mit dem englischen Begriff „recreational use“, bzw. im Deutschen mit dem Begriff „FreizeitkonsumentInnen“ abgehandelt.

Bei diesem Interviewausschnitt wird auch deutlich, dass die Vermischung unterschiedlicher Motive und Funktionen im Alltagshandeln, "unter dem hedonistischen Zugang "das ist eine Gaudi" subsumiert werden. So verweist "ich kann gut entspannen" auch auf Copingaspekte des Konsums, und "ich rauche gerne mit Freunden" auf gemeinsamkeitsstiftende Funktionen und auf Versicherung der Zugehörigkeit durch gemeinsamen Konsum hin.

Im folgenden Textbeispiel aus dem Streetworkbereich wird die Verschränkung von hedonistischen Konsummotiven mit Aspekten der Veralltäglicung und kulturellen Aspekten beschrieben:

„Also die Mehrheit von denen mit denen wir arbeiten sind sicher einfach nur Konsumenten, weil es halt da ist, weil es dazugehört, weil es gut ist, oder weil mir der Rausch taugt.“ Interview 2, S. 12

4.2.3.10 KonsumentInnen die sich an Jugendkulturen und Jugendszenen orientieren

Jugendkulturelle Identifikationsangebote, Deutungsmuster und Orientierungsfolien formen und gestalten den Konsum für einen Teil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit.

IP 2: „Das gehört einfach dazu, die ganze Jugendkultur dreht sich um das. Wir haben Jungs, die fahren mit einem Kapperl mit einem goldenen Hanfblatterl oben und so einem Hanfblattl am Pullover und wundern sich, wenn sie im Zug von Passau nach Linz gefilzt werden von drei Polizisten. (...) Aber das ist für die so normal. Oder diese Tekkno-Szene-Pullover, wo sowieso immer ein kiffendes Mandl (Männchen) oben ist. Diese Kultur halt da rundherum. Aber das fällt gar nicht mehr so auf, das gehört einfach dazu.“ Interview 3, S. 14

4.2.3.10.1 Rapper

Für einen Teil der männlichen Klienten aus dem Bereich Jugendstreetwork sind jugendkulturelle Einflüsse, wie deutschsprachiger und amerikanischer Rap eng mit dem Konsum von Cannabis verflochten. Konsumformen und Attitüden in Videos fungieren als Handlungsfolien und Orientierungsschemata.

IP 1: „(...) also ich würde schon sagen, das klingt ein bisschen blöd, aber ich würde sagen, dass der mediale Einfluss schon stark ist. Also sie sind umgeben von Musikvideos, wo ständig Rauch aus Mündern kommt und das ist einfach so eine – also die Idole von denen, die Musikalischen, gehen alle in Richtung Verherrlichung von

Cannabis als Lifestyle, das ist im Deutsch-Rap auch ganz stark und im Ami-Rap. Und das wollen sie, glaube ich, schon nachahmen, auch so mit Zigaretten dahängen und müde dreinschauen und der Rauch kommt aus dem Mund und überall ist der Rauch da. Das ist irgendwo so angekommen, so schaut ein lässiger Mann aus, so würde ich das jetzt sagen.“ Interview 2, S. 6–7

IP: „Ja, weil wir das Gefühl gehabt haben da konsumieren Leute Drogen, die gar nicht zu ihnen passen. (...) Ja. Es ist ohnehin erstaunlich, weil sie verwenden es ja auch wie es ihnen passt. So aggressive Gangstermigranten, kiffen und schauen absichtlich so drein und sagen völlig eingepresst: Was willst? Also sie adaptieren es ohnehin. Es war für uns nur ungewohnt am Anfang.“ Interview 2, S. 25–26

4.2.3.11 Psychonauten

Nach Aussagen der InterviewpartnerInnen handelt es sich hier um **eine eher (sehr) kleine Gruppe von KonsumentInnen**. Die KonsumentInnen werden als **relativ gut informiert** beschrieben. Neben Cannabis wird **mit weiteren illegalen Substanzen experimentiert**, die **eher gelegentlich bzw. sporadisch in einem bewusst gewählten Setting konsumiert werden**.

IP 3: „(...) Es gibt auch eine Gruppe, die ist nicht besonders groß, aber ist immer wieder mal da. Leute, die sich zumindest über das Internet soweit man sich da sehr gut informieren kann, sehr gut informieren und so neugierig sind und diverse Substanzen ausprobieren und das sogar, soweit man das halt konsumieren kann, in einem guten Setting zum Teil konsumieren. Also, dass da einer nüchtern bleibt und sie das LSD irgendwo im Wald konsumieren und so Geschichten. Das ist auch so eine Gruppe, die eigentlich sehr gut informiert ist und aus Neugierde und Experimentierfreude das konsumieren. Oder auch immer wieder einmal, die dann sagen, alle drei Monate oder so, dann kauft man sich halt wieder mal Schwammerl.“ Interview 7, S. 19

4.2.3.12 KonsumentInnen mit Copingmuster und/oder Selbstmedikationsmuster

Bei der Entwicklung einer "negativen Drogenverlaufskurve" nehmen Coping- und Selbstmedikationsmotive einen bedeutenden Platz ein. In den konkreten Biographien überschneiden sich die Muster vielfach da die Grenzen zwischen Coping- und Selbstmedikationsmuster fließend sind.

Die Begriffe von Selbstmedikation und Coping wurden aus unterschiedlichen theoretischen und fachlichen Kontexten entwickelt und sind zudem nicht trennscharf definiert, sondern weisen starke Überschneidungen auf. Die Zuordnung eines Phänomens der jeweiligen Kategorie ist daher nicht immer eindeutig, Überschneidungen und Überlappungen sind möglich.

4.2.3.12.1 KonsumentInnen mit Copingmuster

Bei einer relativ großen Zahl von KlientInnen und PatientInnen des Betreuungs- und Hilfesystems, wird beschrieben, dass sie Cannabis konsumieren⁹, um z.B. belastende Gefühle, erlebte Hilflosigkeit, unangenehme psychische Drucksituationen, Stress, frustrierende und belastende Arbeitsverhältnisse, belastende Lebenssituationen oder Risikolagen wie Marginalisierung besser auszuhalten oder bewältigen zu können. Hier werden also auf der eine Seite psychische Probleme, auf der anderen Seite soziale Probleme der KonsumentenInnen angesprochen.

Die Bewältigung von Belastungen wird in der Stressforschung als Coping bezeichnet. Bei der Klassifikation von Bewältigungsstilen wird u.a. in funktionale und dysfunktionale Copingstrategien (Vermeidung, Verleugnung und fatalistischer Rückzug) unterschieden.

Eine weitere Kategorisierung der Bewältigungsstile unterscheidet in externalisierendes Coping (z.B. Gewalt), internalisierende Verarbeitung (z.B. psychosomatische Störungen) und einem ausweichenden Problemverhalten. „Darunter ist eine ausweichende Strategie zu verstehen, um den Belastungen zu entfliehen (evasive Verarbeitung). Dieses „Aus-dem-Weg-Gehen“ drückt sich in fluchtförmigen Verhaltensweisen, in unsteten, wechselhaften sozialen Beziehungsmustern und in suchtfährdetem Verhalten aus, etwa dem unkontrollierten Konsum legaler und illegaler Drogen, Nahrungsmittel und der uneingeschränkten Nutzung von elektronischen Medien.“ (Richter und Moor, 2015, S. 102)

⁹ Copingmuster sind natürlich nicht auf den Konsum von Cannabis beschränkt, sondern bei allen anderen psychoaktiven Substanzen verbreitet.

Hurrelmann und Settertobulte führen an, dass besonders gefährdete Jugendliche überdurchschnittlich intensiv psychoaktive Substanzen konsumieren. Die Gefährdungskriterien werden wie folgt angeführt: Kinder mindestens eines drogenmissbrauchenden Elternteils, häufiges Schwänzen der Schule, frühe Sexualkontakte und frühe Schwangerschaft, Kinder und Jugendliche, die unter sozio-ökonomischen Deprivation aufwachsen, delinquente Verhaltensweisen zeigen, unter psychischen Störungen leiden, möglicherweise bereits einen Selbstmordversuch verübt haben und/oder fortwährend körperliche Verletzungen aufweisen. (Hurrelmann und Settertobulte, 2008, S. 12)

Ein für marginalisierte Jugendliche und junge Erwachsenen besonders relevanter Aspekt von Bewältigung ist das Coping von belasteten und prekären Lebensumständen und weiteren sozialen Problematiken.

Ein Interviewpartner aus dem Jugendstreetworkbereich berichtet von einer Gruppe von KlientInnen. Beschrieben wird eine Dynamik von belastenden Arbeitsverhältnissen, Gruppendynamiken und intensivem Cannabiskonsum, die in Verlust des Arbeitsplatzes und in weiterer Folge zu devianten Lebensstil führte. Angesprochen werden vom Interviewpartner die Copingmuster „Flucht“, „Ablenken“ und „Verdrängen“.

IP: „Der (Klient) ist auch in einer Gruppe, die auch sehr viel konsumiert und die beiden anderen haben mittlerweile auch die Arbeit nicht mehr. Also das war wirklich auch für uns ein bisschen steil, die sind anscheinend aufgestanden und haben vor der Arbeit gleich einmal Bong geraucht und haben gesagt: Weil sonst druck' ich das nicht. Haben dann den Tag irgendwie verbracht und irgendwann ist es ihnen halt nicht mehr so zusammengegangen, würde ich sagen. Also das waren schon frustrierende Arbeitsverhältnisse.“

I: Welche waren das?

P: Jetzt muss ich überlegen. Ich glaube einer war Elektrikerlehrling, der hat dann im dritten Lehrjahr abgebrochen und ein anderer Dachdecker-, Spenglerlehre. Und der Dritte war kurz so einmal Brandschutzbeauftragter. Es war schon so generell die Stimmung in der Firma: Hackeln freut mich nicht. Ich druck das nicht. Ich druck das nur mit Kiffen. Und dann halt irgendwann Adieu gesagt zur Arbeit. Die Gruppe war dann ein paar Mal da und war schon Thema wie sie wieder auf die Füße kommen, wie sie aus diesem Alltagstrott herauskommen, mit ganz viel Konsum dabei. So Ablenken geht damit gut, Verdrängen geht damit gut, man macht sich einen schönen Tag, wobei ohnehin alles Scheiße ist. Also es ist schon so eine Flucht auch für die. Und eines hat uns auch geschreckt, also die haben schon mit Milieus zu tun, also wo es so ins Dealen hineingeht, wo es dann wirklich hart wird. Also von wegen Gewalt und wie sie angedredet werden. Sie haben auch erzählt von der Paranoia beim Aufwachen mit

Polizei, vielleicht kommt da wer. Die wollen halt auch ganz viel verdrängen mit ihrem Konsum, ganz viel Stress wegstellen, ganz viele Gedanken.“ Interview 2, S.14

4.2.3.12.1.1 Sporadische KonsumentInnen mit Copingmuster

Eine InterviewpartnerIn aus dem Bereich Sucht- und Drogenkoordination berichtet von KlientInnen die Cannabis sporadisch für Copingaspekte verwenden.

IP 2: „Es geht einfach trotzdem auch darum für was verwenden sie den Konsum logischerweise. Weil, das sind Leute, die vielleicht sagen, ok ich konsumiere viermal im Jahr, aber immer dann, wenn es mir so schlecht geht und dann pfeife ich mir das eine Woche lang hinein.“ Interview 7, S. 14

4.2.3.12.1.2 Coping emotionaler Ausnahmezustände durch vulnerable und marginalisierte Jugendliche und junge Erwachsene

InterviewpartnerInnen aus dem Bereich Jugendstreetwork die vorwiegend mit Klientinnen mit psychischen Problemen und schwierigen Lebensbedingungen konfrontiert sind, berichten vom Coping emotionaler Ausnahmezustände.

IP 2: „Wenn du irgendwie beklaut wirst oder es passt wieder etwas nicht oder du wirst zusammengeschimpft oder irgendetwas passt nicht, dann bist ja irgendwie in einem emotionalen Ausnahmezustand.

IP 1: Genau. Und wenn du dann etwas rauchst, OK, dann lehnst du dich einmal zurück und denkst dir: OK, es ist so wie es ist. Jetzt rauche ich noch einen und dann schaue ich einmal – so in der Richtung.“ Interview 3, S. 39–40

4.2.3.12.1.3 KonsumentInnen mit Copingmuster bei Aggressionsproblemen

Ein Interviewpartner aus dem Bereich Jugendstreetwork berichtet von Copingaspekten bei Aggressionsproblemen.

IP 1: „Ein Aspekt der mir noch eingefallen wäre, vorher schon, ist, was wir schon mal kurz angesprochen haben. Diese Art von Selbstmedikation mit Cannabis. Gerade bei Jugendlichen, die wissen, dass sie ein bisschen ein Aggressionsproblem haben, die versuchen das so zu dämpfen, sich selber zu dämpfen. Das ist auch immer mal wieder vorgekommen, oder war Thema. Da komme ich ein bisschen runter damit.“ Interview 1, S. 15

4.2.3.12.2 KonsumentInnen mit Selbstmedikationsmuster

Zentrale Bedeutung bei der Entwicklung problematischer Konsumformen von psychoaktiven Substanzen und weiterführenden „Verlaufskurven des Erleidens“¹⁰ kommt dem Thema Selbstmedikation zu.

Selbstmedikation soll hier einerseits als der Konsum von nicht ärztlich verschriebenen psychoaktiven Substanzen, um psychische Probleme und psychische Störungen wie Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen, Angsterkrankungen und Traumatisierung, durch die Betroffenen zu beeinflussen, verstanden werden. Andererseits erlangt mit der „Thematisierung von Cannabis als Medikament“ die Selbstmedikation von physischen Problemen (Schmerzen, Nebenwirkungen einer medizinischen Behandlung, etc.) zunehmend an Bedeutung.

Im Zusammenhang mit der Selbstmedikation psychischer Probleme werden die Begriffe Komorbidität bzw. Doppeldiagnosen verwendet, die das gemeinsame Auftreten von riskanten Konsumformen oder abhängigem Verhalten von psychoaktiven Substanzen und mindestens einer anderen psychischen Störung bei einer Person bezeichnen. Die Erfahrungen aus der Suchtmedizin zeigen unter anderem, dass Abhängigkeiten in der Regel mit massiven psychosozialen Problemen einhergehen (vgl. Hurrelmann und Settertobulte 2008).

Nachfolgendes Fallbeispiel illustriert, dass die Grenzen zwischen Coping- und Selbstmedikationsmustern fließend sind.

IP 2: „Was haben wir noch? Junge Menschen so mit 14, 15, die kommen einmal ins Kepler-Klinikum, also ins Wagner-Jauregg, bekommen ihre Medikamente, wo ihnen gesagt wird, sie sollen nicht dazu konsumieren, wegen eurer Gehirne und sie konsumieren trotzdem dazu und lügen halt dann die ÄrztInnen an und sagen dann, das hat keine Wirkung für mich, das hat mir nicht geholfen. Und medikamentieren sich dann mit dem Gras weiter. Rauchen halt Gras weil sie sagen, da schlafe ich wenigstens und da habe ich keine unangenehmen Nebenwirkungen, wie von den Uppers und Downers, die ich da bekomme. Das haben wir auch des öfteren. Und dann auch Leute, die dann halt infolgedessen sagen, ich möchte gerne ein Ritalin haben, das bekomme ich aber nicht vom Arzt aus irgendwelchen Gründen und nehme halt dann etwas anderes.“ Interview 2, S. 8

¹⁰ Das Konzept der „Verlaufskurven des Erleidens“ wurde von einer Forschergruppe rund um Fritz Schütze (2006) auf der Grundlage von autobiographisch-narrativen Interviews entwickelt. Untersucht wurden unter anderem Erleidensprozesse wie „auffällig werden“, „in den Krieg ziehen müssen“ oder „Sucht- bzw. Drogenabhängig-Werden und -Sein“.

InterviewpartnerInnen aus dem Bereich Sucht- und Drogenkoordination berichten von KlientInnen deren Konsum mit Selbstmedikationsaspekten, sowohl von psychischen als auch physischen Problemen in Verbindung steht. Mit der zunehmenden Thematisierung von Cannabis als Medikament für unterschiedliche psychische und körperliche Erkrankungen und Symptomen ist die Zahl der Personen mit Selbstmedikationsmustern mittels Cannabisprodukten angestiegen. Im nachfolgenden längeren Interviewausschnitt wird die Breite der Selbstmedikationsmuster ersichtlich.

IP 3: „Die medizinisch Selbsttherapierenden. (...) Die irgendein Gebrechen haben, ob das jetzt psychisch oder körperlich ist und die praktisch konsumieren, damit es ihnen besser geht. Ob das jetzt irgendwie...

I: Ist das jetzt rein auf einer körperlichen Ebene, oder ist das auch Selbstmedikation auf psychosozialer ...?

IP 3: Es gibt beides. Aber du hast das Gefühl in der Gruppe sind eher die körperlichen ein bisschen mehr. Die denen es psychisch richtig schlecht geht, da habe ich letzgens auch wieder ein paar gehabt, denen ist eigentlich bewusst, dass das e nicht so gescheit ist, aber sie nutzen es dann trotzdem zum Einschlafen, weil sie sonst irgendwie so viel im Kopf haben, dass sie gar nicht Einschlafen können, zum Beispiel. Aber das sind schon wirklich konkrete körperliche, ich habe jetzt Morbus Crohn habe ich letzgens wieder gehabt, oder ich habe einen schweren Mopedunfall mal gehabt und das tut mir immer noch weh.

IP 1: Bandscheibenvorfall.

IP 2: Schmerz.

IP 3: Und Schlaf.

IP 1: Appetitanregung, weil Essstörungen. (...)

IP 3: Das sind dann die die gleich mit einem Ordner kommen und sagen ich bin ja so krank und das ist der Grund warum und ich erzähle die Geschichte. Aber das kommt dann eher von den Leuten selber, also da braucht man gar nicht so viel nachfragen.

I: Also die haben das jetzt schon fünfmal probiert über einen Arzt, medizinisches Cannabis zu bekommen?

IP 1: Nein das nicht. Aber auch aus Kostengründen, weil sich das eh keiner leisten kann. Aber sie haben schon oft eine lange Medikationsgeschichte. Wo sie sagen, ok, ich wollte nicht mehr sieben Tabletten am Tag nehmen, die ich verschrieben bekommen habe, und dann habe ich halt aufgehört und eigentlich geht es mir eh besser, wenn ich kiffe. (...)

IP 2: Ich finde es gibt bei dieser Gruppe nochmal eine Untergruppe, entweder sie entscheiden sich weiter so zu konsumieren und einfach dieser Krankheit oder diesen Schmerz als Berechtigung zu sehen. Oder die zweite Gruppe ist dann die, die das CBD ins Spiel bringen. Also, die dann versuchen umzusteigen und da habe ich das Gefühl das wird jetzt auch immer mehr, um eben aus der Illegalität zu kommen. Und schon den Gesundheitsaspekt in den Vordergrund stellen, ich will ja nicht kiffen, weil CBD ist ja gesünder und... aber da hast du mehr auch?“ Interview 7, S. 15–17

InterviewpartnerInnen aus dem Streetworkbereich berichten über den sehr hohen Anteil von Selbstmedikations- und Copingmuster und die Legitimierung von Cannabis als Natursubstanz:

IP 1: „Ja. Und definitiv erzählen ja auch immer wieder welche, dass sie irgendwie mit dem Gras angefangen haben, weil sie halt irgendwelche Themen gehabt haben. Sei es jetzt irgendwelche Traumata, wo sie nicht schlafen konnten, wo dann das ein bisschen unterstützend war. Wo sie einfach gestresst waren oder ganz viele reden ja auch über ADHS, ich habe ADHS und mir hat das Gras dann voll geholfen, dass ich mich fokussiere, dass ich herunterkomme.

IP 2: Genau. Und das ist ja keine Chemie. Also das ist ja Natur, das ist ja für die Natur pur. (...) Und es wird halt tatsächlich nicht als Droge in dem Sinn wahrgenommen, weil es halt für sie ein Naturprodukt ist und das beruhigt und das hat überhaupt so viele positive Wirkungen, dass kann ja sogar Krebs heilen. Das ist so ein gefährliches Halbwissen.“ Interview 3, S. 6

In dem nachfolgenden Beispiel aus dem Streetworkbereich wird der Cannabiskonsum als Selbstmedikation von Hyperaktivität gedeutet. Aufgrund der beschriebenen Symptome von Entzugerscheinungen hat sich durch die Selbstmedikationsbemühungen möglicherweise eine Abhängigkeit bzw. ein suchähnliches Verhalten entwickelt.

IP: „Was mir noch dazu einfällt, wir haben eigene Leute wo wir das Gefühl haben, dass sich die damit selbst medikamentieren. Also wir haben Jugendliche gehabt, die so hyperaktiv waren, dass mit denen eine Gesprächsführung kaum möglich war. Und wie die zum Kiffen angefangen haben, war das fast für uns ein bisschen wie eine Erlösung. Also die sind halt ruhig dagesessen, waren durchaus konzentrierter als vorher und haben aber wirklich dann ohne Cannabis, würde ich sagen, schon richtig Entzugerscheinungen bekommen – da fällt mir einer ein – also richtig Entzugerscheinungen bekommen, also richtig unwohl gefühlt, schwitzen, nicht fokussieren können, keinen Appetit mehr gehabt. Also solche Sachen.“ Interview 2, S. 12

Interviewpartner aus dem Bereich Sucht- und Drogenkoordination berichten von KlientInnen deren Cannabiskonsum mit einer (früheren) Medikation von Ritalin oder Concerta oder Strattera, in Verbindung steht.

IP 3: „Da fällt mir noch was ein bei den ganz Jungen, ich habe ja in letzter Zeit gehäuft Jugendliche, die ADHS-Medikamente bekommen. (...)

I: Das heißt die nehmen Ritalin?

IP 3: Ritalin eher nicht mehr, Concerta haben sie recht viel, Strattera.

IP 2: Oder nachdem, also in der Phase danach. Ich habe die jetzt länger nicht mehr so, aber das waren eher die, die bis 13, 14 dann in der Schulzeit die Tabletten genommen haben, damit die dem Unterricht irgendwie folgen können und dann nachher zum Kiffen angefangen haben, im direkten Übergang. Weil sie ja eigentlich ihren inneren Stress irgendwie spüren auch außerhalb der Schule, in der Schule fällt das halt auf.

I: Sind die dann auch auf Amphetamine, wenn die mit dem Ritalin aufhören?

IP 1: Nein, habe ich noch nicht wahrgenommen.

IP 2: Vielleicht kommen die auch nicht zur Risikobeurteilung, die dann die Amphetamine nehmen.

IP 1: Falls sie erwischt werden.

IP 3: Das kann ich mir eher vorstellen, weil ich kenne das von der niederschweligen Einrichtung, wo ich vorher gearbeitet habe, da waren schon relativ viele, die... Aber da kann ich mir vorstellen, dass die nicht kommen.“ Interview 7, S. 26–27

4.2.3.12.3 Weiterführende Beispiele die die Selbstmedikationsthematik

Zur Verdeutlichung der Vielschichtigkeit der Fallkonstellationen und einer dahinterliegenden Selbstmedikationsthematik wird im Anhang 0 „

Biographische Skizzen und Milieuportrait zur Problematik der Selbstmedikation“ biographische Skizzen im Sinne von Kurzbeschreibungen aus Fallbeispielen angeführt. Mit der Darstellung der biographische Skizzen soll einerseits die Breite der Problemkonstellationen, die im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis auftauchen und als Aspekte von Selbstmedikation gedeutet werden können, skizziert werden. Die Fallbeispiele sollen andererseits einen tieferen Einblick in das Bündel möglicher Risikofaktoren geben, das am konkreten Einzelfall zu tragen kommt.

In einem Milieuportait aus dem Bereich Jugendstreetwork beschreiben InterviewpartnerInnen ihre Wahrnehmungen zu den Zusammenhängen von psychischen Problematiken ihrer KlientInnen und der seelischen und psychischen Not, die zu einer Praxis von Coping- und Selbstmedikationsmuster führt. Cannabiskonsum stellt, so die ExpertInnen, bei vielen diesen Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Basis dar, auf der der Konsum weiterer Substanzen folgen kann.

4.2.3.12.4 Diskussion der dargestellten KonsumentInnengruppen

Die Zuordnung von Fallgeschichten, Ausschnitten von Beschreibungen und Erzählungen zu den dargestellten KonsumentInnengruppen ist mit gewissen Unsicherheiten, Ungenauigkeiten und letztlich mit der Problematik des Scheiterns verbunden. Die Auswahl einer Bezeichnung der Konsumentengruppen kann relativ unmittelbar aus den Experteninterviews entstehen, wie dies z.B. bei den ProbierkonsumentInnen geschehen ist. Bei anderen Typen von KonsumentInnen ist ein Bezug zur Fachliteratur bzw. ein relativ komplexer Interpretationsprozess mit den oben beschriebenen Unsicherheiten notwendig.

Die aufgelisteten und dargestellten KonsumentInnengruppen werden auch nicht in allen systematischen Ausprägungen dargestellt. Ein systematischer Zugang zur Typenbildung würde eine höhere Anzahl von KonsumentInnentypen ergeben. Das bedeutet, die dargestellten KonsumentInnen folgen einerseits Forschungsinteressen und interpretativen Überlegungen der Stimmigkeit und andererseits Erwägungen der Nachvollziehbarkeit, der Darstellungslogik, der Lesbarkeit und Übersichtlichkeit und nicht zuletzt, der Anknüpfungsmöglichkeit an bestehende Fachdiskurse.

„Hidden Populations“ und „unauffällige KonsumentInnen“:

Aus der Sicht der Drogenforschung sind „Hidden Populations“ Gruppen, die mit den angewandten Forschungsmethoden nicht erfasst werden konnten. Der überwiegende Teil der CannabisnutzerInnen kann vermutlich als „unauffällige KonsumentInnen“ bezeichnet werden. Die Bezeichnung „unauffällig“ sagt nichts über allfällige Probleme oder Risikopotentiale aus, die mit dem Konsum in Zusammenhang stehen bzw. stehen können.

4.2.4 Wahrgenommenen Probleme

Die ProfessionistInnen berichteten in den Interviews von Problemen und Problembereichen auf unterschiedlichen Ebenen, die sie in ihren Tätigkeitsfeldern wahrgenommen haben. Die

Beschreibungen der Expertinnen gehen sehr unterschiedlich auf die Frage ein, welche Rolle Cannabis bei den dargestellten Problemen spielt.

Das Forschungsdesign der vorliegenden Studie ist allerdings nicht darauf ausgerichtet worden, ursächlichen und kausalen Zusammenhänge nachzugehen oder gar nachzuweisen. Ebenso wenig wurde die systematische und taxative Erfassung von Problemen im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis in dem Forschungsvorhaben intendiert. Im Zentrum des Forschungsinteresses stand vielmehr, im Sinne des "Interpretativen Paradigmas", einen Einblick in die Wahrnehmungen, Sichtweisen und Deutungen der ProfessionistInnen zu erhalten.

Bevor die Problemwahrnehmungen und Problembeschreibungen der ExpertInnen um Überblick dargestellt werden, soll auf grundsätzliche Aspekte von Bewertungsprozessen, vielfach unklaren Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen und dem Schutz- und Risikofaktorenmodell eingegangen werden.

4.2.4.1 Problemdefinitionen und Bewertungshintergründe

Jedes Reden über Probleme basiert auf vielfältigen Hintergründen und Entwicklungen. Langfristige gesellschaftliche und soziale Entwicklungen, Entwicklungen in Wissenschaft und Fachdisziplinen, die Entwicklung von ethischen Standards und Berufsethiken etc. formen, ebenso wie aktuelle politische Debatten, Trends und Moden, aber auch individuelle Faktoren wie biographische Erfahrungen und Alltagswahrnehmungen, die Kriterien und Grundlagen die aus einem Phänomen, ein Problem machen.

Zentraler Aspekt ist hier die Fragestellung, welche Phänomene (welche Handlungen, Zustände, Situationen, Auswirkungen etc.) werden als Problem oder als problematisch angesehen bzw. definiert. Die Veränderung der Bewertung von "Homosexualität" oder "Gewalt in der Ehe" im 20. Jahrhundert können als prominente historische Beispiele für eine Veränderung der Sichtweise und der damit verbundenen Problemdefinition angeführt werden. Im Mittelpunkt stehen hier Definitionsmacht und Durchsetzungsfähigkeit der jeweiligen AkteurInnen, Gruppen und TrägerInnen von Interessen.

4.2.4.1.1 Unklare Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge

Der Ursache-Wirkungs-Zusammenhang, und damit die Frage der Kausalität ist bei der Problematisierung von Substanzkonsum vielfach nicht eindeutig. Auf einer grundsätzlichen Ebene kann unterschieden werden, wie weit der Cannabiskonsum als vorrangiger Faktor bzw. als Ursache von Problemen angesehen wird, oder, ob Cannabiskonsum als eine Folge von bestehenden Problemen

gedeutet wird. Mangelnder Schulerfolg kann als Folge von problematischem Cannabiskonsum angesehen werden, auf der anderen Seite kann Cannabiskonsum (z.B. als selbstwertsteigernde Strategie von Jugendlichen) als Folge von Problemen in der Schule interpretiert werden. Der Cannabiskonsum von Jugendlichen kann auch als Symptom für familiäre Problematiken gedeutet werden. Die Richtung der Kausalität ist also nicht immer eindeutig.

4.2.4.1.2 Prämissen und Wirkungsmodelle

Zentrale Einflussfaktoren die für die Deutung von Problemen wirksam werden sind explizite und implizite Prämissen (Vorannahmen, Vorbedingungen), theoretischen Modelle und Zugänge, Wirkungsmodelle, Vorstellungen und Annahmen über das Zustandekommen des Problems. Nicht zuletzt erscheinen hier wissenschaftstheoretische Zugänge z.B. naturwissenschaftliche Sichtweisen vs. sozialwissenschaftliche Sichtweisen, bedeutungsvoll.

4.2.4.1.3 Schutz- und Risikofaktorenmodell

In der Fachwelt wird vorrangig auf das "Schutz- und Risikofaktorenmodell" Bezug genommen. Als „Risikofaktoren“ werden jene Faktoren bezeichnet, die die Auftrittswahrscheinlichkeit von „Störungen“ erhöhen. „Als Gegenstück dieser Risikofaktoren werden Schutzfaktoren verstanden, welche die Risikolage vermindern. Risikofaktoren können durch Schutzfaktoren neutralisiert werden und umgekehrt“ (Uchtenhagen und Zieglgänsberger 2000, 196). Uhl (2002) unterscheidet zwischen einem quantitativen und einem qualitativen Schutz- und Risikofaktorenmodell: das quantitative Modell geht davon aus, dass Risikofaktoren das Gegenteil von Schutzfaktoren sind; in diesem Sinne ist ein gutes Familienklima ein Schutzfaktor und ein schlechtes Familienklima ein Risikofaktor. „Der qualitativen Interpretation entsprechend gibt es hingegen keine Symmetrie zwischen Risikofaktoren und Schutzfaktoren. Schutzfaktoren repräsentieren erhöhte Widerstandskraft (Resilienz) oder verringerte Verletzlichkeit (Vulnerabilität) bezüglich des drohenden Einflusses von Risikofaktoren. Schutzfaktoren können sich dieser Interpretation entsprechend grundsätzlich nur dann auswirken, wenn Risikofaktoren auftreten, während sich Risikofaktoren generell auswirken“ (Uhl 2002, 4). Resse und Silbereisen (2001) unterscheiden zudem zwischen spezifischen Faktoren, die „nur“ auf ein „Problemverhalten“ z. B. Suchtentwicklung wirken können, und unspezifischen bzw. allgemeinen Faktoren die für mehrere Problemverhalten z. B. Sucht und Delinquenz wirksam werden können.

Im Schutz- und Risikofaktorenmodell wird der Konsum von Cannabis üblicherweise als ein Risikofaktor angesehen, der im Zusammenspiel mit vielen weiteren Risiko- und Schutzfaktoren Bedeutung erlangen kann. Beispielsweise hat ein Jugendlicher aus belastenden Familienverhältnissen

Schwierigkeiten in der Schule, die Entwicklung eines riskanten Cannabiskonsummusters bringt weitere Probleme in der Schule mit sich.

Unter bestimmten Bedingungen z.B. erhöhter Vulnerabilität einer Person, kann dieser Faktor einen sehr großen Einfluss erhalten. Beispielsweise kann im Falle von bereits bestehenden manifesten psychiatrischen Erkrankungen, der Konsum von Cannabis als ein bedeutsamer Risikofaktor identifiziert werden, der das dramatische Krankheitsgeschehen "am Leben hält" oder sogar verstärkt.

Tretter erweitert das Schutz- und Risikofaktorenmodell in einer systemischen Sichtweise durch "Modelle mit Rückwirkungen als Wirkungskreisläufe". Im Schutz- und Risikofaktorenmodell werden üblicherweise "die Ursachen nur unspezifiziert als Einwirkungen auf die Person dargestellt, und zwar überwiegend in eine Richtung: je mehr A, desto mehr B. Bei einem größeren Zeitfenster gibt es jedoch Rückwirkungen auf die ursprünglichen Bedingungen, die meist sogar verstärkend wirken, aber auch manchmal hemmend wirken. Damit werden die Modelle genauer und realistischer, indem sie Wechselwirkungen explizit berücksichtigen. Rückwirkungen, Wechselwirkungen, Vorwärtswirkungen, Nebenwirkungen usw., alles zusammen ergibt ein Netzwerk der Wirkungen. Dies führt zur systemischen Sichtweise des Ursachengefüges der Sucht (Tretter u. Kufner 1992, Tretter 2005)." (Tretter 2017, S. 58)

4.2.4.2 Unterschiedliche Problemebenen

Die von den interviewten ProfessionistInnen wahrgenommenen Probleme betreffen unterschiedlichen Ebenen bzw. Bereiche. Nachfolgend werden typische Problembereiche aufgelistet, die von den Interviewpartnern angesprochen wurden.

Probleme auf der Ebene der Person:

Psychische Probleme: Abhängigkeitssyndrom, psychische Erkrankungen und Probleme z.B. affektive Störungen wie Angststörung und Depressionen, Psychosen, Entwicklungsverzögerungen, Panikattacken etc.

Kognitive Probleme: Konzentrationsstörungen, Beeinträchtigung der Gedächtnisleistung, Probleme mit dem Kurzzeitgedächtnis, Defizite bei Aufmerksamkeitsprozessen etc.

Körperliche Probleme: Schäden an Lunge und Atemwegen, Überdosierungen und akute Übelkeit, Schwindel, Abbau der "Kondition" etc.

Biographische Ebene: schlechte schulische Leistungen, Schulabbruch, Probleme in der Lehrstelle, Verlust der Lehrstelle bzw. Arbeitsplatzverlust, finanzielle Probleme, erfolglose Arbeitssuche

aufgrund von Entwicklungsverzögerungen, fehlende berufliche Perspektiven aufgrund von Motivationslosigkeit, etc.

Juristische und verwaltungsrechtliche Ebene:

Strafanzeigen durch die Exekutive, Probleme mit Führerschein bzw. Führerscheinverlust, finanzielle Belastungen durch Strafen und Verfahrenskosten, Kleinkriminalität, Unfälle z.B. Straßenverkehr, "Verwaltungskeule". Konflikte um Sorgeregelungen und Besuchszeiten bei KonsumentInnen die Eltern sind etc.

Soziale Ebene:

Konflikte und Streitereien wg. Substanzkonsum in den Gruppen oder mit Freunden, Hilflosigkeit der Angehörigen, familiäre Konflikte wg. Strafanzeigen, Scham (es darf nicht nach Außen), belastende Arbeitssituation ohne Perspektive auf Veränderung, etc.

Soziologische Ebene:

Stigmatisierungs- und Labeling-Prozesse, Verfestigung von Marginalisierungstendenzen und Ausgrenzungsprozessen, Belastungen durch die Kriminalisierungspraxis, Diskriminierungserfahrungen z.B. auf der Ebene der Verwaltungsverfahren ("Verwaltungskeule"), fehlende KonsumentInnenenschutz etc.

Grundsätzlich können die Probleme des Weiteren entlang der Dimension Zeit in akut, kurzfristig, passager bzw. mittelfristig und langfristig bzw. chronisch unterschieden werden.

4.2.4.3 Ausgewählte Problembereiche

Nachfolgend werden die ausgewählte Problembereiche die von den ExpertInnen beschrieben werden, im Überblick, anhand von Interviewpassagen dargestellt. Die Problembeispiele und Textpassagen soll als Illustrierung der unterschiedlichen Problemkonstellationen dienen und einen Einblick in die Sicht- und Deutungsweisen der ProfessionistInnen geben. Diese nachfolgende Aufzählung ist als eine begrenzte "Auswahl" von möglichen Problemen zu verstehen, die in den Interviews angesprochen wurden, ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

Bei den nachfolgenden Beschreibungen liegt der Schwerpunkt bei psychischen Erkrankungen und damit bei Problemen, die auf der Ebene der Person angesiedelt sind. Soziale Probleme, juristische, verwaltungsrechtliche und finanzielle Probleme, sowie Probleme des Erwerbs von Cannabis in einem illegalisierten Kontext und die Praxis der Kriminalisierung werden ebenfalls dargestellt, allerdings nehmen die Beschreibungen vergleichsweise weniger Platz ein. Damit soll keinesfalls auf eine geringere Bedeutung dieser Probleme geschlossen werden. Die unterschiedliche Breite der

Darstellung der Problembeschreibungen hat unterschiedliche Gründe und liegt unterschiedlichen Logiken zugrunde. Interviewführung, zeitliche Begrenztheit der Interviews, Fokussierung auf biographische Fallbeispiele sind beispielsweise auf der Seite der Erhebung zu nennen, die Einfluss auf die Breite und Ausmaß und natürlich auch Inhalte der Problemdarstellungen der InterviewpartnerInnen nehmen. Rahmenbedingungen der Darstellung wie Lesbarkeit des Textes z.B. der Versuch der Vermeidung von übermäßigen Wiederholungen von Interviewzitat in denen unterschiedliche Dimensionen und inhaltlich Kategorien angesprochen werden, können als weitere Hinweise für ein „verzerrte“ Darstellung bei den nachfolgenden Problembeschreibungen aufgeführt werden. Die Auswahl der InterviewpartnerInnen und das „zur Verfügung stehen“ von InterviewpartnerInnen ist hier ebenfalls zu nennen. So standen aus dem Behandlungsbereich ExpertInnen für Interviews dankenswerter Weise zur Verfügung. Für die umfassende Beschreibung biographischer Entwicklungen von Jugendlichen gibt es aber grundsätzlich keine ExpertInnen, für die fokussierte Beschreibung von Kriminalisierungseffekte stehen wegen fehlender Institutionalisierung keine bzw. kaum ExpertInnen zur Verfügung.

Möglicherweise wird hier aber auch ein weiterer bedeutsamer Aspekt tangiert. Der Zusammenhang von Cannabiskonsum und psychischen Problemen kann von den AkteurInnen vermutlich unmittelbarer assoziiert, zugeordnet, gefolgert oder abgeleitet werden als z.B. ein langfristiger (prozesshafter) Verlust des Arbeitsplatzes oder komplexe, interaktionale Effekte die durch Kriminalisierung entstehen können und bei der Labeling- und Ausgrenzungsdynamiken entstehen können. Es kann davon ausgegangen werden, dass dies in einem unterschiedlichen Ausmaß, sowohl für die Ebene der KlientInnen/PatientInnen als auch für die Ebene der ProfessionistInnen zutrifft.

4.2.4.3.1 Psychische Erkrankungen

Das Auftreten von psychischen Erkrankungen, die in einem Zusammenhang mit einem Konsum von Cannabis steht, wird in der Fachliteratur als eine der Hauptrisiken beschrieben und diskutiert. In den ExpertInneninterviews wurde mehrfach auf diese Problematiken eingegangen.

Interviewpartner aus dem Bereich Suchtmedizin beschreiben die große Bandbreite der Erkrankungen und psychischen Problemen, die für die ProfessionistInnen im Zusammenhang mit einem Cannabiskonsum sichtbar werden.

IP 2: "(...) Die Psychotischen, die fallen halt schneller auf. Deswegen darf man ja auch nicht die affektiven Störungen oder die Komponente der affektiven Störung vergessen, genauso wie die Angst- und Zwangsstörungen. Die vielleicht am ersten Blick nicht so spektakulär oder ins Auge stechen, aber einen Riesenanteil auch ausmachen. Und, was ja auch Teil unserer Cannabisentwöhnungsgruppe ist, ist natürlich diese

Dinge anzusprechen, wie dieses amotivationale Syndrom, also dass die Leute, ich sage es jetzt salopp, so richtig zack werden und Nichts mehr auf die Reihe kriegen.“
Interview 10, S. 20

4.2.4.3.1.1 Psychotische Erkrankungen

Ein Interviewpartner aus dem Bereich Jugendpsychiatrie beschreibt seine Wahrnehmung zu drogeninduzierten schweren psychischen Erkrankungen.

IP: „Bei einigen wenigen würde ich sagen, ist es so, dass tatsächlich ursächlich für eine schwerere Erkrankung oder Exazerbation¹¹ von einer Problemstellung, Cannabis auch tatsächlich verantwortlich ist. Das ist aber, nach meiner Erfahrung jetzt nicht so oft.“ Interview 4, S.1

Anhand eines Fallbeispiels, sieht der Interviewpartner aus dem Bereich Jugendpsychiatrie den Ausbruch einer Psychose durch einen intensiven Cannabiskonsum begründet.

IP: „In dem Fall, der eine Fall von dem, der mir grad so im Kopf herumschwirrt, da ist es wirklich um den Ausbruch einer Psychose gegangen, wo der Bursch, der junge Mann, gesagt hat, dass er halt extrem viel gekifft hat und da ohnehin erkannt hat, dass da immer wieder einmal so psychotische Symptome aufgetaucht sind. So Wirklichkeitsverkennung und Störungen im Denken und das hat dann nicht mehr aufgehört, nachdem er den Konsum eingestellt hat. Das ist so wild gewesen, dass er halt paranoide Ideen gehabt hat.“ Interview 4, S. 2

4.2.4.3.1.2 Cannabiskonsum als “Öl im Feuer” bei psychotischen Erkrankungen

Ein Interviewpartner aus dem Bereich Suchtmedizin thematisiert den Konsum von Cannabis beim Vorliegen von manifesten psychischen Erkrankungen als *“total kontraproduktiv”*. Cannabis kann hier, wie oben beschrieben, als ein bedeutsamer Risikofaktor identifiziert werden, der das dramatische Krankheitsgeschehen “am Leben hält” oder sogar verstärkt.

*IP 1: “Und es gibt trotzdem eben noch andere Gruppen, wo wirklich schon **manifeste psychische Erkrankungen** da sind. Und das ist so ein Schlagwort, dass wir dann sagen, wenn jemand, der paranoide Schizophrenie hat, wenn wir das Beispiel wieder hernehmen, **dann ist das Cannabis wie Öl ins Feuer gießen**. Das wird die Psychose weiter am Leben erhalten und verstärken. Wo es doch einen Anteil an Patienten gibt,*

¹¹ Verschlimmerung, Verschlechterung

die sich dann trotzdem das Cannabis nicht wegnehmen lassen, sondern die einfach der Überzeugung sind, es ist ein Naturprodukt und es hilft ihnen zum Schlafen. Und die diesen Konnex eigentlich nicht herstellen können, das ist, was meine psychische Grunderkrankung anbelangt, total kontraproduktiv.“ Interview 10, S.19

Die Einordnung als “Naturprodukt” und (vermutlich) weitere Glorifizierungen von Cannabis auf Seiten dieser Gruppe von PatientInnen hat große Auswirkungen auf die Veränderungsbereitschaft im therapeutischen Setting. Besondere Bedeutung kommt dem fehlenden Verständnis zu, dass der Konsum von Cannabis den Krankheitsprozess “am Leben hält” und verstärkt.

IP 1: “Da besteht dann auch diese, von uns geforderte, Veränderungsbereitschaft eigentlich nicht. Obwohl wir eine totale Dringlichkeit sehen würden. Also ich glaube, das wäre die Gruppe, wenn wir jetzt vom medizinischen Standpunkt her das sehen, die die allergrößte Dringlichkeit hätten, dass sie was machen. Weil der meiste Schaden da ist, da ist schon Schaden da und da wird der Schaden, im Endeffekt, chronifiziert.” Interview 10, S.19

Ein Interviewpartner aus dem Jugendstreetworkbereich berichtet von psychischen Erkrankungen und psychotischen Erkrankungen von KlientInnen. Er betont zudem die “Verstärkerfunktion” im Krankheitsprozess durch den Cannabiskonsum.

IP: „(...) Andere Problemlagen sind, abgesehen von der Polizei, ab und zu eben psychische Geschichten. Jetzt fällt mir ein, es gibt schon einen, der hat Stimmenhören, also schon in Richtung Psychose und der kifft auch sehr gerne. Sagen wir einmal, vier von den 50 Konsumierenden haben mit psychischen Geschichten zu kämpfen und ich würde sagen, dass Cannabis das auch noch verstärkt.“ Interview 2, S. 18

Ein Interviewpartner aus dem Bereich Suchtberatung beschreibt, dass KlientInnen mit einer drogeninduzierten Psychose vielfach keinen Zusammenhang zwischen der Erkrankung und dem Konsum von Cannabis herstellen können.

*IP 1: „Leute, die eine Psychose haben. Das Cannabis wird dann vielleicht die Psychose, zum Ausbruch (gebracht haben) oder dann ist die Psychose ausgebrochen, **aber die wenigsten**, das erlebe ich so, können dann wirklich, **sehen dann wirklich den Zusammenhang auch, das hat wirklich mit Cannabis zu tun, sondern sehr viele experimentieren lang noch dahin, bis sie irgendwann einmal vielleicht draufkommen**. Ich habe jetzt grad in XY so einen, ein ganz ein junger Bub, ein lieber Bub, hat alles möglich konsumiert und hat eine drogeninduzierte Psychose und immer wieder muss er probieren, ob denn das wirklich so ist und rasset dann wieder da hinein und wird dann wieder voll ängstlich, paranoid, kifft dann wieder was. Und das ist schon zum x-ten Mal.“ Interview 8, S. 6*

4.2.4.3.1.3 Angststörungen

In der folgenden Interviewpassage beschreibt eine InterviewpartnerIn aus dem Bereich Sucht- und Drogenkoordination das Beispiel eine Angststörung eines sehr jungen Cannabiskonsumenten.

I: Habt ihr zum Beispiel auch Leute, die über Cannabis schwere Psychosen bekommen haben?

*IP 3: "Selten. Also schon Einzelfälle, aber wirklich selten. Aber ich habe mal einen 14, oder 13-Jährigen gehabt, ganz einen jungen, der gesagt hat und das war irgendwie glaubwürdig, **er hat einmal konsumiert und seitdem hat er so furchtbare Angst beim Schlafen**, (...) das Beispiel sage ich auch gern einmal anderen Jugendlichen, wenn es darum geht ist das gefährlich oder nicht. Der hat dann sieben oder acht Wochen nachher, also bis zum Gespräch noch bei der Mama im Bett geschlafen, weil der so eine furchtbare Angst gehabt hat. Dass irgendjemand im Zimmer ist, und das war ein einmaliger Konsum. **Er hat gesagt er hat da einmal oder zweimal angezogen bei einem Joint bei irgendeinem Freund. Das sind Einzelfälle. Das ist natürlich ein Extremfall.**" Interview 7, S. 26*

4.2.4.3.1.4 Motivationslosigkeit und Entwicklungsverzögerungen

Ein Interviewpartner aus dem Jugendstreetworkbereich berichtet von Motivationslosigkeit bei KlientInnen und den damit verbundenen Problemen am Arbeitsmarkt Fuß zu fassen, aber auch von den Wechselwirkungen von fehlender beruflicher Perspektiven auf den Cannabiskonsum.

IP: „(...) Und das nicht-auf-die- Füße kommen hinsichtlich Arbeitswelt, das macht schon langsam und unentschlossen. So kommt mir das vor. Also wirklich das "Abstellen", das Nicht-denken-wollen, Entscheidungen in die Zukunft schieben, die ich jetzt nicht treffen will, also einfach verdrängen.

I: Das ist schon so wie ein Time-out, eine Zeitlang geht nichts weiter?

IP: Wir hätten es einem sogar einmal zugestanden, aber irgendwie geht das Time-out schon in die Länge. Da reden wir dann schon von zwei Jahren. Wahrscheinlich brauchen die einmal ein halbes Jahr nichts tun oder Verweigerung ein Jahr, aber irgendwie kommen sie aus dem dann schwer heraus. Es ist dann wirklich schon so klassisch, so spät aufstehen, um ein Uhr Nachmittag, nicht wissen welcher Tag überhaupt ist. Durch den Dauerkonsum lässt das Hirn in seiner Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit schon nach. Das ist dann schon richtig verkifft.

I: Wie sind die Perspektiven von diesen Leuten? Bei einem Time out ist ja die Perspektive nicht wirklich großartig. Wie viele Leute sind Deiner Einschätzung nach perspektivlos von den 50 Cannabiskonsumenten?

IP: Schwer zu sagen. Zehn Leute sicher. Also die unter 18 sind, die sind ja im Kurs oder in der Produktionsschule. Unser Eindruck ist so, die überlegen sich trotzdem nicht wie das jetzt werden soll. Oder was sind meine Interessen? Sie machen halt das Programm vom AMS mit und können ja halbwegs munter weiterkiffen, das geht ganz gut nebenbei. Die haben auch oft keinen Schulabschluss, wollen dann doch irgendwie gescheit Geld verdienen und kommen dann schon drauf, d.h. dann über eine Leasingfirma. Und das ist schon eine traurige Perspektive. Die sehen da wenig Sinn in ihren Möglichkeiten arbeiten zu gehen. Wenn sie aus dieser Ausbildungspflicht heraus sind, dann sind vielleicht die Eltern noch streng und versuchen, dass sie noch irgendwo hineinkommen, vielleicht in der Gastro in einer Imbiss- oder Dönerbude, da kommen sie manchmal kurz unter. Was gibt es noch? C&A-Lager, so Hilfstätigkeiten über Leasing dann. Also so eine richtige Perspektive, die geil ist, haben sie nicht, was die Arbeit betrifft.“ Interview 2, S. 18–19

Interviewpartner aus dem Bereich Suchtmedizin beschreiben Dynamiken auf der beruflichen Ebene, welche die biographische Entwicklung stark beeinträchtigen können.

IP 2: „Und, was ja auch Teil unserer Cannabisentwöhnungsgruppe ist, ist natürlich diese Dinge anzusprechen, wie dieses amotivationale Syndrom, also dass die Leute, ich sage es jetzt salopp, so richtig zack werden und nichts mehr auf die Reihe kriegen. Und was halt bei jungen Menschen, die in der Ausbildung stecken, die vielleicht am Beginn einer Berufskarriere, stehen, ja katastrophale Auswirkungen hat, wenn die eben z. B. von Anfang 20 bis 28, bis sie dann zu uns kommen, in ihrer Biografie, in ihrer Vita, eigentlich einen kompletten Leerlauf haben.

IP 1: “Da sieht man, also da kommen doch einige, die mit der Psychiatrie vorher überhaupt keine Berührungspunkte gehabt haben. Einfach weil sie auf beruflicher Ebene das, was von ihnen gefordert worden ist, nicht erfüllen können. Weil die Lehrlinge da Schwierigkeiten haben, wirklich in der Früh um halb acht Uhr gestellt zu sein und dann halt auch ihre Leistung, die gefordert wird, erbringen zu können.“ Interview 10, S. 20–21

Interviewpartner aus dem Bereich Jugendstreetwork berichtet von KlientInnen von einer Motivationsproblematik und den damit verbunden Problemen den Alltag zu strukturieren und am Arbeitsmarkt Fuß zu fassen und die fehlende Basis um berufliche und weitere biographische Perspektiven entwickeln zu können.

IP 2: „(...) Jobcoaches oder die (MitarbeiterInnen der) Produktionsschule, die sagen dann, ja, die tun Playstation spielen und kiffen bis um drei in der Früh und um acht sollte er fit im Kurs sein und eine Maschine bedienen, das geht ja dann nicht. Erstens einmal freut es den nicht, wieso soll er das tun, wenn er daheim kiffen könnte und die sagen dann, er sollte halt irgendwann einmal in den Arbeitsprozess hineinkommen, bald aufstehen, lernen, sich konzentrieren usw., da sind halt sicher Schwierigkeiten mit dem verbunden, dass du diesen Alltag bewältigst.

IP 1: Wenn ich damit ständig meine Probleme nach hinten schiebe, mich irgendwie sediere und alles irgendwie schon zudeckel, dann kann ich halt auch schlecht nach vorne schauen und planen und tun. Da komme ich wenig in die Aktion. Und das ist schon ein Thema bei uns in der Beratung, wenn einer kommt, der halt einfach komplett dicht ist. Da kann ich nichts anfangen. Der ist total dialogfähig, aber es ist ihm halt einfach wurscht in der Minute. Er sagt: „Mach‘ ich alles nächste Woche, mach‘ ich alles nächste Woche.“ Insofern wahrscheinlich schlecht paktfähig.“ Interview 3, S. 26

Interviewpartner aus dem Bereich Suchtberatung berichten von Klienten für die, die Reduktion bzw. die Beendigung des Konsums sehr schwierig und langwierig ist. Bei diesen KlientInnen werden Entwicklungsverzögerungen wahrgenommen die im Zusammenhang mit einem Substanzkonsum von Cannabis stehen.

IP 2: “(...) Ich (hatte) jetzt, drei oder vier (KlientInnen), die dann irgendwie sagen: Phah he, ich kann nicht so schnell aufhören wie ich will. Massive Schwierigkeiten, klassische Themen in der Entzugssituation mit Schlafschwierigkeiten, quasi verpasste Lebensmöglichkeiten und dazu, dass die irgendwie so draufkommen dann, Scheiße, ich hab gar keine anderen Möglichkeiten mit irgendwas umzugehen. Und aus rein therapeutischer Sicht finde ich es oft spannend, was Leute, die so 25 bis 30 (Jahre alt sind) und du hast auf einer emotionalen Ebene, wie wenn sie da stehen geblieben wären. Die sind so wie 18-jährige, so in der Richtung. Haben keine Möglichkeiten, sitzen aber da und können wunderbar benennen, für was das alles gut ist, sie brauchen das und das beruhigt sie und anders ginge es halt nicht. Aber der Umstieg ist dann schwierig.

IP 1: Das stimmt. Das ist aber meistens eine Gruppe, die schon früh angefangen hat, heftig konsumiert hat und die irgendwie schon viel verpasst hat im Leben.

IP 2: Genau. Die dort schon ankommen ist, dass sie sagt: Scheiße, es geht auf die 30 zu, ich hab keine Arbeit, ich hab kein Geld auf der Seiten, Beziehung hab ich auch keine, so in der Richtung. Das ist so wie ein Dämmern kommt irgendwie. Und das ist dann teilweise, dass erleb ich dann als ganz langen, als wirklich langen Prozess, weil

die den Ausstieg nicht schaffen. Die können nicht einfach aufhören, das geht sich nicht aus.“ Interview 8, S. 3–4

Der Interviewpartner aus dem Bereich Jugendstreetwork beschreibt beispielhaft Problemen wie “Selbstvernachlässigung” z.B. Hygieneprobleme von KlientInnen bei denen der Konsum problematisch erscheint.

IP: „(...) Wir haben einige Leute, (wenn) die schon richtig riechen, wir haben jetzt auch Krätzefälle wieder gehabt wo wir merken, OK, da ist jetzt schon wirklich viel Selbstvernachlässigung im Raum. Über das reden wir dann schon.“ Interview 2, S. 19

4.2.4.3.1.5 Abhängigkeitssyndrom

Interviewpartner aus dem Bereich Suchtmedizin beschreiben die Dynamik des Abhängigkeitssyndroms anhand der Reduktion körperlicher und sportlicher Aktivitäten und die generelle Verengung der Aktivitäten (Interessensabsorption).

IP 2: „(...) Was man nicht vergessen darf, es gibt ja nicht nur die Aspekte, die wir jetzt genannt haben, sondern auch die körperliche Seite. Also sehr, sehr viele, wenn man sie darauf anspricht, räumen dann ein, dass die Kondition im Keller ist. Früher war ich gern kicken, früher war ich gerne radfahren, früher habe ich gerne das und jenes gemacht – aber die Kondition, da sind sie wirklich am Semmerl.

IP 1: Und das ist das eine, wieso sie diese Sachen nicht mehr ausführen. Und das andere ist das Abhängigkeitskriterium an sich, dass Aktivitäten, die früher im Zentrum gewesen sind, Spaß gemacht haben, einfach dann in den Hintergrund kommen, weil der Konsum zentraler geworden ist.“ Interview 10, S. 21–22

4.2.4.3.2 Soziale, biographische, juristische, verwaltungsrechtliche und finanzielle Probleme

Im nachfolgende Interviewauszug aus den Bereich Jugendstreetwork werden typische Probleme angesprochen, die im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum von den ProfessionistInnen immer wieder genannt wurden. Die InterviewpartnerInnen berichten unter anderem von Arbeitsplatzverlust, Verlust des Führerscheins und finanzielle Probleme. Aber auch Probleme bei den Angehörigen der KonsumentInnen werden thematisiert. In der Interviewpassage wird aber auch angesprochen, dass beim Auftreten von Problemen, oftmals der Konsum von weiteren illegalisierter Substanzen im Spiel ist.

IP 1: „(...) Ich hätte jetzt eher noch daran gedacht, wenn du sagst problematisch, der ganze Bereich rund um **Arbeitsplatzverlust, Führerschein und Finanzen**. Also das ist halt so, wenn sie schon den Führerschein haben, möglicherweise den Führerschein dann abgeben müssen, dann nicht mehr in die Arbeit kommen, vielleicht dadurch den Job verlieren. Das ist schon so ein Bereich, wo ich mir auch denke, kommt vor und sähe ich schon problematisch. Lehrstellenverlust und solche Geschichten, kommt schon vor.

I: Eher so ein, sage ich mal, entgleister Cannabiskonsums?

IP 1: Ich würde sagen, in vielen Fällen, ist es oft einfach ein anderer Konsum auch dabei, aber da ist halt so Cannabis die Grundsubstanz, die Baseline.

IP 2: Und dann auch die Fälle, die **Hilfslosigkeit von den Angehörigen zu Hause**, die das Wahrnehmen, aber nicht wirklich was machen können. Nicht wissen, wie sie mit dem umgehen sollen. Und der **Scham, es darf nicht nach außen, aber es betrifft die ganze Familie**. Wie kann man helfen, wie kann man nicht helfen, was macht es eigentlich schlimmer? Hört der Jugendliche überhaupt noch zu, was die ältere Schwester sagt oder der ältere Bruder? Interview 1, S. 6–7

Eine InterviewpartnerIn aus dem Jugendstreetworkbereich berichtet von devianten Verhalten, “so ein bisschen Verknüpfung von Cannabis und Kriminalität.”

IP: „Was schräg ist, ich habe ja viele Geschichten gehört, dass manche Leute wissen, wo es angebaut wird und die brechen kurz vor der Ernte ein und räumen aus. Also es dürfte so von XX bis XY und XZ sein (Ortsnamen wurden anonymisiert), ich weiß wer anbaut, dann breche ich ein. (...) Und da hören wir oft Geschichten, passt, der baut an, kenne ich mich aus, dem breche ich die Garage auf, die Wohnung und dann ist alles zusammengeräumt. Und dann haben sie auch wieder viel. Also das ist voll in. Das spiegelt sich auch in dem Rap wieder, Sturmmasken, hinein und ausgeräumt. So ein **bisschen Verknüpfung von Cannabis und Kriminalität**. (...) Über das beschweren sie sich oft, aber das pushen sie gleichzeitig.“ Interview 2, S. 23–24

4.2.4.3.2.1 Cannabiskonsum und Straßenverkehr – das Auto als Konsumort und die “Hot Box”

Der Bereich “Konsum und Straßenverkehr” nimmt einen sehr bedeutsamen Raum in der Problembeschreibungen der InterviewpartnerInnen ein. InterviewpartnerInnen aus den Bereich Jugendstreetwork berichten von Autos als teilweise gängigen Orten des Konsums, mit dem Risiko von der Exekutive belangt zu werden und dem Lenken von PKWs im beeinträchtigten Zustand.

IP 2: „Bei den älteren Jugendlichen bekommt man es halt mit, dass sie im Zuge von Führerscheinkontrollen, dann mit Strafanzeigen zu uns kommen. Also das da schon im Verkehr viel kontrolliert wird, aber das war früher auch schon so, dass die Leute in den Autos konsumiert haben, weil sie es halt nicht daheim in den Wohnungen machen und in den Autos ist es halt warm. Und dann halt auf irgendeinem Parkplatz stehen und dann im Auto rauchen. Was natürlich auch nicht so gescheit ist.

IP 1: Da hatten wir auch einige, denen das passiert ist, die irgendwo bei einem Parkplatz von einem Einkaufszentrum gestanden sind und die Polizei hat an das Fenster geklopft...

IP 2: und dann ist eine Wolke herausgekommen.“ Interview 1, S. 1

IP: „(...) Was wir schon immer wieder haben, ist in Autos und auch beim Autofahren, da sind sie absolut unvorsichtig. Also unter dem Fahren, der Fahrer raucht Einen. Da hat es ein paar erwischt. Also das tun einige und auch die Mitfahrer. Dann war eine Zeitlang auch dieses Hot Box, also wirklich im Auto kiffen, kein Fenster auf und ein jeder wird high, der drinnen ist.

I: Das heißt Hot Box?

IP: Das ist eine Hot Box und da gibt es einen Interviewerrapper, der heißt Marvin Game und (...) der rappt, und der ist aber auch ein Interviewer und der lädt Rapstars ins Auto ein und dann machen sie eine Hot Box während dem Interview und werden halt immer dichter und das hat vor einem Jahr so die Runde gemacht, dass jeder geredet hat, machen wir eine Hot Box, machen wir eine Hot Box. Also da hat man gehört von Fahrstühlen im Hauptbahnhof, im Fahrstuhl Stopp drücken, Hot Box. Also jeder der dabei ist, ist zu und du inhalierst wieder das Herausgestoßene, sozusagen. Und du kommst nicht aus. Der eine zieht mehr, der andere weniger, aber da sitzen alle drinnen. Und das hat sich wieder ein bisschen gelegt, aber es war vor einem Jahr ein Megatrend, ein wahnsinniger Hype. Da hast du nur mehr gehört: Machen wir Hot Box, machen wir Hot Box. Fetzen wir Auto.“ Interview 2, S. 8–9

4.2.4.3.2.2 Probleme des Erwerbs von Cannabis in einem illegalisierten Kontext

Der Erwerb von illegalen Substanzen ist erhöht mit Risiken verbunden. Ein Interviewpartner aus dem Jugendstreetworkbereich berichtet davon, dass Klienten den Erwerb im illegalen Kontext problematisieren. Ebenfalls angesprochen werden die Pullfaktoren und subjektiven Gewinnversprechungen, die mit einer Integration in marginalisierten und devianten Milieus einhergehen können.

„Also zeitweise ist es wirklich blöd, du kommst nur (so) zum Gras und hast dann wirklich mit blöden Leuten zu tun. Das ist leider oft so. Das wünschen wir ihnen manchmal wirklich vom Hals. Sie sagen: Ich würde ja nur gerne kiffen und der Rest interessiert mich nicht. Irgendwie finden sie nach einer Zeit dann auch Gefallen daran, an der Szene und dass man etwas hat und man etwas weitergeben kann.“ Interview 2, S. 24

4.2.4.3.2.3 Kriminalisierung, Labeling- und Ausgrenzungseffekte

In den Interviews wurden explizit und implizit Labeling- und Ausgrenzungseffekte angesprochen, die besonders im Rahmen der "Verwaltungskeule" und durch Repressionsmaßnahmen an Bedeutung gewinnen. Die Aktivitäten der Exekutive werden in diesem Zusammenhang von den InterviewpartnerInnen sehr unterschiedlich wahrgenommen. Ein Interviewpartner aus dem Bereich Jugendstreetwork berichtet von sehr hohen Anzeigenraten bei den „Jemals-KonsumentInnen" und hohen Fahndungsdruck durch die Exekutive.

IP: „Polizei (...), die ist fleißig. Weil von den 52 (KlientInnen mit wahrgenommenen Cannabiskonsum) haben sie 27 schon einmal erwischt.“ Interview 2, S. 31

Dieser Interviewpartner berichtet weiters von potentiellen Labelingeffekten durch den hohen Fahndungsdruck.

IP: „Sie haben das schon thematisiert, die anderen saufen sich zu und hauen anderen die Pappen ein und wir sitzen nur da, tun keinem etwas, werden immer vertrieben, gehen darum schon nicht mehr hinaus und werden verfolgt so wie die Hexen. Und auch noch daheim auch. Die haben sich schon ziemlich kriminalisiert gefühlt.“ Interview 2, S. 31

4.2.4.4 Vertiefende Klienten- und Gruppenportraits

Zur weiteren Vertiefung werden im Anhang

KlientInnen- und Gruppenportraits“ aus dem Bereich Jugendstreetwork und aus dem Jugendzentrumsbereich vorgestellt. Damit soll ein Einblick in die Konstellationen und Bedingungen geben werden, in deren Rahmen die ProfessionistInnen die Themenbereiche, rund um den Konsum von Cannabis ihrer KlientInnen, wahrnehmen. In diesen KlientInnen- bzw. Gruppenportraits wird einerseits auf Merkmale und Aspekte eingegangen, die für die KlientInnen der jeweiligen Einrichtung typisch sind bzw. für die Mehrzahl der KlientInnen zutreffend sind, ohne Bezug auf den Konsumstatus von Cannabis. Andererseits werden Beschreibungen von Gruppen von CannabiskonsumentInnen gegeben.

4.2.5 Risikodiskurse¹², Problemverständnisse und Sorgen der ExpertInnen

In diesem Kapitel soll den fachlichen Risikodiskursen und den dahinterliegenden Problemverständnissen und angesprochenen Sorgen der InterviewpartnerInnen nachgegangen werden. Die Problemverständnisse und Problemdefinitionen der befragten ExpertInnen können zudem als wichtige Hinweise für nachfolgende präventive Überlegungen angesehen werden.

¹² Luhmann hat die Unterscheidung zwischen Risiko und Gefahr eingeführt, die davon ausgeht, dass Unsicherheit in Bezug auf künftige Schäden besteht. "Es gibt nun folgende zwei Möglichkeiten: 1) Entweder der etwaige Schaden wird als Folge von Entscheidungen gesehen, also auf Entscheidungen zugerechnet, dann ist die Rede von Risiko. Oder 2) der etwaige Schaden wird als extern veranlasst gesehen, also auf die Umwelt zugerechnet, dann spricht man von Gefahr." (Mörth 2000, S. 60) Aus der Sicht der Soziologie sind die Diskussionen zu Risikoaspekten des Konsums von Substanzen zu stark auf individuelle Bereiche fokussiert. Demnach kann das Jugendalter generell als besonders riskanter Lebensabschnitt bezeichnet werden, "rücken doch gerade in dieser Phase vielfältige Möglichkeitshorizonte ohne entscheidungsentlastende Rückgriffsmöglichkeit auf frühere Erfahrungen ins Blickfeld, so dass allein in der Kombinationsvielfalt und der Entscheidungskomplexität schon eine risikoreiche Form der Entstandardisierung und Individualisierung der Jugendphase liegt (vgl. Rauschenbach, T., in: Beck (1994), S.103 zit. nach Mörth (2000) S. 65). Kontroversiell diskutiert wird die Frage, ob das Aufwachsen von Kindern und Jugendlicher aufgrund der gesellschaftlichen und ökonomischen Entwicklungen zunehmend riskanter geworden ist, als in früheren Perioden oder Jahrzehnten. Der Konsum von psychoaktiven Substanzen ist in diesem Modell nur einer von vielen Faktoren, die die Entwicklung einer Biographie mitformen.

4.2.5.1 Fehlender Fachkonsens zur Definition von riskanten bzw. problematischen Konsum bei Cannabis

Wie können Risiken und Probleme die im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis stehen definiert werden? In der Fachwelt konnte sich bisher keine Definition von riskantem oder risikoreichen Konsum oder problematischen Konsum durchsetzen. In den Fachdiskursen werden unterschiedliche Begriffe verwendet, die teilweise in zentralen Prämissen der unterschiedlichen Disziplinen, der Forschungszugängen und Forschungsdesigns begründet sind. Die unterschiedlichen Interessenlagen, ideologische Grundannahmen und drogenpolitische Hintergründe für die Zuweisung von Forschungsgeldern sind weiter einflussreiche Faktoren die eine notwendige Diskussion und Aushandlung verhindern bzw. in drogenpolitischen Grabenkämpfen erstarren lassen.

Hoch et al. thematisieren diesbezüglich, dass in gängigen Prävalenzstudien zum Gebrauch von Cannabis unterschiedliche Konsumformen nicht unterschieden werden und kein ExpertInnenkonsens zur Definition der unterschiedlichen Konsumformen existiert. Diese epidemiologischen Studien "geben oft keine Auskunft darüber, ob es sich dabei um einen einmaligen, gelegentlichen, regelmäßigen, riskanten, problematischen, missbräuchlichen oder abhängigen Konsum handelt. International liegen nur sehr wenige Bevölkerungsstudien vor, die zwischen diesen Konsummustern unterschieden und diese genauer erfassten. Darüber hinaus gibt es derzeit noch keinen Konsens unter Experten, wie diese Konsumformen genau zu definieren seien. Für eine klare Unterscheidung zwischen „riskantem“ und „problematischem“ Cannabisgebrauch fehlen etwa eindeutige Kriterien, wie sie beispielsweise für Alkohol erarbeitet wurden. Diese Unterscheidung wäre wichtig, um den Verlauf von pathologischen Konsumformen besser verstehen zu können. (Hoch et al. 2019, S.159)

Die Europäische Drogenbeobachtungsstelle in Lissabon (EBDD) definiert, wie bereits oben dargestellt, risikoreichen Drogenkonsum als wiederholten Drogenkonsum, „welcher Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko einen solchen Schaden zu erleiden, aussetzt.“ (vgl. GÖG/ÖBIG 2014, 4ff)

4.2.5.2 Risikofaktoren

In Anlehnung an diese, sehr breit gehaltene, Definitionen von „risikoreichem“ Konsum wurden in der Auswertungs- und Interpretationsphase mehrere zentrale Risikofaktoren abgeleitet. Diese nachfolgende Aufzählung ist als eine begrenzte "Auswahl" von einer hohen Anzahl von möglichen

Risikofaktoren zu verstehen, die in den Interviews angesprochen wurden bzw. in aktuellen Diskursen angeführt werden, ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

- „Konsummuster“
- „Funktion des Substanzkonsums“ – Coping- und/oder Selbstmedikationsmuster
- „Bedeutung des Substanzkonsums“: Glorifizierung und Verherrlichung des Cannabiskonsums
- „Alter der KonsumentInnen“
- „(latente) Dispositionen für psychische Störungen“
- „Familiäre Risikofaktoren“
- Soziale Risikofaktoren wie „lokale Gemengelage“, „belastende Lebens- und Arbeitsbedingungen“, „Internatssituation“
- „Substanz“ bzw. „Produktsicherheit“
- „Labelingprozesse und Stigmatisierungseffekte“
- „Exklusion, Marginalisierung und soziale Ausgrenzung“ und in weiterer Folge „Verfolgung“
- „Fehlender KonsumentInnenschutz“

4.2.5.2.1 Risikofaktor „Konsummuster“

Als erste Schlüsselkategorie für das Verständnis der angesprochenen Probleme kann der Faktor Konsummuster genannt werden. Wie bereits oben dargestellt, wird der Begriff Konsummuster in der Fachliteratur sehr unterschiedlich verwendet. Als zentrale Aspekte von Konsummustern sollen hier Dosis, Konsumfrequenz, Applikationsform sowie der zeitnahe Konsum weiterer psychoaktiver Substanzen (Mischkonsum) aber auch die soziale und räumliche Situation und individuelle Faktoren wie Wissen über Substanzwirkungen, Einstellungen, Wirkungserwartungen und Kompetenzen verstanden werden.

Unter dem Begriff der Dosis können weitere Aspekte in eine Definition von Konsummuster integriert werden. Beispiele dazu sind Wirkstoffgehalt und damit verbunden auch Wirkungsdauer, Verunreinigungen und unbekannte Beimischungen, Zubereitung der Substanz etc. Hier setzt z.B. die Diskussion über steigende THC-Gehalte ein bzw. werden die Hinweise diskutiert, dass mit der Züchtung von Cannabispflanzen mit hohen THC-Gehalten der CBD-Anteil zurückgegangen ist.

Konsumfrequenz meint den zeitlichen Abstand zwischen aufeinander folgenden Konsumaktivitäten, die wiederum in zeitnahe Konsum („Nachlegen“) bzw. seriellem Konsum unterschieden werden können.

Weitere Faktoren, die einem Konsummuster zugeordnet werden können, sind räumliche und soziale Situation des Konsums, aber auch individuelle Faktoren wie Wissen bzw. Unwissen über

Wirkstoffgehalt und Zusatzstoffe, Substanzwissen über Schadensminimierung und weitere Aspekte, die in der Fachdiskussion unter dem Titel „Drogenkompetenz“ zusammengefasst werden können, wie z.B. technische und kulturelle Fähigkeiten.

Die Applikationsform einer Substanz ist ein weiterer bedeutsamer Aspekt der Konsummuster. Im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis kommt den Applikationsformen rauchen (z.B. vermischt mit Tabak) als Joint, Pfeife, Bong, Vaporizer etc. und oral (z.B. in Keksen und Kuchen) zentralen Stellenwert zu.

Als letzter Begriff zur Beschreibung von Konsummustern soll Mischkonsum genannt werden. „Von Mischkonsum kann dann gesprochen werden, wenn mehrere Substanzen innerhalb ihrer Wirkdauer zusammen konsumiert werden.“ (Tossmann et al 2001, S. 19) In diesem Zusammenhang sind die Anzahl und die Kombination der konsumierten Substanzen (Wechselwirkungen zwischen Substanzen) zentrale Aspekte.

An dieser Stelle sei auch noch einmal auf die Unsicherheiten und Unklarheiten in der sozialwissenschaftlichen Sucht- und Drogenforschung verwiesen, wieweit es sich bei den beschriebenen Phänomenen z.B. den Konsum von Cannabis auch tatsächlich ausschließlich um den Konsum von Cannabis handelt. Von den InterviewpartnerInnen wurde im Rahmen dieser Studie vielfach darauf hingewiesen, dass bei den wahrgenommenen Phänomenen möglicherweise auch andere Substanzen (oder soziale Umwelt-Faktoren) eine Rolle spielen. Bei einem Mischkonsum z.B. mit weiteren illegalen Substanzen müssten weitere Risikofaktoren eingeführt werden.

Wie im Kapitel „KonsumentInnen mit riskantem Konsummuster“ dargestellt können riskante Konsummuster unterschiedlichste Formen und Ausmaße annehmen. Stellvertretend für die von Risikogruppen und RisikokonsumentInnen auf der Ebene des Konsummusters sind folgende KonsumentInnen zu nennen:

- KonsumentInnen mit sehr hohen Konsummengen
- KonsumentInnen mit mehrmaligen täglichem Konsum von Cannabis, die gelegentlich weitere illegale Substanzen konsumieren
- KonsumentInnen mit einem Mischkonsum mit weiteren illegalen Substanzen

4.2.5.2.2 Risikofaktor Funktion des Substanzkonsums: Coping- und Selbstmedikationsmuster und die „Katastrophe der Nüchternheit“

Als weitere Schlüsselkategorie für das Verstehen des Konsumgeschehens ist die, dem Konsum innewohnende, Bedeutung wichtig. Die Bedeutungen des Cannabiskonsums kann sehr unterschiedliche Formen annehmen. Es ist davon auszugehen, dass für einen relativ großen Teil der RisikokonsumentInnen Selbstmedikationsaspekte und Aspekte des situativen bzw. dauerhaften Copings im Vordergrund stehen. Hedonistische Aspekte des Konsums sind so wie bei „gesunden“ Menschen¹³ auch in diesen Gruppen oftmals im Spiel, sie sind jedoch weit stärker mit einer Selbstmedikation assoziiert. Bei gewissen Fällen von Selbstmedikation psychischer Probleme und Befindlichkeiten, wird der Leidensdruck der Betroffenen „als nicht mehr aushaltbar“ beschrieben. Man kann für diese Risikogruppen von einer Katastrophe der Nüchternheit sprechen, gegen die sie mit verschiedenen Strategien ankämpfen. Dabei erscheint die Entwicklung von sogenannten „Verlaufskurvenpotentialen“ relevant, also auf Risikofaktoren, die im Zusammenspiel mit wenig ausgeprägten Schutzfaktoren ein mögliches „ins-Trudeln-kommen“ der biographischen Entwicklung begünstigen.

4.2.5.2.3 Risikofaktor „Bedeutung des Substanzkonsums“: Glorifizierung und Verherrlichung des Cannabiskonsums

Unter „Bedeutung des Substanzkonsums“ soll hier die soziale bzw. semantische Bedeutung des Konsums verstanden werden. Wie z.B. im Abschnitt „Verharmlosende Fehlmeinungen und Mythen“ dargestellt, berichten InterviewpartnerInnen von Fehleinschätzungen, Verkennungen, aber auch von Glorifizierungen und Verherrlichung des Konsums von Cannabis. Berichtet werden hier, dass KonsumentInnen, nur oder fast nur, die positiven Aspekte des Konsums von Cannabis hervorheben. Diese ideologisierte Bedeutungszuschreibung lässt wenig Platz für ambivalente, vielschichtige und ausgewogene Deutungen des Cannabiskonsums.¹⁴

4.2.5.2.4 Risikofaktor „Alter der KonsumentInnen“

Das Alter von KonsumentInnen psychoaktiver Substanzen als Risikofaktor für das Auftreten unterschiedlicher Problematiken kann als Klassiker der Sucht- und Drogenforschung bezeichnet

¹³ Als „gesunde“ Menschen sollen in diesem Zusammenhang KonsumentInnen verstanden werden deren Drogenkonsum sich im Stadium des aktiven Handelns befindet.

¹⁴ Im Gegensatz dazu stehen „dämomisierende Zuschreibungen“ die wiederum einseitig die negativen Aspekte des Substanzkonsums problematisieren.

werden. Jugendliche und zum Teil junge Erwachsenen gelten als besonders vulnerabel für negative Effekte von psychoaktiven Substanzen da Entwicklungs- und Reifungsprozesse noch nicht abgeschlossen sind.

4.2.5.2.5 Risikofaktor „latente Dispositionen für eine psychische Störungen“

Die Interviewpartner aus dem Bereich Suchtmedizin und Jugendpsychiatrie berichteten von psychischen Störungen und von schweren Fällen psychotischer Störung die in Verbindung mit Cannabiskonsum stehen (siehe auch Kapitel „Wahrgenommene Probleme“). In Extremfällen wurde von PatientInnen ein einmaliger bzw. gelegentlicher Cannabiskonsum als Auslöser von schweren Psychosen berichtet. Da nur bei einem Teil der Cannabiskonsumenden psychische Störungen im Zusammenhang mit Cannabiskonsum auftreten, soll eine „latente“ bzw. „nicht bekannte Disposition für eine psychischer Störung“ hier als Risikofaktor angeführt werden.

4.2.5.2.6 Risikofaktor „Schwierige Familienverhältnisse“

Belastende und dysfunktionale Familienverhältnisse sind als Hauptfaktoren für viele möglichen Probleme in der biographischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu sehen. Problematischer bzw. risikoreicher Substanzkonsum ist hier einer der möglichen Problembereiche, die verstärkt in dieser Gruppe auftreten.

In der nachfolgenden Interviewpassage wird von InterviewpartnerInnen aus dem Bereich Sucht- und Drogenkoordination auf KlientInnen hingewiesen, die aus „schwierigen Familienverhältnissen“ kommen oder bei der die familiäre Problematik zu einer „sozialpädagogischen Fremdunterbringung“ durch Maßnahmen der Jugendwohlfahrt führte.

*IP 1: „ (...) Diese ganz jungen, die halt einfach **aus schwierigen Familienverhältnissen** kommen, die eventuell auch **fremduntergebracht** sind, wo dann oft Betreuerinnen oder Betreuer mit kommen, die meine ich noch. (...)*

I: Wenn ihr sagt von ganz jungen, redet ihr da vom Alter?

IP 1: Ich würde da jetzt, also ich hätte da jetzt nicht das ganz junge Alter gesehen, einfach unter 18, ich würde eher die Gruppe hernehmen, die halt fremduntergebracht sind, oder sozialpädagogisch betreut werden. Ich würde das jetzt nicht auf die ganz Jungen, weil die sind ja oft 15, 16 auch in den WGs (sozialpädagogisch betreute Wohngemeinschaften).

I: Und jetzt ist die Frage, warum ist das eine relevante Gruppe, oder was kann man da dazusagen?

IP 2: Ja, ich finde halt einfach auch, dass viele wo untergebracht sind, und da es einfach auch einen großen Raum einnimmt, dass da in WGs konsumiert wird oder sie das einfach auch über ältere WG-Kollegen, Kolleginnen einfach auch mitbekommen und manchmal auch, (...) Konsequenzen für das Handeln im Alltag nicht spürbar sind, entweder von den Eltern, die ja weit weg sind, oder nicht so einen Einfluss haben, oder eben von den Sozialpädagogen.

IP 3: Und oft, das fällt mir auf bei dieser Zielgruppe in meinen Bezirken, haben die nicht nur Cannabiskonsum, sondern auch schon Erfahrung mit einigen anderen Substanzen. Das fällt auf. Also da reden wir von Crystal, da reden wir von Ecstasy, LSD, was auch immer.

I: Das heißt reden wir jetzt gerade von Leute, die besonders risikogefährdet sind?

IP 1: Ja, da sind schon viele, weil sie aus dem sozialen Umfeld alleine schon ein Risiko mitbringen, und das Risikoverhalten schon grundsätzlich eher größer ist. Also es wird häufiger konsumiert, es wird gemischt konsumiert, es wird unbedacht eher konsumiert. Ja und dann gibt es in dieser Gruppe schon diese Untergruppen auch die halt einfach vom Respektverhalten gegenüber Obrigkeiten schon, also da gibt es schon ein paar die richtig auch im Gespräch dann, wenig überzeugt sind, dass sie irgendetwas falsch machen, sagen wir das einmal so.

I: Wir reden jetzt von den Leuten, die untergebracht sind?

IP 2: Ja, oder die die betreut sind sozialpädagogisch, nicht nur untergebracht, sondern auch mobile Betreuung in der Familie, wo die Kinder- und Jugendhilfe Da gibt es dann auch ein paar, denen das dann ziemlich egal ist. Sie bleiben schon sitzen und machen das auch mit irgendwie, aber bei der Ergebnisverkündung ist dann die Einsicht oft nicht ganz so groß wie bei anderen. Das sagen die dann auch. Die sind auch ein bisschen direkter als andere. Andere kommen dann und gehen dann nicht in die Suchtberatung, und die sagen das dann gleich, dass sie sicher nicht gehen. Sie sind vielleicht auch ehrlicher." Interview 7, S. 17

In einem Interview aus dem Jugendstreetworkbereich wurde auf Belastungen von Klientinnen in Familien mit wenigen finanziellen Ressourcen hingewiesen. Ein hohes familiäre Konfliktniveau, Probleme bei der Arbeitssuche oder belastende Arbeitssituationen können in dieser Beschreibung als Risikobündel wirken, in dem Substanzkonsum als Copingstrategie verwendet wird.

I: Kann man die Belastungen beschreiben? Sind das bestimmte Sachen?

*IP 1: „Es hängt schon sehr oft mit **der finanziellen Lage zusammen und auch dieser Druck, da mithalten zu können in finanzieller Hinsicht, vom Lebensstil her, von dem was ich rundherum wahrnehme. Und wenn ich sehe wir können da nicht mit, wir können als Familie nicht mit, wir können uns weniger leisten, dann Streitereien daheim, gerade bei einem gewissen Alter, wo sie eigentlich eh schon als Erwachsener daheim in der Familie sind, da werden die Reibereien mehr, die Arbeitssuche, die nicht so läuft wie man sich das vorstellt, oder einen Job hat, wo man festhängt, weil man einfach keine anderen Möglichkeiten hat. Und das in Kombination. Da glaube ich schon, dass viele Leute sagen, durch das Kiffen... darum glaube ich auch, dass die Kausalität schwer zum Herstellen ist, und viele Leute das dann als Selbstmedikation hernehmen, dass ich sage, ich komme runter.“ Interview 1, S.10***

4.2.5.2.7 Soziale Risikofaktoren

4.2.5.2.7.1 Risikofaktor „Berufsschule mit Internatssituation“

In einem Interview wurde die Situation an *Berufsschulen mit Internat* als möglicher Risikofaktor für Cannabiskonsum bzw. für den Einstieg in einen Konsum von Cannabis thematisiert. Nachfolgend werden Interviewpassagen dargestellt, die hier beispielhaft für Rahmenbedingungen (Settings) des Aufwachsens verstanden werden sollen. Ein Interviewpartner aus dem Bereich Sucht- und Drogenkoordination beschreibt, dass bei manchen Klienten der Konsum von Cannabis im Rahmen des Internatsaufenthalts initiiert wurde.

IP 2: „(...) Und was mir auffällt, (...) ich halte Berufsschulen für sehr gefährlich.

I: Im Sinn von?

IP 2: „Also ich frage immer, wenn die gerade in der Ausbildung stehen, ob jetzt dann ein Internat ansteht womöglich, weil irgendwie dieser Kontakt in der Berufsschule da ist, der erste. Und wo die das dann probieren, nicht dass dort so viele Berufsschüler konsumieren, aber (bei) vielen die kommen hängt der Konsum mit der Berufsschule zusammen, dass sie dort angefangen haben, den Kontakt bekommen haben, nicht daheim sind, im Internat wohnen. Aber Berufsschule unterschiedlich und jahrgangsmäßig auch ein bisschen unterschiedlich (...).“ Interview 7, S. 11

Im weiteren Verlauf des Interviews wird berichtet, dass keine unmittelbare Zuordnung zu einzelnen Berufsschulen oder Lehrberufen möglich ist. Das „Auffälligwerden“ von Berufsschülern durch Anzeigen der Exekutive kann aber auch mit unterschiedlichen Kriminalisierungspraxen an den unterschiedlichen Berufsschulen und den Regionen in Zusammenhang stehen.

IP 2: „Einmal ist der Jahrgang dort, dann ist diese Klasse dort ein bisschen stärker, also ich kann jetzt nicht sagen, das ist immer die gleiche Berufsschule, sondern das wechselt auch so. Das beschreiben auch manche, die sind ein Jahrgang wo das gar nicht passiert, und... die Berufsschulen sind ja recht weit verteilt in Oberösterreich und da kommen die dann von ganz Oberösterreich zusammen und je nachdem wie sich die Gruppen dort zusammensetzen und die Bedingungen passen, wenn die Richtigen zusammen kommen.

(...)

IP 1: Aber es hat jetzt nicht mit der Auswahl der Lehre zu tun. Also was jetzt im Herbst sehr offensichtlich war, war die Berufsschule XX (anonymisiert). Die haben wir dann in ganz Oberösterreich, weil da ist halt ein großer Arbeitgeber (anonymisiert) auch dort. Und da haben wir es dann im Innviertel überall, du hast das im Mühlviertel und die sind alle im selben Polizeibericht. Da sind die hinein mit den Hunden in die Berufsschulen, mit der Leitung der Schule und da haben die auch Spinte durchsucht und alles Mögliche. Da haben wir extrem viele Anzeigen gehabt.“ Interview 7, S. 12

(...)

IP 2: Was auch interessant ist, ich habe immer wieder Leute, die nur in der Berufsschule konsumieren, zumindest für uns ist das so: ich bin wieder in den nächsten Turnus gekommen und dann habe ich wieder zehn Wochen konsumiert, und dann habe ich wieder bis zum nächsten Turnus nicht.“ Interview 7, S. 12

Im folgenden Interviewabschnitt thematisiert die InterviewpartnerInnen Belastungen von BerufsschülerInnen.

IP 3: „Was ich schon bei der Berufsschule gemerkt habe, dass viele dann auch sagen, ja das ist viel zum Lernen, diese Belastung dann auch, die sich mit der Berufsschule ergibt. Und gerade jene die einen technischen Beruf erlernen, die müssen dann einfach ganz viel leisten in der Berufsschule, und da habe ich schon das Gefühl, dass das Kiffen dann einfach die Entlastung bietet untereinander. Dass die dann sagen, ja der hat gesagt da kann ich mich ein bisschen besser entspannen am Abend in der Berufsschule. Also, dass das schon mit dem Leistungsdruck auch zusammenhängt.

(...)

IP 3: „Viele sind auch das erste Mal von den Eltern weg, das muss man auch sagen. Und genießen dann, dass sie die Freiheit haben und, dass es keiner mitbekommt, wenn die irgendetwas tun, was den Eltern vielleicht nicht so gefällt. Weil das ist gerade mit 15 (Jahren), wenn du das erste Berufsschuljahr hast, waren wahrscheinlich

noch nicht viel von den Eltern länger weg, außer Kinderfreundelager mit sechs.“ Interview 7, S. 12

4.2.5.2.7.2 Risikofaktor „lokale Gemengelage“

In einem Interview wurde auf die Situation in zwei oberösterreichischen Gemeinden, aus denen verstärkt Jugendliche und junge Erwachsene zur “Risikobeurteilung” zugewiesen wurden, hingewiesen. Ein Interviewpartner aus dem Bereich Sucht- und Drogenkoordination beschreibt für eine der Gemeinden, auf der einen Seite hohe Konsumraten. Vermutlich sind diese Konsumraten mitgeprägt durch „attraktive“ KonsumentInnengruppen, die für Heranwachsende einen Pull-Effekt (Sogwirkung) für den Cannabiskonsum darstellen. Auf der anderen Seite wird von hohem Druck der Politik auf die Exekutive berichtet, und in der Folge von hohem Verfolgungsdruck durch die Exekutive und damit verbunden Hinweisen auf Labeling- und Stigmatisierungsprozesse. Eine systematische Analyse und Beschreibung dieser lokalen Dynamiken und Prozessen hätte weitere Forschungsaktivitäten erfordern, die den Rahmen der Studie überschritten hätten. Nachfolgend werden Interviewpassagen vorgestellt, die beispielhaft möglichen Gemengelagen von Risikofaktoren im lokalen Rahmen illustrieren sollen.

*IP 2: “ (...) Das passt da dazu, und da habe ich schon ein bisschen Bauchweh, ich bin für den Bezirk NN (Name des Bezirks wurde anonymisiert) zuständig und da gibt es im Endeffekt ein Hauptgebiet und eigentlich zwei die 98 Prozent abdecken, und eins das 80-90 Prozent (abdeckt). Das eine ist **die Gemeinde XX** (Name der Gemeinde wurde anonymisiert), **das ist das aller größte Gebiet, wo die Anzeigen hereinkommen und das zweite ist die Gemeinde XY** (Name der Gemeinde wurde anonymisiert). Und die decken, also XX und XY decken eigentlich 100% vom Bezirk ab. Und das finde ich, ist schon etwas wo man ein bisschen Bauchweh bekommt. Weil das sind Gruppen von 12-20 (Personen), die sind alle in dem Alter, unterschiedliche Untergruppen, sehr leichter Zugang, weil halt schon viel konsumiert wird, und wenn ein ganz Junger auch schon irgendwie draußen herumstreunt, dann wird der auch schnell einmal konsumieren oder ausprobieren. **Und zusätzlich kommen alle in die Kriminalität hinein, weil die Politik und die Polizei total dahinter sind, da bringt die Politik einen massiven Druck auf die Polizei.** (...) Aber wenn die rausgehen, ab einem gewissen Alter, dann werden die gleich mal konsumieren. Oder zumindest von der Polizei kontrolliert, wenn ich in der richtigen Gruppe stehe. Die werden ja alle kontrolliert, auch wenn die gerade nichts dabei haben oder nichts konsumieren, weil eben so ein Druck da ist ein politischer.“ Interview 7, S. 27-28*

In der Folge berichtet die Interviewpartnerin von großem Verfolgungsdruck durch die Exekutive und Bedingungen, die Labeling- und Stigmatisierungsprozesse in Gang setzen können.

*IP 2: „Und wenn ich als Jugendlicher höre, ein Skaterpark wird gebaut und dann wird das nicht gemacht, und ich werde in der Zwischenzeit schon viermal von der Polizei kontrolliert, ist die Frage... Und es haben auch viele schon geschildert, es dürfte irgendwo so eine explosive Drucksituation sein, weil teilweise die Polizeikontrollen so massiv geschildert werden. Die fühlen sich da total unter Druck gesetzt, die werden **irgendwie wie Höchstkriminelle behandelt**, teilweise. Und manche Beamten, wo man merkt, ok die dürften wieder voll den Druck bekommen, und dürften das irgendwie übertragen. **Und so etwas finde ich, macht mir dann schon Sorgen**, weil das ja ein Umfeld ist, wo das dann irgendwie schwer weniger wird, sondern eher immer mehr. Es kommen immer mehr Leute dazu, weil die Kinder werden auch irgendwann jugendlich, und da ist die Frage, wo dann der Stopp ist, oder ob es denn dann gibt.“*
Interview 7, S. 29

4.2.5.2.8 Risikofaktor Substanz

Auf der Eben der Substanz wurden von den ExpertInnen unterschiedliche Aspekte von Risikofaktoren angeführt. Problematisiert wurden u.a. hoher Wirkstoffgehalte von THC, starken Verunreinigungen und gesundheitsschädlichen Beimengungen und insgesamt eher schlechten Qualitäten. Problematisiert wurde z.B. von einer Interviewpartnerin sehr eindringlich der illegale Status der Substanz und der damit verbundene fehlende KonsumentInnenschutz.

4.2.5.2.8.1 Risikofaktor Spezialzüchtungen und Risikofaktor Mischkonsum

InterviewpartnerInnen aus den Bereich Jugendstreetwork beschreiben, dass ihre KlientInnen von **hochgezüchteten Cannabissorten** berichten und psychische Auffälligkeiten zeigen und reflektieren, wie weit die Berichte der Klienten auch durch **Mischkonsumpraktiken** von Cannabis und weiteren (illegalen) psychoaktiven Substanzen beeinflusst sind.

*IP 2: „Aber was definitiv ist, was man ab und zu hört ist, dass sie zu mir schon sagen, manchmal ist das Gras so stark, dass sie, wenn sie es nicht haben, grantig sind am nächsten Tag. Also dass sie direkt grantig werden. **Und das habe ich vorher so nicht gekannt.** (...) Ja, wo sie sagen, da habe ich wieder irgendeine Sorte, weil da gibt es wieder verschiedene Sorten und die haben ja genau diese Aufteilungen. Jetzt nicht*

alle, aber die, die sich da ein wenig einlesen in die Materie, die haben dann recht eine Freude, dass sie das erzählen können, wie gut sie sich da auskennen. Das sind wirklich schon SpezialistInnen. Ist das jetzt in und Sativa? Und das oder das und was ist das für eine Marke? Das war der Cannabis Cupsieger 2017 in Amsterdam und das ist voll stark. Und das ist so stark, da halluzinierst du sogar fast ein wenig und da habe ich voll steile Träume. Und bei dem einen, da bin ich am nächsten Tag richtig grantig, wenn ich das nicht habe. Also das haben sie mir auch schon erzählt.

IP 1: Wobei ich da nicht weiß, ob das nicht auch diese Mischkonsumgeschichten sind, die da hervorkommen. Also die meisten konsumieren halt, gerade die, die das erzählen, konsumieren halt laufend verschiedenste Substanzen.“ Interview 3, S. 23

4.2.5.2.9 Risikofaktor „Labelings- und Stigmatisierungseffekte“

Aus sozialwissenschaftlicher Sicht können Prozesse und Dynamiken, bei einzelnen Personen und Gruppen, die zu Labelings- und Stigmatisierungseffekten führen, sehr bedeutsam sein.

Der Labeling-Ansatz (engl. englisch: labeling approach/theory) auch als Etikettierungsansatz bezeichnet, geht davon aus, dass abweichendes Verhalten sozial zugeschrieben wird. In dem prozesshaften Geschehen übernehmen „etikettierte“ Menschen zugeschriebene Attribute und passen ihre Handlungen daran an.

„Die Hauptaussage des Labeling Approach lautet, recht schlicht: Kriminalität wird attribuiert. Es handelt sich nicht um die Beschreibung einer sozialen Tatsache, da Kriminalität nicht im Sinne eines Datums gegeben ist; vielmehr schreiben sich Beobachter mit ihrer jeweiligen Perspektive in die Wahrnehmung von Kriminalität ein. Diese wird folglich nicht be-, sondern zugeschrieben.“ (Dollinger 2013, S. 69)

Neben der Kriminalisierung, sind hier Effekte der „Verwaltungskeule“ und weitere potentielle Labelingpraktiken z.B. an der Schule oder am Arbeitsplatz zu nennen. Ein Interviewpartner aus dem Bereich Jugendstreetwork beschreibt hier Ansatzpunkte von möglichen Labelingsdynamiken durch einen hohen Verfolgungsdruck der Exekutive.

IP: „Sie haben das schon thematisiert, die anderen saufen sich zu und hauen anderen die Pappen (das Gesicht) ein und wir sitzen nur da, tun keinem etwas, werden immer vertrieben, gehen darum schon nicht mehr hinaus und werden verfolgt so wie die Hexen. Und auch noch daheim auch. Die haben sich schon ziemlich kriminalisiert gefühlt.“ Interview 2, S. 31

4.2.5.2.10 Risikofaktor „Exklusion, Marginalisierung und soziale Ausgrenzung“

Exklusion, Marginalisierung und soziale Ausgrenzung beschreiben Prozesse und soziale Hintergründe denen ein nicht unwesentlicher Teil der KlientInnen z.B. von Jugendstreetworkeinrichtungen ausgesetzt ist. Diese Begriffe „zeichnen sich dadurch aus, dass sie Arbeitslosigkeit und Armut als gesellschaftliches Verhältnis behandeln, genauer, als ein Verhältnis von Zugehörigkeit und Ausschluß. Die gemeinsame Schnittmenge der Diskussion um Exklusion und Underclass besteht in der Feststellung, daß für eine wachsende Zahl von Menschen in den hochentwickelten kapitalistischen Gesellschaften Marginalisierung am Arbeitsmarkt bis hin zu gänzlichem Ausschluß von Erwerbsarbeit mit gesellschaftlicher Isolation zusammenfällt. (Kronauer 1999, S. 7) In den ExpertInneninterviews wurden die Themenbereiche Exklusion und Marginalisierung mehrfach angesprochen z.B. in Form von KlientInnenbeschreibungen, familiären und sozialen Hintergründen, Beschreibungen der Lebenslagen, Problemen in der Schule, fehlenden beruflichen Perspektiven, Diskriminierungserfahrungen. Weitere Aspekte von Ausgrenzung finden sich in der quantitativen Online-ExpertInnenbefragung (siehe Kapitel 4.3.6. „Probleme und Lebenslagen von KlientInnen“). Die Bedeutung der Ausgrenzungsthematik als Risikofaktor für die individuelle biographische Entwicklung ist erst im Rahmen eines komplexen Schutz- und Risikofaktorenmodells verstehbar.

4.2.5.2.11 Risikofaktor „fehlender KonsumentInnenschutz“

Von Interviewpartnern wird auf den fehlenden KonsumentInnenschutz bzw. VerbraucherInnen-schutz bei illegalen Substanzen hingewiesen. Hier sind z.B. folgende Aspekte angesprochen: Klarheit über Deklaration und Kontrolle der Zusammensetzung der Substanz und Wirkstoffgehalt, Kontrolle von Produktionsprozessen um Verunreinigungen zu vermeiden.

Wie bereits im Kapitel „Entwicklungslinien und Veränderungen“ angeführt berichten Interviewpartner über gesundheitsschädliche Verunreinigungen und Beimengungen beim Kauf auf dem Schwarzmarkt.

*IP 3: „Genau, das ist mir vorher schon gefallen, das passt da wieder dazu, das gefährliche daran ist, das schildern auch manche, was dann gerade in solchen Hotspots, die dann wirklich auch abhängig sind vom Geld oder wie auch immer, die Verkäufer, wie das dann gestreckt ist. Und da erzählen dann die Leute, **Haarspray, Blei, keine Ahnung**, damit das schwerer wird. Und das hätten die ja zum Beispiel, sage ich mal, bei jemand der irgendwie selber daheim anbaut und da bekomme ich was von einem Freund, da hätten die das zum Beispiel nicht. Also da entsteht wieder ein neues Risiko, ein gesundheitliches.“ Interview 7, S. 29–30*

Der Risikofaktor "fehlender KonsumentInnenchutz" ist im rechtlichen Status des Konsums von Cannabis¹⁵ begründet. Daraus könnte auch abgeleitet werden, den "rechtlichen Status" als Risikofaktor in dieser Auflistung aufzunehmen. Da die Studie nicht zur Bewertung drogenpolitischer Strategien konzipiert wurde, wurde von dieser weiterführenden Interpretation Abstand genommen.

4.2.5.3 Diskussion: Die Bestimmung und die Bedeutung von Risikofaktoren

Wie bereits ausgeführt, ist die obige Darstellung als eine begrenzte "Auswahl" von einer hohen Anzahl an möglichen Risikofaktoren zu verstehen, die auf den durchgeführten ExpertInneninterviews basiert. In der Fachliteratur werden eine Vielzahl von Risikofaktoren angeführt, die weit über die dargestellten hinausgehen. Es ist auch davon auszugehen, dass im Zuge der intensivierten internationalen Forschung in den unterschiedlichsten Fachdisziplinen weitere neue Aspekte dazu auftauchen werden. Im Folgenden soll auf den prinzipiellen Umgang mit der Risikothematik eingegangen werden.

Der Risikobegriff wird in den unterschiedlichen Disziplinen sehr unterschiedlich gedeutet. Kennzeichen des Risikobegriffs ist, dass in der Zukunft ein Schaden mit einer gewissen Eintrittswahrscheinlichkeit und einem ungewissen Ausmaß auftreten kann. Die Zuordnung konkreter Einzelfälle in ein Risikoschema kann wegen der zugrunde liegenden Komplexität nur vorläufig bestimmt werden und ist mit großen Unsicherheiten verbunden.

„Ganz besonders die Risikobestimmung ist schwierig wegen der großen Breite an psychologischen und physiologischen Voraussetzungen bei den einzelnen Drogengebern. Schlüsselgrößen sind u. a. der grundsätzliche psychische und physische Gesundheitszustand und das Alter (junge und alte Personen sind anfälliger). Besondere Gegebenheiten des psychischen und physischen Zustandes können wesentlichen Einfluss auf das persönliche Risiko haben. Ebenso können pharmakogenetische Faktoren die Anfälligkeit für bestimmte drogenbedingte Schäden bei bestimmten Individuen auslösen.“ (Transform Drug Policy Foundation 2012, S. 78–79)

Die interviewten ExpertInnen vertreten mehrheitlich, mit unterschiedlichen Nuancierungen, ein breites Problemstehungsverständnis. Auftretende Probleme sind demzufolge in den Bereichen

¹⁵ Der Konsum ist im SMG nicht explizit ausgeführt, wird aber über den Tatbestand des Besitzes geregelt.

der Person, dem sozialen Umfeld und in der Substanz begründet. Entscheidende Faktoren für das Auftreten von Problemen im Zusammenhang von Cannabiskonsum sind demzufolge individuellen Faktoren der KonsumentInnen wie z.B. hohe Vulnerabilität, geringe persönliche, soziale und biographische Ressourcen, Disposition für das Auftreten von Psychosen und sozialen Faktoren wie z.B. dysfunktionale Familiensysteme, Marginalisierung und fehlende berufliche Perspektiven aber auch z.B. riskante Konsummuster, hohe Verfügbarkeit der Substanz und substanzspezifische Faktoren.

Die Kumulierung von Problemen in den Biographien von Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Das Vorhandensein einzelner Risikofaktoren sagt aber nur wenig über die tatsächliche Gefährdung im Einzelfall aus. In den Biographien von besonders problembelasteten Jugendlichen und jungen Erwachsenen treten verdichtet multiple Risiken auf. Bei der Entstehung von Kumulierungseffekten von Problemen in den Biographien von Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist hier das jeweilige biographische Schutz- und Risikofaktorenbündel entscheidend. Risikofaktoren haben, ebenso wie Schutzfaktoren zudem sehr unterschiedliche Wirkmächtigkeit auf die Entwicklung von Verlaufskurvenpotentialen. Erfahrungen aus der Suchtmedizin zeigen, dass Abhängigkeiten in der Regel mit massiven psychosozialen Problemen einhergehen (Hurrelmann und Settertobulte 2008).

Wenn diese Risiko- und Problemlagen kumulieren und keine adäquaten Strategien und/oder Ressourcen zur Verfügung stehen, gelten Personen als besonders gefährdet. Die weiter oben dargestellten KlientInnenportraits und biographischen Skizzen geben einen Eindruck in mögliche Problemlagen, zu Grunde liegende familiäre Probleme, in psychische Probleme und Erkrankungen, vorhandene und fehlende Ressourcen, kritische Lebensereignisse und weitere einflussreiche Bedingungen und Aspekte, wie etwa hohe Affinität zum Substanzkonsum. Dies ergibt ein Risikobündel, das im konkreten Einzelfall zu Tragen kommt. Das komplexe Zusammenspiel von Risikofaktoren und Schutzfaktoren in Verbindung mit einem (riskanten) Konsum von Cannabis kann die Biographie ins „Trudeln“ und letztlich „zum Absturz“ bringen.

Konkret wurden in den Interviews immer wieder Fallbeispiele angesprochen, in denen der Konsum von Cannabis im Zusammenspiel mit geringen persönlichen und sozialen Ressourcen und geringen bzw. fehlenden Schutzfaktoren und z.B. hoher Vulnerabilität besonders negative Auswirkungen zeitigten. Charakteristisch für einen Teil der KonsumentInnen, bei denen es zu einer Verdichtung von Problemen kommt, sind z.B. erhebliche biographische Belastungen (dysfunktionaler familiärer Hintergrund, „Heimerfahrungen“), psychische und/oder psychiatrische Probleme (Traumatisierungen, Depressionen, Bindungsprobleme, etc.). Schwierige Lebensbedingungen, riskante Konsummuster und die Funktion des Konsums als Coping- und/oder Selbstmedikationsmuster sind in diesem Zusammenhang besonders präsent. Die Folgen können

Entwicklungsverzögerungen, Konzentrationsstörungen, ein hohes Ausmaß an psychischer Schädigung (z.B. Psychosen), die Entwicklung einer Abhängigkeit oder suchtvähnlicher Prozesse, hoher Leidensdruck und weitere Probleme auf psychischer, physischer, sozialer, juristischer, finanzieller und biographischer Ebene sein (siehe auch Kapitel "Wahrgenommene Probleme"). Die nachfolgende resümierende Risikoeinschätzung eines Mitarbeiters einer Jugendstreetworkeinrichtung spitzt diese Zusammenhänge zu:

IP: „Wir sind überzeugt, bei denen wirkt es sich problematisch aus, wo es ohnehin vorher schon gefehlt hat.“ Interview 2, S. 19–20

Beispielhaft, für das komplexe Zusammenwirken unterschiedlicher Faktoren aber auch für die Probleme bei der Deutung des Geschehens, berichtet ein Interviewpartner aus dem Bereich Jugendstreetwork von einem Klienten, der eine psychische Erkrankung vermutlich durch Substanzkonsum entwickelt hat. Erwähnenswert ist hier auch die Unklarheit der Geschichte des Substanzkonsums und welche Bedeutung Cannabis bei der Entstehung der Krankheit zukommt.

*IP 1: „Aber das war eben gerade vor kurzem ein Fall, der hat sich sein Geld ein bisschen beschafft in dem er **Zeitungskassen** aufgebrochen hat. Ich habe keine Ahnung wie viel da herausgeschaut hat, aber auf alle Fälle haben sie ihn erwischt und das war dann halt... Aber den hat es generell schon ein bisschen eine **Psychose** aufgezogen. Wir wissen jetzt nicht was der sonst für einen Konsum hatte, aber das war schon einer, der regelmäßig gekiffte hat und sehr viel. Auch von den Erzählungen von den anderen Jugendlichen.“ Interview 1, S. 6*

Ein Mitarbeiter einer Jugendstreetworkeinrichtung beschreibt die zentralen Risikoeinschätzungskriterien anhand einer *Work-Life-Balance-Analogie*:

IP: „Wir nennen es immer so die Work-Life-Balance stimmt da irgendwie, und Kiffen ist so mehr Life. Es ist so, wenn sie alle Aufgaben noch erledigen können, die so von ihnen gefordert werden, dann habe ich das Gefühl, dann stimmt das Verhältnis halt noch zwischen mich-gehen-lassen und Party oder Hirn-leer und Anforderungen wie Verkehr, Schule, Beruf, Hygiene. Das ist auch so ein Punkt.“ Interview 2, S. 19

In der Folge beschreibt der Interviewpartner drei Gruppen von KonsumentInnen. Die Gruppe der Probierer (erste Erfahrungen machen), eine Gruppe die "ganz gut damit umgehen" und eine Gruppe, die einen sehr problematischen Konsum (Selbstmedikation, Kampfkiffen, „alles andere vernachlässigen“, beeinträchtigt mit dem Autofahren) zeigen:

I: „Und dieser problematische Konsum, ist das was du schon angedeutet hast?“

IP: Selbstmedikation, Kampfkiffen, alles andere vernachlässigen, weich (beeinträchtigt) Autofahren.

I: Und 40 von 50 sind dann so integriert oder wenig auffällig?

IP: Ein paar Probierkonsum, also die machen halt erste Erfahrungen damit. Wie gesagt, von den 50 sind zehn sehr problematisch, zehn probieren und 30 gehen in der Regel noch ganz gut damit um.“ Interview 2, S. 19–20

Die hier vorgestellten Quantifizierungen des Interviewpartners müssen mit aller Vorsicht interpretiert und verstanden werden. Der Anteil von ca. 20 Prozent KonsumentInnen mit sehr problematischem Konsum bzw. problematischem Verhalten (beeinträchtigt Autofahren) kann, wie bereits weiter oben beschrieben, nicht auf andere Populationen hochgerechnet werden und muss als lokale und einzelne Situation (singuläres Phänomen) angesehen werden.

Hier sei noch einmal auf die sehr spezifische Zusammensetzung des Klientels im Bereich Jugendstreetwork verwiesen. Im Bereich des Jugendstreetwork sind Personen mit hoher Vulnerabilität verstärkt vertreten. Die InterviewpartnerInnen aus diesem Arbeitsfeld beschreiben eine hohe Zahl ihrer KlientInnen als sozial benachteiligt, ein Teil der KlientInnen kann sogar als marginalisierte Personen beschrieben werden. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung dieser Altersgruppen besuchen die KlientInnen eher Schulen mit niedrigem Bildungsabschluss oder besitzen eher niedrige Bildungsabschlüsse, sind stärker von Arbeitslosigkeit betroffen, und bringen in der Regel weniger soziale Ressourcen mit. Ebenso weisen die Eltern in der Regel eher weniger ökonomische und kulturelle Ressourcen auf als in der Gesamtbevölkerung. Bedeutungsvoll erscheinen auch Diskriminierungserlebnisse z.B. im Bildungssystem: hohe Anteile von KlientInnen mit Migrationshintergrund und damit verbundene sprachliche Schwierigkeiten, wenig Unterstützung durch Eltern mit geringer Bildungsaffinität etc., können zu Misserfolgen in der Schule führen und wirken auf den Selbstwert der Jugendlichen zurück. Der Anteil dieser beschriebenen KlientInnengruppen kann aber an den unterschiedlichen Jugendstreetworkstandorten sehr stark variieren.

Im Rahmen des Schutz- und Risikofaktorenmodells ist die Identifikation von Risikofaktoren nur ein erster Schritt¹⁶. Die Reduktion von Risikofaktoren und die Erhöhung und der Aufbau von Schutzfaktoren auf den unterschiedlichen Ebenen kann als zentrale Strategie in der Suchtprävention bezeichnet werden. Die Breite der Ansatzpunkte reicht hier von strukturellen Risiken auf der Ebene der Lebensbedingungen, über strukturelle Risiken z.B. aufgrund von fehlendem Konsumentenschutz, hoher Verfügbarkeit etc. bis zu den personalen Aspekten von persönlichen Ressourcen und Vulnerabilitäten.

In der Suchtprävention wurden zusätzlich Konzepte zur "Risikokompetenz" und "Risikomanagement" bis hin zum Konzept der "Drogenmündigkeit" entwickelt. Auf der Ebene von Public-Health-Strategie stehen Harm-reduction- und Safer-use-Strategien als vierte drogenpolitische Säule gleichberechtigt neben Prävention, Therapie und Repression.

4.2.6 Abschließende Betrachtungen

Wie im Kapitel "Wahrgenommene Probleme" dargestellt, ist jedes menschliche Handeln ein soziales Handeln und steht damit in einem sozialen Bewertungszusammenhang. Die Kriterien und Grundlagen der Bewertung basieren auf historischen Entwicklungen und sozialer Formung. Zentrale Fragen hierbei sind: Wie werden Phänomene, die im Zusammenhang mit einer Handlung stehen, gesellschaftlich bewertet? Gilt die Handlung als wünschenswert, als wertvoll oder als weniger wünschenswert oder kommt der Handlung eine negative Bedeutung zu bzw. ist die Handlung

¹⁶ Der aktuelle Stand des Schutz- und Risikofaktorenmodells ist in einigen Bereichen in Hinblick auf die suchtpreventiven Implikationen unbefriedigend. So gilt das Geschlecht der KonsumentInnen, das heißt männlich zu sein, als ein Risikofaktor für viele negative Aspekte des Konsums von psychoaktiven Substanzen. Die InterviewpartnerInnen dieser Studie berichteten in der Mehrheit, dass die CannabiskonsumentInnen überwiegend männlich sind. Erkenntnisse in der Drogenforschung weisen darauf hin, dass männliche Jugendliche und Männer deutlich höhere Prävalenzraten aufweisen und zudem auch riskantere Konsumformen praktizieren. Für die Suchtprävention kann daraus abgeleitet werden, verstärkt geschlechtsspezifische Angebote zu entwickeln und umzusetzen. Ähnliches gilt für den Risikofaktor Alter. In der Jugendphase nehmen mit zunehmendem Alter z.B. die Prävalenzzahlen des Konsums von Cannabis stark zu, um dann im Lauf der biographischen Entwicklung wieder zurückzugehen. Im Rahmen der Suchtprävention werden hier die Entwicklung von altersangemessen und altersadäquate Informationen, Methoden und Maßnahmen abgeleitet.

Wenn das Geschlecht oder das Alter als Risikofaktor identifiziert wird, so ist das auf einer beschreibenden Ebene, oder im Rahmen eines statistischen Modells nachvollziehbar und stimmig. Auf der präventiven Ebene sollte aber mit diesen Faktoren umsichtig umgegangen werden. Nicht zuletzt deshalb, da diese Faktoren nicht verändert werden können. Die Definition kann hier im schlimmsten Fall sogar zu negativen Effekten wie Labelingprozessen führen. Dies gilt für viele andere in der Forschung identifizierte Risikofaktoren, die nur bedingt verändert werden können oder im Rahmen von suchtpreventiven Maßnahmen berücksichtigt werden können wie z.B. der Risikofaktor „Leben in der Stadt“, der für ein erhöhtes Risiko für psychotisches Erleben, im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis, stehen soll. (Hoch et al., 2019, S. 193)

Wir schlagen vor, den Begriff des Risikofaktors zu reformieren. Möglicherweise ist eine Unterscheidung in Risikofaktoren die im Rahmen von epidemiologischen Forschung und quantitativen Datenmodellen Anwendung finden (Statistisches Risikofaktorenmodell) zu trennen von Risikofaktoren die (z.B. im Rahmen von Qualitativen Sozialforschungsprojekten identifiziert werden und) für die suchtpreventive Strategie als relevant bewertet werden (Inhaltliches Risikofaktorenmodell).

unbedingt zu unterlassen? Welche Phänomene (welche Handlungen, Zustände, Situationen, Auswirkungen etc.) werden als Problem oder als problematisch angesehen bzw. definiert?

4.2.6.1 Konkurrierende Narrative

Ist die Rede vom Konsum psychoaktiver Substanzen, stehen zwei konkurrierende Narrative im Vordergrund. Im Fall des Konsums von Cannabis sollen diese Narrative in einer idealtypischen Form expliziert werden.¹⁷

Das Narrativ „breites Problemverständnis“ bezieht sich u.a. auf sozialwissenschaftliche Sucht- und Drogenforschung. In der sozialwissenschaftlichen Sucht- und Drogenforschung werden multifaktorielle Modelle verwendet, um das komplexe Zusammenwirken von Schutz- und Risikofaktoren bei der Entstehung von Problemen und Schäden im Zusammenhang mit dem Konsum von psychoaktiven Substanzen verstehen und erklären zu können. Zur Vereinfachung sind immer Kombinationen der drei Eckpunkte Substanz, Person und Umwelt die zentralen Einflussfaktoren, die in eine Risikoeinschätzung Eingang finden. Lebensbedingungen und -Umstände moderieren im Zusammenspiel mit Faktoren der Person wie z.B. biographische Ressourcen und Vulnerabilitäten der Person gemeinsam mit Aspekten der Substanz z.B. Wirkungsspektrum, die möglichen Wirkungen und Folgen des Substanzkonsums. Der Konsum bzw. Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum werden in vielen Fällen als ein Symptom für dahinterliegende Problemkonstellation interpretiert. Dieses Narrativ kann eher dem **Akzeptanzparadigma** zugeordnet werden.

Das zweite Narrativ kann in etwa so formuliert werden: „Cannabis ist letztlich eine gefährliche Substanz, deren Gefährlichkeit stark unterschätzt wird“. Dieses Narrativ soll als

¹⁷ Uhl et al. (2020) führen am Beispiel der europäischen Alkoholpolitiken zwei konkurrierende Ansätze aus. Auf der eine Seite steht der „Bevölkerungsansatz bzw. alkoholkritischer Kontrollansatz“, hier wird der Konsum von Alkohol generell als Übel angesehen. Unterschiede zwischen moderatem Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch werden kaum gesehen. Diese paternalistisch orientierte Alkoholpolitik spielt besonders in den angelsächsischen Ländern und in den protestantisch geprägten nordeuropäischen Regionen eine große Rolle. Auf der anderen Seite steht ein „personenbezogener Ansatz“ bzw. „problemfokussierender Ansatz“ bzw. „Gesundheitsfördernder Ansatz“. Hier wird klar zwischen Problemkonsum und unproblematischem Konsum unterschieden und eine Reduktion des Problemkonsums ist das ausschließliche Ziel. Die problemfokussierende Position dominiert in den katholisch geprägten alpinen und südeuropäischen Kulturen.“ (Uhl et al., 2020, S. 8)

substanzfokussiertes Problemverständnis bezeichnet werden. Im Vordergrund dieses Narrativs stehen Risiken und Probleme die mit dem Konsum in Verbindung stehen. Thematisiert werden u.a. eine hohe Verfügbarkeit der Substanz, hohe Wirkstoffgehalte (hohe THC-Gehalte bei niedrigem CBD-Gehalt), das Anstoßen von unentdeckten Psychosen, Entwicklungsverzögerungen und Motivationsprobleme. Dieses Narrativ kann eher dem **Abstinenzparadigma** zugeordnet werden.

Wie bei anderen sozialen Phänomenen sichtbar, zeigt sich auch beim Konsum von Cannabis ein Bedeutungswandel, der allerdings in den unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppen und Milieus nicht gleich verläuft. Die Bewertung des Cannabiskonsums und der damit verbundenen Problemdefinitionen kann hier auch als Beispiel für aktuelle gesellschaftliche Entwicklungs-, Bewertungs- und Orientierungsprozesse gesehen werden. Die Bewertung von Umwelt- und Klimafragen, Fragen zur Mobilität, Fragen zur Migration oder zur sozialen Ungleichheit etc. sind möglicherweise an ähnlichen Werthaltungen der sozialen Gruppen und Milieus orientiert, wie die Diskurse rund um den Cannabiskonsum.

Die jahrzehntelange Dämonisierung des Cannabisgebrauchs nimmt ab, sie greift vor allem aufgrund der internationalen Entwicklungen immer weniger. Die Akzeptanz gegenüber dem Konsum von Cannabis hat sich erhöht, es ist insgesamt "leichter" geworden Cannabis auszuprobieren und weiter zu konsumieren. Glorifizierung und Verherrlichung des Konsums können als Gegenpol angesehen werden. Die ideologisierte Bedeutungszuspitzung lässt wenig Platz für ambivalente, vielschichtige und ausgewogene Deutungen und damit verbundenen Risiken. Mit dem Anstieg und der Verbreiterung des Konsums und dem Auseinanderklaffen von Konsumpraxis und gesetzlicher Regelungen wird die Problematik des gänzlich fehlenden KonsumentInnenschutzes bedeutsamer. Änderungen der gesetzlichen Regelungen sind derzeit in Österreich nicht sichtbar.

Insgesamt rücken die Bereiche Harm-Reduction und Safer-Use in den Vordergrund: Wie lassen sich mögliche Schäden durch Cannabiskonsum mindern? Im Zentrum der Aufmerksamkeit sollten hier Coping- und Selbstmedikationsmuster, riskante Konsummuster, belastende Lebensbedingungen und der mittel- und langfristige Aufbau von individuellen und institutionellen Ressourcen (Schutzfaktoren) stehen, ebenso wie ein breiter suchtpreventiver Maßnahmenkatalog.

4.2.6.2 Diskurse um die Deutungs- und Definitionsmacht

Bogner et al. (2008) stellen in ihrer Arbeit zur Kommissionsethik in Deutschland und Österreich fest, dass in den letzten Jahrzehnten viele Konflikte mit ausdrücklichem Bezug auf Ethik und Moral verhandelt werden und nicht mehr ausschließlich und primär in Risikobegriffen. Die Fokussierung

auf Risiken kann demnach als eine von mehreren möglichen Problem-Framings verstanden werden. Im Zentrum dieser "Ethisierung" geht es letztlich um Wertkonflikte.

Die Autoren unterscheiden grundsätzlich zwischen Wertkonflikten, Interessenkonflikten wie z.B. Verteilkonflikten und Wissenskonflikten.

"Im Kern haben Wertkonflikte jedoch gemeinsam, dass hier normative Richtigkeitsbehauptungen konfliktieren, auf deren Basis legitimerweise über bestimmte Handlungs- und Entscheidungsoptionen befunden wird. Im Zentrum steht die Frage: was dürfen oder sollen wir tun?" (Bogner et al. 2008, S. 247)

Beim Problemhorizont von Verteilkonflikten geht es um die Verteilung von kollektiven Ressourcen. Kernfrage ist hier: Welches Stück bekomme ich bzw. bekommen wir vom Kuchen?

"Bei Wissenskonflikten lautet die Kernfrage: Welches Wissen ist das wahre Wissen? Auf welche Weise lässt sich dieses Wissen feststellen? In diesen Wissenskonflikten geht es darum, Wahrheitsansprüche durchzusetzen. Sie sind durch die Annahme charakterisiert, dass auf Basis wissenschaftlicher Expertise und Methodenanwendung über die Tragfähigkeit von Kausalitätsvermutungen, Risikobehauptungen und Entwicklungsprognosen entschieden werden kann (und muss). Die Qualität des Wissens steht im Mittelpunkt. Typisch für Wissenskonflikte sind Fragen von Kausalitäten und der Zurechenbarkeit von Handlungsfolgen." (Bogner et al. 2008, S. 249)

Konkret existierende Diskurse und Konflikte werden in der Regel nicht auf der Ebene eines einzigen Problem-Framings ausgetragen, Bogner et al. führen hier den alternativen Begriff der "Thematisierungsweise" ein. In den Auseinandersetzungen und Diskursen z.B. in der Wissenschaft führt jeweils eine "Thematisierungsweise" die Diskursstruktur an, ohne andere Rahmungen vollständig zu verdrängen. (vgl. Bogner et al. 2008, S. 248)

Möglicherweise kann die Unterscheidung in die drei Bereiche Interessen, Wissen und Werte bei der Analyse der Auseinandersetzungen und Diskursen rund um den Cannabiskonsum neue Impulse geben. Auf einer vordergründigen Ebene werden die Hauptdebatten rund um den Cannabiskonsum auf einer Wissens Ebene geführt. Im Zentrum dieses Wissenskonflikts stehen Risikoidentifikationen, Risikoeinschätzungen, Streit um Erklärungen und um stimmige Beschreibungen und Debatten über Kausalitätsannahmen etc. Medizinische Herangehensweise legen hier oftmals ganz andere Schwerpunkte und setzten sich vielfach mit anderen Gegenständen auseinander als z.B. sozialwissenschaftliche oder kriminologische Ansätze. Aus wissenschaftstheoretischer Sicht wirken zwischen den unterschiedlichen Disziplinen sehr mächtige Fachgrenzen und Barrieren, die die Zusammenarbeit und Verständigung hemmen. Die Rede von den "zwei Kulturen", die Naturwissenschaften auf der einen Seite und die Geistes- bzw. Sozialwissenschaften auf der anderen Seite ist nach wie vor berechtigt. Zumindest theoretisch besteht bei diesen Wissenskonflikten aber die

Möglichkeit durch bessere Methoden, aufwändigere Forschungsdesigns, Integration von neuen Erkenntnissen etc. besseres Wissen zu generieren und damit unterschiedliche Sichtweisen anzunähern bzw. zu vereinheitlichen.

Es ist davon auszugehen, dass bei den Debatten um Cannabis auch Interessenkonflikte und besonders Wertkonflikte im Hintergrund wirken. Auf der Ebene von Interessenkonflikten kann nach Hitzler (1994) hier von einem Kampf um Deutungsmonopole bzw. Deutungshoheit gesprochen werden. Die (öffentlich) verhandelten Strategien zum Umgang mit dem Konsum von Cannabis sind von unterschiedlichen Interessen geleitet. Auf der Ebene der AkteurInnen kann beim Streit um Cannabis zwischen horizontalen Konfliktverläufen und vertikalen Konfliktverläufen unterschieden werden. Auf der eine Seite, im Sinn eines vertikalen Verhältnisses, stehen sich Laien (im Fall von Cannabiskonsum z.B. KonsumentInnen oder CannabisaktivistInnen und professionelle ExpertInnen gegenüber. Auf einer eher horizontalen Konfliktlinie stehen sich ExpertInnen und "GegenexpertInnen" gegenüber. Um diese "soziale Definitionsmacht" konkurrieren also unterschiedliche ExpertInnen, Professionen, Gruppen und AkteurInnen. Die unterschiedlichen Interessen können zu unterschiedlichen Erklärungen und Risikoeinschätzungen führen. Als spezifische Form von Interessenkonflikten können hier natürlich auch Verteilungskonflikte z.B. zwischen unterschiedlichen Gruppen von ExpertInnen im Spiel sein.

Als im Konfliktnebel gut versteckte, aber, so die Hypothese, bedeutsamste Konfliktlinie im Hintergrund können Wertkonflikte genannt werden. Viele Aspekte der Konflikte und Debatten rund um den Cannabiskonsum basieren vermutlich auf Wertkonflikten. Zugespitzt formuliert: der Streit um Cannabis sind versteckte Wertkonflikte. Die Konflikte sind als Risikokonflikte und damit als Wissenskonflikte gerahmt, im Hintergrund wirken latent Interessenkonflikte und vor allem Wertkonflikte.

Bogner et al. resümieren zu den Charakteristika von Wertkonflikten am Beispiel der Biopolitik, die die Entscheidungsträger in den modernen Demokratien vor neue Herausforderungen stellt:

"Denn gegenwärtig und gewiss auch in Zukunft erscheint kein gesellschaftlicher Konsens darüber erreichbar, was erlaubt sein sollte und was nicht, was wir wissen wollen oder besser nicht wissen, was wir tun oder lassen sollen. Dies ist eines der wesentlichen Charakteristika der Konflikte, die als Wertkonflikte gerahmt sind: Es besteht ein stabiler Dissens, der offenbar auch durch mehr Diskussionen nicht mehr ausgeräumt werden kann." (Bogner et al. 2008, S. 249)

Auch wenn diese Einschätzung von Bogner et al. bezüglich der Bearbeitbarkeit von Konsensbildung und Annäherungen von Sichtweisen bei Wertkonflikten als nahezu unüberwindbar eingeschätzt wird, könnte eine weiterführende Analyse, der die unterschiedlichen Konfliktebenen der

Diskurse rund um den Cannabiskonsum analysiert, die Basis für weiterführende "rationale" Diskurse bilden.

4.2.6.3 Exkurs: Cannabis als „Allzweckmittel“

Ein Interviewpartner beschreibt die breite Funktionalität des Cannabiskonsums, die möglicherweise, die sehr hohe Bedeutung und den Stellenwert bei den konsumierenden KlientInnen verstehbar macht. Das breite Spektrum der Anwendungsmöglichkeiten reicht demnach von hedonistischen Aspekten und Entspannung, zur Manipulation von unerwünschten Wirkungen aufputschender psychoaktiver Substanzen, über die Funktion als Alltagsdroge, zur Substanz für Coping und als Substanz die sich gut für einen Mischkonsum mit weiteren psychoaktiven Substanzen eignet.

IP 2: „Also Gras immer. Aber Gras ist halt so typisch, das kann ich zu allem nehmen. Also das kann ich nach dem Fortgehen nehmen, wenn ich von einem Festl komme zum Herunterholen und vorher schon zum Rauchen und überhaupt in der Früh zum Rauchen. Das kann ich den ganzen Tag nehmen. Das wird auch so wahrgenommen, das brauche ich auf jeden Fall. Wenn ich etwas anderes nehme, brauche ich ein Gras dazu. Weil das ist im Paket. Weil eigentlich Gras kompatibel ist auf jede andere Substanz, die sie nehmen.“ Interview 3, S. 9

Dazu passend berichten Interviewpartner aus dem Bereich Suchtmedizin, dass Cannabis oftmals zum "Runter-kommen" nach einem Konsum von Stimulanzien funktional konsumiert wird.

I: „Wie bezeichnen Sie das? Dieses Motiv oder diese Funktion?

IP 2: Na ja, es klingt ja eher so nach diesem auf Knopfdruck Gas geben und auf Knopfdruck wieder bremsen zu können.

I: Das ist, sozusagen Stimmungsregulation oder so ähnlich könnte man das vielleicht sagen?

IP 1: Es hat weniger mit der Stimmung, mehr mit Energie und Antrieb zu tun. Jetzt bin ich schon den dritten Tag wach, jetzt muss ich einmal schlafen.“ Interview 10, S.

15

4.2.6.4 Exkurs: Cannabiskonsum als „Baselinie“, als „Hintergrundrauschen“ zum Konsum von weiteren psychoaktiven Substanzen

In den Interviews wurde von den ExpertInnen immer wieder betont, dass ihre Wahrnehmungen, ihr Wissen und ihre Annahmen über den Substanzkonsum ihrer KlientInnen bzw. PatientInnen, von vielen Faktoren eingeschränkt ist. Ein ganz zentraler Aspekt in diesem Zusammenhang ist jener, wieweit, wenn von Cannabiskonsum und –KonsumentInnen die Rede ist, es sich auch ausschließlich um Cannabiskonsum handelt. Oder, ob aufgrund der eingeschränkten Wahrnehmung der ExpertInnen, hier Personen, Gruppen und Phänomene beschrieben werden, bei denen auch andere psychoaktive Substanzen im Spiel sind und die beschriebenen Phänomene dadurch verändert werden.

Interviewpartner aus dem Bereich Suchtmedizin beschreiben, dass in der Praxis keine Fälle von ausschließlicher Cannabisabhängigkeit sichtbar werden. In der Regel ist auch eine Tabakabhängigkeit bei den PatientInnen vorhanden, in manchen Fällen sind Mehrfachabhängigkeiten oder missbräuchliche Konsummuster mit weiteren Substanzen bekannt z.B. polytoxikomane KonsumentInnen.

IP: „Das sind ja alles Raucher, also Tabak. Drei Tschick, eine Tüte, das ist so der Rhythmus. Nikotinflash dann noch. Das sind ja alles starke Raucher, generelle und halt kiffen auch.“ Interview 2, S. 31

Von manchen InterviewpartnerInnen wurde explizit darauf hingewiesen, dass bei den wahrgenommenen Phänomenen im Zusammenhang mit Cannabiskonsum, auch andere psychoaktive (illegale) Substanzen eine Rolle spielen bzw. spielen können. So resümiert ein Interviewpartner aus dem Jugendstreetworkbereich wie folgt:

*IP 1: „Ich würde sagen, in vielen Fällen, ist **oft einfach ein anderer Konsum auch dabei**, aber da ist halt so **Cannabis die Grundsubstanz, die Baseline**.“ Interview 1, S. 7*

Ein Interviewpartner aus dem Bereich Suchtmedizin beschreibt Cannabiskonsum als häufiges „Hintergrundrauschen“:

*IP 1: „OK. Weil, das ist ja wirklich ein total interessanter Aspekt. Cannabis ist bei uns, bei unseren Patienten, ich denke generell in der Psychiatrie, aber vor allem in der Suchtmedizin, so **ein sehr häufiges Hintergrundrauschen**. Also wir haben sehr viele, egal, ob wir jetzt auf unserer Station schauen, **wo wir die illegalen Substanzen in Behandlung haben, oder Alkohol und Medikamente, Cannabis ist sehr häufig mit dabei**.*

I: Werden da auch Gründe angeführt, warum?

IP 1: Zum Schlafen, Entspannen, irgendwie so." Interview 10, S. 11–12

Ein Interviewpartner aus dem Jugendstreetworkbereich beschreibt anhand der sehr detaillierten Dokumentation den Anteil von CannabiskonsumentInnen (der in diesem Fall von ProbierkonsumentInnen bis zu täglichen KonsumentInnen definiert ist) und die Anzahl von CannabiskonsumentInnen mit einem weiteren Konsum von illegalen psychoaktiven Substanzen. Diese Beschreibung soll als grobe Orientierung für ein ganz spezifische Bevölkerungsgruppe verstanden werden. Unklarheiten und Verzerrungen durch die Rahmenbedingungen der Wahrnehmungen der Professionisten, aber auch lokale, zufällige und weitere Besonderheiten der KlientInnengruppe können nicht zu einer Verallgemeinerung oder Ableitungen für das Tätigkeitsfeld genützt werden.

IP: „(...) Ich habe es mir aktuell für das letzte Jahr einmal herausgeschrieben und da sind von 140 Jugendlichen, die wir kennen, 52 Jugendliche mit Cannabis in Kontakt gekommen bzw. sie haben es konsumiert. (...) Da ist aber alles dabei, von wirklich ein paar Mal probiert, ich rauche immer mit, wenn es etwas gibt, bis zu wirklich dauerhaftem Konsum jeden Tag, vor der Arbeit. (...) 30 davon, habe ich mir herausgeschrieben, konsumieren ausschließlich Cannabis und 22 haben einen Mischkonsum, also mit anderen Substanzen.“ Interview 2, S. 1

4.2.6.5 Exkurs: Polymorphismus und die Uneindeutigkeit der Substanzwirkung

Der Begriff Polymorphismus hat unter anderem in der Medikamentenforschung Bedeutung erlangt. Unter Polymorphismus wird “das Auftreten verschiedener Genvarianten, die zu kleineren Veränderungen in der Struktur und dadurch in der Funktion im kodierten Produkt führen” verstanden. (Daumann und Gouzoulis–Mayfrank, 2015, 103).

„Dieses Zusammenspiel führt dazu, dass die positiv erlebten Drogenwirkungen sehr unterschiedlich ausgeprägt sein können, z.B. von einem kaum spürbaren Kribbeln bis zu einem massiven "Kick". Ebenso können erhöhte Sensitivitäten für andere Effekte, z.B. halluzinogene oder beruhigende Wirkqualitäten, vorliegen oder heterogene Verträglichkeiten.“ (Daumann und Gouzoulis–Mayfrank, 2015, 103).

In Anlehnung an Befunde aus der Drogenforschung kann davon ausgegangen werden, dass beim Konsum von Cannabis nicht alle KonsumentInnen grundsätzlich eine positive Drogenwirkungen erleben, sondern, dass es auch Personen gibt welche die Wirkung als unangenehm oder ambivalent erfahren. Auch in den ExpertInneninterviews sind Hinweise zu diesem Themenbereich

aufgetaucht. Wenngleich auch hier wieder darauf hingewiesen werden muss, dass für einen tiefergehenden Einblick Experteninterviews nur bedingt geeignet erscheinen.

4.3 Online-Befragung ExpertInnen

Als zweiter Teil des ExpertInnenpanels wurde eine Online-Befragung mit ExpertInnen aus folgenden Tätigkeitsbereichen in oberösterreichischen Institutionen durchgeführt:

- a) Jugendstreetwork
- b) Jugendzentren
- c) niederschwellige Suchthilfeeinrichtungen
- d) Suchtberatung
- e) niederschwellige Wohneinrichtungen
- f) Exekutive im Bereich der Drogenfahndung

Insgesamt beinhaltet die Stichprobe 139 vollständige Datensätze. Die Befragung fand im Zeitraum von Mai 2019 bis Juli 2019 statt. Ein Überblick über die Stichprobe ist in Kapitel 2.3.2 zu finden.

Der Fragebogen beinhaltet die Einschätzung der ExpertInnen zur Wahrnehmung und Entwicklung des Konsums und der Problemlagen hinsichtlich der wichtigsten bzw. verbreitetsten psychoaktiven Substanzen und einigen Problemverhaltensweisen. Bei dieser Befragung gab es zusätzlich einen Schwerpunkt zur Substanz Cannabis. Dabei wurde versucht, Konsummotive, Konsumgruppen sowie Problemlagen von CannabiskonsumentInnen zu erheben.

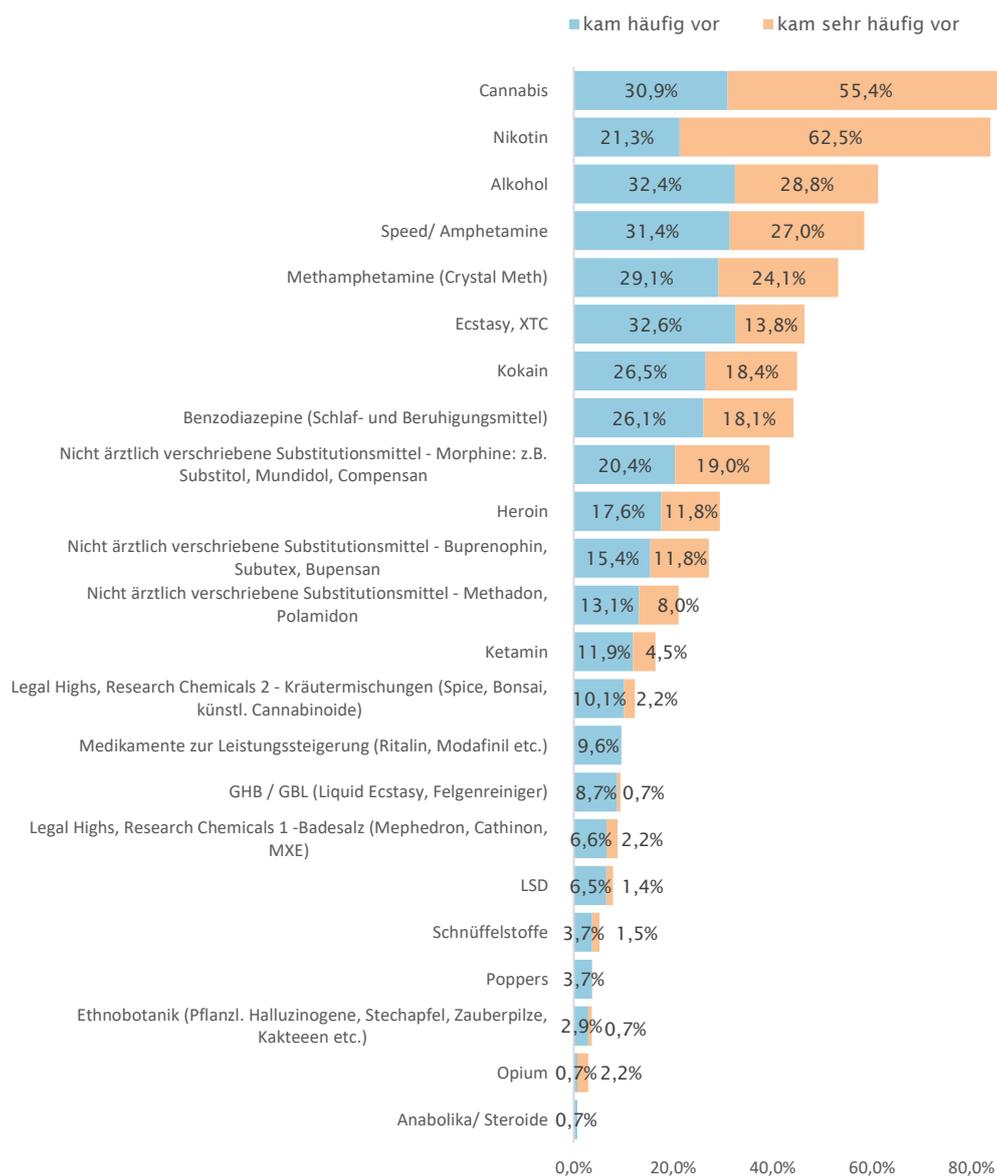
4.3.1 Wahrnehmung von problematischem Konsum psychoaktiver Substanzen

Die Wahrnehmung des problematischen Konsums von psychoaktiven Substanzen spiegelt einerseits die Häufigkeit des Konsums dieser Substanzen wider, andererseits ist sie stark abhängig von der Bedeutung der jeweiligen Substanz (Arbeitsschwerpunkt, Regelungen bzgl. der Substanz) in den einzelnen Tätigkeitsfeldern der ExpertInnen.

Insgesamt sind die drei im Alltag meistkonsumierten Substanzen Cannabis, Nikotin und Alkohol auch in der Wahrnehmung der ExpertInnen klar voran (Cannabis: 86,3 %, Nikotin: 83,8 % und Alkohol: 61,2 %). Dann folgen Amphetamin (58,4 %), Methamphetamin (53,2 %). Etwa gleichauf liegen Ecstasy, Kokain und Benzodiazepine mit etwa 45 %. Wichtig in der Wahrnehmung der ExpertInnen sind weiters die nicht ärztlich verschriebenen Substitutionsmittel, v.a. in der Form der retardierten Morphine (40 %) und Heroin (29 %). Die sogenannten „Legal Highs“ bzw. Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS) werden relativ selten genannt (ca. 10 %).

Abbildung 4.1:

Frage: „Wie häufig nahmen Sie problematischen Konsum diverser Substanzen in den letzten 12 Monaten im Rahmen ihrer Arbeit wahr?“, N=139. Darstellung der Substanzen nach ihrer genannten Häufigkeit (kam sehr häufig vor, kam häufig vor) in Prozent.



Frage: „Wie häufig nahmen Sie problematischen Konsum diverser Substanzen in den letzten 12 Monaten im Rahmen ihrer Arbeit wahr?“ Mögliche Antwortkategorien: „kam sehr häufig vor“ – „kam häufig vor“ – „kam selten vor“ – „kam sehr selten vor“ – „kam nicht vor“ – „weiß nicht / keine Antwort“. Quelle: Online-Befragung ExpertInnen OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Die Wahrnehmung des Substanzkonsums ist in den unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern maßgeblich abhängig von der Kontaktart, der Kontaktdauer, des Alters der KlientInnen und den institutionellen Regeln des Kontakts. Die Auswertung der Wahrnehmung der Substanzen in den verschiedenen Tätigkeitsfeldern findet sich in der nachstehenden Tabelle. Beispielsweise spielt bei einem kurzfristigen, in längeren Abständen erfolgenden Kontakt, wie bei den Suchtberatungsstellen, die Substanz Nikotin eine geringere Rolle wie im Bereich des Jugendstreetworks, bei dem länger andauernd und über einen längeren Zeitraum mit bestimmten KlientInnen und KlientInnengruppen gearbeitet wird und ein umfassenderer Blick über Verhaltensweisen der jeweiligen Personen gewonnen werden kann. Die Substanz Nikotin spielt im Rahmen der Suchtberatung ebenso eine untergeordnete Rolle, da natürlich die illegalisierten Substanzen das Tätigkeitsfeld bestimmen.

Beim Alkohol ist klar ersichtlich, wie sich institutionelle Regeln und das Alter der KlientInnen auf die Wahrnehmung der Substanz auswirken. Im Tätigkeitsbereich Jugendzentrum sind alkoholische Getränke ausgeschlossen, daher liegt die Wahrnehmung des Alkohols klar unter dem Durchschnitt. Ähnlich verhält es sich bei der Substanz Methamphetamin. Die Wahrnehmung von Methamphetaminkonsum (häufig – sehr häufig) liegt bei den Jugendzentren (8,6 %) am niedrigsten, während sie in Suchtberatungsstellen bei 81,8 % liegt.

Am stärksten unterschieden sich die Tätigkeitsfelder bei Benzodiazepinen, nicht ärztlich verschriebenen Substitutionsmitteln, Kokain, Amphetaminen, Methamphetamin und Opiaten. Bei der Substanz Cannabis sieht man, dass in den Jugendzentren die Substanz eine wesentlich geringere Rolle spielt (43,5 %) als in anderen Tätigkeitsfeldern. Im Jugendstreetwork (91,3 %), in der Suchtberatung (91,6 %) und den niederschweligen Einrichtungen für DrogenkonsumentInnen (100 %) und Exekutive (100 %) ist die Wahrnehmung von Cannabis entsprechend anders. Interessant ist, dass die Wahrnehmung anderer aufputschender Substanzen wie Amphetamin und Kokain in den drogennahen Tätigkeitsfeldern praktisch gleichauf mit oder höher als Methamphetamin ist. Amphetamin (Speed) liegt inzwischen wieder deutlich vor Methamphetamin (niederschwellige Einrichtungen: 91,7 % : 81,8 %; Suchtberatung: 78,5 % : 64,3 %).

Tabelle 4.1:

Frage: „Wie häufig nahmen Sie problematischen Konsum diverser Substanzen in den letzten 12 Monaten im Rahmen Ihrer Arbeit wahr?“, Konsumwahrnehmungen gegliedert nach Tätigkeitsfeldern der ExpertInnen, N=139

Substanz	Tätigkeitsfeld	kam nicht vor	kam sehr selten vor	kam selten vor	kam häufig vor	kam sehr häufig vor	weiß nicht/k. Antwort
Nikotin	Streetwork	4,3%			13,0%	82,6%	
	Jugendzentrum		4,3%	13,0%	43,5%	39,1%	
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung				14,3%	78,6%	7,1%
	Suchtberatungsstelle	9,1%			27,3%	63,6%	
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	5,3%			15,8%	78,9%	
	Exekutive	18,5%	7,4%	14,8%	18,5%	33,3%	7,4%
	Gesamt	6,6%	2,2%	5,1%	21,3%	62,5%	2,2%
Alkohol	Streetwork			39,1%	52,2%	8,7%	
	Jugendzentrum	13,0%	26,1%	39,1%	8,7%	13,0%	
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung			21,4%	28,6%	50,0%	
	Suchtberatungsstelle			16,7%	50,0%	33,3%	
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung		10,5%	21,1%	36,8%	31,6%	
	Exekutive	13,8%		13,8%	24,1%	41,4%	6,9%
	Gesamt	5,0%	7,2%	25,2%	32,4%	28,8%	1,4%
Schnüffelstoffe	Streetwork	78,3%	13,0%	4,3%			4,3%
	Jugendzentrum	95,7%	4,3%				
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung	28,6%	35,7%	14,3%	7,1%		14,3%
	Suchtberatungsstelle	45,5%	27,3%	27,3%			
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	23,7%	7,9%	28,9%	10,5%	5,3%	23,7%
	Exekutive	66,7%	14,8%	14,8%			3,7%
	Gesamt	55,9%	14,0%	15,4%	3,7%	1,5%	9,6%
Poppers	Streetwork	82,6%	4,3%	4,3%			8,7%
	Jugendzentrum	95,7%					4,3%
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung	23,1%	23,1%	15,4%	15,4%		23,1%
	Suchtberatungsstelle	63,6%	36,4%				
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	44,7%	5,3%	7,9%	5,3%		36,8%
	Exekutive	50,0%	17,9%	17,9%	3,6%		10,7%
	Gesamt	60,3%	11,0%	8,1%	3,7%		16,9%
Benzodiazepine (Schlaf- und Beruhigungsmittel)	Streetwork	17,4%	17,4%	30,4%	30,4%	4,3%	
	Jugendzentrum	60,9%	13,0%	13,0%	8,7%		4,3%
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung				50,0%	50,0%	
	Suchtberatungsstelle			8,3%	33,3%	58,3%	
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	23,7%	7,9%	13,2%	28,9%	7,9%	18,4%
	Exekutive		14,3%	42,9%	17,9%	25,0%	
	Gesamt	19,6%	10,1%	20,3%	26,1%	18,1%	5,8%
Nicht ärztlich verschriebene Substitutionsmittel – Morphine: z.B. Substitol, Mundidol, Compensan	Streetwork	22,7%	22,7%	36,4%	13,6%	4,5%	
	Jugendzentrum	69,6%	13,0%	4,3%	8,7%		4,3%
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung		7,1%	14,3%	35,7%	42,9%	
	Suchtberatungsstelle	8,3%	8,3%	16,7%	25,0%	41,7%	
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	34,2%	2,6%	18,4%	21,1%	5,3%	18,4%
	Exekutive	10,7%	7,1%	28,6%	17,9%	35,7%	
	Gesamt	27,7%	9,5%	20,4%	19,0%	17,5%	5,8%

Substanz	Tätigkeitsfeld	kam nicht vor	kam sehr selten vor	kam selten vor	kam häufig vor	kam sehr häufig vor	weiß nicht/ k. A.
Nicht ärztlich verschriebene Substitutionsmittel – Methadon, Polamidon	Streetwork	21.7%	21.7%	39.1%	8.7%		8.7%
	Jugendzentrum	82.6%	4.3%	4.3%	4.3%		4.3%
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung		7.1%	21.4%	28.6%	35.7%	7.1%
	Suchtberatungsstelle	16.7%	33.3%	25.0%	16.7%	8.3%	
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	36.8%	13.2%	15.8%	5.3%	2.6%	26.3%
	Exekutive	11.1%	18.5%	25.9%	25.9%	14.8%	3.7%
	Gesamt	31.4%	15.3%	21.2%	13.1%	8.0%	10.9%
Medikamente zur Leistungssteigerung (Ritalin, Modafinil etc.)	Streetwork	26.1%	26.1%	26.1%	13.0%		8.7%
	Jugendzentrum	56.5%	17.4%	13.0%	4.3%		8.7%
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung	14.3%	28.6%	28.6%	7.1%		21.4%
	Suchtberatungsstelle	25.0%	50.0%	16.7%	8.3%		
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	33.3%	11.1%	25.0%	11.1%		19.4%
	Exekutive	42.9%	14.3%	28.6%	10.7%		3.6%
	Gesamt	35.3%	20.6%	23.5%	9.6%		11.0%
Nicht ärztlich verschriebene Substitutionsmittel – Buprenorphin, Subutex, Bupensan	Streetwork	43.5%	8.7%	26.1%	13.0%	4.3%	4.3%
	Jugendzentrum	82.6%		4.3%	8.7%		4.3%
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung		30.8%	15.4%	15.4%	30.8%	7.7%
	Suchtberatungsstelle		25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	37.8%	8.1%	18.9%	10.8%	5.4%	18.9%
	Exekutive	14.3%	7.1%	28.6%	25.0%	21.4%	3.6%
	Gesamt	34.6%	10.3%	19.9%	15.4%	11.8%	8.1%
Cannabis	Streetwork			8.7%	30.4%	60.9%	
	Jugendzentrum	4.3%	13.0%	39.1%	34.8%	8.7%	4.3%
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung				35.7%	64.3%	
	Suchtberatungsstelle			8.3%	8.3%	83.3%	
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	2.6%		5.3%	39.5%	52.6%	2.6%
	Exekutive				24.1%	75.9%	
	Gesamt	1.4%	2.2%	10.1%	30.9%	55.4%	1.4%
Ethnobotanik (Pflanzl. Halluzinogene, Stechapfel, Zauberpilze, Kakteen etc.)	Streetwork	45.5%	27.3%	13.6%	4.5%		9.1%
	Jugendzentrum	78.3%	17.4%				4.3%
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung	21.4%	28.6%	28.6%		7.1%	14.3%
	Suchtberatungsstelle	41.7%	41.7%	16.7%			
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	36.8%	15.8%	13.2%	2.6%		31.6%
	Exekutive	46.4%	25.0%	17.9%	7.1%		3.6%
	Gesamt	46.0%	23.4%	13.9%	2.9%	0.7%	13.1%
LSD	Streetwork	30.4%	21.7%	34.8%	8.7%		4.3%
	Jugendzentrum	82.6%	8.7%				8.7%
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung	7.1%	35.7%	35.7%	14.3%	7.1%	
	Suchtberatungsstelle	8.3%	50.0%	25.0%	16.7%		
	(niedrigschw.) Wohneinr.	18.4%	21.1%	34.2%	5.3%	2.6%	18.4%
	Exekutive	17.2%	48.3%	27.6%	3.4%		3.4%
	Gesamt	28.8%	28.8%	26.6%	6.5%	1.4%	7.9%
Ecstasy, XTC	Streetwork	18.2%	9.1%	36.4%	36.4%		
	Jugendzentrum	56.5%	26.1%	8.7%		4.3%	4.3%
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung		21.4%	35.7%	35.7%	7.1%	
	Suchtberatungsstelle		16.7%	33.3%	41.7%	8.3%	
	(niedrigschw.) Wohneinr.	13.2%	10.5%	15.8%	28.9%	23.7%	7.9%
	Exekutive	10.3%		10.3%	55.2%	24.1%	
	Gesamt	18.1%	12.3%	20.3%	32.6%	13.8%	2.9%

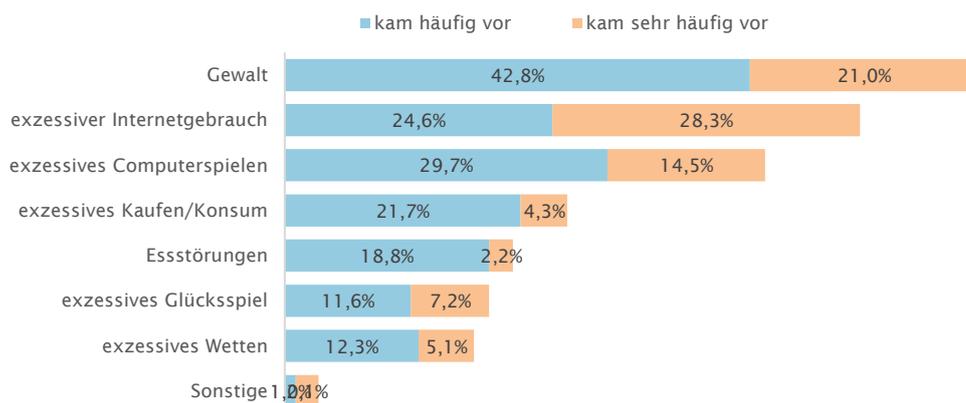
Substanz	Tätigkeitsfeld	kam nicht vor	kam sehr selten vor	kam selten vor	kam häufig vor	kam sehr häufig vor	weiß nicht/k. Antwort
GHB / GBL (Liquid Ecstasy, Felgenreiniger)	Streetwork	47.8%	21.7%	13.0%	8.7%		8.7%
	Jugendzentrum	78.3%	4.3%				17.4%
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung	21.4%	14.3%	28.6%	28.6%		7.1%
	Suchtberatungsstelle	16.7%	41.7%	33.3%	8.3%		
	(niedrigschw.) Wohneinr.	23.7%	13.2%	18.4%	5.3%	2.6%	36.8%
	Exekutive	32.1%	17.9%	35.7%	10.7%		3.6%
	Gesamt	37.7%	16.7%	20.3%	8.7%	0.7%	15.9%
Ketamin	Streetwork	26.1%	21.7%	30.4%	8.7%		13.0%
	Jugendzentrum	69.6%	13.0%	4.3%	4.3%		8.7%
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung		14.3%	35.7%	28.6%	14.3%	7.1%
	Suchtberatungsstelle	8.3%	16.7%	33.3%	33.3%	8.3%	
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	27.8%	19.4%	19.4%	5.6%	2.8%	25.0%
	Exekutive	19.2%	11.5%	46.2%	11.5%	7.7%	3.8%
	Gesamt	28.4%	16.4%	26.9%	11.9%	4.5%	11.9%
Anabolika/ Steroide	Streetwork	34.8%	34.8%	26.1%			4.3%
	Jugendzentrum	68.2%	9.1%	9.1%			13.6%
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung	7.1%	50.0%	35.7%			7.1%
	Suchtberatungsstelle	66.7%	8.3%	16.7%			8.3%
	(niedrigschw.) Wohneinr.	45.9%	10.8%	8.1%			35.1%
	Exekutive	37.0%	33.3%	25.9%	3.7%		
	Gesamt	43.7%	23.0%	18.5%	0.7%		14.1%
Speed/ Amphetamine	Streetwork	13.0%	13.0%	26.1%	34.8%	13.0%	
	Jugendzentrum	54.5%	31.8%	4.5%	4.5%		4.5%
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung		7.1%	14.3%	57.1%	21.4%	
	Suchtberatungsstelle			8.3%	41.7%	50.0%	
	(niedrigschw.) Wohneinr.	7.9%	5.3%	23.7%	26.3%	28.9%	7.9%
	Exekutive		3.6%	7.1%	39.3%	50.0%	
	Gesamt	13.1%	10.2%	15.3%	31.4%	27.0%	2.9%
Kokain	Streetwork	14.3%	28.6%	33.3%	14.3%	4.8%	4.8%
	Jugendzentrum	72.7%	18.2%				9.1%
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung			21.4%	50.0%	28.6%	
	Suchtberatungsstelle		8.3%	8.3%	41.7%	41.7%	
	(niedrigschw.) Wohneinr.	15.8%	18.4%	23.7%	26.3%	10.5%	5.3%
	Exekutive		10.3%	13.8%	37.9%	37.9%	
	Gesamt	18.4%	15.4%	17.6%	26.5%	18.4%	3.7%
Methamphetamine (Crystal Meth)	Streetwork	8.7%	26.1%	30.4%	26.1%	8.7%	
	Jugendzentrum	60.9%	13.0%	13.0%	4.3%	4.3%	4.3%
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung		14.3%	21.4%	35.7%	28.6%	
	Suchtberatungsstelle		9.1%	9.1%	54.5%	27.3%	
	(niedrigschw.) Wohneinr.	5.3%	5.3%	21.1%	31.6%	34.2%	2.6%
	Exekutive		14.3%	14.3%	35.7%	35.7%	
	Gesamt	13.1%	13.1%	19.0%	29.2%	24.1%	1.5%
Opium	Streetwork	72.7%	4.5%	18.2%			4.5%
	Jugendzentrum	81.8%	9.1%				9.1%
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung	14.3%	42.9%	35.7%			7.1%
	Suchtberatungsstelle	16.7%	25.0%	41.7%		8.3%	8.3%
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	39.5%	13.2%	13.2%			34.2%
	Exekutive	28.6%	21.4%	35.7%	3.6%	7.1%	3.6%
	Gesamt	44.9%	16.9%	21.3%	0.7%	2.2%	14.0%

Substanz	Tätigkeitsfeld	kam nicht vor	kam sehr selten vor	kam selten vor	kam häufig vor	kam sehr häufig vor	weiß nicht/ k. Antwort
Heroin	Streetwork	30.4%	26.1%	21.7%	17.4%		4.3%
	Jugendzentrum	72.7%	9.1%	9.1%	4.5%		4.5%
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung	7.1%	14.3%	35.7%	28.6%	14.3%	
	Suchtberatungsstelle	9.1%	9.1%	18.2%	27.3%	36.4%	
	(niedrigschw.) Wohninr.	23.7%	26.3%	28.9%	5.3%		15.8%
	Exekutive	7.1%	7.1%	14.3%	35.7%	35.7%	
	Gesamt	26.5%	16.9%	21.3%	17.6%	11.8%	5.9%
Legal Highs, Research Chemicals 1 – Badesalz (Mephedron, Cathinon, MXE)	Streetwork	39.1%	34.8%	17.4%			8.7%
	Jugendzentrum	76.2%	14.3%				9.5%
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung	14.3%	35.7%	35.7%	7.1%	7.1%	
	Suchtberatungsstelle	16.7%	41.7%	25.0%	16.7%		
	(niedrigschw.) Wohninr.	36.8%	7.9%	7.9%	7.9%		39.5%
	Exekutive	35.7%	25.0%	17.9%	10.7%	7.1%	3.6%
	Gesamt	39.0%	22.8%	14.7%	6.6%	2.2%	14.7%
Legal Highs, Research Chemicals 2 – Kräutermischungen (Spice, Bonsai, künstl. Cannabinoide)	Streetwork	30.4%	34.8%	21.7%	4.3%		8.7%
	Jugendzentrum	60.9%	26.1%				13.0%
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung	14.3%	14.3%	42.9%	14.3%	7.1%	7.1%
	Suchtberatungsstelle	16.7%	41.7%	16.7%	25.0%		
	(niedrigschw.) Wohninr.	26.3%	10.5%	13.2%	13.2%	2.6%	34.2%
	Exekutive	35.7%	7.1%	39.3%	10.7%	3.6%	3.6%
	Gesamt	32.6%	19.6%	21.0%	10.1%	2.2%	14.5%

4.3.2 Wahrnehmung von Problemverhaltensmustern

Abbildung 4.2:

Frage: „Wie häufig nahmen Sie bestimmte Problemverhaltensmuster in den letzten 12 Monaten im Rahmen Ihrer Arbeit wahr?“, N=139



Darstellung der Problemverhaltensmuster nach ihrer genannten Häufigkeit (kam sehr häufig vor, kam häufig vor) in Prozent.
Frage: „Wie häufig nahmen Sie bestimmte Problemverhaltensmuster in den letzten 12 Monaten im Rahmen ihrer Arbeit wahr?“ Mögliche Antwortkategorien: „kam sehr häufig vor“ – „kam häufig vor“ – „kam selten vor“ – „kam sehr selten vor“ – „kam nicht vor“ – „weiß nicht / keine Antwort“. Quelle: Online-Befragung ExpertInnen OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Bei der Wahrnehmung von Problemverhaltensmustern werden Gewalt und die computergestützten Verhaltensweisen „exzessiver Internetgebrauch“ und „exzessives Computerspielen“ am häufigsten genannt. „Häufig“ und „sehr häufig“ wurde „Gewalt“ von 63,8 % der ExpertInnen wahrgenommen, „exzessiver Internetgebrauch“ von 52,9 % und „exzessives Computerspielen“ von 44,2 %.

Wenn man sich in der nachfolgenden Tabelle die verschiedenen Problemverhaltensmuster in den unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen ansieht, so spielt das Thema der Gewalt im Streetwork und den niedrighschwelligen Einrichtungen eine zentrale Rolle. 91,3 % der ExpertInnen aus dem Tätigkeitsbereich Streetwork gaben an, dass das Thema Gewalt in ihrer Arbeit in den letzten 12 Monaten wahrgenommen wurde, 78,5 % aus dem Tätigkeitsbereich der niedrighschwelligen Einrichtungen nannten das Thema Gewalt. Bei „Exzessivem Internetgebrauch“ und „exzessivem Computerspielen“ unterscheiden sich die unterschiedlichen Tätigkeitsfelder nicht so stark.

Tabelle 4.2:

Frage: „Wie häufig nahmen Sie bestimmte Problemverhaltensmuster in den letzten 12 Monaten im Rahmen Ihrer Arbeit wahr?“, Wahrnehmungen von Problemverhaltensmustern gegliedert nach Tätigkeitsfeldern der ExpertInnen, N=139

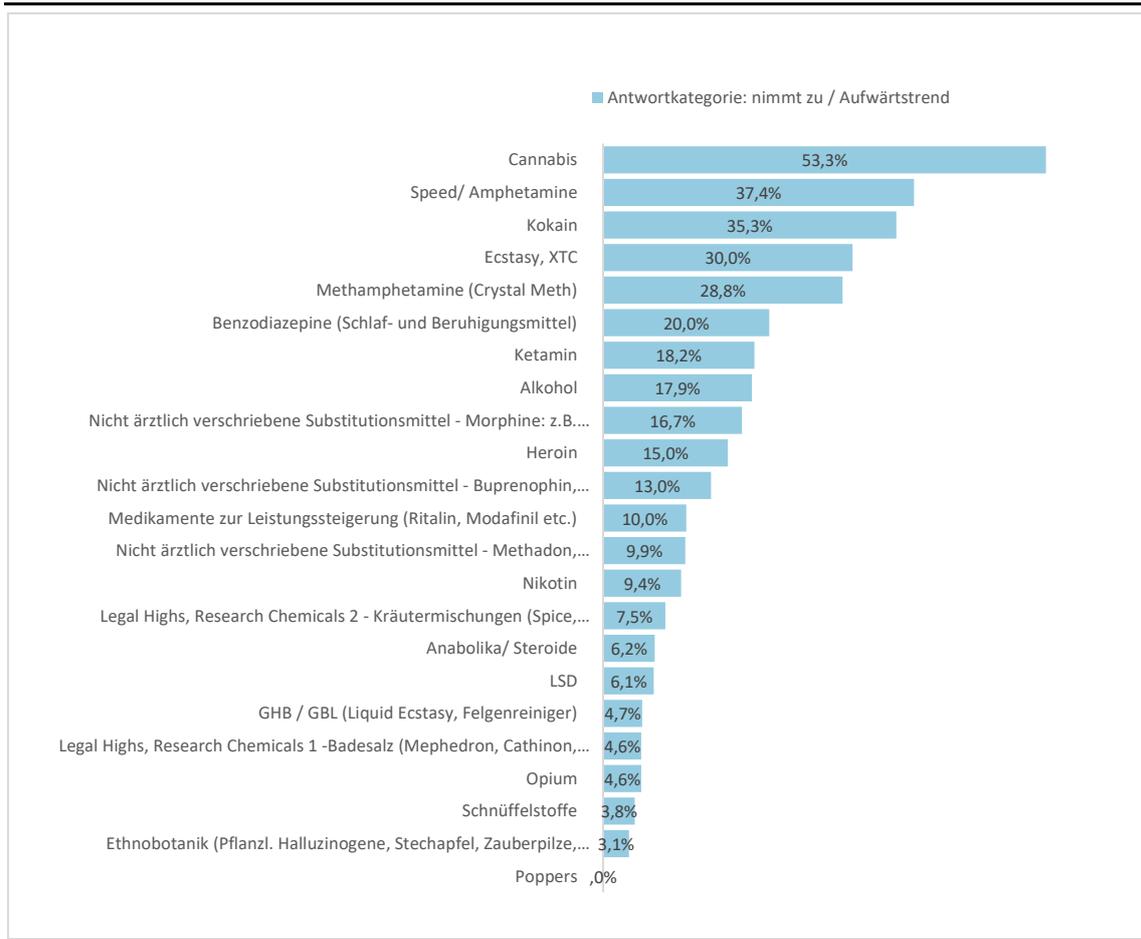
Substanz	Tätigkeitsfeld	kam nicht vor	kam sehr selten vor	kam selten vor	kam häufig vor	kam sehr häufig vor	weiß nicht/k.A.
exzessives Glücksspiel	Streetwork	8.7%	4.3%	56.5%	13.0%	17.4%	
	Jugendzentrum	43.5%	39.1%	13.0%			4.3%
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung	14.3%	35.7%	14.3%	14.3%	21.4%	
	Suchtberatungsstelle	16.7%	33.3%	41.7%	8.3%		
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	56.8%	21.6%	8.1%	5.4%		8.1%
	Exekutive	37.9%	6.9%	13.8%	27.6%	10.3%	3.4%
	Gesamt	34.8%	21.0%	21.7%	11.6%	7.2%	3.6%
exzessives Werten	Streetwork	4.3%	13.0%	39.1%	26.1%	17.4%	
	Jugendzentrum	43.5%	30.4%	17.4%	4.3%		4.3%
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung	14.3%	42.9%	14.3%	14.3%	7.1%	7.1%
	Suchtberatungsstelle	25.0%	33.3%	16.7%	16.7%		8.3%
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	56.8%	24.3%	8.1%	2.7%		8.1%
	Exekutive	37.9%	13.8%	17.2%	17.2%	6.9%	6.9%
	Gesamt	34.8%	23.9%	18.1%	12.3%	5.1%	5.8%
exzessives Computerspielen	Streetwork		8.7%	21.7%	39.1%	30.4%	
	Jugendzentrum	8.7%	8.7%	17.4%	43.5%	21.7%	
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung	7.1%	28.6%	28.6%	7.1%	21.4%	7.1%
	Suchtberatungsstelle		16.7%	41.7%	33.3%	8.3%	
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	18.9%	5.4%	21.6%	37.8%	10.8%	5.4%
	Exekutive	37.9%	24.1%	20.7%	10.3%		6.9%
	Gesamt	15.2%	13.8%	23.2%	29.7%	14.5%	3.6%
exzessiver Internetgebrauch	Streetwork			4.3%	39.1%	56.5%	
	Jugendzentrum	8.7%	4.3%	17.4%	26.1%	39.1%	4.3%
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung	21.4%	7.1%	35.7%	14.3%	14.3%	7.1%
	Suchtberatungsstelle		16.7%	50.0%	25.0%		8.3%
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	10.8%	2.7%	13.5%	32.4%	37.8%	2.7%
	Exekutive	34.5%	31.0%	13.8%	6.9%	3.4%	10.3%
	Gesamt	13.8%	10.1%	18.1%	24.6%	28.3%	5.1%
Gewalt	Streetwork			8.7%	47.8%	43.5%	
	Jugendzentrum	13.0%	17.4%	39.1%	21.7%	8.7%	
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung		7.1%	14.3%	71.4%	7.1%	
	Suchtberatungsstelle	8.3%		25.0%	58.3%	8.3%	
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	10.8%	8.1%	24.3%	32.4%	21.6%	2.7%
	Exekutive	6.9%	6.9%	10.3%	48.3%	24.1%	3.4%
	Gesamt	7.2%	7.2%	20.3%	42.8%	21.0%	1.4%
Essstörungen	Streetwork	13.0%	21.7%	47.8%	17.4%		
	Jugendzentrum	26.1%	30.4%	30.4%	13.0%		
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung		21.4%	28.6%	42.9%	7.1%	
	Suchtberatungsstelle	8.3%	8.3%	58.3%	25.0%		
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	10.8%	27.0%	27.0%	27.0%	5.4%	2.7%
	Exekutive	58.6%	17.2%	13.8%			10.3%
	Gesamt	22.5%	22.5%	31.2%	18.8%	2.2%	2.9%

Substanz	Tätigkeitsfeld	kam nicht vor	kam sehr selten vor	kam selten vor	kam häufig vor	kam sehr häufig vor	weiß nicht/k.A.
exzessives Kaufen/Konsum	Streetwork		13.0%	60.9%	21.7%		4.3%
	Jugendzentrum	30.4%	26.1%	17.4%	21.7%	4.3%	
	niedrigschwellige Suchthilfeinrichtung	14.3%	14.3%	35.7%	28.6%	7.1%	
	Suchtberatungsstelle	33.3%	8.3%	41.7%	16.7%		
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	13.5%	13.5%	18.9%	37.8%	10.8%	5.4%
	Exekutive	62.1%	13.8%	10.3%			13.8%
	Gesamt	26.1%	15.2%	27.5%	21.7%	4.3%	5.1%

4.3.3 Trendeinschätzung zum Konsum von psychoaktiven Substanzen

Abbildung 4.3:

Frage: „Wie nehmen Sie das Trendmuster diverser Substanzen in den letzten 12 Monaten wahr?“, N=139



Frage: „Wie nehmen Sie das Trendmuster diverser Substanzen in den letzten 12 Monaten wahr?“ Mögliche Antwortkategorien: „nimmt zu / Aufwärtstrend“ – „weitgehend gleichbleibend“ – „nimmt ab / Abwärtstrend“ – „weiß nicht / kommt nicht vor“. Quelle: Online-Befragung ExpertInnen OÖ 2019, Institut Suchtprävention

In der Trendeinschätzung der befragten ExpertInnen ist im Jahr 2019 im Gegensatz zu früheren Jahren Cannabis mit 53 % voran. Danach folgen die aufputschenden Substanzen Amphetamine, Ecstasy, Kokain und Methamphetamine.

Zwischen 10 % und 20 % der Befragten gaben an, dass die nicht ärztlich verschriebenen Substitutionsmittel und Benzodiazepine (Schlaf- und Beruhigungsmittel) sich im Aufwärtstrend befinden.

Tabelle 4.3:

Frage: „Wie nehmen Sie das Trendmuster diverser Substanzen in den letzten 12 Monaten wahr?“, Konsumwahrnehmungen gegliedert nach Tätigkeitsfeldern der ExpertInnen, N=139

Substanz	Tätigkeitsfeld	↗ nimmt zu / Aufwärtstrend	→ weitgehend gleichbleibend	↘ nimmt ab / Ab- wärtstrend	✘ weiß nicht / kommt nicht vor
Nikotin	Streetwork	8.7%	73.9%	17.4%	
	Jugendzentrum	13.0%	60.9%	26.1%	
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrichtung	7.1%	92.9%		
	Suchtberatungsstelle		58.3%	16.7%	25.0%
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	15.8%	71.1%	7.9%	
	Exekutive	3.4%	55.2%	17.2%	13.8%
	Gesamt	9.4%	67.6%	14.4%	5.0%
Alkohol	Streetwork		87.0%	13.0%	
	Jugendzentrum	21.7%	52.2%	17.4%	8.7%
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrichtung	28.6%	64.3%	7.1%	
	Suchtberatungsstelle	16.7%	83.3%		
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	16.7%	69.4%	13.9%	
	Exekutive	26.9%	50.0%	11.5%	11.5%
	Gesamt	17.9%	66.4%	11.9%	3.7%
Schnüffelstoffe	Streetwork		13.0%	21.7%	65.2%
	Jugendzentrum	4.3%	4.3%	4.3%	87.0%
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrichtung		21.4%	14.3%	64.3%
	Suchtberatungsstelle		8.3%	41.7%	50.0%
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	8.3%	27.8%	16.7%	47.2%
	Exekutive	4.0%	16.0%	12.0%	68.0%
	Gesamt	3.8%	16.5%	16.5%	63.2%
Poppers	Streetwork		13.0%	13.0%	73.9%
	Jugendzentrum		4.3%	8.7%	87.0%
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrichtung		25.0%	8.3%	66.7%
	Suchtberatungsstelle		16.7%	33.3%	50.0%
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung		11.4%	8.6%	80.0%
	Exekutive		20.0%	4.0%	76.0%
	Gesamt		13.8%	10.8%	75.4%
Benzodiazepine (Schlaf- und Beruhigungsmittel)	Streetwork	17.4%	52.2%	21.7%	8.7%
	Jugendzentrum	4.3%	21.7%		73.9%
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrichtung	23.1%	69.2%	7.7%	
	Suchtberatungsstelle	27.3%	72.7%		
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	17.6%	23.5%	5.9%	52.9%
	Exekutive	34.6%	50.0%	3.8%	11.5%
	Gesamt	20.0%	42.3%	6.9%	30.8%
Nicht ärztlich verschriebene Substitutionsmittel – Morphine: z.B. Substitol, Mundidol, Compensan	Streetwork	13.0%	52.2%		34.8%
	Jugendzentrum	4.3%	8.7%		87.0%
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrichtung	15.4%	76.9%	7.7%	
	Suchtberatungsstelle	8.3%	58.3%	25.0%	8.3%
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	20.0%	14.3%	2.9%	62.9%
	Exekutive	30.8%	57.7%		11.5%
	Gesamt	16.7%	38.6%	3.8%	40.9%

Substanz	Tätigkeitsfeld	↗	→	↘	✘
		nimmt zu / Aufwärtstrend	weitgehend gleichbleibend	nimmt ab / Ab- wärtstrend	weiß nicht / kommt nicht vor
Nicht ärztlich verschriebene Substitutionsmittel – Metha- don, Polamidon	Streetwork	4.3%	47.8%	4.3%	43.5%
	Jugendzentrum	4.5%	4.5%		90.9%
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrich- tung		92.3%		7.7%
	Suchtberatungsstelle		41.7%	33.3%	25.0%
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	14.3%	17.1%	2.9%	65.7%
	Exekutive	23.1%	50.0%		26.9%
Gesamt		9.9%	36.6%	4.6%	48.9%
Medikamente zur Leistungs- steigerung (Ritalin, Modafinil etc.)	Streetwork	22.7%	31.8%	9.1%	36.4%
	Jugendzentrum		13.0%		87.0%
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrich- tung		61.5%		38.5%
	Suchtberatungsstelle	8.3%	25.0%	16.7%	50.0%
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	11.4%	20.0%	14.3%	54.3%
	Exekutive	12.0%	36.0%	12.0%	40.0%
Gesamt		10.0%	28.5%	9.2%	52.3%
Nicht ärztlich verschriebene Substitutionsmittel – Buprenophin, Subutex, Bu- pensan	Streetwork	9.1%	45.5%		45.5%
	Jugendzentrum	8.7%	8.7%		82.6%
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrich- tung		84.6%	7.7%	7.7%
	Suchtberatungsstelle		66.7%	16.7%	16.7%
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	20.0%	11.4%	5.7%	62.9%
	Exekutive	23.1%	65.4%		11.5%
Gesamt		13.0%	39.7%	3.8%	43.5%
Cannabis	Streetwork	56.5%	43.5%		
	Jugendzentrum	34.8%	56.5%	4.3%	4.3%
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrich- tung	28.6%	64.3%	7.1%	
	Suchtberatungsstelle	50.0%	50.0%		
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	55.6%	41.7%	2.8%	
	Exekutive	77.8%	22.2%		
Gesamt		53.3%	43.7%	2.2%	0.7%
Ethnobotanik (Pflanzl. Hallu- zinogene, Stechapfel, Zau- berpilze, Kakteen etc.)	Streetwork		18.2%	22.7%	59.1%
	Jugendzentrum		8.7%		91.3%
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrich- tung	7.7%	38.5%	15.4%	38.5%
	Suchtberatungsstelle		16.7%	25.0%	58.3%
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	8.6%	20.0%	8.6%	62.9%
	Exekutive		28.0%	20.0%	52.0%
Gesamt		3.1%	20.8%	13.8%	62.3%
LSD	Streetwork	8.7%	47.8%	13.0%	30.4%
	Jugendzentrum		8.7%	4.3%	87.0%
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrich- tung	7.7%	69.2%	7.7%	15.4%
	Suchtberatungsstelle	8.3%	50.0%	25.0%	16.7%
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	2.9%	48.6%	11.4%	37.1%
	Exekutive	11.5%	57.7%	11.5%	19.2%
Gesamt		6.1%	45.5%	11.4%	37.1%
Ecstasy, XTC	Streetwork	26.1%	47.8%	13.0%	13.0%
	Jugendzentrum	13.0%	17.4%	4.3%	65.2%
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrich- tung	8.3%	75.0%	8.3%	8.3%
	Suchtberatungsstelle	8.3%	58.3%	25.0%	8.3%
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	29.4%	35.3%	8.8%	26.5%
	Exekutive	69.2%	19.2%	3.8%	7.7%
Gesamt		30.0%	36.9%	9.2%	23.8%

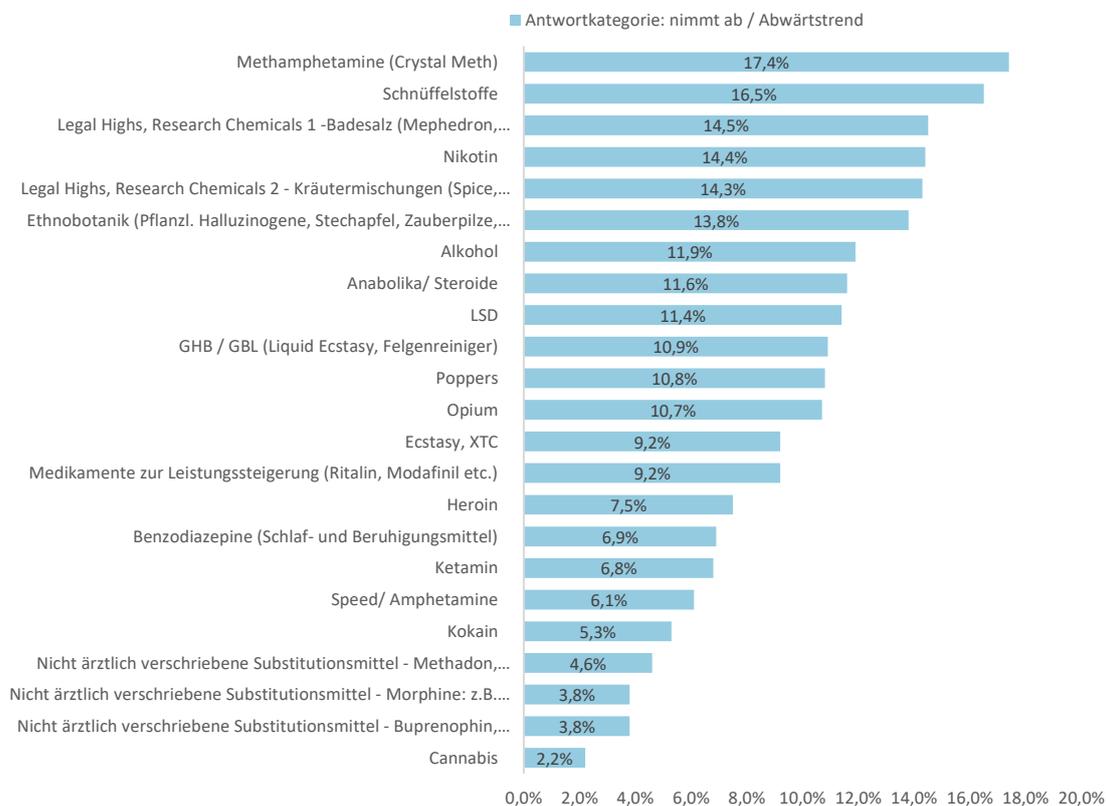
Substanz	Tätigkeitsfeld	↗	→	↘	✘
		nimmt zu / Aufwärtstrend	weitgehend gleichbleibend	nimmt ab / Ab- wärtstrend	weiß nicht / kommt nicht vor
GHB / GBL (Liquid Ecstasy, Felgenreiniger)	Streetwork	4.3%	17.4%	8.7%	69.6%
	Jugendzentrum	4.5%	4.5%	4.5%	86.4%
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrich- tung	7.7%	46.2%		46.2%
	Suchtberatungsstelle	8.3%	25.0%	25.0%	41.7%
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung		24.2%	12.1%	63.6%
	Exekutive	7.7%	42.3%	15.4%	34.6%
	Gesamt	4.7%	25.6%	10.9%	58.9%
Ketamin	Streetwork	13.0%	34.8%	13.0%	39.1%
	Jugendzentrum	13.0%	4.3%	4.3%	78.3%
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrich- tung	30.8%	53.8%		15.4%
	Suchtberatungsstelle	25.0%	58.3%		16.7%
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	11.4%	11.4%	14.3%	62.9%
	Exekutive	26.9%	42.3%		30.8%
Gesamt	18.2%	28.8%	6.8%	46.2%	
Anabolika/ Steroide	Streetwork	17.4%	30.4%	21.7%	30.4%
	Jugendzentrum	13.6%	4.5%	4.5%	77.3%
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrich- tung		50.0%	8.3%	41.7%
	Suchtberatungsstelle			8.3%	91.7%
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	2.9%	5.7%	14.3%	77.1%
	Exekutive		36.0%	8.0%	56.0%
Gesamt	6.2%	19.4%	11.6%	62.8%	
Speed/ Amphetamine	Streetwork	27.3%	54.5%	13.6%	4.5%
	Jugendzentrum	13.0%	21.7%		65.2%
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrich- tung	23.1%	76.9%		
	Suchtberatungsstelle	50.0%	41.7%	8.3%	
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	28.6%	31.4%	8.6%	31.4%
	Exekutive	80.8%	15.4%	3.8%	
Gesamt	37.4%	35.9%	6.1%	20.6%	
Kokain	Streetwork	30.4%	30.4%	17.4%	21.7%
	Jugendzentrum	8.7%	8.7%	4.3%	78.3%
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrich- tung	38.5%	61.5%		
	Suchtberatungsstelle	50.0%	33.3%		16.7%
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	28.6%	34.3%	5.7%	31.4%
	Exekutive	63.0%	37.0%		
Gesamt	35.3%	32.3%	5.3%	27.1%	
Methamphetamine (Crystal Meth)	Streetwork	13.0%	43.5%	39.1%	4.3%
	Jugendzentrum	13.0%	8.7%	17.4%	60.9%
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrich- tung	15.4%	76.9%	7.7%	
	Suchtberatungsstelle		75.0%	25.0%	
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	51.4%	14.3%	14.3%	20.0%
	Exekutive	46.2%	42.3%	3.8%	7.7%
Gesamt	28.8%	35.6%	17.4%	18.2%	
Opium	Streetwork	4.3%	34.8%	8.7%	52.2%
	Jugendzentrum	4.3%	13.0%		82.6%
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrich- tung		46.2%	30.8%	23.1%
	Suchtberatungsstelle		50.0%	16.7%	33.3%
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	2.9%	17.1%	2.9%	77.1%
	Exekutive	12.0%	32.0%	20.0%	36.0%
Gesamt	4.6%	28.2%	10.7%	56.5%	

Substanz	Tätigkeitsfeld	↗	→	↘	✘
		nimmt zu / Aufwärtstrend	weitgehend gleichbleibend	nimmt ab / Ab- wärtstrend	weiß nicht / kommt nicht vor
Heroin	Streetwork	4.3%	60.9%	13.0%	21.7%
	Jugendzentrum	8.7%	17.4%		73.9%
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrichtung	7.7%	69.2%	15.4%	7.7%
	Suchtberatungsstelle	16.7%	41.7%	33.3%	8.3%
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	11.1%	33.3%	2.8%	52.8%
	Exekutive	38.5%	57.7%		3.8%
	Gesamt	15.0%	44.4%	7.5%	33.1%
Legal Highs, Research Chemicals 1 –Badesalz (Mephedron, Cathinon, MXE)	Streetwork		27.3%	22.7%	50.0%
	Jugendzentrum	4.5%	13.6%		81.8%
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrichtung		61.5%	23.1%	15.4%
	Suchtberatungsstelle	8.3%	25.0%	33.3%	33.3%
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	8.3%	13.9%	5.6%	72.2%
	Exekutive	3.8%	30.8%	19.2%	46.2%
	Gesamt	4.6%	25.2%	14.5%	55.7%
Legal Highs, Research Chemicals 2 – Kräutermischungen (Spice, Bonsai, künstl. Cannabinoide)	Streetwork	4.3%	30.4%	17.4%	47.8%
	Jugendzentrum	4.3%	8.7%	13.0%	73.9%
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrichtung	7.7%	69.2%	7.7%	15.4%
	Suchtberatungsstelle		33.3%	33.3%	33.3%
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	13.9%	16.7%	5.6%	63.9%
	Exekutive	7.7%	26.9%	19.2%	46.2%
	Gesamt	7.5%	26.3%	14.3%	51.9%

Sieht man sich in der oberen Tabelle die Einschätzungen zu Cannabis nach den unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern an, sind deutliche Unterschiede zu verzeichnen. Mehr als drei Viertel der ExpertInnen aus dem Tätigkeitsbereich der Exekutive (78 %) gaben an, dass es einen Aufwärtstrend gibt, in anderen Tätigkeitsfeldern gab etwa die Hälfte der ExpertInnen an, dass es eine Zunahme des Konsums von Cannabis gibt. Im Bereich der Jugendzentren und der niedrigschwelligen Suchteinrichtungen sind es weniger als ein Drittel der ExpertInnen, die eine Zunahme des Cannabiskonsums konstatieren.

Abbildung 4.4:

Frage: „Wie nehmen Sie das Trendmuster diverser Substanzen in den letzten 12 Monaten wahr?“,
N= 139



Frage: „Wie nehmen Sie das Trendmuster diverser Substanzen in den letzten 12 Monaten wahr?“ Mögliche Antwortkategorien: „nimmt zu / Aufwärtstrend“ – „weitgehend gleichbleibend“ – „nimmt ab / Abwärtstrend“ – „weiß nicht / kommt nicht vor“. Quelle: Online-Befragung ExpertInnen OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Wenn man sich im Gegenzug die Angaben zum Abwärtstrend ansieht, ist bemerkenswert, dass die Substanz Methamphetamin mit 17,4 % den ersten Platz belegt. Im Gegensatz dazu belegt die Substanz Cannabis den letzten Platz beim Abwärtstrend. Lediglich 2,2 % der befragten ExpertInnen können dies erkennen.

4.3.4 Trendeinschätzung zu Problemverhaltensmustern

Abbildung 4.5:

Frage: „Wie nehmen Sie das Trendmuster bestimmter Problemverhaltensmuster in den letzten 12 Monaten wahr?“, N=139



Frage: „Wie nehmen Sie das Trendmuster bestimmter Problemverhaltensmuster in den letzten 12 Monaten wahr?“ Mögliche Antwortkategorien: „nimmt zu / Aufwärtstrend“ – „weitgehend gleichbleibend“ – „nimmt ab / Abwärtstrend“ – „weiß nicht / kommt nicht vor“. Quelle: Online-Befragung ExpertInnen OÖ 2019, Institut Suchtprävention

In der Trendeinschätzung von Problemverhaltensmustern wurden die computer- und smartpho-
nebasierenden Verhaltensmuster des „exzessiven Internetgebrauchs“ (51,5 %) und „exzessiven
Computerspielens“ (40,7 %) am häufigsten genannt. „Exzessives Wetten“ (15,6 %) und „exzessives
Glücksspiel“ (19,3 %) kann ebenfalls am Computer oder mit Smartphones betrieben werden. Aber
hier spielen als Ort des Wettens und Spielens ebenso Wettbüros und das „kleine Glücksspiel“ mit
frei zugänglichen Glücksspielautomaten eine wichtige Rolle.

Tabelle 4.4:

Frage: „Wie nehmen Sie das Trendmuster bestimmter Problemverhaltensmuster in den letzten 12 Monaten wahr?“, Wahrnehmungen von Problemverhaltensmustern gegliedert nach Tätigkeitsfeldern der ExpertInnen, N=139

Substanz	Tätigkeitsfeld	↗	→	↘	✘
		nimmt zu / Aufwärtstrend	weitgehend gleichbleibend	nimmt ab / Abwärtstrend	weiß nicht / kommt nicht vor
exzessives Glücksspiel	Streetwork	21.7%	65.2%	4.3%	8.7%
	Jugendzentrum	8.7%	60.9%		30.4%
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrichtung	21.4%	50.0%	7.1%	21.4%
	Suchtberatungsstelle	25.0%	66.7%		8.3%
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	13.9%	33.3%	2.8%	50.0%
	Exekutive	29.6%	25.9%		44.4%
	Gesamt	19,3%	46,7%	2,2%	31,9%
exzessives Wetten	Streetwork	13.0%	73.9%	13.0%	
	Jugendzentrum	13.0%	52.2%		34.8%
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrichtung	14.3%	42.9%	14.3%	28.6%
	Suchtberatungsstelle	25.0%	75.0%		
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	8.3%	30.6%	5.6%	55.6%
	Exekutive	25.9%	22.2%		51.9%
	Gesamt	15.6%	45.2%	5.2%	34.1%
exzessives Computerspielen	Streetwork	43.5%	47.8%	4.3%	4.3%
	Jugendzentrum	52.2%	39.1%		8.7%
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrichtung	28.6%	28.6%		42.9%
	Suchtberatungsstelle	50.0%	41.7%		8.3%
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	52.8%	27.8%	2.8%	16.7%
	Exekutive	14.8%	25.9%	3.7%	55.6%
	Gesamt	40.7%	34.1%	2.2%	23.0%
exzessiver Internetgebrauch	Streetwork	69.6%	30.4%		
	Jugendzentrum	60.9%	30.4%		8.7%
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrichtung	21.4%	57.1%		21.4%
	Suchtberatungsstelle	36.4%	54.5%		9.1%
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	75.0%	16.7%		8.3%
	Exekutive	18.5%	18.5%	3.7%	59.3%
	Gesamt	51.5%	29.1%	0.7%	18.7%
Gewalt	Streetwork	34.8%	65.2%		
	Jugendzentrum	43.5%	34.8%	4.3%	17.4%
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrichtung	21.4%	78.6%		
	Suchtberatungsstelle	8.3%	83.3%	8.3%	
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	41.7%	38.9%	2.8%	16.7%
	Exekutive	51.9%	33.3%		14.8%
	Gesamt	37.8%	49.6%	2.2%	10.4%
Essstörungen	Streetwork	4.3%	52.2%	17.4%	26.1%
	Jugendzentrum	13.0%	47.8%	8.7%	30.4%
	niedrigschwellige Suchthilfeeinrichtung	7.1%	78.6%		14.3%
	Suchtberatungsstelle	8.3%	83.3%		8.3%
	(niedrigschwellige) Wohneinrichtung	25.0%	44.4%	5.6%	25.0%
	Exekutive	3.7%	14.8%	3.7%	77.8%
	Gesamt	11.9%	47.4%	6.7%	34.1%

4.3.5 Sorgen über Substanzen und Konsummuster

Tabelle 4.5 Frage: „Welche Substanzen und Konsummuster machen Ihnen am meisten Sorgen in Hinblick auf Ihre KlientInnen?“, (offene Frage, kategorisiert), N=163 (2015), N=139 (2019)

Substanz oder Konsummuster	2015	2019
Cannabis	23,9%	26,6%
Crystal Meth	48,5%	23,7%
Alkohol	15,3%	11,5%
Mischkonsum	8,0%	11,5%
geringes Alter	3,7%	9,4%
Benzodiazepine	12,3%	6,5%
Übermäßiger Konsum	0,6%	6,5%
Kokain	2,5%	5,8%
Substitutionsmittel	11,7%	5,0%
Nikotin	9,2%	5,0%
Amphetamin	7,4%	5,0%
Heroin	4,9%	5,0%
Wissensdefizit / unsachgemäßer Umgang	6,7%	4,3%
IV-Konsum	1,2%	4,3%
Glücksspiel	4,3%	3,6%
Handy	1,8%	3,6%
Wetten	3,7%	2,9%
Ketamin	1,8%	2,9%
Opiate	1,2%	2,9%
Internet	4,9%	2,2%
NPS	4,9%	2,2%
XTC	3,1%	2,2%
Konsumhäufigkeit	0,6%	2,2%
Gewalt	2,5%	1,4%
Substitution	2,5%	1,4%
hohe Verfügbarkeit	1,8%	1,4%
Computerspiele	1,2%	0,7%
LSD	1,2%	0,7%
Ritalin	1,2%	0,7%
Energie drinks	0,6%	0,7%
Anabolika	2,5%	0,0%
MDMA	1,2%	0,0%
keine Testungsmöglichkeiten	0,6%	0,0%
GHB/GBL	0,6%	0,0%
Hallozinogene	0,6%	0,0%
Mephedron	0,6%	0,0%
Testosteron	0,6%	0,0%
Verhaltenssüchte	0,6%	0,0%
Versorgungsengpässe -> Alkoholkonsum	0,6%	0,0%

Frage: „Welche Substanzen und Konsummuster machen Ihnen am meisten Sorgen in Hinblick auf Ihre KlientInnen?“, (offene Frage, kategorisiert), Quelle: Online-Befragung ExpertInnen OÖ 2015, 2017, 2019, Institut Suchtprävention

Bei der offenen Frage zu Substanzen und Konsummustern, die den ExpertInnen am meisten Sorgen machen, sind die Substanzen Cannabis und Crystal Meth klar am häufigsten genannt. Mit 37 Nennungen (26,6 %) gab mehr als jeder vierte Befragte an, dass Cannabis die meisten Sorgen macht. Gefolgt wird Cannabis von Crystal Meth, Alkohol, Benzodiazepinen und Substitutionsmittel. Als Konsummuster bereitet der Mischkonsum, übermäßiger Konsum, Konsum in sehr jungem Alter, intravenöser Konsum und der unsachgemäße Gebrauch (mangelnde Substanz- und Anwendungskennntnis) die größten Sorgen. Die Sorgen um Crystal Meth Konsum nahmen allerdings im Vergleich zum Jahr 2015 stark ab, von 48,5 % auf 23,7 %.

4.3.6 Probleme und Lebenslagen von KlientInnen

Wenn man die offene Frage stellt, welche Probleme und Lebenslagen ihrer KlientInnen ihnen am meisten Sorgen bereiten, relativiert sich die Substanzzentriertheit, die durch einseitige substanzorientierte Fragestellungen hervorgerufen wird.

Die am häufigsten genannten Probleme und Lebenslagen sind allesamt dem psychosozialen Themenbereich zuzuordnen. Arbeitslosigkeit, fehlende Arbeitsmöglichkeiten, mangelnde Ausbildung, prekäre Familienverhältnisse und eine generelle Perspektivlosigkeit werden als sorgenvollste Umweltbedingungen angesprochen. Damit gehen oftmals Geld- und Schuldenprobleme einher und die Wohnsituation kann schnell prekär werden. Daneben bereiten psychische Probleme und Erkrankungen und eine erhöhte Suizidgefährdung der KlientInnen häufig Sorgen.

Weiters werden Gewalt, prekäre soziale Beziehungen und soziale Isolation häufig genannt. Mit der Geld- und Schuldenproblematik und der Gewalt kommt es auch zu Gesetzeskonflikten. Wie man sieht, spielen Abhängigkeit und Substanzkonsum bei dieser Frage eine sehr untergeordnete Rolle.

Tabelle 4.6:

Frage: „Welche Probleme und Lebenslagen Ihrer KlientInnen machen Ihnen am meisten Sorgen?“, (offene Frage, kategorisiert), N=163 (2015), N=139 (2019)

Probleme und Lebenslagen	2015	2019
Arbeitsmöglichkeit Engpass / Arbeitslosigkeit	30,1%	18,0%
Geld- und Schuldenprobleme	11,7%	16,5%
Perspektivlosigkeit	11,0%	15,1%
Gewalt	8,0%	13,7%
Wohnsituation problematisch	16,6%	12,9%
mangelnde Ausbildung	12,9%	10,8%
Obdachlosigkeit	6,7%	10,1%
Familienverhältnisse prekär	12,9%	9,4%
soziale Beziehungen prekär	7,4%	9,4%
psychische Erkrankungen / Tod	9,2%	7,9%
Motivationslosigkeit	3,1%	6,5%
Gesundheit / körperliche Inegrität	4,3%	5,8%
Diskriminierung	6,1%	5,0%
Internet	3,1%	5,0%
Sozialsystem Ausgrenzung / Engpass	3,1%	5,0%
med. Versorgung / Entzug Engpass	4,9%	2,9%
Glücksspiel	2,5%	2,9%
Partnerschaft / Schwangerschaft	2,5%	2,9%
Gesetzeskonflikt	2,5%	1,4%
Wissensdefizit	2,5%	1,4%
Substitution	2,5%	0,0%
Wetten	2,5%	0,0%

Frage: „Welche Probleme und Lebenslagen Ihrer KlientInnen machen Ihnen am meisten Sorgen?“, (offene Frage, kategorisiert), Quelle: Online-Befragung ExpertInnen OÖ 2015, 2019, Institut Suchtprävention

Die problematischen sozialen Rahmenbedingungen werden unter anderem folgendermaßen beschrieben:

„Erhöhte Jugendarbeitslosigkeit ist weit unter dem Klientel verbreitet. Wenig Chancen am Arbeitsmarkt“

„Mangel an Beschäftigungs- und Arbeitsmöglichkeiten für erwachsene DrogenkonsumentInnen; keine Perspektiven auf dem Arbeitsmarkt“

„Sehr viele KursbesucherInnen beschreiben den Arbeitsalltag als trostlos. Wenige Arbeitsstellen (mit guten Arbeitsbedingungen)“

„Strukturelle Benachteiligung (Bildung, Wohnraum, Arbeitsplätze); keine Schule, keine Ausbildung, Abbrechen von Jobs und AMS oder anderen Kursmaßnahmen“

„Perspektivenlosigkeit, da Anschluss an Arbeitsmarkt oder Ausbildung verpasst wurde.“

*„kaum Wohnmöglichkeiten (speziell für konsumierende Personen) bzw. schwerer Zugang zum Wohnungsmarkt. Prekäre Wohnverhältnisse (Unterkommen bei verschiedenen Freunden bzw. Familienangehörigen und in der Religions-, Kultur-, Szenege-
meinschaft, im Zelt, unter der Brücke, im Abbruchhaus oder Erdloch)“*

„bei manchen Mädchen und jungen Frauen auffällig wechselnde Partnerschaften mit Männern, die ihnen Unterkunft gewähren. Es wird auch von sexuellen Erlebnissen berichtet, die im Drogenrausch mehr oder weniger ‚freiwillig‘ passieren“

„Diskriminierung von allen Seiten (Familie, soziales Umfeld, Arbeit, Medien, Politik, KlientInnen untereinander) zeigt massive Auswirkungen auf das Selbstbild unserer KlientInnen“

Beispiele für psychische Problemlagen und Belastungen sind typischerweise im Bereich der familiären und sozialen Beziehungen und eindeutig psychischen Erkrankungen angesiedelt.

„Zu wenig Zeit/Aufmerksamkeit/echte Beziehung in der Familie; geringe Präsenz der Eltern; Überforderung der Eltern.“

„fehlende stabile Beziehungen; auf sich allein gestellte Jugendliche“

„mangelnde Motivation das Leben positiv und aktiv selbst zu gestalten“

„psychische und psychiatrische Probleme“

„Depressionen und Suizidgefahr“

4.3.7 Motive für den Konsum von Cannabis

Tabelle 4.7:

Frage: „Wenn Sie Erfahrung mit Cannabis-KonsumentInnen haben, was sind für Sie die wichtigsten Konsummotive der KonsumentInnen, was sind die Gründe, was die Ziele des Konsums?“, (offene Frage, kategorisiert), N=139

Konsummotive	Anzahl
Selbstbehandlung/Selbstmedikation: Betäubung/Flucht	46
Gruppenzugehörigkeit	32
Coping/Verdrängung: Entspannen/Abschalten können	31
Chillen	28
Einschlafen	25
aktuelle Einschätzung: Normalisierung	18
Stressabbau	17
Selbstmedikation	17
aktuelle Einschätzung: Verharmlosung	12
Substanzkompensation	11
Spaß	11
Droge zum Überbrücken von Zeit (z.B. Obdachlosigkeit): Langeweile	8
Neugier	7
Lebensstil	7
Verfügbarkeit	7
kulturelle Ausweichsubstanz	6
Kommunikation / Kontaktförderung	6
Rauschwirkung	6
Schmerzbehandlung	6
Stimmungsaufhellend	6
gutes Preis- / Leistungsverhältnis	5
Anregung	5
Zwanghaftigkeit /Abhängigkeit (wie Diagnose)	5
Aggressionsabbau	5
Angstlösend	4
mangelndes Risikobewusstsein	3
Dealen	3
Gewohnheit	3
Harm reduction / Substanzsubstitution	3
Fokussierung	2
Kreativität	2
Party - zum Durchmachen	2
Jugendkultur	2
Abgängigkeiten	1
Verfügbarkeit	1

Frage: „Wenn Sie Erfahrung mit Cannabis-KonsumentInnen haben, was sind für sie die wichtigsten Konsummotive für die KonsumentInnen, was sind die Gründe, was die Ziele des Konsums?“, (offene Frage, kategorisiert), Quelle: Online-Befragung ExpertInnen OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Die Motive für den Konsum von Cannabis lassen sich großteils bestimmten KonsumentInnengruppen, wie sie bei der Analyse der qualitativen Interviews entwickelt wurden, zuordnen. Als

häufigstes Konsummotiv wird Selbstbehandlung bzw. Coping/Verdrängung genannt. Das Motiv „Coping/Verdrängung“ spricht die schwer bewältigbaren Lebensumstände an, die mithilfe des Substanzkonsums verdrängt werden.

„Also, ganz oft ist es, die Sachen im Lebensalltag nicht aushalten zu wollen, sich wegzuschießen, damit es leichter wird.“

„Des Weiteren spielt eine sehr große Rolle, dass sie im Alltag schnell überfordert scheinen und sich ‚so weg beamen‘ möchten.“

„Ziel des Konsums ist einfach ‚Dicht‘ zu werden.“

„Druck dämpfen, Probleme werden nicht mehr so im Vordergrund wahrgenommen.“

„aus Alltag aussteigen, Alltag ausblenden.“

„Wegbeamern, Runterkommen, Sorgen vergessen, Abschalten.“

„Sehr oft berichten KonsumentInnen von Cannabiskonsum als Mittel zur Selbsttherapie: abschalten können, Probleme ausblenden, Einschlafen können.“

„Ich muss mich nicht mit meinen Problemen beschäftigen – Ich habe nie konstruktive Lösungsstrategien erlernen können, also erscheint der einfachste und am wenigsten langfristig sinnvolle Weg mir durchaus logisch.“

„Konsum in unstabilen Lebenslagen zum Verdrängen od. betäuben der Realität. Negativspirale wird in Gang gesetzt. Kiffen weil negatives Selbstbild.“

„Selbstbehandlung“ meint, dass Cannabis zur Behandlung psychischer Probleme und Erkrankungen (Komorbidität) verwendet wird (Selbstmedikation).

„und/oder auch Symptome von z.B. psychischen Erkrankungen (Gedankenkreisen, Stimmen, innere Unruhe, Schwierigkeiten beim Fokussieren etc.) eindämmen bzw. erträglicher gestalten.“

„Bei älteren KlientInnen meist ein Behandeln von (psychiatrischen) Symptomen wie Schlafstörungen, innere Unruhe/ADHS, Stressabbau.“

„Komorbiditäten (Versuch der Selbstheilung)“

„Häufig die Selbstmedikation bei psychischen Problemen wie Depressionen oder Traumata.“

Mit dem Motiv „Gruppenzugehörigkeit“ wird häufig die Tatsache angesprochen, dass Cannabiskonsum selten allein stattfindet, sondern in erster Linie eine gemeinsame Freizeitaktivität

darstellt und dass Bindungen durch gemeinsamen Konsum verstärkt werden. Allerdings wird dieses Motiv auch in seiner negativen Form als „Gruppenzwang“ interpretiert.

„Die jungen Menschen berichten, dass sie zum Einen es ausprobieren möchten, damit sie dazu gehören.“

„gemeinsamer Konsum verbindet.“

„gemeinschaftliches Erleben mit Freunden, Spaß.“

„mit den anderen mitmachen, dazugehören, Gruppendruck.“

„cool sein, dazugehören, identitätsstiftend (Ich bin Kiffer), verbindendes Element unter FreundInnen.“

„Völlige Verharmlosung von Cannabiskonsum in der Jugendszene ‚kiffen tut jeder und ist nicht mehr cool. Wirklich Coole konsumieren Speed oder Meth‘. Durch die Cannabis-Verharmlosung gibt es Stadtteile in XY, wo praktisch jeder Jugendliche Cannabis konsumiert ... und wegen dem Gruppenzwang ‚müssen alle mittun‘.“

Weiters wird mit dem Cannabiskonsum der Versuch gemacht, in einen ruhigeren, entspanteren Zustand (Chillen) zu kommen oder einfach Spaß zu haben.

„Sie berichten, dass sie ruhiger werden und entspannter sein können. ‚Es ist so foch gmiatlich‘ hören wir oft.“

„gemeinsam chillen, entspannt sein.“

„die meisten zur Entspannung und zum ‚Chillen‘.“

„häufigstes genanntes Motiv ‚Chillen am Wochenende‘.“

„Cannabis wird konsumiert, um zu entspannen und um gut schlafen zu können.“

„Es ist meistens eine Gruppenaktivität, sozusagen ein Pendant zum Glaserl Spritzwein, wenn man bei Freunden ist. Ziel ist eine gute Zeit bzw. einen gemütlichen Zustand zu erreichen.“

Viele ExpertInnen meinen, dass der Konsum von Cannabis inzwischen als weitgehend „normal“ angesehen wird. Die „Normalisierung“ wird oftmals als Folge der internationalen Diskussion und den Legalisierungsmaßnahmen gesehen, der Konsum wird zur Selbstverständlichkeit und es gibt auch kaum ein Unrechtsbewusstsein.

„‘wird als ganz normal‘ angesehen – Gefahr wird unterschätzt.“

„Gesellschaftlicher Diskurs zur Legalisierung führt zu geringer Hemmschwelle.“

„Verfügbarkeit nimmt immer intensivere Formen an – es wird zur Selbstverständlichkeit.“

„Die Konsumenten werden immer jünger und es existiert kein Unrechtsbewusstsein. Die Konsumenten sehen nichts Falsches am Konsum.“

„Dass beinahe gar kein Unrechtsbewusstsein bei den Jugendlichen vorhanden ist und mittlerweile der Cannabiskonsum praktisch am Wochenende eben dazugehört.“

„Cannabis-Konsum wird von vielen Konsumenten als ‚normal‘, also wie normales Zigarettenrauchen, empfunden.“

„Jeder 14-Jährige, wenn er nicht selbst Konsument ist, hat bereits jemanden im Umfeld, der Zugang zu Cannabis hat. Wenn so eine Person dann tatsächlich im Freundeskreis ist, dauert es nicht lange bis sich das Konsumverhalten dann auf andere überträgt.“

„Wird von den Jugendlichen schon als ganz normal betrachtet und die Wirkung oft unterschätzt, besonders bei dauerhaftem Missbrauch.“

*„wird im Freund*innenkreis als Normalität wahrgenommen und nicht als strafbarer Tatbestand.“*

Mit der „Normalisierung“ verbunden wird oftmals das Argument, dass Cannabiskonsum eine gute „gesündere“ Alternative zum Alkoholkonsum ist.

„aber auch weil es modern und trendig und besser als Alkohol ist.“

„Früher (vor 16) haben wir Bier konsumiert, weil es ‚cool‘ war. Wir durften noch nicht, haben es aber überall bekommen. Heute konsumieren sie eben Cannabis.“

„Es wird generell meist als harmlos und weniger schädlich als Alkohol gesehen.“

„Die Begründung der Jugendlichen lautet meistens: --> dafür trinke ich keinen Alkohol --> weil es alle tun --> weil es cool ist --> ist ja ‚gesund‘.“

„wird oft nicht hinterfragt, weil es ja alle machen (wie die Volksdroge Alkohol), weil es zum ‚Lifestyle‘ gehört.“

„Bei Jugendlichen: Weil es jeder macht, weil (angeblich) nicht so ungesund wie Alkohol.“

Gemeinsam mit der „Normalisierung“ des Cannabiskonsums wird auch eine „Verharmlosung“ des Konsums konstatiert.

„Generell eine völlige Bagatellisierung, einerseits der gesundheitlichen Aspekte und andererseits der Tatsache, dass der Konsum (und damit einhergehende Besitz) strafrechtlich verboten ist.“

*„eher sehr junge Konsument*innen ohne Problembewusstsein, Verharmlosung des Konsums, sehr legerer Umgang mit der Droge – fehlendes Einsehen, etwas Verbotenes zu konsumieren.“*

„Gefährlichkeit von Cannabiskonsum wird unterschätzt, gerade bei sehr jungen Konsumenten. Mentale und körperliche Schäden durch massiven Konsum über eine lange Zeit.“

„Bagatellisierung: ‚macht eh jeder‘, ‚harmloser als Alk‘.“

„Es ist cool und wird in den Medien ohnehin verharmlost.“

„Der Cannabiskonsum wird von sehr vielen Leuten als LEGAL und harmlos angesehen.“

Für polytoxikomane KonsumentInnen wird Cannabis oftmals verwendet, um von anderen Substanzen „runterzukommen“, also deren Wirkung zu kompensieren.

„Teilweise dient Cannabis dazu um sich von anderen Substanzen ‚runterzuholen‘.“

„Sehr viele Konsumenten brauchen Cannabis zum ‚herunterholen‘, da Cannabis meist nicht die einzige Droge ist, die konsumiert wird.“

„das sogenannte ‚herunterrauchen‘ nach dem Konsum von ‚Uppers‘ (Speed, Xstasy, Crystal,...).“

4.3.8 Probleme in Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum

Tabelle 4.8:

Frage: „Welche Probleme nehmen Sie in Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum wahr?“,
(offene Frage, kategorisiert), N=139

Probleme in Zusammenhang mit Cannabiskonsum	Anzahl
Motivationslosigkeit	29
psychische Erkrankungen / Tod	14
Gesetzeskonflikt	13
mangelndes Risikobewusstsein	12
aktuelle Einschätzung: Normalisierung	9
junge SubstanzkonsumentInnen	9
Konzentrationsprobleme	9
Probleme mit Verwaltung (Führerschein)	8
aktuelle Einschätzung: Verharmlosung	7
(Begleit-)kriminalität	7
THC-Gehalt	7
Wurschtigkeit	7
Einstiegsdroge	6
Arbeitsmöglichkeit Engpass / Arbeitslosigkeit	6
Isolation	5
Intelligenz problematisch	4
Realitätsverschiebung	4
Drogenkonsum - Öffentlichkeit	4
Sozialkontakte problematisch	4
Abhängigkeiten	4
Dealen	4
Unrechtsbewusstsein sinkend	3
Geld- und Schuldenprobleme	3
Problem Illegalität	3
Selbstmedikation	3
Mischkonsum	3
Bagatellisierung eigener Konsumprobleme	3
Verwahrlosung	2
Verhaltenseinengung	2
Selbstwert	2
hohe Verfügbarkeit	2
fehlende Tagesstruktur	1
Familienverhältnisse prekär	1
Gesundheit / körperliche Integrität	1
Konsumkompetenz	1
Trauma	1

Frage: „Welche Probleme nehmen Sie in Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum wahr?“, (offene Frage, kategorisiert),
Quelle: Online-Befragung ExpertInnen OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Die am häufigst genannten Probleme, die mit dem Cannabiskonsum einhergehen sind: „Motivationslosigkeit“ bzw. „Wurschtigkeit“, „psychische Probleme“, „Gesetzeskonflikt“, „mangelndes

Risikobewusstsein“, (Begleit-)kriminalität bzw. „Probleme mit der Verwaltung“ und die bei den Motiven bereits genannten Aspekte der „Normalisierung“ und „Verharmlosung“.

Die „Motivationslosigkeit“ bzw. „Wurschtigkeit“ führt für viele CannabiskonsumentInnen oftmals zu Problemen mit ihrem Alltag.

„Antriebslosigkeit/Verlangsamung als Dauerzustand.“

„Die Konsumenten gestehen sich nach einer gewissen Zeit ein, dass sie antriebslos sind und nichts mehr auf die Reihe bekommen.“

„Versäumnisse bzgl. Arbeit und Arbeitssuche, Vergessen von Terminen.“

„Die Jugendlichen werden langsam und träge und verdummen durch den Cannabiskonsum. Sie sehen nicht mehr klar und die Realitätseinschätzung wird verzerrt.“

„keine Motivation mehr für Aufgaben im Alltag.“

„Die völlige Gleichgültigkeit, egal ob es Wohnung/Beziehung/Job/Gesundheit betrifft.“

„Antriebslosigkeit, nicht aufstehen können, Kommunikation ist eingeschränkt, kein Durchhaltevermögen, Lustlosigkeit (alles egal), Konzentrationsschwäche.“

„Bei täglichem Konsum nimmt Grundmotivation ab für andere Dinge (Arbeit/Freizeitgestaltung/Bewegung).“

„Bei einer großen Zahl der KonsumentInnen: ‚chillig‘ bis antriebslos bis hin zu depressiven Symptomen. Eine Antriebslosigkeit beobachten wir bei vielen CannabiskonsumentInnen, die ihnen selbst oft nicht bewusst ist. Durch diese Antriebslosigkeit kann viel ‚den Bach runter gehen‘: Ausbildung, Arbeit, Beziehungen und sollte daher nicht unterschätzt werden. Kann auch in der Beratung gut thematisiert werden.“

„allgemeines ‚Wurschtigkeitsgefühl‘ bzgl. eigener Problemlagen bzw. keine Motivation an Baustellen zu arbeiten.“

Unter dem Stichwort „psychische Erkrankungen“ werden von vielen ExpertInnen mögliche drogeninduzierte Psychosen aber auch vorhergehende psychische Erkrankungen thematisiert. Damit in Zusammenhang steht auch die Vermutung, dass der THC-Gehalt des verfügbaren Cannabis steigt und für die KonsumentInnen problematisch ist.

„Gefahr einer drogeninduzierten Psychose, je jünger die Konsumenten desto gefährlicher.“

„psychische Abhängigkeit von der Substanz als ‚Schlaf und Entspannungsmittel‘, Kreislaufprobleme (Schwindel, Übelkeit), Ausbildung von Psychosen bei vulnerablen KonsumentInnen bei exzessivem Konsum.“

„Bei sehr wenigen KonsumentInnen: psychotische Symptome / Paranoia etc., die fallweise in der Psychiatrie behandelt werden. Oft verschwinden die Symptome bei Abstinenz wieder.“

„bei instabilen Klienten löst Cannabiskonsum oft schwerwiegende psychotische Zustände aus.“

„immer wieder Psychosen – z. T. extrem schwere Verläufe mit Chronifizierung.“

„Psychische Probleme von Kindern und Jugendlichen/Junge Erwachsene nach Konsum von Cannabiskraut (Stichwort: THC/steigende Qualität).“

„Auswirkungen von hochpotenten Substanzen auf die psychische Gesundheit und Ausprägung von drogeninduzierten Psychopathologien.“

„Cannabis wird immer stärker –> psychotische Wahrnehmung.“

„Hoher THC Gehalt und hoher Konsum bewirkt psychotische Schübe– Stimmen hören,... keine Behandlungsmöglichkeit, die wirkungsvoll wäre.“

„Stark unterschätzte Substanz. Wird zunehmender stärker.“

(Begleit-)kriminalität, „Gesetzeskonflikte“ und „Probleme mit der Verwaltung (Führerschein) sind Folgen der prekären Lebenssituation vieler KlientInnen der befragten ExpertInnen. Ebenso sind sie Folgen des Cannabiskonsums und der damit verbundenen „Motivationslosigkeit“. Auch werden durch den bestehenden Status der Illegalität des Cannabiskonsums Kriminalisierungseffekte angesprochen.

„Kriminalität (Stichwort: Standort XY – Verkauf durch jugendliche Asylwerber, Raubdelikte, gefährliche Drohungen etc.).“

„Kostet eine Menge Geld, was vor allem dann entscheidend wird, wenn kein Einkommen verfügbar ist --> Beschaffungskriminalität!“

„Kleindealerei zur Finanzierung anderer Konsumbedürfnisse (Mode, Handy, ...).“

„haben oft Probleme mit Justiz und Gesetz wegen Konsum, was oft sehr schädigende Konsequenzen hat (Verlust von Arbeitsstelle, Führerschein usw.).“

„rechtlicher Aspekt der Illegalität.“

„stellt im Zusammenhang mit der Illegalität des Cannabisbesitzes schwerwiegende Probleme für die KlientInnen dar (Führerschein, SMG).“

„die rechtlichen Konsequenzen (Führerscheinentzüge, Haaranalyse, alles sehr teuer).“

„Suchtmittelkonsum und daraus resultierende Übertretungen, Vergehen, Verbrechen.“

„durch illegalen Erwerb entstehender Kontakt zu teils gefährlichen Personen bzw. zur Kriminalität.“

Schließlich wird von einigen ExpertInnen bemerkt, dass die CannabiskonsumentInnen immer jünger werden.

„Konsumenten werden zusehends immer jünger.“

*„eher sehr junge Konsument*innen ohne Problembewusstsein.“*

„unter jungen Leuten weit verbreitet, Teil der Partykultur, übliches Freizeitverhalten.“

„Konsumenten werden zunehmend erschreckend jünger (trifft auf sämtliche Substanzen zu).“

„sorgloser Umgang mit Cannabis von sehr jungen Jugendlichen (unter 16-Jährige).“

„Cannabis im sehr jungen Alter (ab 13 Jahre!).“

„Früher Kontakt mit Cannabis (Alter 12). Auch, dass der Konsum von Cannabis als ungefährlich und normal eingestuft wird.“

„Früher Cannabiskonsum (12–13-Jährige), Normalität des regelmäßigen Cannabiskonsums.“

„Dass derzeit sicherlich 80–90% der Jugendlichen zwischen 14 und 20 Jahren zumindest nicht mehr ‚nein‘ sagen, wenn ein Joint die Runde macht – der Cannabiskonsum in dieser Altersgruppe steigt erschreckend an in den letzten Jahren, wobei natürlich die Dunkelziffer sehr hoch ist und daher im Drogenjahresbericht nicht bzw. noch nicht voll zur Geltung kommt.“

4.4 Bevölkerungsbefragung Oberösterreich: Cannabiskonsum und –einschätzung

Die in den Kapiteln 3 und 5 befindlichen Auswertungen zur Bevölkerungsbefragung in Oberösterreich 2019 stellen einen Überblick über die Einschätzungen zu Substanzen und den Konsum von psychoaktiven Substanzen dar. Der Survey 2019 beinhaltet eine Reihe cannabisspezifischer Fragestellungen, die an dieser Stelle zu finden sind.

4.4.1 Epidemiologie

Ein vergleichender Überblick zu den Prävalenzen des Konsums findet sich im Kapitel „5 Illegale Substanzen“ und Kapitel „5.2.4 Cannabis“. Wenn man über den Konsum von illegalen Substanzen spricht, so kommt man um Cannabis nicht herum. 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 hohe Präsenz erreicht. So ist der Akt des „Kiffens“ in Filmen und Serien heute beinahe so normal wie das Rauchen von Nikotin. Da die älteren Kohorten mit geringem Konsum 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 der Darstellung der Prävalenzraten in Oberösterreich in Kapitel „5 Illegale Substanzen“ gezeigt, haben 42 Prozent (2015: 35 Prozent) 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 10 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 23 Prozent (2015: 12,9 Prozent). Als Indikator für die aktuelle Situation sind die Zahlen des Cannabisgebrauchs während der letzten 30 Tage allerdings am aussagekräftigsten. Rund 11 Prozent (2015: 7 Prozent) der 15- bis 24-Jährigen geben an, innerhalb des letzten Monats Cannabis konsumiert zu haben. Zum Vergleich: in der Altersgruppe der 15- bis 59-Jährigen liegt der aktuelle Gebrauch von Cannabis in den letzten 30 Tagen bei 5,4 Prozent.

Tabelle 4.9:

Prävalenzen bei Cannabis in Oberösterreich 2019 in Prozent, Alter 15–59, N=1029

Cannabis-Prävalenz	Alter 15–59 Jahre			Alter 15–24 Jahre		
	Männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Lebenszeit	36,3	26,2	31,2	50,0	34,7	42,3
12 Monate	14,0	6,8	10,4	27,4	19,0	23,2
30 Tage	7,3	3,6	5,4	13,7	9,0	11,3

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

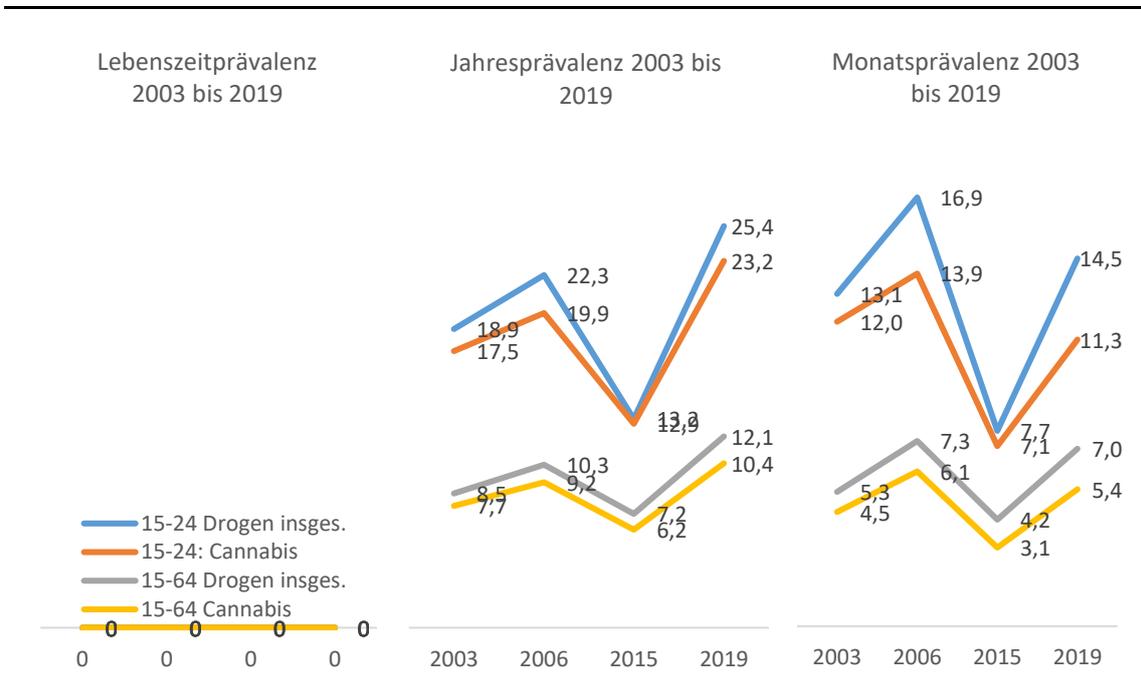
Damit haben wir im Jahr 2019 die höchsten Prävalenzraten in den bisher in Oberösterreich durchgeführten Umfragen zu verzeichnen.

4.4.1.1 Trend des Cannabiskonsums

In Abbildung 4.6 ist die Entwicklung der Prävalenzen seit 2003 zu sehen. Die Entwicklung der Prävalenzen ist nicht stetig, sondern sie schwankt. War 2015 im Vergleich zu den Daten aus dem Jahr 2006 ein Tief zu beobachten, so finden wir im Jahr 2019 bei der Lebenszeit- und Jahresprävalenz ein neues Hoch. Beim aktuellen, monatlichen Konsum sind die Angaben wieder auf dem Niveau von 2006. Diese Schwankungen bilden nicht zwangsläufig reale Schwankungen ab, sie sind auch den Fehlerquellen der Befragungen geschuldet.¹⁸ Um diese problematischen Schwankungen zu relativieren kann ein Blick auf den langfristigen Trend eine zuverlässigere Aussage über die realen Konsumgewohnheiten ermöglichen.

¹⁸ So ist beispielsweise ein Rückgang der Lebenszeitprävalenz in einem Zeitraum von 9 Jahren nicht möglich, da die jüngere nachwachsende Generation wesentlich höhere Konsumraten aufweist als die wegsterbende alte Generation. Dadurch kommt es zwangsläufig zu einer Erhöhung der realen Lebenszeitprävalenz in der Bevölkerung, ohne dass sich der aktuelle Konsum erhöht haben muss. Generell muss man bei einzelnen Befragungen immer mit Fehlerquellen rechnen, die man bei Quotenstichproben methodisch nicht im Griff hat. Besonders gravierend sind Fehler, die durch den Einsatz unterschiedlicher Befragungsinstitute zustande kommen, denn sie haben eine jeweils andere Praxis der Quotenziehung, eine sozial anders geprägte Interviewerstaffel, die das Milieu der Interviewten entscheidend beeinflusst, auch wenn in allen Fällen die demographischen Quoten erfüllt sind.

Abbildung 4.6: Prävalenzen bei Cannabis in Oberösterreich 2003 bis 2019 in Prozent



Quelle: Bevölkerungsbefragungen in Oberösterreich 2003, 2006, 2015, 2019, Institut Suchtprävention

Der langfristige Trend zeigt eine Zunahme der Lebenszeit- und der Jahresprävalenz in Oberösterreich seit dem Jahr 2003. Die Monatsprävalenz ist in etwa auf dem Niveau von 2006.

Der aktuelle Konsum von Cannabis (Jahresprävalenz und Monatsprävalenz) hat sich über die Jahre von 2003 bis 2019 gesteigert. Insgesamt bewegt sich die Jahresprävalenz bei den 15- bis 64-Jährigen zwischen 6,2 % und 10,4 %, bei den 15- bis 24-Jährigen zwischen 12,9 % und 23,4 %. Die Monatsprävalenz bewegt sich in einem Rahmen von 3,1 % bis 5,4 % bei den 15- bis 64-Jährigen und 7,1 % bis 11,3 % bei den 15- bis 24-Jährigen. Wobei die große Differenz bei der Gruppe der Jugendlichen der starken Abweichung bei der Befragung 2015 geschuldet ist. In den Jahren 2003 und 2006 hatten wir in Oberösterreich ähnliche Werte wie im Jahr 2019.

4.4.1.2 Cannabiskonsumfrequenz

Tabelle 4.10:

Frage: „An wie vielen Tagen des vergangenen Jahres haben Sie Cannabis konsumiert?“, Alter 15+ mit positiver 12-Monatsprävalenz, N=160

	An einem Tag	An 2 bis 10 Tagen	An 11 bis 50 Tagen	An 51 bis 100 Tagen	An 101 bis 200 Tagen	An 201 bis 300 Tagen	An mehr als 300 Tagen	weiß nicht, keine Angabe
15 bis 19 Jahre	21,4%	50,0%	14,3%	7,1%	7,1%			
20 bis 24 Jahre	15,4%	38,5%	30,8%	3,8%	3,8%		7,7%	
25 bis 29 Jahre	19,4%	32,3%	12,9%	3,2%	6,5%	3,2%	19,4%	3,2%
30 bis 39 Jahre	13,3%	60,0%	26,7%					
40 bis 49 Jahre	28,6%	28,6%		14,3%	14,3%			14,3%
50 bis 59 Jahre	25,0%	50,0%						25,0%
60 Jahre u. älter		11,1%	44,4%	11,1%				33,3%
Gesamt	17,3%	39,1%	20,0%	4,5%	4,5%	0,9%	7,3%	6,4%

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Zur Frage „An wie vielen Tagen des vergangenen Jahres haben Sie Cannabis konsumiert?“ wurden diejenigen befragt, die angegeben hatten, innerhalb des letzten Jahres Cannabis konsumiert zu haben. Teilweise werden sehr hohe Konsumfrequenzen erreicht. In der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen konsumierten im letzten Jahr ca. 14 % der CannabiskonsumentInnen wöchentlich (zumindest an 51 Tagen) oder häufiger. Dieser Wert erreicht bei den 25- bis 29-Jährigen mit 35,5 % den Höchststand. Insgesamt über alle Altersgruppen konsumierten 17,2 % der CannabiskonsumentInnen wöchentlich oder häufiger.

4.4.1.3 Cannabis – Erstkonsumalter

Tabelle 4.11:

Frage: „In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal Cannabis konsumiert?“, Alter 15+ die bereits einmal Cannabis konsumiert haben, N=347

Alter	Männlich	Weiblich	Gesamt
bis 13 Jahre	1,1%	1,3%	1,2%
14 bis 15 Jahre	8,6%	9,4%	9,0%
16 bis 17 Jahre	27,3%	32,7%	29,8%
18 bis 19 Jahre	24,6%	15,7%	20,5%
20 bis 24 Jahre	20,9%	20,8%	20,8%
25 bis 29 Jahre	4,8%	10,1%	7,2%
30 bis 34 Jahre	7,5%	1,9%	4,9%
35 bis 39 Jahre		1,3%	0,6%
40 bis 44 Jahre	1,6%	1,9%	1,7%
45 bis 49 Jahre		2,5%	1,2%
50 bis 54 Jahre	2,1%	1,9%	2,0%
55 bis 59 Jahre	0,5%	0,6%	0,6%
60 Jahre u. älter	1,1%		0,6%

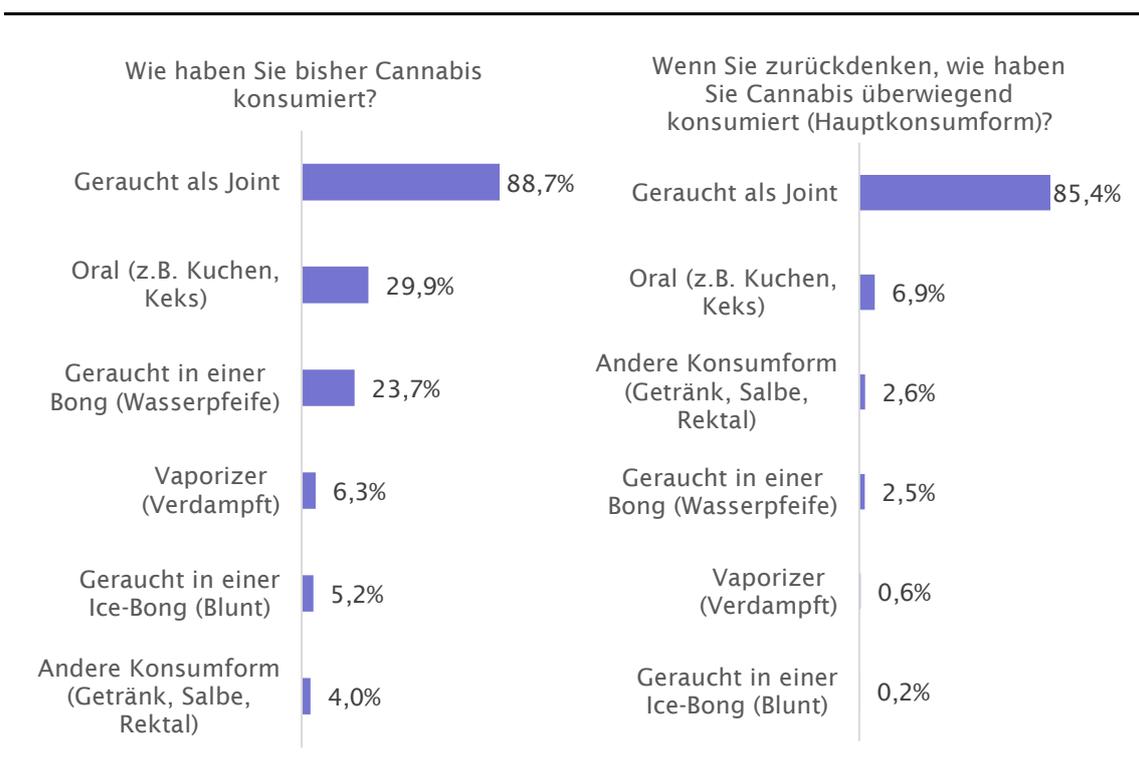
Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Das Erstkonsumalter bei Cannabis befindet sich, nach Angaben der Befragten, hauptsächlich in der Altersspanne zwischen dem 16. und dem 24. Lebensjahr. 70 % der Befragten CannabiskonsumentInnen gaben an, in diesem Alter zum ersten Mal diese Substanz konsumiert zu haben. Danach sinkt der Einstieg in den Konsum rapide. Einen nicht unbeträchtlichen Anteil von 9 % machen allerdings die 14- bis 15-Jährigen aus.

4.4.2 Konsumspezifika von Cannabis

4.4.2.1 Cannabis – Applikationsformen

Abbildung 4.7: Applikationsformen von Cannabis. Alle Applikationsformen und Hauptapplikationsform, N=160

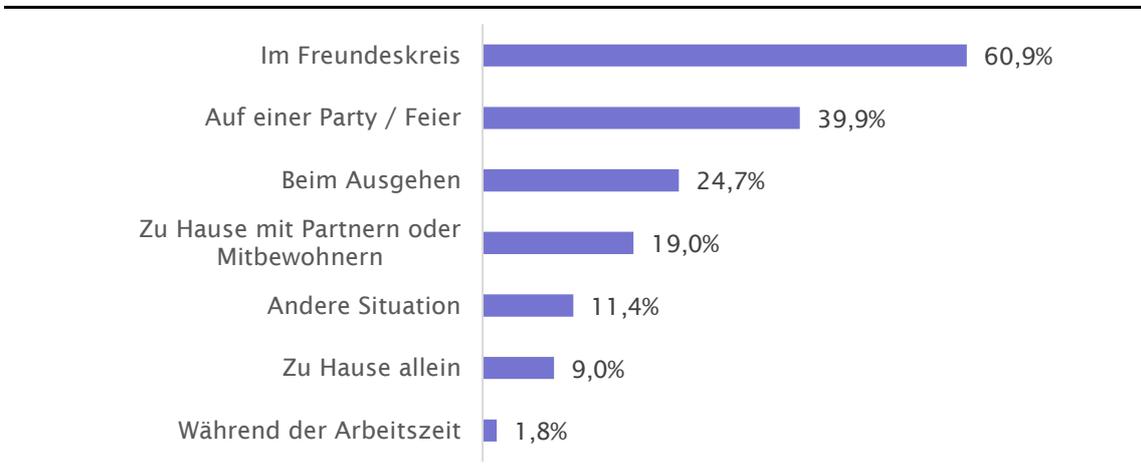


Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Unter den verschiedenen möglichen Applikationsformen von Cannabis ist das Rauchen eines Joints mit großem Abstand die wichtigste. 88,7 % der CannabiskonsumentInnen konsumierten Cannabis bereits in Form eines Joints. Oral konsumierten Cannabis 29,9 % und als Bong (Wasserpfeife) wurde Cannabis von 23,7 % konsumiert. Wird nach der Hauptkonsumform gefragt, ist der Joint noch deutlicher voran. Alle anderen Konsumformen belaufen sich lediglich auf 14,6 %.

4.4.2.2 Cannabis – Konsumsetting

Abbildung 4.8: Frage: „In welcher Situation haben Sie Cannabis konsumiert?“, N=160



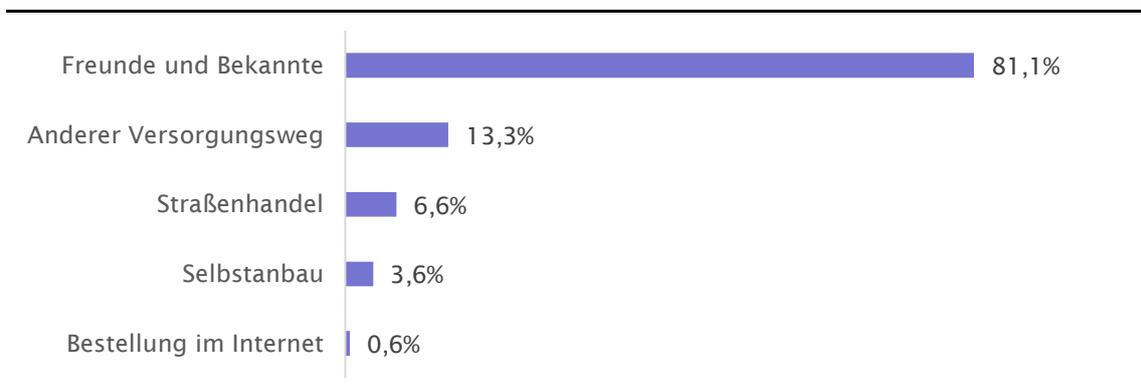
Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Die Frage nach der Konsumsituation zeigt, dass Cannabis eine Gesellschaftsdroge ist. Sie wird in erster Linie in sozialen Situationen konsumiert. Lediglich 9 % konsumieren Cannabis alleine zu Hause. Am häufigsten wird Cannabis im Freundeskreis (60,9 %), auf einer Feier/Party (39,9 %) und beim Ausgehen konsumiert (24,7 %).

4.4.2.3 Cannabis – Supply

Abbildung 4.9:

Frage: „Durch wen oder wie kamen bzw. kommen Sie zu Cannabis?“, N=160



Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

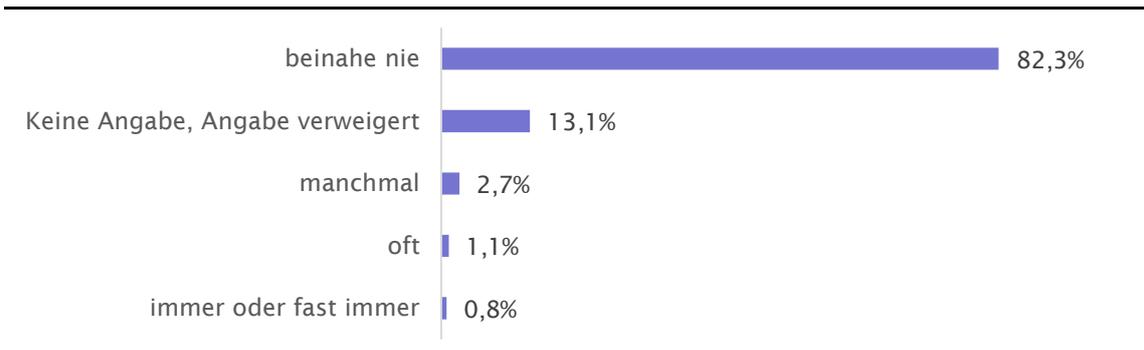
Der Großteil der Cannabiskonsumierten bekommt die Substanz durch Freunde und Bekannte (81,1 %). Der Straßenhandel (6,6 %) und der Selbstanbau (3,6 %) sind relativ gering. Die Versorgung über das Internet spielt kaum eine Rolle.

Da Cannabis vorrangig im Freundeskreis konsumiert wird erklärt sich auch der hohe Anteil an „social supply“, der Versorgung über Freunde und Bekannte. Es gibt in Freundesgruppen immer einige wenige, die die Substanz als Erstversorger (Selbstanbau, Straßenhandel) organisieren.

4.4.2.4 Cannabis – Sorgen bei Konsumentzug

Abbildung 4.10:

Frage: „Wie oft waren Sie besorgt oder nervös bei der Vorstellung, kein Cannabis konsumieren zu können?“, N=160



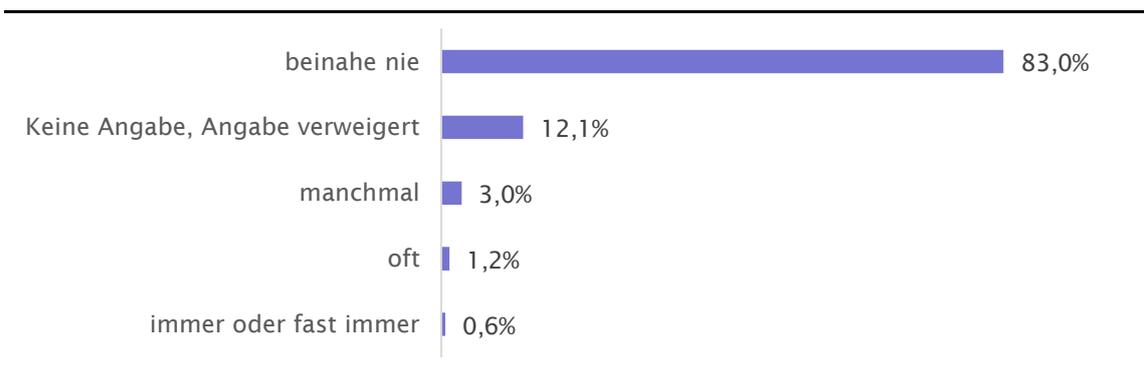
Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Ein zwanghafter Konsum (Craving) ist, laut Eigenangabe, beim Großteil der Befragten kaum vorhanden. Lediglich 4,6 % der KonsumentInnen, die im letzten Jahr konsumierten, waren manchmal, oft oder immer besorgt bei der Vorstellung, kein Cannabis konsumieren zu können.

4.4.2.5 Cannabis – Konsumsorgen

Abbildung 4.11:

Frage: „Wie oft machten Sie sich wegen des Konsums von Cannabis Sorgen?“, N=160



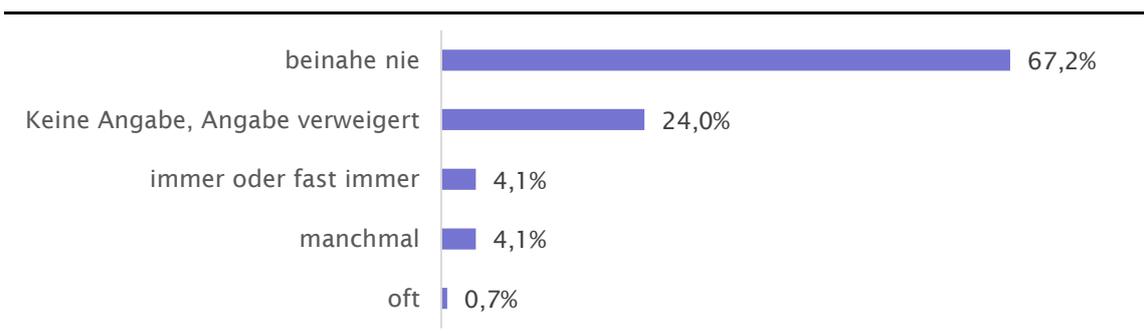
Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Hinsichtlich der subjektiven Sorgen über den eigenen Konsum berichten etwa 5 % der CannabiskonsumentInnen, dass sie sich manchmal, oft oder fast immer Sorgen machen. Der überwiegende Anteil macht sich beinahe nie Sorgen über den eigenen Konsum von Cannabis. 12,1 % der Befragten gaben hier keine Antwort. Generell ist bei diesen Einschätzungen zu berücksichtigen, dass es bei diesen Fragestellungen nicht klar ist, ob die Befragten sich Sorgen machen wegen der gesundheitlichen Auswirkungen, oder ob die Sorgen sich auf den illegalen Status von Cannabis beziehen, da dadurch eine Menge unerwünschter Folgen eintreten können.

4.4.2.6 Cannabis – Beendigungswunsch des Konsums

Abbildung 4.12:

Frage: „Wie oft hatten Sie den Wunsch, mit dem Konsum von Cannabis aufzuhören?“, N=160



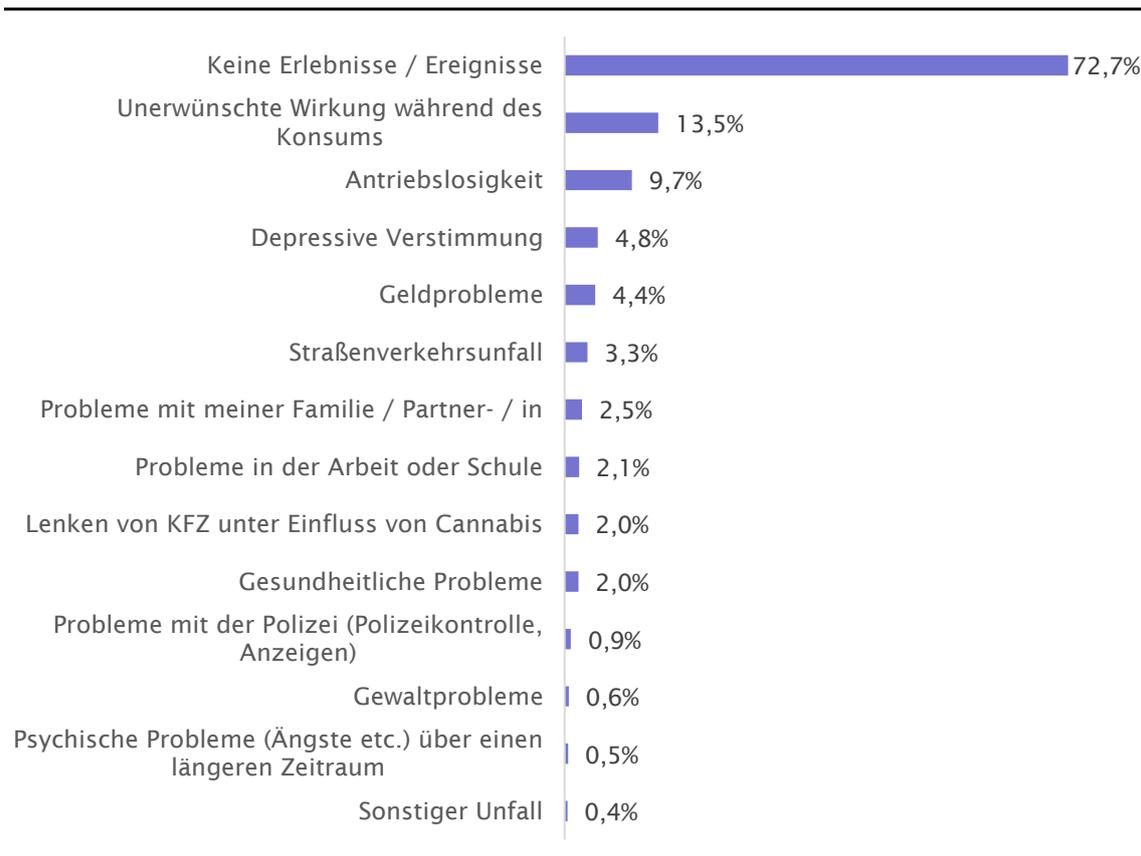
Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Der Beendigungswunsch ist bei ca. 9 % der Befragten gegeben. Immerhin 4,1 % geben an, dass sie immer oder fast immer den Wunsch haben, mit dem Konsum von Cannabis aufzuhören. Zwei Drittel haben diesen Wunsch beinahe nie. Immerhin 24 % der Befragten gaben hier keine Antwort oder verweigerten die Antwort.

4.4.2.7 Cannabis – problematische Erlebnisse in Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum

Abbildung 4.13:

Frage: „Hatten Sie schon einmal folgende Erlebnisse mit ihrem Cannabiskonsum erlebt?“, N=160



Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Der Großteil der CannabiskonsumetInnen (72,7%) hatte noch nie problematische Erlebnisse in Zusammenhang mit ihrem Konsum. 13,5 % gaben an, dass sie unerwünschte Wirkungen während des Konsums erlebten. Ein Anteil von rund 10 % verspürte Antriebslosigkeit und 4,8 % hatten depressive Verstimmungen. Befragte mit psychischen Problemen über einen längeren Zeitraum sind mit 0,5% allerdings kaum zu verzeichnen. Einen Hinweis auf die große Verbreitung des Cannabiskonsums liefert die Tatsache, dass lediglich 0,9 % der Befragten angeben, Probleme mit der Polizei (Polizeikontrolle, Anzeigen) gehabt zu haben. Trotz der stetig steigenden Anzeigen (siehe Kapitel 4.6 Anzeigedaten des BMI zu Cannabis), werden im Umkehrschluss 99 % der KonsumentInnen nicht behelligt.

4.4.3 Semantisches Feld zu Cannabis

Mit einer Frage zu bestimmten Gegensatzpaaren, die eine Bewertung der Substanz Cannabis darstellen, wurde versucht, das soziale Image von Cannabis abzufragen. Dahinter steht die Annahme, dass das (soziale) Image von Substanzen und deren Wirkungen maßgeblich die damit zusammenhängenden Handlungen (Konsum) beeinflussen.

Tabelle 4.12:

Frage: „Sie werden nun gebeten, Cannabis gemäß den unten angeführten Gegensätzen einzuschätzen. Bitte beurteilen Sie Cannabis mit jedem Gegensatzpaar – überlegen Sie nicht zu lange, sondern urteilen Sie nach ihrem ersten Eindruck und entscheiden Sie sich spontan.“, N=1442

Pol 1	voll und ganz	++	+	Weiß nicht	+	++	voll und ganz	Pol 2
in	10,4%	20,5%	22,2%	35,3%	4,4%	2,4%	4,3%	out
preiswert	2,7%	8,6%	18,9%	47,2%	7,8%	6,2%	8,1%	teuer
gesund	1,8%	3,2%	11,4%	26,8%	16,0%	13,9%	26,6%	ungesund
aggressiv	7,2%	5,2%	6,0%	33,7%	17,9%	18,0%	11,6%	friedlich
kontrollierbar	3,2%	11,9%	20,3%	29,3%	12,5%	9,9%	12,4%	unkontrollierbar
vertraut	2,8%	7,1%	13,9%	42,5%	7,3%	7,8%	18,2%	fremd
traurig	5,3%	3,0%	5,9%	46,2%	18,6%	14,1%	6,3%	heiter
gesellig (öffnet)	5,2%	13,4%	20,7%	40,8%	8,9%	5,7%	4,8%	zurückgezogen (verschließt)
gefährlich	18,5%	11,6%	14,3%	24,6%	15,1%	10,4%	5,1%	ungefährlich
in Ihrem Umfeld akzeptiert	4,5%	9,4%	13,7%	31,2%	9,1%	9,8%	22,0%	in Ihrem Umfeld nicht akzeptiert
verfügbar	6,3%	10,7%	17,9%	36,9%	5,9%	7,2%	14,8%	nicht verfügbar
anspannend	2,7%	1,8%	4,3%	37,5%	18,7%	21,5%	13,0%	entspannend
natürlich	19,1%	18,0%	20,5%	30,8%	3,7%	3,4%	4,0%	künstlich
lebenserleichternd	5,1%	9,4%	20,4%	43,0%	6,3%	5,7%	9,7%	lebenserschwerend
nicht inspirierend	5,8%	3,7%	6,2%	48,7%	18,9%	10,0%	6,2%	anregend, inspirierend
leistungssteigernd	1,6%	3,7%	9,7%	50,0%	13,1%	10,2%	11,1%	leistungsmindernd
süchtig machend	21,2%	12,8%	18,1%	23,2%	10,8%	8,5%	4,9%	nicht süchtig machend

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Die methodische Perspektive dieses Ansatzes konzentriert sich auf Bedeutungen und Bilder, die Substanzen zugeschrieben werden. Solche Bilder spielen eine wichtige Rolle in Entscheidungsprozessen und die Bedeutung, die Konstruktion von Bildern geht dem jeweiligen Verhalten (Muster) voraus (vgl. Kemmesies 2002, 2).

Die abgefragten semantischen Gegensatzpaare lassen sich in zwei Gruppen einteilen.¹⁹

Tabelle 4.13:

Aspektgruppen der semantischen Gegensatzpaare

Evaluative Aspekte (bewertend)	Funktionale Aspekte (Wirksamkeit)
<p>in (+++) – out gesund – ungesund (---) aggressiv – friedlich (++) kontrollierbar – unkontrollierbar (+/-) vertraut – fremd (-) in Ihrem Umfeld akzeptiert – in Ihrem Umfeld nicht akzeptiert (-) natürlich (+++) – künstlich</p>	<p>traurig – heiter (++) gesellig (öffnet) (++) – zurückgezogen (ver-schließt) lebenserleichternd (+) – lebenserschwerend anspannend – entspannend (+++) leistungssteigernd – leistungsmindernd (--) nicht inspirierend – anregend, inspirierend (+)</p>
<p>(„hemmende Aspekte“ nach Kemmesies): preiswert (+) – teuer gefährlich (-) – ungefährlich verfügbar (+) – nicht verfügbar süchtig machend (--) – nicht süchtig machend</p>	<p>Gesamt: +++++++</p>
<p>Gesamt: ++</p>	

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

In Tabelle 4.13 sind die Ergebnisse der semantischen Zuschreibungen nach den Aspektgruppen zusammengefasst. Hinsichtlich der funktionalen Aspekte bzw. der Wirksamkeit von Cannabis, überwiegen die positiven Wirkungen des Cannabiskonsums eindeutig. Die Befragten schätzen die

¹⁹ Kemmesies (2002) hat ein dreiteiliges Kategorienschema, das insgesamt nicht sehr schlüssig ist. Er hat als dritte Gruppe „hemmende Aspekte“, die wir unter evaluative Aspekte subsumieren, da die hemmende Wirkung der Einschätzung, ob eine Substanz preiswert oder teuer, gefährlich oder ungefährlich ist, nicht notwendig gegeben ist. So sind z.B. Cannabisprodukte mit Markenbezeichnungen wie „Killer-Weed“ durchaus begehrt und ein hoher Preis führt durchaus auch zu höherer Begehrlichkeit. Deshalb verbleiben diese Gegensatzpaare bei uns in der Kategorie der evaluativen Aspekte.

Wirkung von Cannabis durchwegs positiv ein, lediglich hinsichtlich der Leistungsfähigkeit kommt es zu einer negativen Einschätzung.

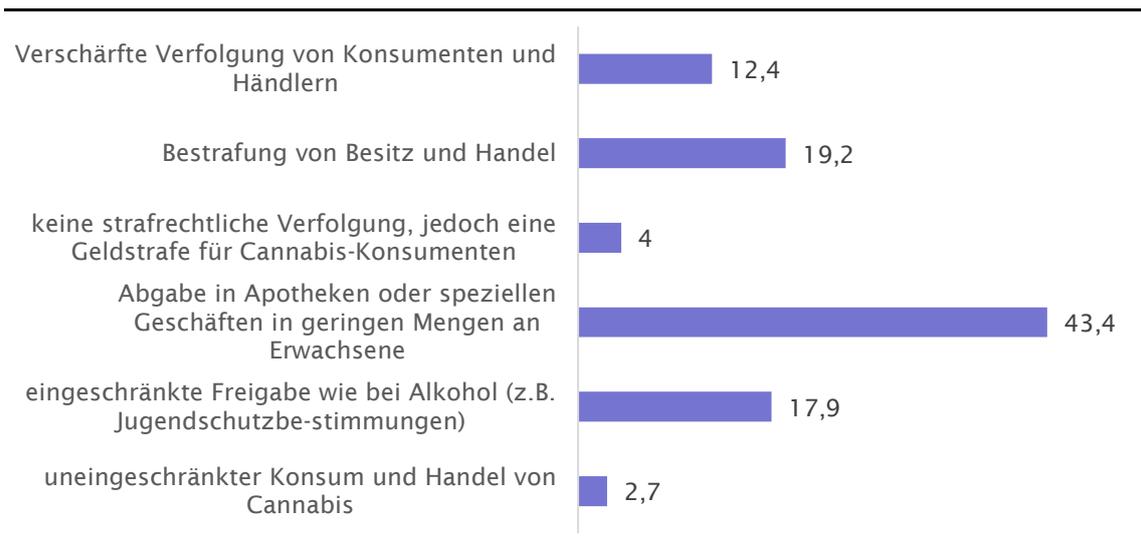
Die evaluativen Aspekte der semantischen Gegensatzpaare werden von den Befragten leicht positiv bewertet. Den Aussagen, dass Cannabis „in“ und „natürlich“ ist, wird eindeutig zugestimmt. Als hemmendste Faktoren werden eingeschätzt, dass der Konsum von Cannabis „süchtig machend“ und „ungesund“ ist.

Festzuhalten ist, dass diese Einschätzungen von allen Befragten vorgenommen wurden und nicht nur von den KonsumentInnen. Wie schon in unserer Untersuchung aus dem Jahr 2005 ausgeführt, differenziert sich die Einschätzung von Substanzen nach der persönlichen Nähe. Je mehr Erfahrung jemand mit einer Substanz hat, desto positiver ist die Bewertung. Je weiter jemand von einer Handlungsweise entfernt ist, desto angstbesetzter und repressiver ist seine Einschätzung dieser Handlung (vgl. Seyer et al. 2005, 50ff).

4.4.4 Politische Präferenzen zur Cannabisregulierung

Abbildung 4.14:

Frage: „Bei Cannabis gibt es verschiedene Möglichkeiten, wie damit in Zukunft umgegangen wird. Welche dieser Möglichkeiten würden Sie bevorzugen, für welche würden Sie sich entscheiden?“, in Prozent, Alter 15+, N=1442



Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Bei der Befragung 2019 ist eine deutliche Verschiebung der politischen Präferenzen hin zu einer liberaleren Regulierung des Cannabiskonsums zu verzeichnen. Mehr als zwei Drittel der Befragten (68 %) wünschen sich eine liberalere gesetzliche Handhabung des Konsums von Cannabis als das derzeit der Fall ist. 19,2 % treten für den Status Quo ein (Bestrafung von Besitz und Handel), 12,4 % meinen, dass eine verschärfte Verfolgung von KonsumentInnen und Händlern erfolgen soll.

Die mit großem Abstand am häufigst gewünschte Regulierungsform ist mit 43,3 % die „Abgabe in Apotheken oder speziellen Geschäften in geringen Mengen an Erwachsene“.

4.5 Sondierende Recherche im Bereich von Einzelhandelsunternehmen die Cannabisprodukte anbieten (Grow-, Hanf-, Headshops und CBD-Shops)

Im Rahmen der Expertenpanels OÖ wurde erstmals eine sondierende Recherche im Bereich von Grow-, Hanf-, Headshops und CBD-Shops durchgeführt. Da mit dieser Recherche Neuland betreten wurde, und keine Erfahrungen für diesen Bereich zur Verfügung standen, wurde die Vorgangsweise prozesshaft weiterentwickelt.

Insgesamt wurden 12 leitfadengestützte Interviews in Oberösterreich in Einzelhandelsunternehmen die Cannabisprodukte anbieten, durchgeführt. Die Interviews wurden in der Regel ohne Vorankündigung im Rahmen der Geschäftszeiten in den Geschäftsräumen mit InhaberInnen oder angestellten VerkäuferInnen durchgeführt. Um die Zustimmung zur Interviewdurchführung zu erhöhen, wurde auf eine Tonbandaufnahme verzichtet. Es gab keine Interviewverweigerung, die Bereitschaft am Interview teilzunehmen war durchwegs hoch. Die Interviewer hatten den Eindruck, dass die InterviewpartnerInnen den Großteil der Fragen sehr offen beantworteten.

Eine Zusammenfassung der Interviews wurde zeitnahe nach Durchführung auf Band gesprochen und zu einem späteren Zeitpunkt eine Zusammenfassung angefertigt. Die Interviews wurden im Zeitraum November 2018 bis März 2019 durchgeführt.

Die aufgesuchten Einzelhandelsunternehmungen wiesen eine hohe Heterogenität auf. Die Heterogenität ist durch Auswahl und Breite der angebotenen Waren, durch die Art der Präsentation der Waren, durch den „Auftritt“ und die „Ansprache“ spezieller Zielgruppen gekennzeichnet.

Klassische **Head- und Hanfshops** führen in der Regel neben Produkten, die für den Cannabiskonsum bestimmt sind, eine Fülle von „Nebenprodukten“ für CannabisliebhaberInnen wie Kleidung, Mützen, Kappen etc. mit Cannabislogos oder -Inhalten, div. Gimmicks, Cannabis-Accessoires, Lifestyle-Produkten, Musikinstrumenten, Bücher und Kosmetikartikel, Kondome mit Cannabisaufdruck etc. und seit einigen Jahren auch CBD-Produkte.

Grow-Shops sind Geschäfte mit Spezialisierung auf Produkte für (Eigen)-Anbau von Cannabispflanzen.

Ein Interviewpartner berichtete, dass sich die Grow-Shop-Kunden von Head-Shop-Kunden unterscheiden, da Grow-Shop-Kunden stark an inhaltlichen und fachlichen Themen des Anbaus interessiert seien. Die Kunden zeigen teilweise eine hohe fachliche Spezialisierung und Auseinandersetzung bei den Themen. Bei den angebotenen Sorten (Samen) gibt es eine sehr große Auswahl, die Entwicklung von Trends in diesem Bereich ist für die Interviewpartner nicht immer nachvollziehbar.

Die Geschäfte in diesem Segment sind oftmals eine Mischung von Head- und Growshop. Ein aufgesuchtes Geschäft führte aber ausschließlich Stecklinge (Hanfpflanzen) als einzigem Produkt.

CBD-Shops sind auf CBD-Produkte spezialisierte Geschäfte, die erst seit einigen Jahren am Markt agieren. Marktpositionierung, Marketing, Außenauftritt vom Design bis zum Verkaufspersonal unterscheiden sich sehr stark von den oben genannten Shops. Die Geschäfte vermitteln unterschiedliche Einkaufserlebnisse und Nutzungskontexte der Produkte: Lounge-Feeling, Apothekendesign, Nagelstudiodesign etc. Die Geschäfte führen Großteils ausschließlich CBD-Produkte. Angeboten werden auch Bioprodukte.

Einige der CBD-Shops agieren auf Franchise-Basis. Einige Interviewpartner beschreiben ihre Tätigkeit oftmals als „Aufklärung“ und Informationsvermittlung für das Thema CBD-Hanf. Einige Interviewpartner sind durch eigene gesundheitliche Probleme und Selbstmedikationserfahrungen zum Verkauf von CBD-Produkten gekommen.

Haupttrend CBD-Produkte

Wenig überraschend kann als Hauptentwicklung die Verbreitung und der Anstieg von div. CBD-Produkten genannt werden. CBD-Produkte werden „eher an ältere Kundschaften verkauft, die seit zwei bis drei Jahren“ auch eingesessene Cannabisgeschäfte frequentieren. Teilweise kommen diese „Personen mit dem Alter 50+ auch mit Kindern oder Enkelkindern, um ein „eventuelle Schwellenangst niedrig zu halten“. Hintergrund für diese Kunden sind vielfach medizinische Themen. Weitere Schwerpunkt sind Wellnessprodukte. Für „klassische“ Cannabisgeschäfte wie Head- und Grow-Shops hat sich dadurch das Kundenspektrum erweitert.

Trend Online-Handel?

Von einigen InterviewpartnerInnen wurde die Vermutung geäußert, dass der Trend stärker Richtung Online-Handel geht.

Jugendschutz

Dem Thema Jugendschutz kommt aus suchtpräventiven Überlegungen ein zentraler Stellenwert zu. Die Aussagen der InterviewpartnerInnen sind in diesem Zusammenhang mit Vorsicht zu interpretieren, da hier auch Interessenskonflikte vorliegen können. Andererseits hatten die InterviewerInnen auch oftmals den Eindruck, dass die Angelegenheiten des Jugendschutzes von den InterviewpartnerInnen in der Regel sehr ernst genommen werden und diesbezügliche Aussagen auch nachvollziehbar sind. Ein Interviewpartner berichtete, dass der Eintritt in seinem Geschäft (Headshop) unter 16 Jahren nicht gestattet ist und „viele Ausweise“ kontrolliert werden. Zwei InterviewpartnerInnen gaben an, dass der Eintritt in die Geschäfte erst ab 18 Jahren erlaubt wird, um Probleme mit der Exekutive zu umgehen. In den Interviews wurden auch ambivalente Haltungen und Sichtweisen angesprochen. Ein angestellter Interviewpartner kritisierte z.B. den Verkauf eines

Produkts, das in dem Geschäft angeboten wurde, da es auch für den Konsum von synthetischen psychoaktiven Substanzen geeignet ist. Dieses Produkt sollte seiner Meinung nach aus dem Produktsortiment genommen werden.

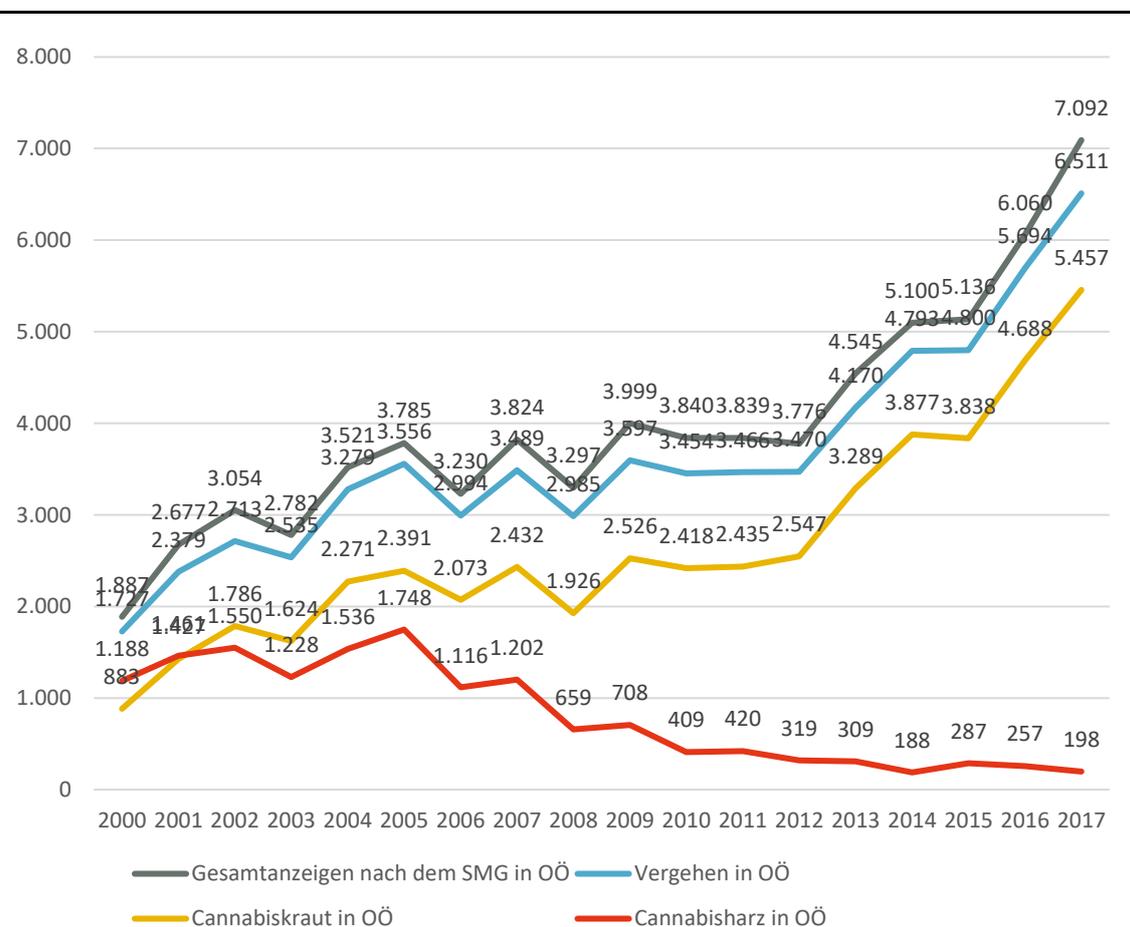
Da die Recherche in diesem Bereich zum ersten Mal durchgeführt wurde sind keine systematischen Vergleiche mit einem vorangegangenen Zeitpunkt t_0 möglich. Aussagen zu Trends und Entwicklungen sind aus diesem Grund nur eingeschränkt formulierbar. Zentrale Aspekte des Forschungsinteresses sind in diesem Bereich mit Interessenskonflikten bei den InterviewpartnerInnen verbunden. So wurden Aussagen über Umsatzentwicklung, Absatzzahlen von einzelnen Produkten etc. bis von einem Interviewpartner nicht oder kaum beantwortet.

Angedacht ist, dass im Rahmen zukünftiger Expertenpanels in Oberösterreich, ein bis drei ausgewählte InterviewpartnerInnen (regelmäßig) befragt werden sollen (Trendscout-Panel). Damit soll eine Basis für die Beschreibung von Entwicklungen und Veränderungen in diesem Bereich gelegt werden.

4.6 Anzeigedaten des BMI zu Cannabis

Wie alle anderen Daten, die von bestimmten Institutionen stammen, haben auch die Anzeigedaten nur bedingte Aussagekraft, da sie in erster Linie die Praxis der Exekutive abbilden und nicht notwendigerweise eine abzubildende Wirklichkeit. So sind wesentliche Merkmale der Veränderung von Anzeigehäufigkeiten verbunden mit dem verfügbaren Ressourcen- und Mitteleinsatz der Exekutive. Eine bestimmte Sensibilisierung auf bestimmte Substanzen beeinflusst diese Daten ebenfalls beträchtlich. Dennoch sind in Kombination mit Daten aus anderen Institutionen die Anzeigedaten eine aufschlussreiche Quelle für eine Veränderungen des Konsums von illegalen Substanzen.

Abbildung 4.15: Anzeigen wegen illegaler Substanzen und Cannabis 2000 bis 2017 in Oberösterreich, Anzahl der Anzeigen



Anzeigen wegen illegaler Substanzen und Cannabis 2000 bis 2017 in Oberösterreich, Anzahl der Anzeigen. Quelle: Bundesministerium für Inneres, eigene Auswertung

In Oberösterreich häuften sich in den vergangenen Jahren die Anzeigen gegenüber Personen, die sich nach dem SMG in Zusammenhang mit der Substanz Cannabis strafbar machten. Mehr als drei Viertel aller Anzeigen betreffen Cannabisprodukte (ca. 78 %). Bemerkenswert ist die Veränderung der Cannabisprodukte. Waren um 2000 herum Cannabiskraut und Cannabisharz noch etwa gleichauf bzw. Cannabisharz häufiger als Cannabiskraut, so hat sich das bis zum Jahr 2017 völlig auseinanderentwickelt. Im Jahr 2017 kam fast ausschließlich Cannabiskraut zur Anzeige. Cannabisharz spielt heute nur noch eine untergeordnete Rolle.

Insgesamt ist seit dem Jahr 2000 ein enormer Anstieg der Anzeigen nach dem SMG zu beobachten. Insbesondere kam es seit 2012 fast zu einer Verdoppelung der Anzeigen. In erster Linie betrifft das Vergehen nach dem SMG (§ 27). Der Vergehensanteil beträgt seit 2000 durchwegs über 90 % der SMG-Anzeigen. Das bedeutet, dass nach wie vor in erster Linie KonsumentInnen von der Strafverfolgung und der Verfolgung durch die Exekutive betroffen sind. Gleichzeitig bedeutet der hohe Anteil an Cannabisanzeigen, dass es vorrangig CannabiskonsumentInnen sind, die angezeigt werden.

4.7 Geschätzter Marktpreis illegaler psychoaktiver Substanzen

Tabelle 4.14: Sichergestellte Mengen und geschätzter Marktpreis von Cannabis, Heroin, Kokain, Ecstasy, Amphetamin und Methamphetamin

	Sichergestellte Mengen						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cannabis (kg)	920	1.158,6	1.757,7	1.326,0	1.138,8	1.082,8	1.659,2
Heroin (kg)	64,8	222,1	80,2	56	69,5	69,9	70
Kokain (kg)	139	64,6	24,7	31	119,7	86,4	71,4
XTC (Stück)	45.780	8.998	5.768	5.001	10.149	29.485	446.465
Amphetamin (kg)		32,1	21,4	15,9	66,7	87,6	50,3
Methamphetamin (kg)			7,6	4,7	2,9	4,8	5,0
	Geschätzter Marktpreis pro Gramm bzw. pro Stück						
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cannabis (pro Gramm)	10 €	8 €	8 €	8 €	8 €	8 €	8 €
Heroin (pro Gramm)	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €	59 €	60 €
Kokain (pro Gramm)	90 €	100 €	76 €	100 €	100 €	100 €	100 €
XTC (pro Stück)	10 €	10 €	6 €	9 €	9 €	9 €	9 €
Amphetamin (pro Gramm)		30 €	44 €	40 €	40 €	40 €	40 €
Methamphetamin (pro Gramm)			75 €	90 €	89 €	90 €	90 €

Quelle: BMI, eigene Auswertung

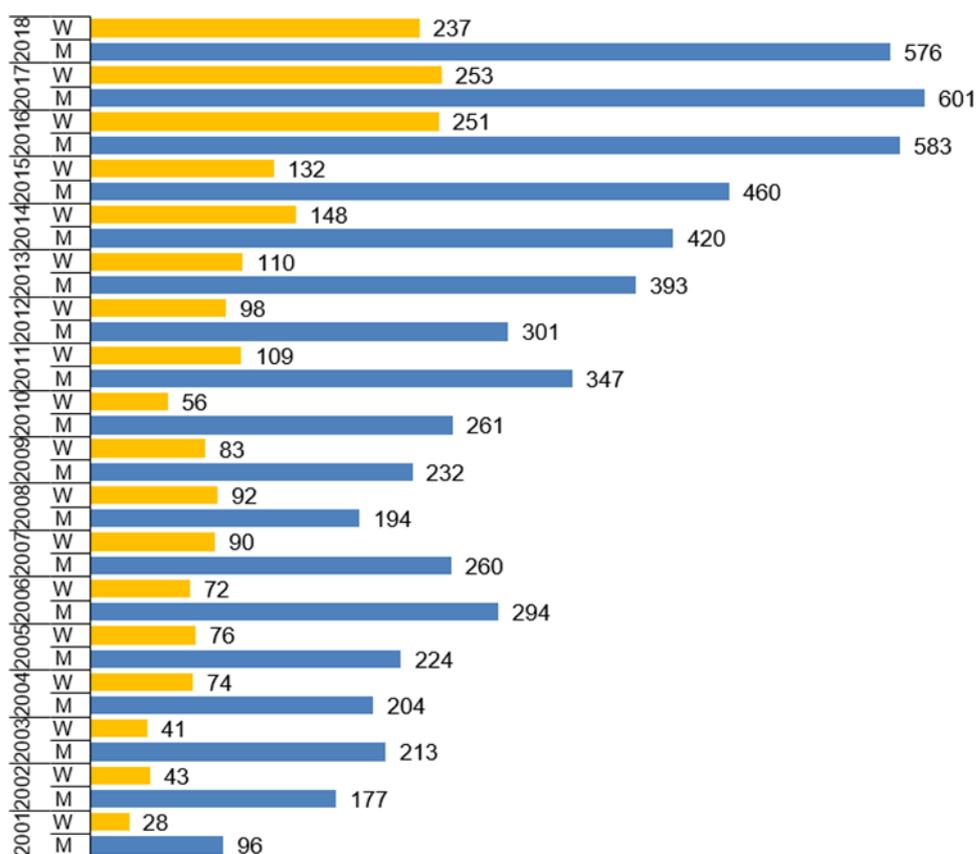
In Zusammenhang mit den Anzeigen wird für die sichergestellten Mengen von psychoaktiven Substanzen ein geschätzter Marktpreis ermittelt. Die Änderungen geben über die Verfügbarkeit der einzelnen Substanz Auskunft. Sinkt die Verfügbarkeit, ist anzunehmen, dass sich die Preise erhöhen, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass es eine stabile Nachfrage gibt.

Im Jahr 2017 wird vom Bundesministerium für Inneres durchwegs ein geringerer Schwarzmarktwert für alle Substanzen angegeben. Bei Cannabis hat sich der Preis im Vergleich zum Jahr 2011 halbiert. Das deutet auf eine hohe Verfügbarkeit der Substanz hin.

4.8 Diagnosedaten zum Cannabiskonsum in Oberösterreich

Bei stationären Spitalsaufenthalten werden auch PatientInnen mit einer Problementwicklung in Zusammenhang mit Cannabis behandelt und diagnostiziert. Wenn man sich alle Cannabisdiagnosen ansieht (Haupt- und Nebendiagnosen) haben sich in den letzten zehn Jahren seit ca. 2008 die Diagnosefälle verdreifacht.

Abbildung 4.16: Diagnosecluster Störungen durch Cannabinoide OÖ (Diagnosefälle: Haupt- und Nebendiagnosen), 2001–2018

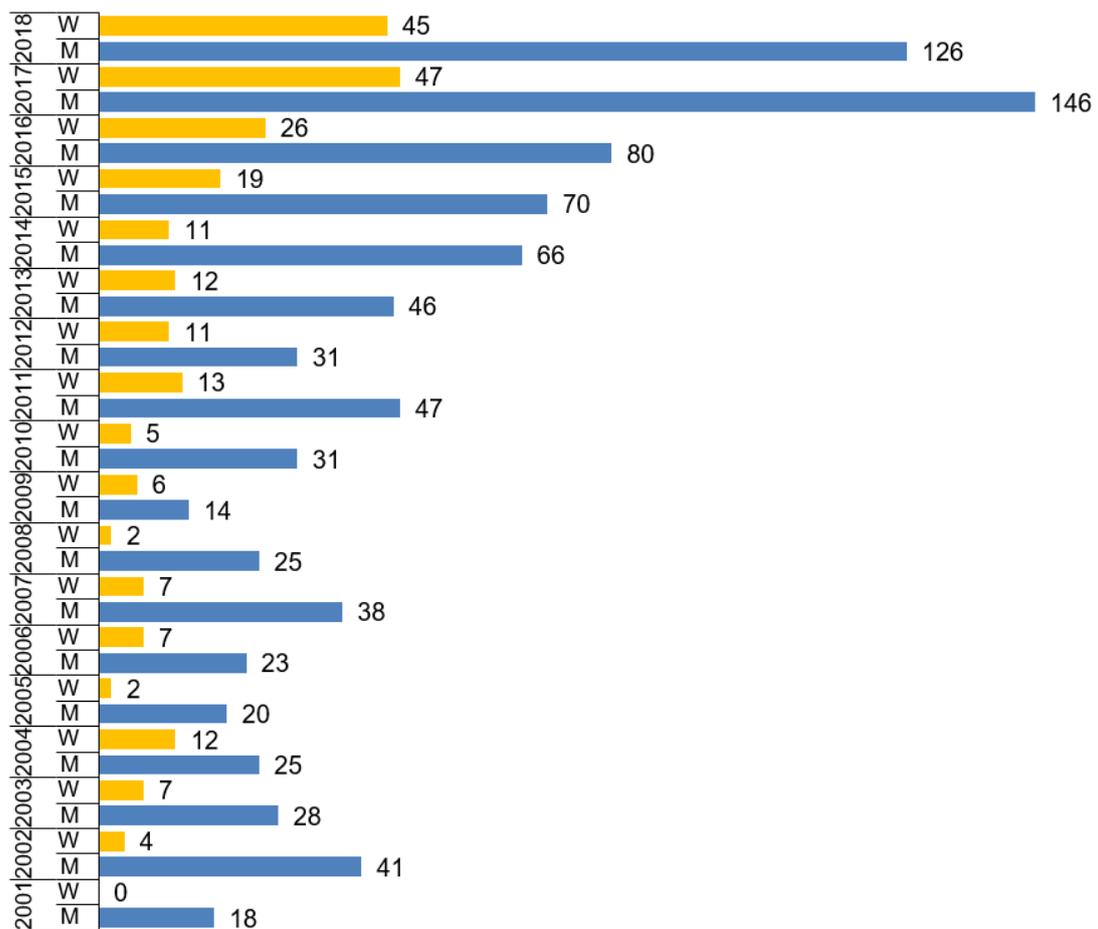


Quelle: LKF-Daten, eigene Auswertung

Nach langen Jahren mit sehr geringen Diagnosezahlen in Zusammenhang mit Cannabis steigt diese Zahl seit dem Jahr 2008 beinahe kontinuierlich an. Der überwiegende Teil (zwei Drittel) der Diagnosen wird im Linzer Neuromed-Campus gestellt. Hier werden vor allem die Langzeitpatienten behandelt, denn hier beträgt die durchschnittliche Belagsdauer 15 Tage, während in den übrigen Krankenanstalten die Belagsdauer bei 10 Tagen liegt. Aus unserem Gespräch mit Herrn Dr.

Gerstgrasser von der Drogenambulanz des Neuromed-Campus wird auch erklärlich, warum dieser Unterschied besteht. In den Krankenanstalten hat man es im Wesentlichen mit 2 PatientInnen-
gruppen zu tun: einerseits LangzeitpatientInnen, die zumeist mit einer Psychose in Behandlung
sind und bei denen als Nebendiagnose auch eine Cannabisproblematik festgestellt wird. Diese
Gruppe befindet sich in erster Linie in Linz am Neuromed-Campus in Behandlung. Andererseits
die zweite Gruppe der CannabiskonsumentInnen, sie sonst keine besondere psychische Auffällig-
keit haben. Diese findet sich relativ gleichverteilt in allen oberösterreichischen Krankenanstalten
wieder. Ebenso konzentriert sich der Cannabiskonsum auf den Zentralraum Oberösterreichs, da
viele KonsumentInnen aus der Peripherie in das städtische Lebensumfeld wechseln (Familien- und
Landflüchtlinge).

Abbildung 4.17: Diagnosecluster Störungen durch Cannabinoide OÖ (Diagnosefälle:
Hauptdiagnosen), 2001–2018



Quelle: LKF-Daten, eigene Auswertung

Seit dem Jahr 2012 gab es einen konstanten Anstieg der Hauptdiagnosen in Zusammenhang mit der Substanz Cannabis. Berücksichtigt man die ebenfalls seit dem Jahr 2012 stark ansteigenden Anzeigen in Bezug auf Cannabis und die Aussagen der ExpertInnen, so kann festgehalten werden, dass der Cannabiskonsum sich in den letzten 10 Jahren verbreitert hat und auch zu zunehmenden Problemen im Behandlungssystem geführt hat. Das Verhältnis von Männern zu Frauen beträgt im stationären Behandlungsbereich etwa 2,5:1. Der Großteil der Behandelten befindet sich im Alter zwischen 18 und 30 Jahren. In der Altersgruppe der 18- bis 24-jährigen findet sich mit etwa 30 Fällen pro 100.000 EinwohnerInnen der höchste Anteil an Behandlungsepisoden.

Tabelle 4.15: Diagnosecluster Störungen durch Cannabinoide OÖ (Diagnosefälle) nach Altersgruppen im Jahr 2018

Altersgruppe	Entlassungen	Belagstage	durchschnittliche Belagstage	Wohnbevölkerung	Fälle pro 100.000 Einwohner
16 – 17 Jahre	1	5	5	33.800	3
18 – 19 Jahre	11	53	4,8	34.848	31,6
20 – 24 Jahre	25	288	11,5	89.510	27,9
25 – 29 Jahre	19	138	7,3	90.939	20,9
30 – 39 Jahre	26	196	7,5	180.972	14,4
40 – 49 Jahre	10	90	9	222.889	4,5
50 – 59 Jahre	5	69	13,8	211.841	2,4
60 Jahre u. älter	1	4	4	331.412	0,3
Gesamt	98	843	8,6	1.425.422	6,9

Quelle: LKF-Daten, eigene Auswertung

5 Illegale Substanzen

Bei „illegalen Drogen“ handelt es sich um eine äußerst heterogene Substanzgruppe, deren gemeinsame Eigenschaft in der Kontrolle durch das Suchtmittelgesetz besteht. Die Wirkungsspektren der unterschiedlichen Substanzen reichen von sedativen Wirkungen 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 Aufputzmitteln, 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 den Konsumangaben wurden auch die Maßnahmen, die aus der Sicht der Befragten vom Gesetzgeber zu den illegalen Drogen umgesetzt werden sollten, erfasst. Weitere wichtige Fragenkomplexe betreffen das Wissen zu illegalen Drogen und die Einschätzung von Gefahren und Auswirkungen des Konsums illegaler Drogen.

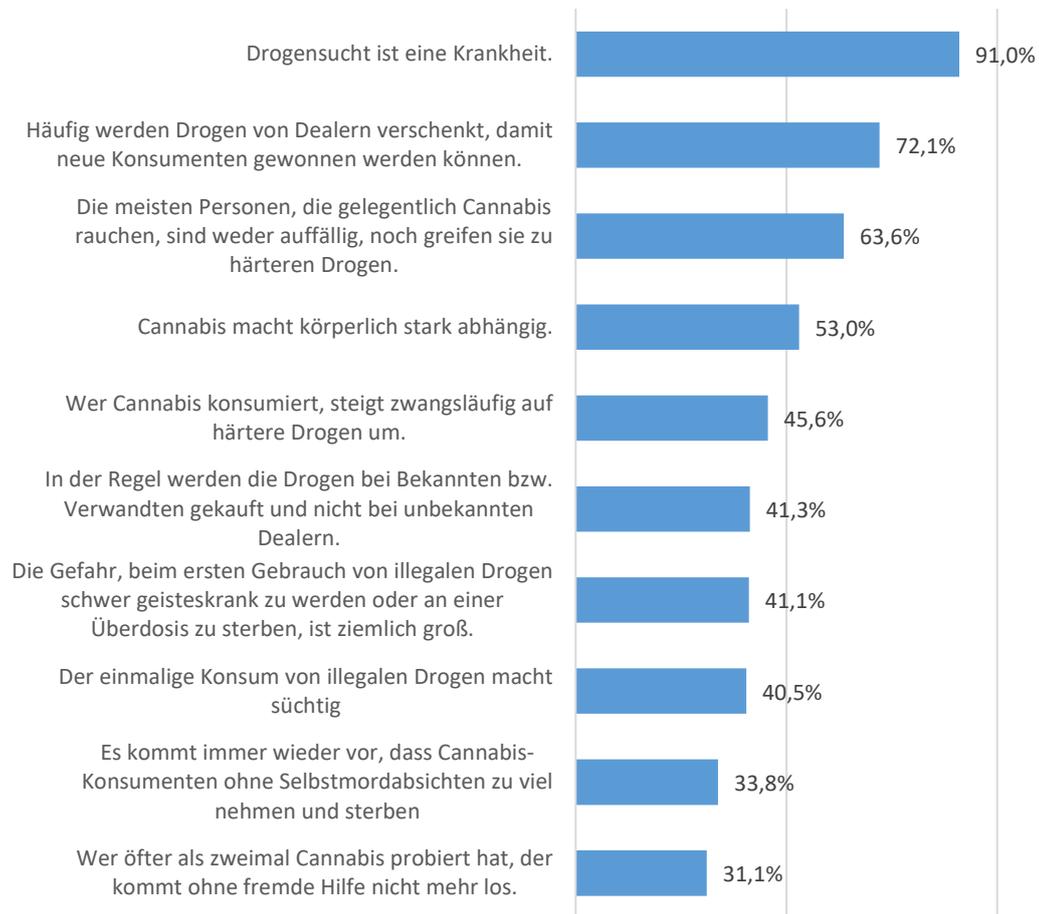
5.1 Das Wissen über illegale Substanzen

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 Konsumprävention zeitigen.

Drogenmythen sind nach wie vor wichtiger Bestandteil des Alltagswissens der Befragten. Besonders die Suchtentstehung wird gründlich falsch eingeschätzt. Vom einmaligen Konsum entsteht keine Suchterkrankung. Über 40 % meinen, dass der einmalige Konsum von illegalen Drogen abhängig macht. Suchterkrankungen bedürfen eines über einen längeren Zeitraum anhaltenden regelmäßigen Konsums einer Substanz oder wiederholten Verhaltens bei Verhaltenssüchten. Das Bild vom drogenverschenkenden Bauchladendealer geistert noch immer in den Köpfen der OberösterreicherInnen herum. Beinahe drei Viertel der Befragten stimmen der Aussage zu: „Häufig

werden Drogen verschenkt, damit neue Konsumenten gewonnen werden können“. Auch die Einstiegsdrogentheorie findet bei 45 % der Befragten Zustimmung: „Wer Cannabis konsumiert, steigt zwangsläufig auf härtere Drogen um.“ (siehe Abbildung 5.1) Insgesamt ist im Vergleich zu vergangenen Befragungen allerdings eine Verbesserung des Wissenstandes zu beobachten 2015 meinten noch 60 % der Befragten, dass der Konsum von Cannabis zum zwangsläufigen Umstieg auf härtere Drogen führt. Der in Fachkreisen präferierten Auffassung „Drogensucht ist eine Krankheit“, wird inzwischen von 91 % der Befragten zugestimmt.

Abbildung 5.1:
Wissensfragen zu verschiedenen Substanzen, „stimme voll und ganz zu“ + „stimme eher zu“,
Alter 15+, N=1442



Wissensfragen zu verschiedenen Substanzen, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

5.2 Der Gebrauch von illegalen 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 jenen Anteil der Bevölkerung, der die Krankheit jemals hatte. Gleichzeitig repräsentiert sie die Wahrscheinlichkeit, dass eine zufällig aus der Bevölkerung ausgewählte Person irgendwann in ihrem Leben 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 90er-Jahren und den frühen 2000er-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. In den Bevölkerungsbefragungen aus den Jahren 2000, 2003 und 2006 ist dieser Anstieg der Prävalenzzahlen nachzuvollziehen. Nach einer Stagnation bei der Befragung 2015 ist mit der aktuellen Befragung aus dem Jahr 2019 ein Anstieg des Konsums von illegalen Drogen zu verzeichnen. Insbesondere bei Cannabis ist ein starker Anstieg bei den Monats- und Jahresprävalenzen zu verzeichnen.

Eigentlich müsste die Lebenszeitprävalenz in der Gesamtbevölkerung sowieso kontinuierlich steigen. Durch das Nachfolgen von jungen Generationen, die alle eine „Gesamtlebenszeitprävalenz“²⁰ von etwa 30 bis 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.

²⁰ 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, 2003, 2f), (vgl. Uhl et al., 2001, 95ff)

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,
- » 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-Jährigen²¹ ergibt folgendes Bild: 28 % der 15- bis 59-Jährigen in Oberösterreich haben in ihrem bisherigen Leben mindestens einmal eine illegale Droge probiert. Fast alle Befragten mit Drogenerfahrung haben ihre Konsumerfahrung mit Cannabis gemacht: 31,2 % haben schon einmal Cannabis probiert bzw. mehr oder weniger häufig genommen. Damit ergibt sich ein Anstieg gegenüber der Befragung aus dem Jahr 2015 (26 %). Die weiteren Substanzen, die die Befragten bereits einmal konsumiert zu haben angeben, sind Ecstasy bzw. Kokain mit 5,1 %. Sehr hoch liegen auch missbräuchlich verwendete Medikamente: sedative Medikamente (Benzodiazepine) bei 6,1 % und opioide Schmerzmittel bei 4,4 Prozent (siehe Abbildung 5.2).

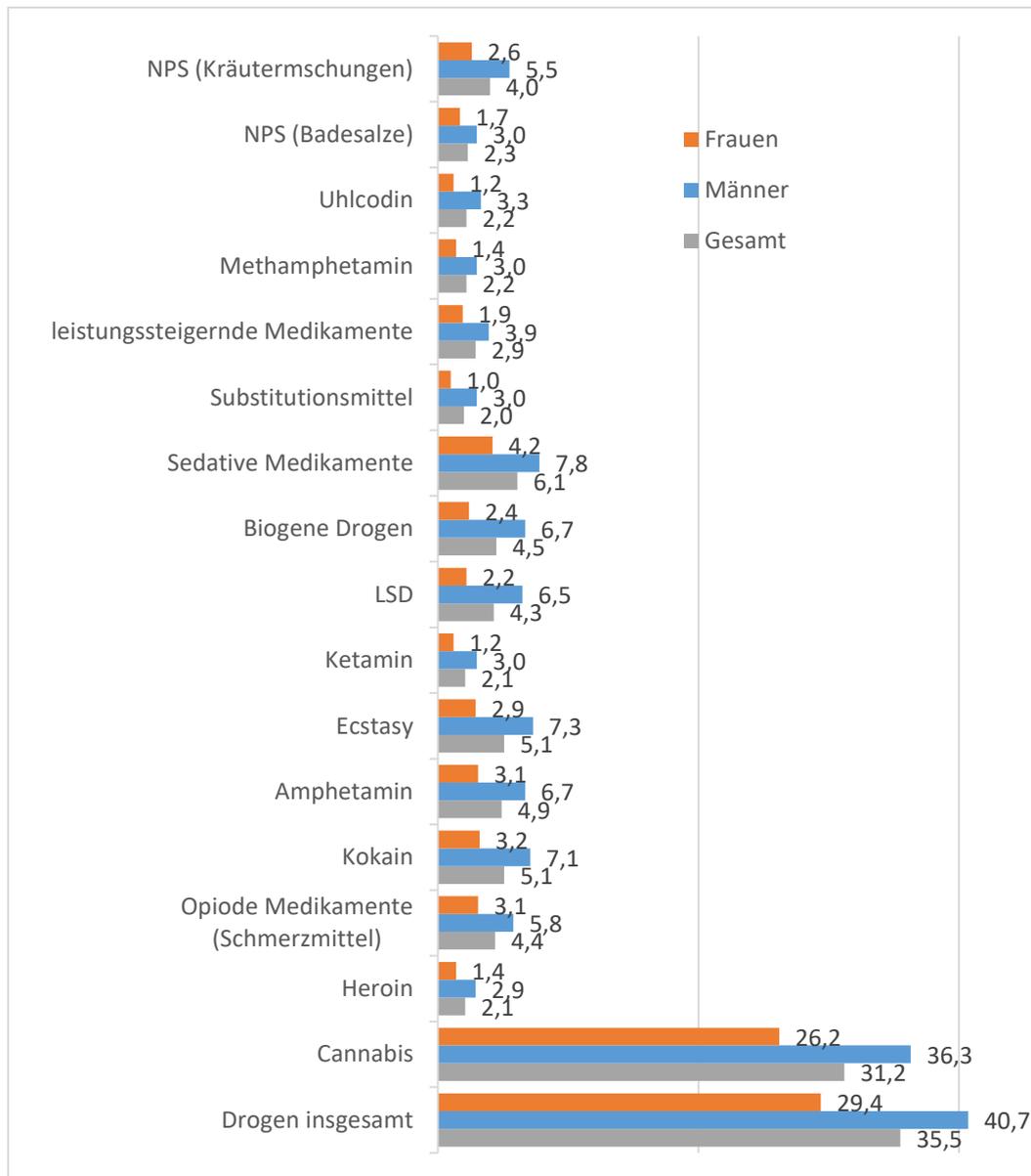
Die fiktive Kontrollsubstanz „Uhlcodin“ erreicht eine Lebenszeitprävalenz von 2,2 Prozent. Im Hinblick auf die Prävalenzrate bei „Uhlcodin“ sind auch die Angaben vor allem zu den Substanzen wie Heroin, LSD, Amphetaminen, Methamphetamin (Crystal Meth) etc. nur unter Vorbehalt und großer Vorsicht als realistisch einzustufen, denn diese Substanzen liegen alle auf einem Niveau von 2 % bis 5 %, das innerhalb der Schwankungsbreite gelegen ist.

Die folgenden Ergebnisse zeigen jedoch zuerst wieder alle Angaben der Befragten, da erst eine eingehendere Analyse der Datenlage über die vier Befragungswellen genauere Auskunft über mögliche Verzerrungseffekte liefern kann.

²¹ 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 Bevölkerungsbefragung OÖ ist diese Altersgruppe nicht ermittelbar.

Abbildung 5.2:

Lebenszeitprävalenz 15- bis 59-Jähriger nach Substanzen in Prozent, N=1029



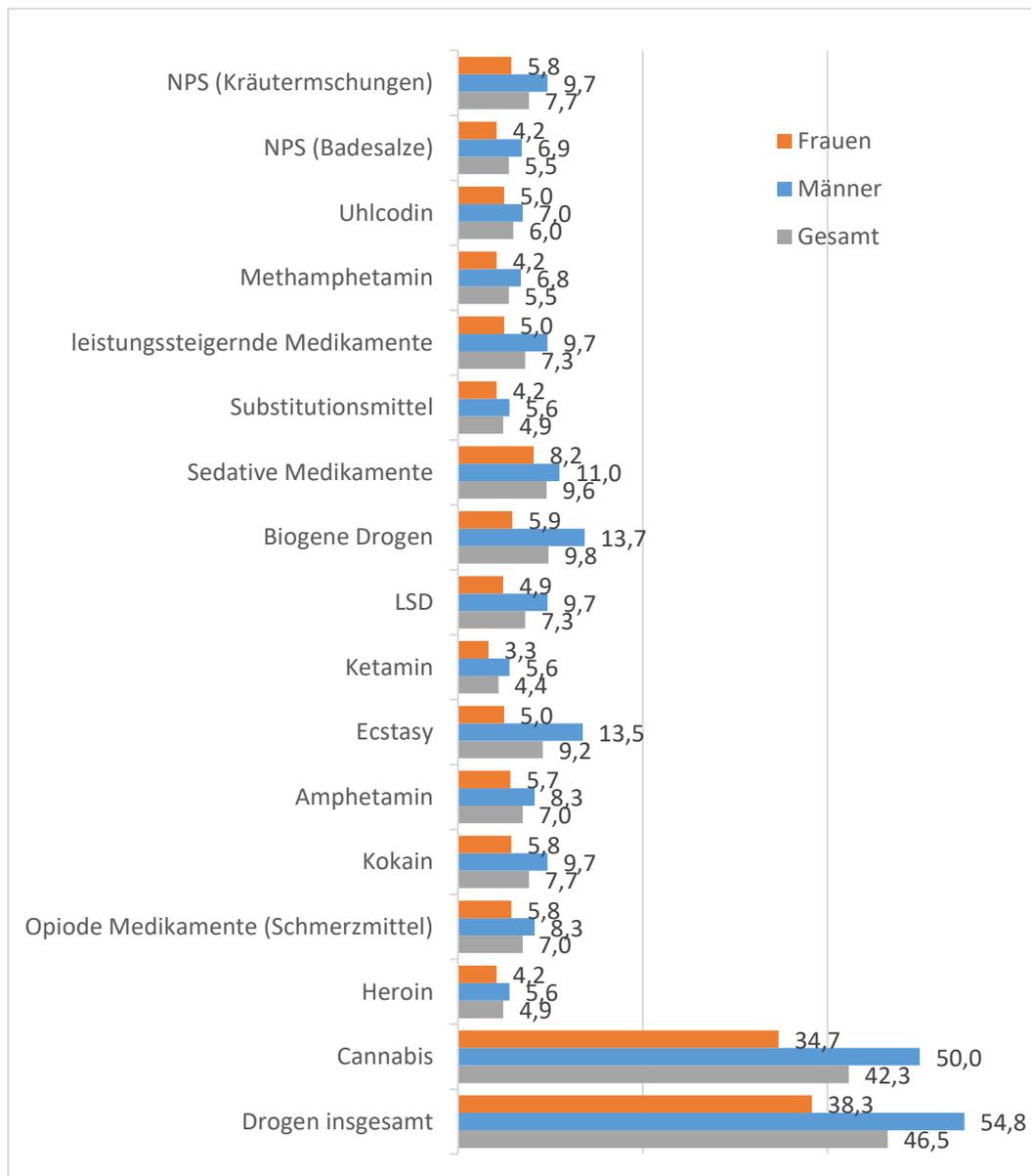
Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Das Geschlechterverhältnis bei der Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen liegt bei etwa 4:3 (männlich:weiblich).

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

Abbildung 5.3:

Lebenszeitprävalenz 15- bis 24-Jähriger nach Substanzen in Prozent, N=506



Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

46,5 % der Jugendlichen im Alter von 15 bis 24 Jahren gaben an, bereits einmal in ihrem Leben irgendwelche illegalen Substanzen konsumiert zu haben (2015: 35,9 %). Auch in dieser Altersgruppe ist der Konsum von Cannabis am ausgeprägtesten. Die Lebenszeitprävalenzraten des Cannabiskonsums liegen über dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung. 42,3 % der Jugendlichen (2015: 35,8 %) gaben an, mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis probiert zu haben.

Hohe Konsumerfahrungen liegen bei den Jugendlichen auch bei biogenen Drogen (9,8 %), Ecstasy (9,2 %), Kräutermischungen bzw. künstlichen Cannabinoiden (7,7 %) und Kokain (7,7 %) vor. Es folgen LSD (7,3 %), Amphetaminen (7,0 %), Methamphetamin (5,5 %) und Heroin (4,9 %).

Diese erhöhten Konsumangaben sind allerdings zu relativieren, da auch die fiktive Kontrollsubstanz „Uhlcodin“ eine hohe Lebenszeitprävalenz erreicht (6,0 %). D.h., es ist von einem deutlichen „over reporting“ auszugehen.

Die Gruppe der missbräuchlich verwendeten Medikamente liegt teilweise über den illegalen Drogen: sedative Medikamente (Benzodiazepine) bei 9,6 %, leistungssteigernde Medikamente bei 7,3 % und opioide Schmerzmittel bei 7,0 %. Hier kam es im Vergleich zur Befragung von 2015 zu einer deutlichen Steigerung.

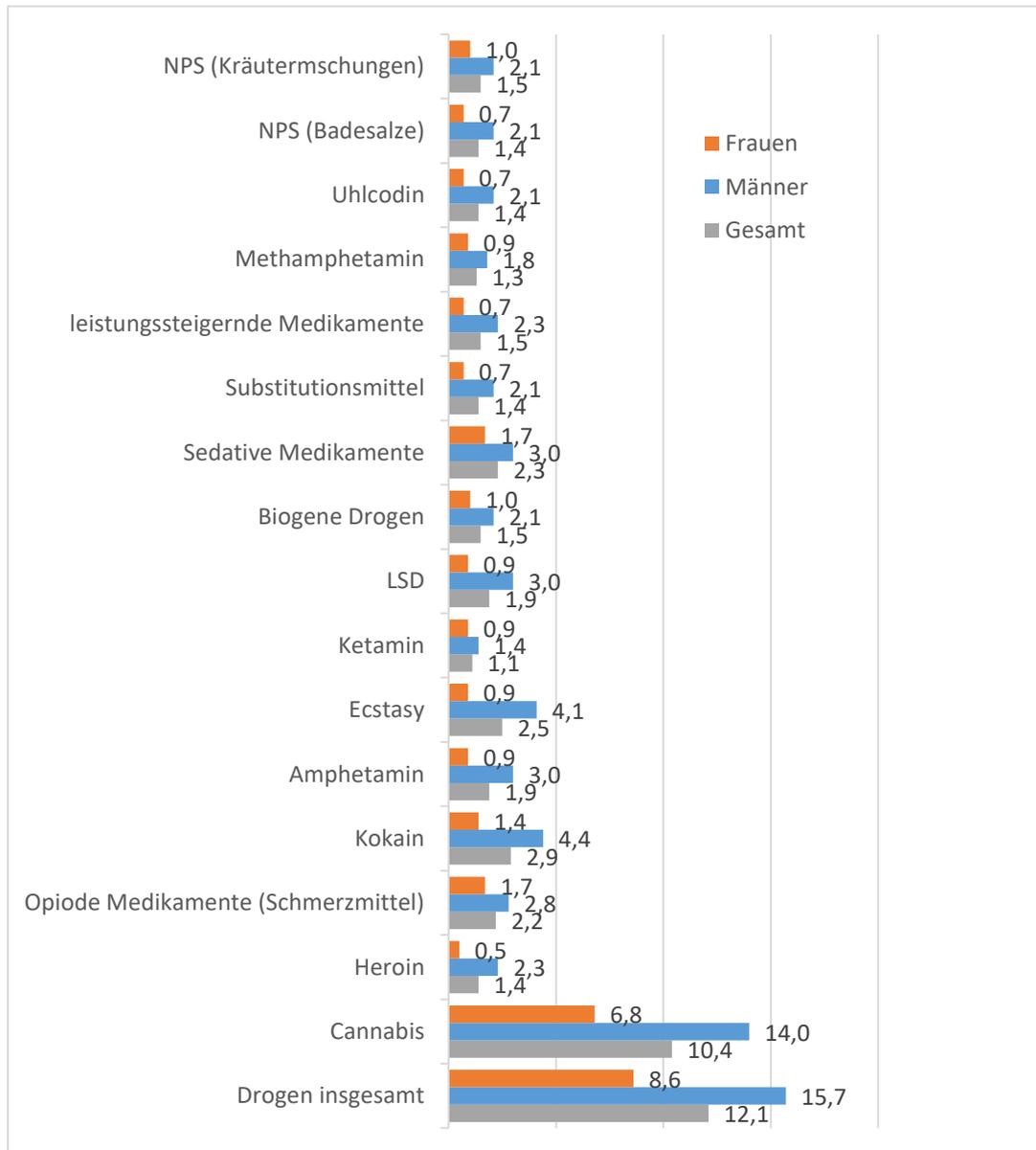
Das Geschlechterverhältnis ist bei den Jugendlichen ähnlich zur größeren Bevölkerungsgruppe der 15- bis 59-Jährigen ähnlich bei 4:3 (männlich:weiblich) angesiedelt.

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 durch Probierkonsum und sporadischen Konsum bestimmt. In der Bevölkerungsgruppe der 15- bis 59-Jährigen gaben 12,1 % (2015: 7,2 %) an, innerhalb des letzten Jahres illegale Drogen konsumiert zu haben. Beinahe alle Konsumerfahrungen beziehen sich auf Cannabis (2019: 10,4 %; 2015: 6,2 %). Danach folgen mit sehr geringen Werten Ecstasy, Kokain. Auf Grund der geringen Werte weit unterhalb der Schwankungsbreite kann über die Verteilung des Konsums bei diesen Substanzen, die etwa um 1 bis 2 % liegen, in dieser breiten Bevölkerungsgruppe keine seriöse Aussage getroffen werden.

Abbildung 5.4:

12-Monate-Prävalenz 15- bis 59-Jähriger nach Substanzen in Prozent, N=1029



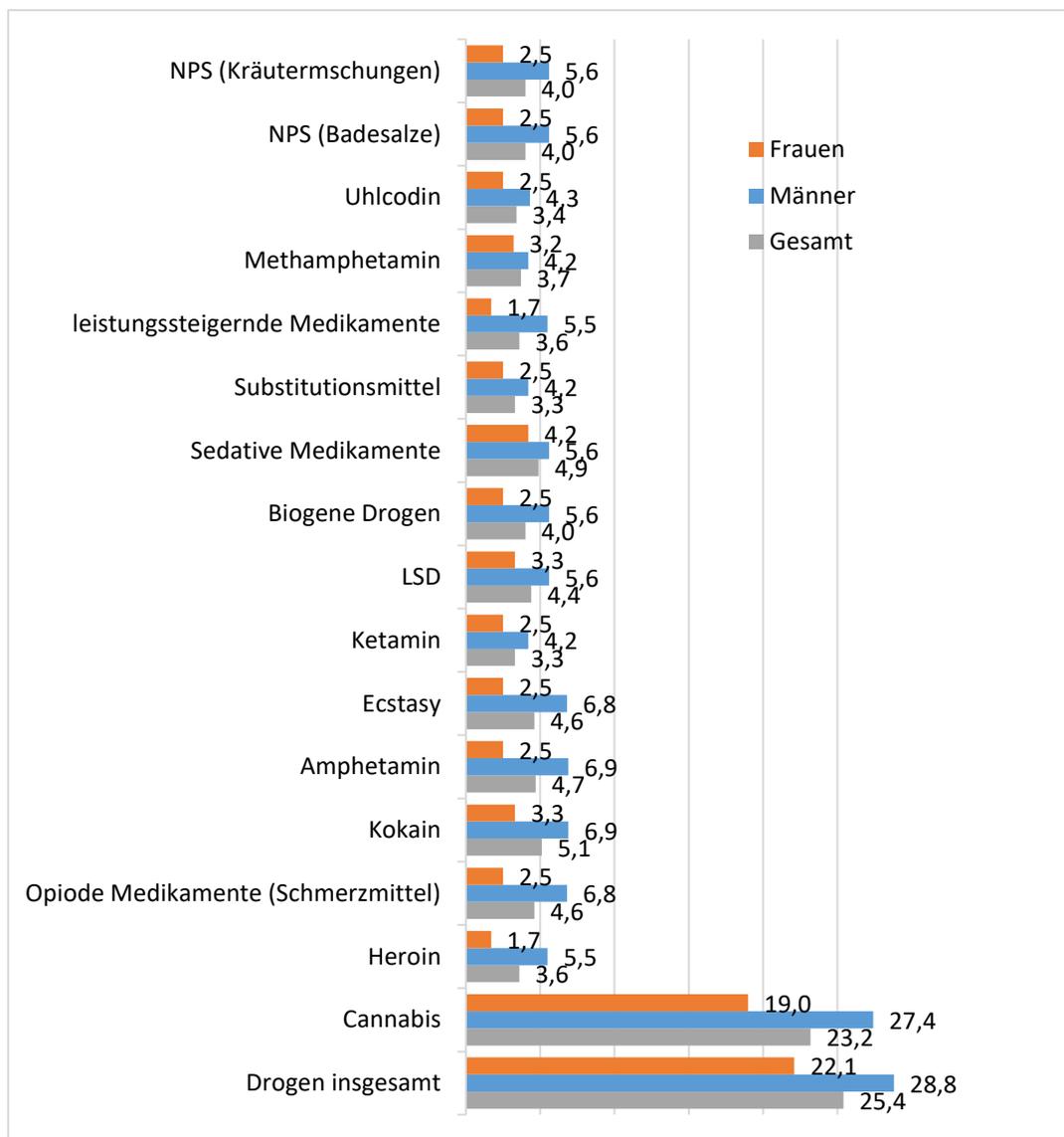
Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Bei den Jugendlichen im Alter von 15 bis 24 Jahren liegt die 12-Monate-Prävalenz deutlich über den Werten der 15- bis 59-Jährigen. Schließlich werden illegale psychoaktive Substanzen vorwiegend in diesem Alter konsumiert. 25,4 % (2015: 13,2 %) 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 (2019: 23,2 %; 2015: 12,9 %). Kokain liegt bei 5,1 %, Amphetamine 4,7 %, Ecstasy bei 4,6 % und Kräutermischungen bei 4,0 %. Alle weiteren Drogen haben ähnliche oder geringere Prozentangaben wie die fiktive Kontrollsubstanz „Uhlcodin“ (3,4 %). Zu erwähnen ist die relativ hohe Rate bei den sedativen Medikamenten (Benzodiazepine) von 4,9 %.

Abbildung 5.5:

12-Monate-Prävalenz 15- bis 24-Jähriger nach Substanzen in Prozent, N=506

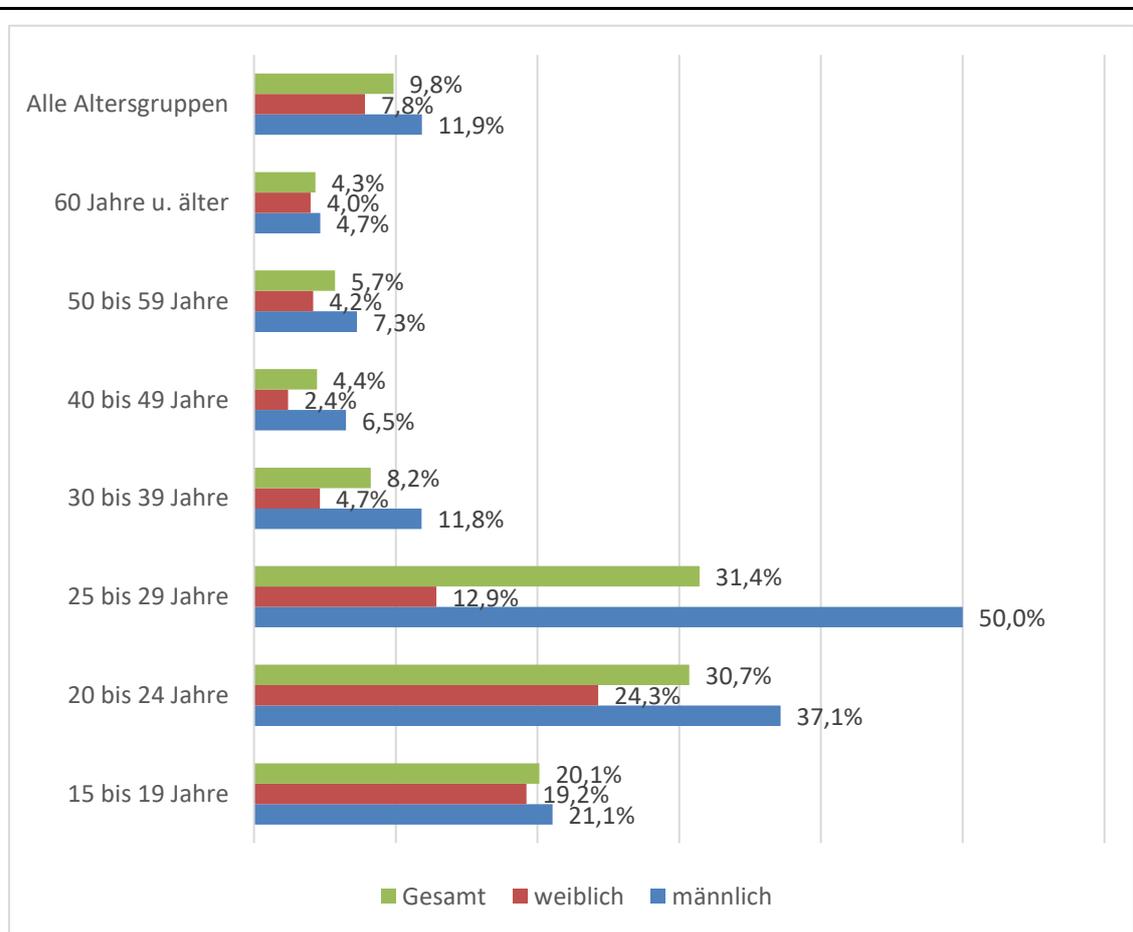


Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

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. In der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen liegt die Jahresprävalenz bei etwa 20 % (2015: 17 %). Es wird deutlich, dass der letztjährige Gebrauch von illegalen Substanzen vor allem bis zum 30. Lebensjahr stattfindet, danach ist ein starker Rückgang an Drogengebrauch innerhalb des letzten Jahres zu verzeichnen. Am höchsten liegt der Konsum von illegalen Substanzen innerhalb der letzten 12 Monate mit über 30 % in der Altersgruppe der 20- bis 29-Jährigen.

Abbildung 5.6:

12-Monate-Prävalenz alle illegalen Substanzen nach Altersgruppen, N=1442



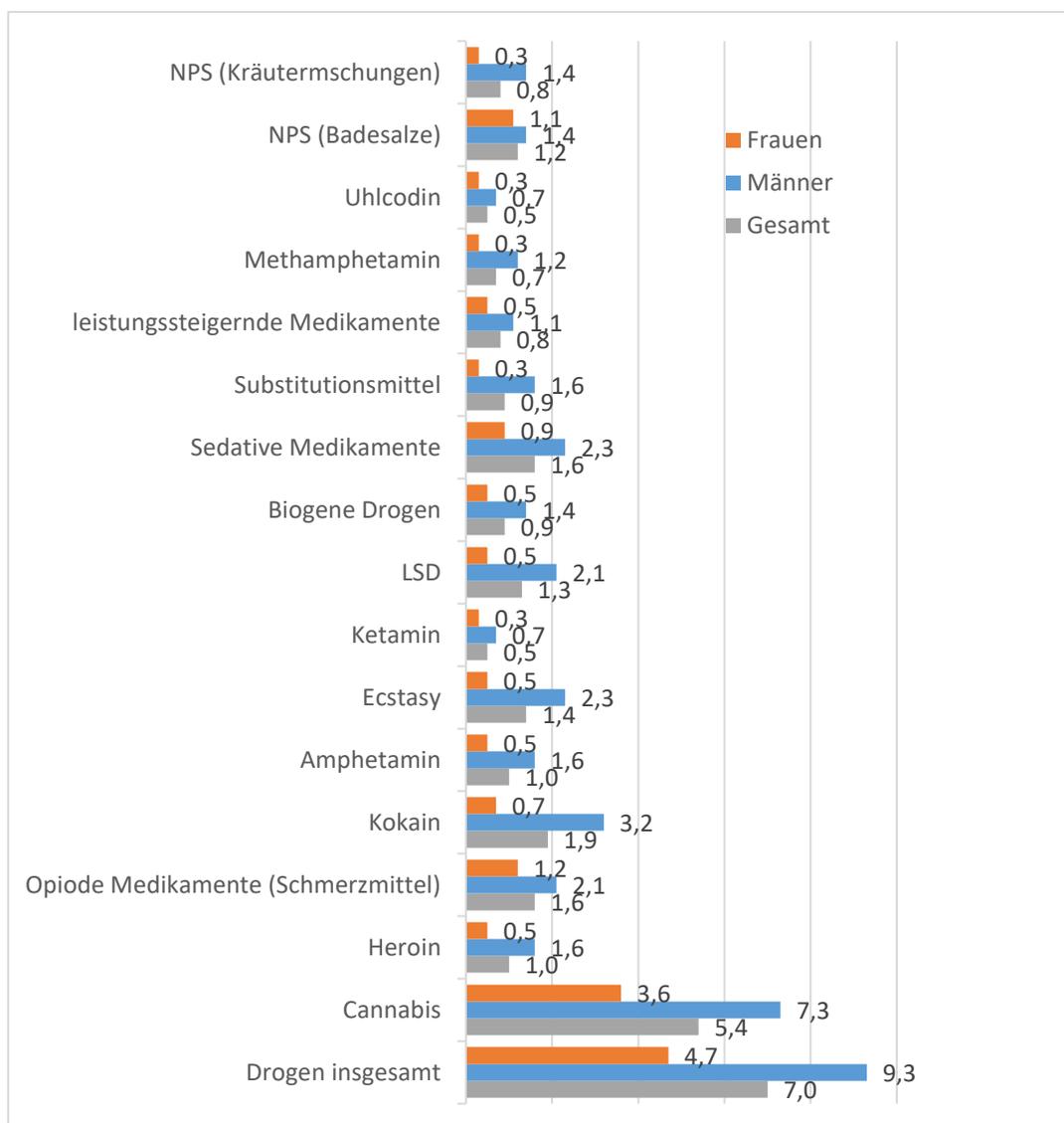
Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

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.

Abbildung 5.7:

30-Tage-Prävalenz 15- bis 59-Jähriger nach Substanzen in Prozent, N=1029



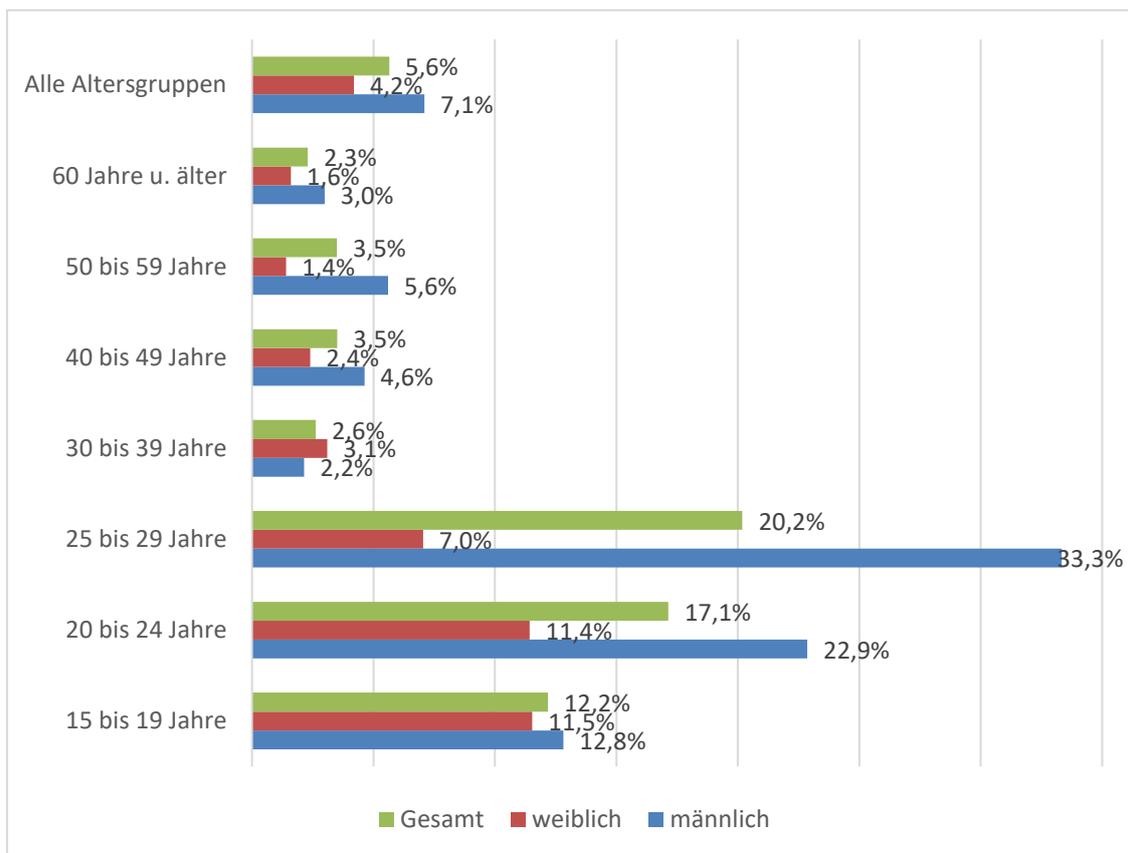
Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Innerhalb des letzten Monats konsumierten laut Eigenangabe 7 % (2015: 4,2 %) der 15- bis 59-Jährigen OberösterreicherInnen irgendeine illegale Substanz. Auch hier ist Cannabis die bestimmende Substanz, 5,4 % (2015: 3,1 %) 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 vielen der übrigen illegalen Substanzen.

In der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen gaben etwa 12 % an, innerhalb des letzten Monats irgendeine illegale Substanz konsumiert zu haben. Der Höhepunkt der 30-Tage-Prävalenz liegt in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen, sie lag bei 20 %. Hier überwiegen die Männer deutlich. Nach dem dreißigsten Lebensjahr sinkt die 30-Tage-Prävalenz kontinuierlich bis auf 2 % in der Altersgruppe der über 60-Jährigen.

Abbildung 5.8:

30-Tage-Prävalenz alle illegalen Substanzen nach Altersgruppen, N=1442



Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

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 und Serien heute beinahe so normal wie das Rauchen von Nikotin. Da die älteren Kohorten sterben und die jugendlichen Generationen eine höhere 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, haben 42 % (2015: 35 %) 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 10 % im letzten Jahr zumindest einmal Cannabinoide konsumiert. In der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen liegt die Konsumerfahrung im letzten Jahr laut Eigenangabe bei 23 % (2015: 12,9 %). Als Indikator für die aktuelle Situation sind die Zahlen des Cannabisgebrauchs während der letzten 30 Tage allerdings am aussagekräftigsten. Rund 11 % (2015: 7 %) der 15- bis 24-Jährigen geben an, innerhalb des letzten Monats Cannabis konsumiert zu haben. Zum Vergleich: in der Altersgruppe der 15- bis 59-Jährigen liegt der aktuelle Gebrauch von Cannabis in den letzten 30 Tagen bei 5,4 %.

Tabelle 5.1:

Prävalenzen bei Cannabis in Oberösterreich 2019 in Prozent, Alter 15–59, N=1029

Cannabis-Prävalenz	Alter 15–59 Jahre			Alter 15–24 Jahre		
	Männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Lebenszeit	36,3	26,2	31,2	50,0	34,7	42,3
12 Monate	14,0	6,8	10,4	27,4	19,0	23,2
30 Tage	7,3	3,6	5,4	13,7	9,0	11,3

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

5.2.5 Ecstasy

Der Ecstasy-Konsum ist in Europa in den 1990er-Jahren allgemein gestiegen. Seit der Befragung 2006 bis zur Befragung 2015 scheint sich der Konsum von Ecstasy in der Allgemeinbevölkerung

allerdings stabilisiert zu haben bzw. war er rückläufig. Allerdings kam es mit der Befragung 2019 wieder zu einem Anstieg der Konsumprävalenzen bei Ecstasy. In Oberösterreich liegt die Konsumerfahrung betreffend Ecstasy in der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen bei ca. 9 Prozent. 4,6 Prozent der Jugendlichen im Alter von 15 bis 24 Jahren gaben an, zumindest einmal im letzten Jahr Ecstasy konsumiert zu haben. In der Altersgruppe der 15- bis 59-Jährigen liegt die Lebenszeitprävalenz bei rund 5 Prozent.

Tabelle 5.2:

Prävalenzen bei Ecstasy in Oberösterreich 2019 in Prozent, Alter 15-59, N=1029

Ecstasy-Prävalenz	Alter 15-59 Jahre			Alter 15-24 Jahre		
	Männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Lebenszeit	7,3	2,9	5,1	13,5	5,0	9,2
12 Monate	4,1	0,9	2,5	6,8	2,5	4,6
30 Tage	2,3	0,5	1,4	4,2	0,8	2,5

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

5.2.6 Research Chemicals – Kräutermischungen

Durch das anhaltende Verbot rund um Cannabis und der zunehmend leichteren Zugänglichkeit von Research Chemicals über das Internet gewannen in den letzten zehn Jahren die sogenannten Research Chemicals an Bedeutung. Man sieht das auch deutlich an dem klaren Unterschied bei den Konsumangaben zwischen Erwachsenen und Jugendlichen. Da diese Substanzen noch nicht lange zur Verfügung stehen, haben ältere Befragte damit kaum Konsumerfahrungen.

Tabelle 5.3:

Prävalenzen bei Kräutermischen (künstlichen Cannabinoiden) in Oberösterreich 2019 in Prozent, Alter 15-59, N=1029

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

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

5.2.7 Opiate und risikoreicher Drogenkonsum

„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. Substitutionsmittel in etwa bei den Angaben zum Gebrauch der nicht existierenden Substanz „Uhlcodin“. Die Lebenszeitprävalenz bei Heroin liegt bei den Jugendlichen im Alter von 15 bis 24 Jahren bei 4,9 % und bei den Substitutionsmitteln ebenfalls bei 4,9 %.

Tabelle 5.4:

Prävalenzen bei Heroin in Oberösterreich 2019 in Prozent, Alter 15–59, N=1029

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

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Es sind sowohl Substitutionsmittel als auch Heroin, die den Bedarf an Opioiden für die KonsumentInnen abdecken. Im ExpertInnenpanel mit Schwerpunkt zu Methamphetamin im Jahr 2015 wurde ein Vorrang der Substitutionsmittel beim Opiatkonsum von mehreren InterviewpartnerInnen betont. Inzwischen scheinen Substitutionsmittel und Heroin gleichauf zu liegen.

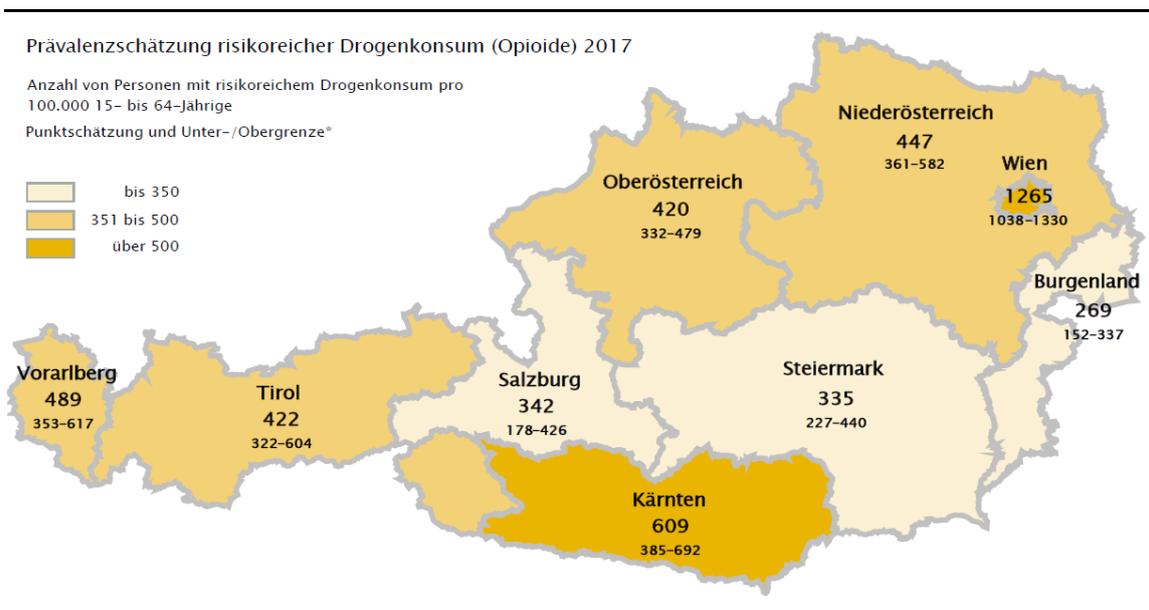
Vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) wird für Oberösterreich geschätzt, dass im Jahr 2017 ca. 420 Personen pro 100.000 EinwohnerInnen einen risikoreichen Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden betrieben haben. (vgl. GÖG/ÖBIG 2018, 6)

Definition: „Unter risikoreichem Drogenkonsum wird von der EBDD der wiederholte Drogenkonsum, welcher Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko einen solchen Schaden zu erleiden aussetzt, verstanden.“ Wobei der Konsum von Opiaten – meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster – aktuell das Gros des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich

ausmacht. Risikoreiche Drogenkonsummuster sind nicht nur international unterschiedlich, sondern unterscheiden sich auch innerhalb Österreichs regional. Im Gegensatz zu Österreich sind in manchen (Nachbar-)Ländern der EU auch andere Leitdrogen als Opioiden und Cannabis im Betreuungssystem von Relevanz. In Oberösterreich lässt sich eine lokale Szene mit risikoreichem Methamphetaminkonsum beobachten. (vgl. GÖG/ÖBIG 2014, 4ff)

Abbildung 5.9:

Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Drogenkonsums nach Bundesländern (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige)



Quelle: GÖG/ÖBIG 2018, 6

Auf Grund dieser Beobachtungen sind bei den Prävalenzschätzungen des risikoreichen Drogenkonsums ausschließlich Fälle mit Beteiligung von Opioiden berücksichtigt. Hierbei spielt auch die methodische Vorgangsweise der Schätzung (Capture-Recapture) als auch die gute Erfassung von OpiatkonsumentInnen über die Substitutionstherapie eine Rolle.

Umgerechnet kann davon ausgegangen werden, dass in Oberösterreich etwa 4.200 Personen risikoreichen Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten ausüben. Mit Stichtag 31.12.2018 befanden sich in Oberösterreich 1.899 Personen in Substitutionstherapie. Damit konnten etwa 40% der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit der Substitutionstherapie erreicht werden.

Tabelle 5.5: SubstitutionspatientInnen von 2007 bis 2019 in Oberösterreich nach Geschlecht

Stichtag	Geschlecht		Gesamt
	M	W	
30.12.2007	610	212	822
31.12.2008	686	229	915
31.12.2009	810	263	1.073

31.12.2010	928	329	1.257
31.12.2011	954	327	1.281
31.12.2012	1.007	363	1.370
31.12.2013	1.053	368	1.421
31.12.2014	1.131	378	1.509
31.12.2015	1.188	385	1.573
31.12.2016	1.291	383	1.674
31.12.2017	1.349	384	1.733
31.12.2018	1.435	386	1.821
31.12.2019	1.510	389	1.899

Quelle: Land OÖ, Drogenkoordination, Institut Suchtprävention

Die Zunahme der Personen in Substitutionstherapie bildet aber nicht die Zunahme der Personen mit risikoreichen Opiatkonsum ab. Ganz im Gegenteil wird etwa vom ÖBIG davon ausgegangen, dass der Höhepunkt des Opiatkonsums und risikoreichen Opiatkonsums im Jahr 2009 auszumachen ist. Seitdem stagniert dieses Phänomen bzw. ist leicht rückläufig. (GÖG/ÖBIG 2014, 10ff) Auch in Oberösterreich hat man von 2009 auf 2010 den größten Zugang zur Substitutionstherapie.

Tabelle 5.6: SubstitutionspatientInnen von 2007 bis 2019 in Oberösterreich nach Altersgruppen, Personen

	0 bis voll- endetes 15.Lj..	16 bis vollende- tes 17. Lj	18 bis vollende- tes 21.Lj..	22 bis vollende- tes 25.Lj.	26. bis vollende- tes 30.Lj.	31. bis vollende- tes 40. Lj.	41. bis vollende- tes 50. Lj.	51 und darüber
30.12.2007		0,5%	11,8%	23,1%	18,0%	21,3%	20,9%	4,4%
31.12.2008		0,2%	13,0%	23,2%	19,9%	19,6%	19,7%	4,5%
31.12.2009	0,1%	0,8%	10,8%	25,0%	24,0%	16,9%	17,2%	5,2%
31.12.2010	0,1%	0,3%	11,5%	25,0%	23,9%	18,4%	15,4%	5,4%
31.12.2011		0,5%	8,1%	23,5%	26,1%	20,3%	15,1%	6,5%
31.12.2012		0,2%	6,7%	21,1%	28,4%	22,2%	14,0%	7,4%
31.12.2013			6,1%	19,0%	29,8%	24,3%	13,4%	7,5%
31.12.2014	0,1%		5,1%	16,4%	30,2%	27,0%	13,1%	8,0%
31.12.2015			3,5%	14,7%	28,5%	32,0%	12,6%	8,7%
31.12.2016		0,1%	3,0%	13,3%	26,8%	35,2%	12,5%	9,1%
31.12.2017		0,1%	2,2%	11,9%	26,2%	38,0%	12,1%	9,6%
31.12.2018			2,3%	9,4%	25,3%	40,3%	12,9%	9,8%
31.12.2019	0,1%		2,2%	8,2%	23,0%	42,8%	14,2%	9,5%

Quelle: Land OÖ, Drogenkoordination, Institut Suchtprävention

In Tabelle 5.6 sieht man, dass der Anteil der jungen Altersgruppen seit 2011 wieder abnimmt, was darauf hindeutet, dass weniger Inzidenz (Neuzugang) in den jüngeren Altersgruppen vorhanden ist als in den Jahren zuvor. Im Jahr 2010 befand sich unter den SubstitutionspatientInnen ein Anteil von 36,9 % unter 25-Jähriger, wohingegen im Jahr 2019 der Anteil der unter 25-Jährigen nur noch bei 10,5 % gelegen ist.

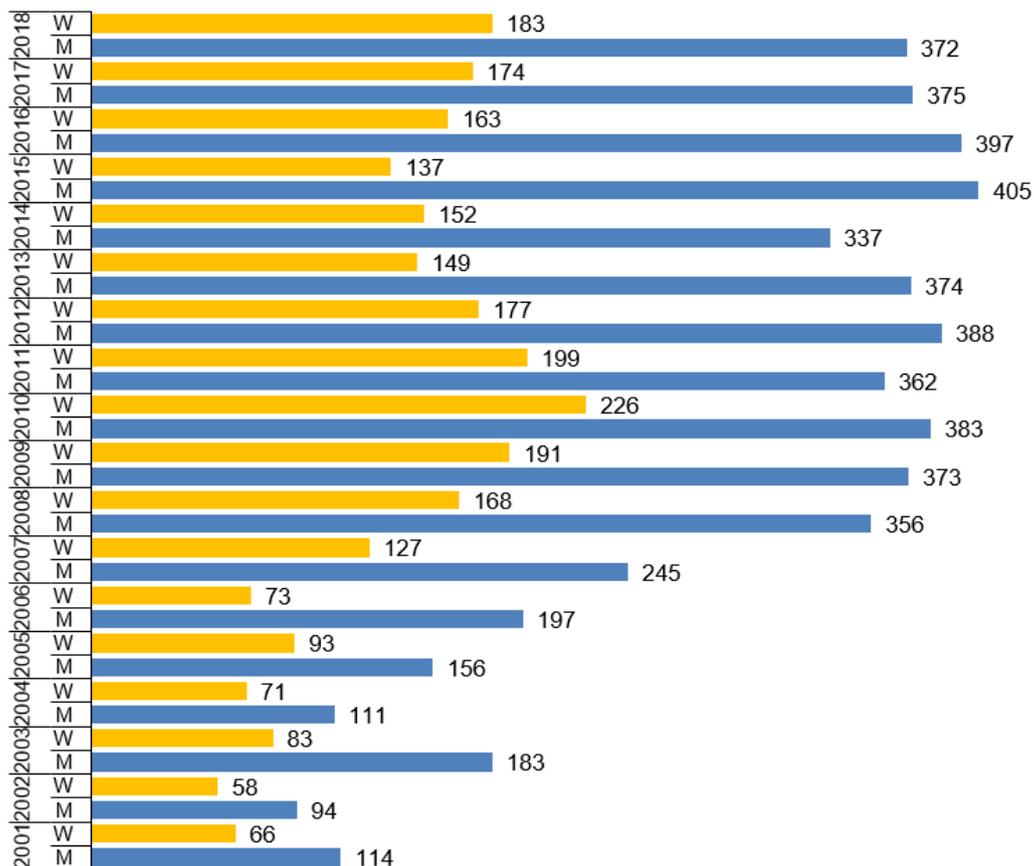
Am wichtigsten für die Einschätzung eines erfolgreichen Suchthilfesystems ist jedoch, dass möglichst viele risikoreiche OpiatkonsumentInnen in die Therapie gebracht werden können. Dies scheint demnach in den letzten Jahren ganz gut gelungen zu sein. Das Geschlechterverhältnis in

der Substitutionstherapie männlich:weiblich hat sich seit dem Jahr 2011 von etwa 3:1 auf etwa 4:1 verschoben.

Die Diagnosedaten der öffentlichen Krankenanstalten bestätigen diesen Verlauf. Grundsätzlich sind Behandlungsdaten den Konsumphänomenen hinterherhinkend, da die Ausprägung von Problemen abhängig von der Substanz einige Zeit dauert. Die Diagnosen in Zusammenhang mit Opioiden stiegen im Lauf der 00er-Jahre kontinuierlich an. Insbesondere von 2005 bis 2010 kam es zu einem Anstieg um ca. 250 %. Seitdem ist auch hier eine Stagnation, allerdings auf diesem hohen Niveau, zu verzeichnen.

Abbildung 5.10:

Diagnosecluster Störungen durch Opiode 2001–2018 in Oberösterreich nach Geschlecht



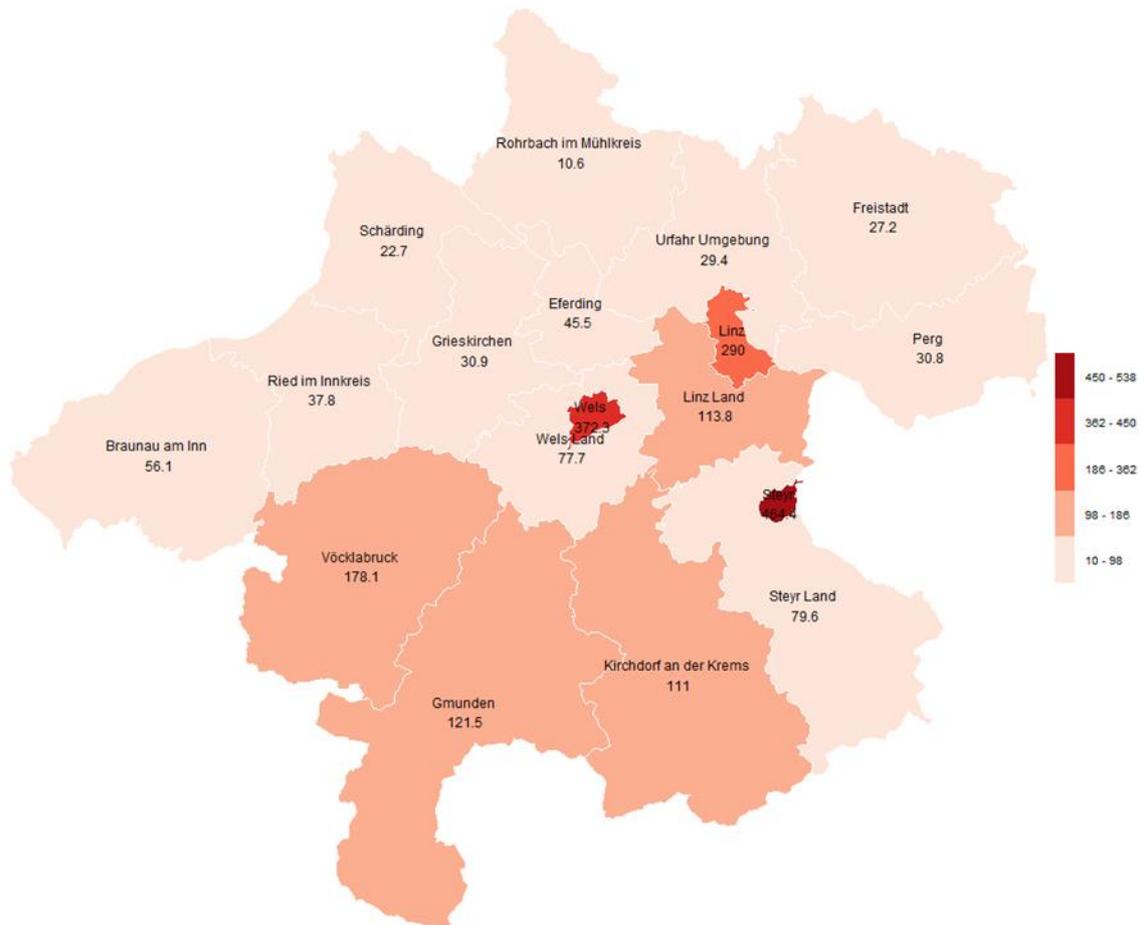
Quelle: LKF-Daten 2018 OÖ, Institut Suchtprävention

Wie im Bericht zum Drogenmonitoring Oberösterreich 2015 mit dem „ExpertInnenpanel zu Methamphetamin“ ausgearbeitet, bildet diese Gruppe der Opioid-PatientInnen eine Hochrisikogruppe, die in Oberösterreich oft auch mit der Substanz Methamphetamin einen risikoreichen Konsum betreibt. (vgl. Seyer et al. 2016, Kapitel 7)

Die regionale Verteilung zeigt, dass der Großteil der SubstitutionspatientInnen in den drei Statutarstädten Linz, Steyr und Wels beheimatet ist. Daneben sind noch relativ viele KlientInnen im oberösterreichischen Zentralraum und im Salzkammergut zu finden.

Abbildung 5.11:

Personen in Substitutionstherapie in Oberösterreich Stichtag 31.12.2018 pro 100.000 Einwohner nach Bezirken.



Quelle: Land OÖ, Drogenkoordination, Institut Suchtprävention

5.2.8 Methamphetamine (Crystal Meth)

Interessanterweise liefert die Eigenangabe zum Konsum von Methamphetamine ein relativ niedriges Ergebnis. Hinsichtlich der medialen Aufmerksamkeit, die der Droge entgegengebracht wird bzw. in den letzten Jahren wurde, hätte auch mit Konsumangaben in ähnlichem Ausmaß wie bei Ecstasy gerechnet werden können.

Tabelle 5.7:

Prävalenzen bei Methamphetamine in Oberösterreich 2019 in Prozent, Alter 15–59, N=1029

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

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Anhand der Eigenangaben zum Konsum von Methamphetamine kann daher keine sinnvolle Aussage über die Verbreitung auf gesamtgesellschaftlicher Ebene getroffen werden. Die Prävalenzen liegen nicht höher (sogar darunter) als bei der nicht existierenden Kontrollsubstanz „Uhlcodin“. Hier kann einerseits das stark negative Image von Crystal Meth wirken und die soziale Wünschbarkeit noch stärker in Richtung Antwortverweigerung gehen als bei anderen aufputschenden Substanzen, andererseits kann bei aktuellen KonsumentInnen die Erreichbarkeit im Rahmen einer Face-to-Face-Befragung noch schwieriger sein als bei anderen Drogen.

5.3 Zusammenfassung

Die Fragen zur Einschätzung von Drogen (Gefährlichkeit, Suchtpotenzial) werden von den Befragten in weiten Bereichen ähnlich eingeschätzt wie in früheren Befragungen. Die Zuordnung von legalen Substanzen zum Begriff Drogen ist beinahe auf dem Niveau wie bei illegalen Drogen. Der Anteil jener, die Alkohol (2019: 45,7 %; 2015: 68 %) bzw. Nikotin (2019: 44,2 %; 2015: 57 %) als Drogen wahrnehmen, ist inzwischen sehr groß.

Die Einschätzung der Gefährlichkeit der unterschiedlichen Substanzen ist relativ stabil. Die OberösterreicherInnen unterscheiden hier vorrangig zwischen illegalen (gefährlichen; Zustimmung zwischen 33 % – 93 %) und legalen (weniger gefährlichen; Zustimmung zwischen 8 % und 32 %) Substanzen.

Ein ähnliches Antwortmuster ist bei der Frage zum „Suchtpotenzial“ von Substanzen festzustellen, wo die Befragten ebenso weitgehend zwischen legal und illegal unterscheiden.

In erster Linie werden die illegalen Drogen als hohe Kosten verursachend eingestuft. Immerhin sind auch Alkohol und Tabak relativ weit vorne anzutreffen. Alkohol liegt etwa gleichauf mit Kokain und Crystal Meth. Die Einschätzung der Kosten für das Gesundheitssystem ist allerdings stark beeinflusst von der subjektiven Einschätzung der Gefährlichkeit der Substanzen. Wenn man die geringe Verbreitung der illegalen Drogen im Vergleich zu den beiden legalen Drogen Alkohol und Tabak berücksichtigt, müssten diese beiden mit weitem Abstand vorne liegen.

Der zweite Themenkomplex im Bereich der illegalen Drogen beschäftigt sich mit dem Gebrauch dieser Substanzen.

2003 bis 2006 lag die Lebenszeitprävalenz zwischen 28 % und 31 %. Nach einem Rückgang in den Jahren 2009 und 2015 ist im Jahr 2019 wieder eine sehr hohe Quote zu beobachten. Rund 35 % der Befragten (15- bis 59-Jährige) haben mindestens einmal in ihrem Leben Erfahrung mit illegalen Drogen gemacht, wobei der Hauptteil (ca. 31 %) der Substanz Cannabis zugeordnet werden kann. Jugendliche und junge Erwachsene (15- bis 24-Jährige) geben im Vergleich zu allen 15- bis 59-Jährigen sowohl bei der Lebenszeitprävalenz irgendeiner illegalen Droge, als auch bei Cannabis um rund 11 % höhere Werte an.

Ein ähnliches Verhältnis ist bei der 12-Monate-Prävalenz festzustellen, bei der die 15- bis 24-Jährigen zu irgendeiner illegalen Droge und auch zu Cannabis höhere Werte angeben. Allgemein liegt die 12-Monate-Rate bei den Erwachsenen bei mehr als 12%, bei Cannabis ebenfalls bei mehr als 10 %, bei den Jugendlichen bei Cannabis immerhin bei 23 %.

Der aktuelle Drogenkonsum kann am besten mit der 30-Tage-Prävalenzrate beschrieben werden. Dabei geben etwas mehr als 7 % an irgendeine illegale Droge konsumiert zu haben. Bei Cannabis sind es etwas mehr als 5 %. Jugendliche und junge Erwachsene haben eine Prävalenzrate bei illegalen Drogen von 14 % und eine rund 11 % bei Cannabis.

Insgesamt konsumieren die männlichen Befragten deutlich öfters als die weiblichen Interviewten (das Geschlechterverhältnis liegt bei den dargestellten Prävalenzraten bei ca. 1:1,5 (weiblich:männlich). Bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist kein Unterschied zwischen Männern und Frauen festzustellen.

6 Alkohol

6.1 Stellenwert des Alkohols

Alkohol und Alkoholkonsum 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.

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). Daran hat sich bis heute wenig geändert.

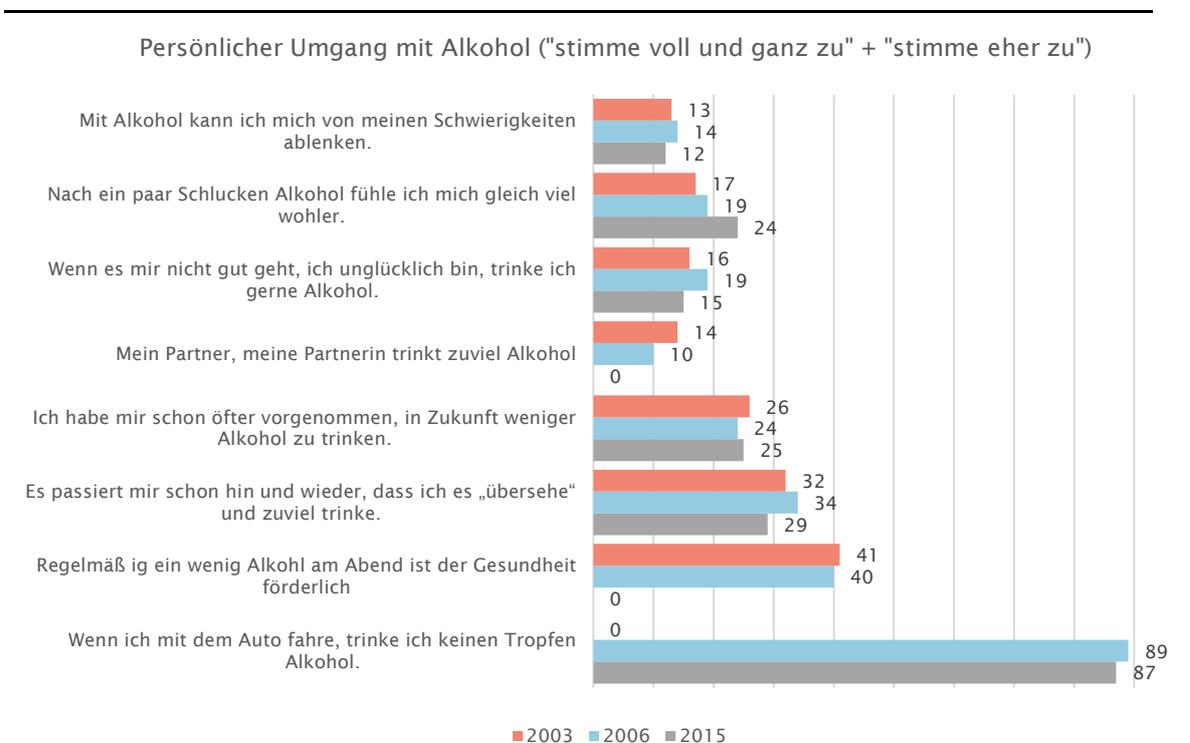
Unser Handeln wird von vielen verschiedenen Faktoren geprägt. Die Werte und Einstellungen, an denen Entscheidungen ausgerichtet werden, zählen zu den wichtigsten Faktoren für individuelles Handeln. Nicht zuletzt um Präventionsaktivitäten zielgerichtet planen zu können, ist es deshalb wichtig, zu erfahren, wie Werte und Einstellungen bei den Menschen der Zielgruppe entstehen und welche Meinungen generell über die Substanz Alkohol vorherrschen. Diese Fragen wurden im Bevölkerungssurvey 2019 nicht gestellt, so dass in diesem Abschnitt die Ergebnisse des Bevölkerungssurveys 2015 zu finden sind.

6.1.1 Persönlicher Umgang mit Alkohol

Folgende Fragen bzw. deren Beantwortung sollen den Stellenwert des Alkohols im privaten Bereich der OberösterreicherInnen skizzieren:

Abbildung 6.1:

Persönlicher Umgang mit Alkohol. Frage: „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!“ („stimme voll und ganz zu“ + „stimme eher zu“), N=1184, 0-Werte ergeben sich, wenn in diesem Jahr die Frage nicht gestellt wurde.



Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2015, Institut Suchtprävention

Es ist ersichtlich, dass sich der persönliche Umgang der OberösterreicherInnen mit Alkohol seit 2003 kaum verändert hat.

Die Zustimmung zu den ersten drei Fragen lässt eine Instrumentalisierung des Alkoholkonsums als (vermeintliche) Problemlösungsstrategie erkennen: Rund jedeR sechste OberösterreicherIn nutzt den Konsum von Alkohol zur persönlichen Problemlösung. Aus suchtpreventiver Perspektive ist diese Funktionalisierung des Konsums als problematisch zu beurteilen.

6.1.2 Stellenwert des Alkohols am Arbeitsplatz

Die meisten Betriebe welche sich gezwungen sehen, sich mit der Thematik Missbrauch von psychoaktiven Substanzen und Sucht auseinanderzusetzen, müssen dies auf Grund der Konsumation von Alkohol ihrer MitarbeiterInnen. Aus diesem Grund erschien es uns angebracht konkrete Daten zu diesem Bereich zu erheben. Branchenunterschiede wurden von uns im Drogenmonitoring nicht erhoben, diese gelten jedoch als gesichert (vgl. Uhl/Springer, 1996, 60ff).

Seit 2003 hat sich der Stellenwert des Alkohols am Arbeitsplatz bei einer der drei Fragen verändert: So gab 2015 ein gutes Fünftel (22 %) der befragten OberösterreicherInnen an, dass der Kauf von Alkohol am Arbeitsplatz kein Problem darstellt. 2003 waren dies noch 29 %. Die Verfügbarkeit von Alkohol am Arbeitsplatz ist somit gesunken.

Obwohl die Verfügbarkeit am Arbeitsplatz gesunken ist, stimmen nach wie vor 15 % der Befragten folgender Aussage zu: „Bei uns am Arbeitsplatz gibt es immer wieder Ärger mit Kolleginnen oder Kollegen, die mit Alkohol nicht umgehen können.“ Hier hat sich seit 2003 nichts verändert.

Ebenfalls seit 2003 praktisch unverändert berichtet rund jede/jeder siebente der befragten OberösterreicherInnen über regelmäßigem Alkoholkonsum an ihrem Arbeitsplatz.

Abbildung 6.2:

Stellenwert des Alkohols am Arbeitsplatz, Frage: „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!“ („stimme voll und ganz zu“ + „stimme eher zu“), N=1184



Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2015, Institut Suchtprävention

6.1.3 Bedeutung des Alkohols im sozialen Leben

Den Verbreitungsgrad gesellschaftlicher Stereotype unmittelbar zu ermitteln und deren Akzeptanz festzustellen war die Intention folgender Fragen:

Abbildung 6.3:

Bedeutung des Alkohols im sozialen Leben, Frage: „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!“ („stimme voll und ganz zu“ + „stimme eher zu“), N=1184



Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2015, Institut Suchtprävention

Die Bedeutung des Alkohols im sozialen Leben der OberösterreicherInnen hat sich seit 2003 kaum verändert.

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 (48 %). Wie schwer es „trockene“ (abstinente) AlkoholikerInnen angesichts dieses Sachverhaltes haben, lässt sich nur erahnen.

6.2 Information und Wissen über Alkohol

6.2.1 Das subjektive Informationsniveau der OberösterreicherInnen

Ab hier finden sich wieder die Ergebnisse des Bevölkerungssurveys 2019.

Dieses hat sich seit 2003 wenig verändert: So fühlt sich 2019 mehr als ein ein Viertel (28,1%) der Bevölkerung sehr gut über Alkohol informiert (2015: 28,1%; 2006: 28,6%, 2003: 26%). Mehr als die Hälfte (53,5%) der Befragten fühlt sich gut über Alkohol informiert (2015: 51%; 2006: 53,2%, 2003: 53%).

6.2.2 Kenntnis des oberösterreichischen Jugendschutzgesetzes

Das Landesgesetz über den Schutz der Jugend (oö. Jugendschutzgesetz, 2001; Novelle 2005, Landesgesetzblatt Nr. 90/2005; Novelle 2013, Landesgesetzblatt Nr. 54/2013) sieht in § 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 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-, pastenförmigen oder anderen Trägerstoff gebunden werden.“ (Anm: LGBl. Nr. 90/2005, 54/2013)

Das Alter zum Konsum von Tabakwaren wurde inzwischen generell auf 18 Jahre erhöht, die Bestimmung zur Erlaubnis des Konsums von gebrannten alkoholischen Getränken ab dem 18. Lebensjahr entspricht nach wie vor gültig.

Das Wissen über das Jugendschutzgesetz hat sich – zumindest was das Konsumalter für Spirituosen betrifft – erheblich verbessert: Allerdings ist noch immer ein knappes Drittel (31,1 %) der Bevölkerung (2015: 34 %; 2006: 46 %; 2003: 53 %) der irrigen Auffassung, dass bereits unter 18-Jährige in Oberösterreich Spirituosen konsumieren dürfen.

6.3 Ausmaß des Alkoholkonsums

6.3.1 Durchschnittliche Alkoholkonsummenge

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.

Die von den Befragten durchschnittlich angegebene Konsummenge reinen Alkohols beträgt 15,3 Gramm pro Kopf und Tag (2015: 19,9 Gramm; 2006: 18,7 Gramm; 2003: 18,0 Gramm). Wenig überraschend, ist die von den männlichen Befragten durchschnittlich angegebene Konsummenge mit 21,5 Gramm pro Tag fast dreimal so hoch als jene der Frauen (7,9 Gramm pro Tag).

Tabelle 6.1:

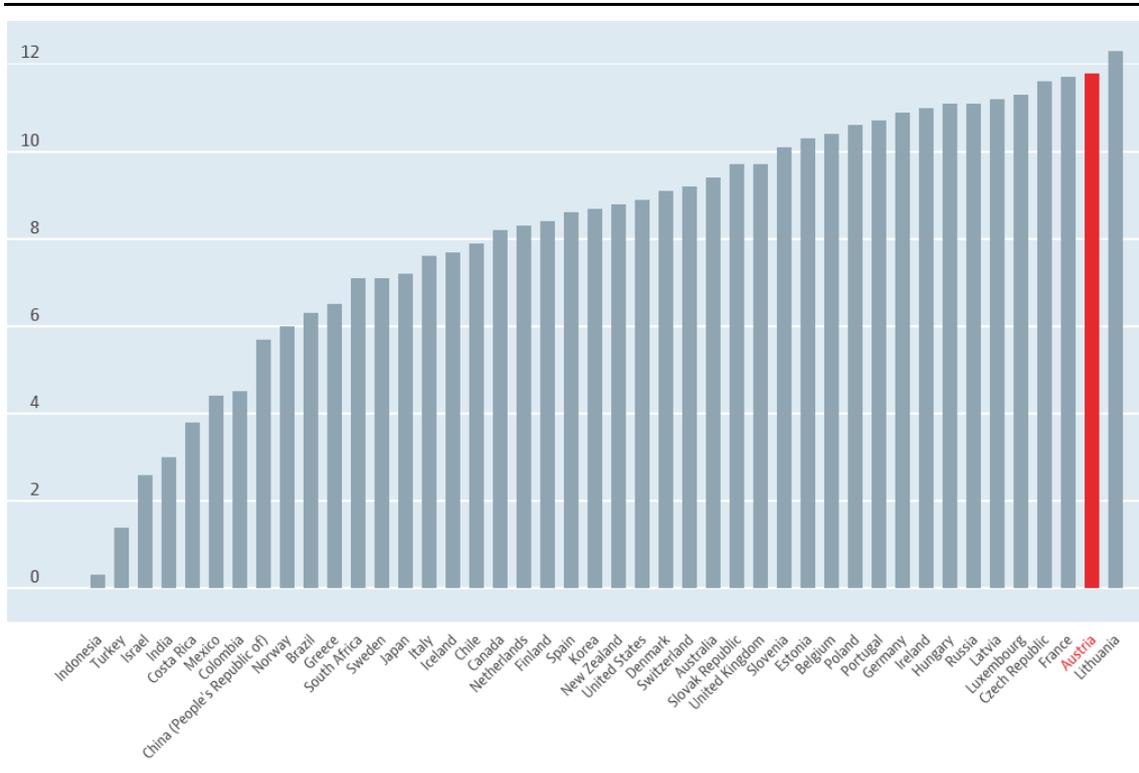
gestriger Alkoholkonsum (in Standardgläsern und Gramm Alkohol) nach Alter und Geschlecht, N=1022

Alter	Gesamt		männlich		weiblich	
	Standardgläser	Gramm Alkohol	Standardgläser	Gramm Alkohol	Standardgläser	Gramm Alkohol
15 bis 19 Jahre	0,57	11,5	0,95	19,1	0,24	4,8
20 bis 24 Jahre	0,96	19,3	1,49	29,7	0,63	12,6
25 bis 29 Jahre	0,62	12,5	0,69	13,7	0,57	11,4
30 bis 39 Jahre	0,63	12,5	1,06	21,3	0,21	4,3
40 bis 49 Jahre	0,95	18,9	1,35	26,9	0,57	11,4
50 bis 59 Jahre	0,62	12,5	0,97	19,3	0,28	5,6
60 Jahre u. älter	0,85	17,1	1,03	20,7	0,36	7,1
Gesamt	0,77	15,3	1,07	21,5	0,40	7,9

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Laut offiziellen Verkaufszahlen tranken die 15- bis 99-jährigen ÖsterreicherInnen 2018 pro Kopf rund 26,4 Gramm Reinalkohol pro Tag. (Bachmayer et al., 2020, 77) OECD-Zahlen zufolge tranken die Österreicher im Jahr 2016 umgerechnet 11,8 Liter reinen Alkohol pro Kopf und Jahr, das sind ebenfalls 25,5 Gramm Reinalkohol pro Tag. Damit liegen die ÖsterreicherInnen europaweit im Spitzenfeld an 2. Stelle unmittelbar hinter Litauen. (OECD 2020)

Abbildung 6.4:
Alkoholkonsum (in Liter reinen Alkohols) nach Nationen



Quelle: OECD 2020

Unter der plausiblen Annahme, dass sich die OberösterreicherInnen hinsichtlich des Alkoholkonsums ungefähr im Bundesschnitt befinden, lassen sich diese Zahlen in Relation zueinander bringen: Das Verhältnis von 15,3 Gramm (Befragung 2019) zu 25,5 Gramm bzw. 26,4 Gramm entspricht einer Unterschätzung von 39 % bzw. 40,4 %.

Dieser Wert ist am unteren Ende von Ergebnissen anderer Studien: In deutschen Untersuchungen (Küfner/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. Zu den Gründen für diese Unterschätzung siehe Gschwandtner (2005, 157f).

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 Jugendanteilen. (Uhl/Kobrna, 2004, 47)

6.3.2 Schulbildung und Alkoholkonsum

Betrachtet man den Alkoholkonsum der letzten sieben Tage unter der Perspektive der Schulbildung (gefragt wurde nach dem höchsten Schulabschluss), so geben Personen mit tertiären Bildungsabschluss (Universität, Hochschule) den höchsten Konsum an (durchschnittlich 0,83 Standardgläser pro Kopf und Tag). Demgegenüber berichten Personen die eine Volks- oder Hauptschule oder eine weiterführende höhere Schule ohne Matura (Berufsbildende mittlere Schulen) besuchten über den geringsten Alkoholkonsum (0,67 bis 0,7 Standardgläser pro Kopf und Tag).

Die Menge des konsumierten Alkohols nimmt also tendenziell mit der Höhe der Schulbildung zu.

Tabelle 6.2:

höchster Schulabschluss und Alkoholkonsum am gestrigen Tag (in Standardgläsern), N=1022

Höchster Schulabschluss	Mittelwert	Fallzahl
Kein Abschluss	0,0988	5
Volks- od. Hauptschule	0,6677	154
weiterführende höhere Schule ohne Matura	0,6981	184
abgeschlossene Lehre	0,8069	268
Matura	0,7967	204
Universität / Hochschule	0,8322	208
Gesamt	0,7659	1022

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

6.3.3 Erwerbsarbeit (Berufstätigkeit) und Alkoholkonsum

Berufstätige OberösterreicherInnen liegen mit ihrem Alkoholkonsum beinahe im Durchschnitt der Gesamtbevölkerung (0,7602 Standardgläser : 0,7659 Standardgläser).

Dem gegenüber gaben Lehrlinge, RentnerInnen und Arbeitslose an, überdurchschnittlich viel Alkohol zu konsumieren.

Von einem unterdurchschnittlichen Alkoholkonsum berichten SchülerInnen und StudentInnen und Hausfrauen.

Tabelle 6.3:

Berufstätigkeit und Alkoholkonsum am gestrigen Tag (in Standardgläsern), N=1022

Sind Sie berufstätig?	Mittelwert	Fallzahl
berufstätig	0,7602	677
Schüler, Student	0,4664	40
Lehrling	0,8253	7
Rentner, Pensionist	0,8619	258
Hausfrau	0,1763	20
Ohne Arbeit, arbeitslos	0,8986	20
Gesamtsumme	0,7659	1022

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

6.3.4 Berufliche Stellung und Alkoholkonsum

Den höchsten Alkoholkonsum berichten Inhaber und Geschäftsführer großer Firmen und Landwirte. Danach folgen BeamtInnen des gehobenen Dienstes wie auch BeamtInnen des mittleren und einfachen Dienstes. Arbeiter und Angestellte liegen im Durchschnitt. Am geringsten konsumieren nichtleitende Angestellte und mittlere, selbständige Geschäftsleute.

Tabelle 6.4:

Berufsstellung und Alkoholkonsum am gestrigen Tag (in Standardgläsern), N=1022

BERUFSSTELLUNG (eigene oder ehemalige bzw. des Ernährers)	Mittelwert	Fallzahl
Facharbeiter mit abgelegter Prüfung	0,9385	99
Sonstiger Arbeiter	0,7047	66
Landwirt	1,6272	9
Leitender Angestellter	0,8435	198
Nichtleitender Angestellter	0,5549	392
Beamter des gehobenen Dienstes	0,9798	82
Beamter des mittleren oder einfachen Dienstes	1,0744	48
Inhaber oder Geschäftsführer von großen Firmen	2,6921	5
Mittlere, selbständige Geschäftsleute	0,4049	23
Kleine, selbständige Geschäftsleute, Handwerker	1,0127	39
Freier Beruf	0,6744	38
Keine Angabe	1,0898	23
Gesamtsumme	0,7659	1022

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

6.3.5 Alkoholtrinkfrequenz

Neben der durchschnittlichen Trinkmenge ist hinsichtlich des Alkoholkonsums auch die Trinkfrequenz von Interesse. Hierbei wird gefragt, wie oft in den letzten drei Monaten durchschnittlich irgendein alkoholisches Getränk getrunken wurde. Der zumindest wöchentliche (einmal pro Woche oder häufiger) Alkoholkonsum ist – verglichen mit 2006 – leicht gestiegen. Von 2003 auf 2006 ist die berichtete Trinkhäufigkeit ganz leicht gesunken, so dass wir wieder auf dem Niveau von 2003 liegen:

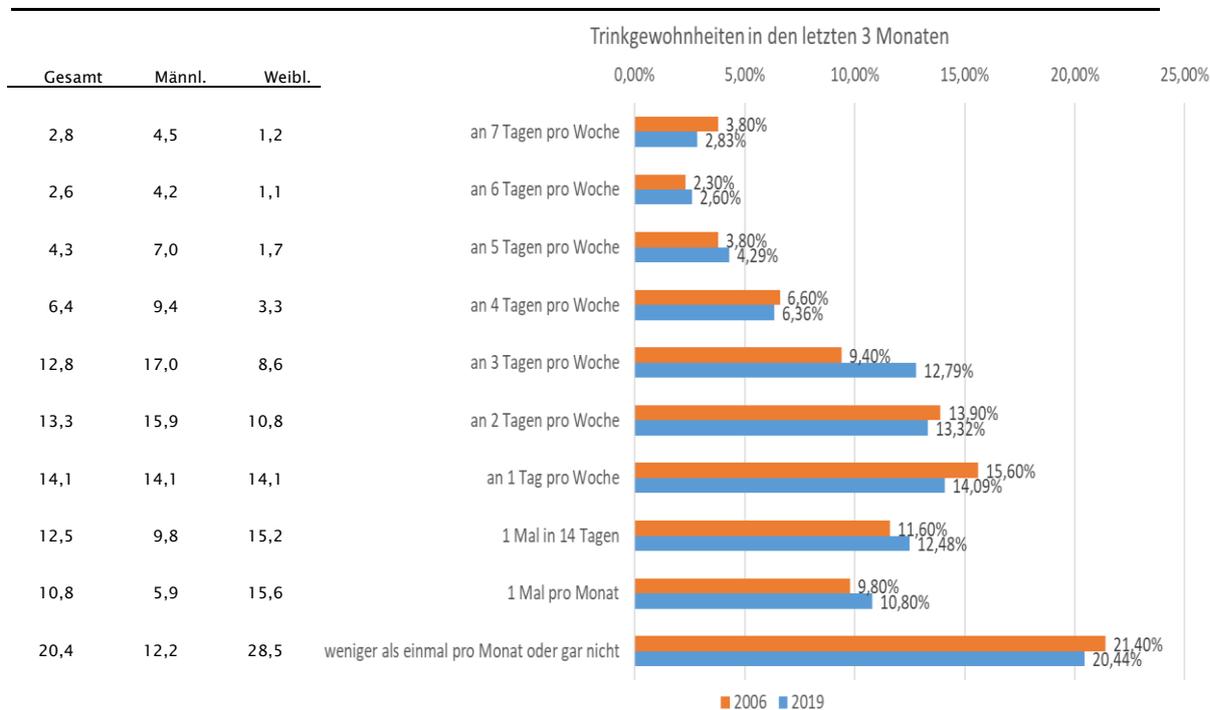
Es gaben 2015 57,8 % der befragten OberösterreicherInnen (64,3 % der Männer und 50,8 % der Frauen) an, zumindest einmal pro Woche Alkohol zu trinken. 2006 berichtete dies „nur“ etwas mehr als die Hälfte (55,4 %) der OberösterreicherInnen (68,0 % der Männer und 43,3 % der Frauen). Bei der Befragung im Jahr 2003 waren die Werte geringfügig höher: Damals gaben 57,8 % der Gesamtbevölkerung (72,2 % der Männer und 46,1 % der Frauen) an, zumindest an einem Tag pro Woche Alkohol zu trinken.

Der Anteil der OberösterreicherInnen die angaben, in den letzten drei Monaten täglich Alkohol zu sich genommen zu haben ist jedoch gesunken.

Insgesamt ist leicht zu erkennen, dass Männer wesentlich häufiger Alkohol konsumieren als Frauen, wobei eine Annäherung in den letzten 10 Jahren zu beobachten ist.

Abbildung 6.5:

Alkoholtrinkfrequenz nach Geschlecht (in Prozent), N=1 303



Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Bevölkerungsbefragung OÖ 2006, Institut Suchtprävention

Bei Betrachtung der Alkoholtrinkfrequenz nach Alterskategorien ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 6.5:

Alkoholtrinkfrequenz nach Alterskategorien (in Prozent), N=1 303

	15 bis 19 Jahre	20 bis 24 Jahre	25 bis 29 Jahre	30 bis 39 Jahre	40 bis 49 Jahre	50 bis 59 Jahre	60 Jahre u. älter	Gesamt
an 7 Tagen pro Woche			1,9	0,5	1,4	2,7	6,6	2,8
an 6 Tagen pro Woche	1,5			2,3	1,8	2,3	5,2	2,6
an 5 Tagen pro Woche		1,1	2,9	1,4	4,6	4,2	7,8	4,2
an 4 Tagen pro Woche		5,6	5,8	6,9	7,3	5,4	7,8	6,4
an 3 Tagen pro Woche	5,9	7,9	18,4	14,4	14,7	12,3	11,5	12,7
an 2 Tagen pro Woche	16,2	16,9	18,4	12,0	11,0	11,9	13,5	13,3
an 1 Tag pro Woche	16,2	16,9	15,5	9,7	15,6	14,6	13,8	14,0
1 Mal in 14 Tagen	22,1	20,2	8,7	14,4	14,2	12,3	8,0	12,6
1 Mal pro Monat	10,3	15,7	3,9	14,8	11,9	13,4	6,6	10,8
weniger als einmal pro Monat oder gar nicht	27,9	15,7	24,3	23,6	17,4	21,1	19,3	20,6

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Auffällig ist, dass der häufige Alkoholkonsum (an 4 bis 7 Tagen pro Woche) kontinuierlich mit dem Alter ansteigt. Trinken bei den 20- bis 30-Jährigen nicht ganz 9 % an 4 Tagen oder häufiger, sind dies bei den über-60-Jährigen mehr als 27 %.

6.4 Problematischer Alkoholkonsum

6.4.1 CAGE-Test

Als Messinstrument für die Prävalenz von Problemtrinken und Alkoholismus wurde bei der Befragung die deutschsprachige Version des CAGE-Tests eingesetzt. Der Test besteht aus den folgenden vier Fragen die jeweils mit ja/nein beantwortet werden.

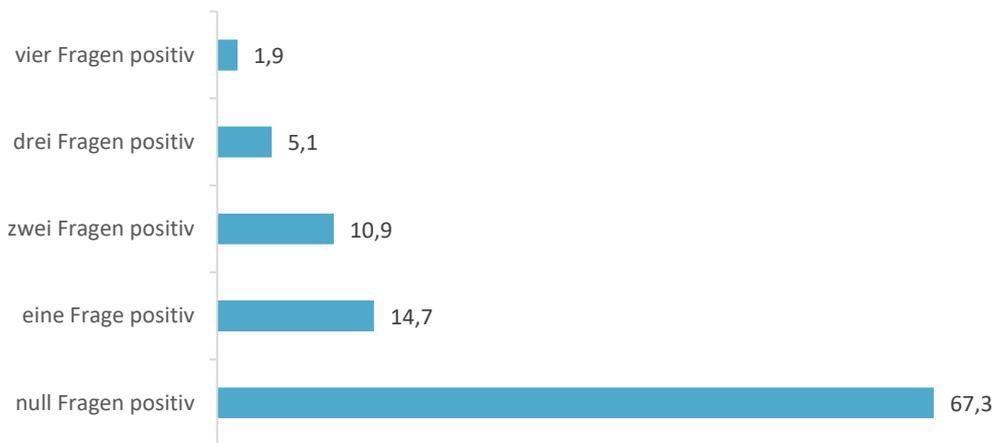
„Noch ein paar Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum:

1. Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, Ihren Alkoholkonsum einschränken zu müssen, oder nicht? (Antwortkategorie: ja / nein)
2. Fühlten Sie sich jemals verärgert, weil andere Ihren Alkoholkonsum kritisiert haben, oder nicht? (Antwortkategorie: ja / nein)
3. Hatten Sie wegen Ihres Alkoholkonsums jemals ein schlechtes Gewissen, oder nicht? (Antwortkategorie: ja / nein)
4. Haben Sie jemals frühmorgens Alkohol getrunken, um ihre Nerven zu beruhigen oder einen Kater loszuwerden, oder nicht?“ (Antwortkategorie: ja / nein)

Personen, welche alle vier Fragen positiv beantworteten können als AlkoholikerInnen eingestuft werden. Bei unserer Befragung sind dies 1,9 % der Bevölkerung (2015: 2,7 %; 2006: 2,4 %). Personen welche zwei oder drei Fragen bejahten (2019: 16 %; 2015: 12,6 %, 2006: 12,6 % der OberösterreicherInnen) werden als alkoholgefährdet erachtet.

Abbildung 6.6:

CAGE-Test, 4 Fragen: „Noch ein paar Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum: 1. Haben Sie jemals das Gefühl gehabt, Ihren Alkoholkonsum einschränken zu müssen oder nicht?; 2. Fühlten Sie sich jemals verärgert, weil andere Ihren Alkoholkonsum kritisiert haben, oder nicht?; 3. Hatten Sie wegen Ihres Alkoholkonsums jemals ein schlechtes Gewissen, oder nicht?; 4. Haben Sie jemals frühmorgens Alkohol getrunken, um Ihre Nerven zu beruhigen oder einen Kater loszuwerden, oder nicht?“ (Antwortkategorien: ja/nein), N=1211



Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Die im weiteren Verlauf dieses Kapitels behandelten Themen basieren auf den alkoholbedingten Diagnosedaten der öffentlichen Krankenhäuser in Oberösterreich. Die genannten Zahlen geben ausschließlich Spitalsdiagnosen an OberösterreicherInnen wieder. Zum Zustandekommen und den Implikationen dieser Daten siehe Seyer/Gschwandtner (2005, 26 ff).

6.4.2 Akuter Alkoholmissbrauch

Der diagnostizierte „akute Alkoholmissbrauch“²² in Oberösterreich zeigt von 2001 bis 2009 einen starken Anstieg um 96 %. Seitdem stagnieren diese Diagnosen oder sind wieder leicht rückläufig.

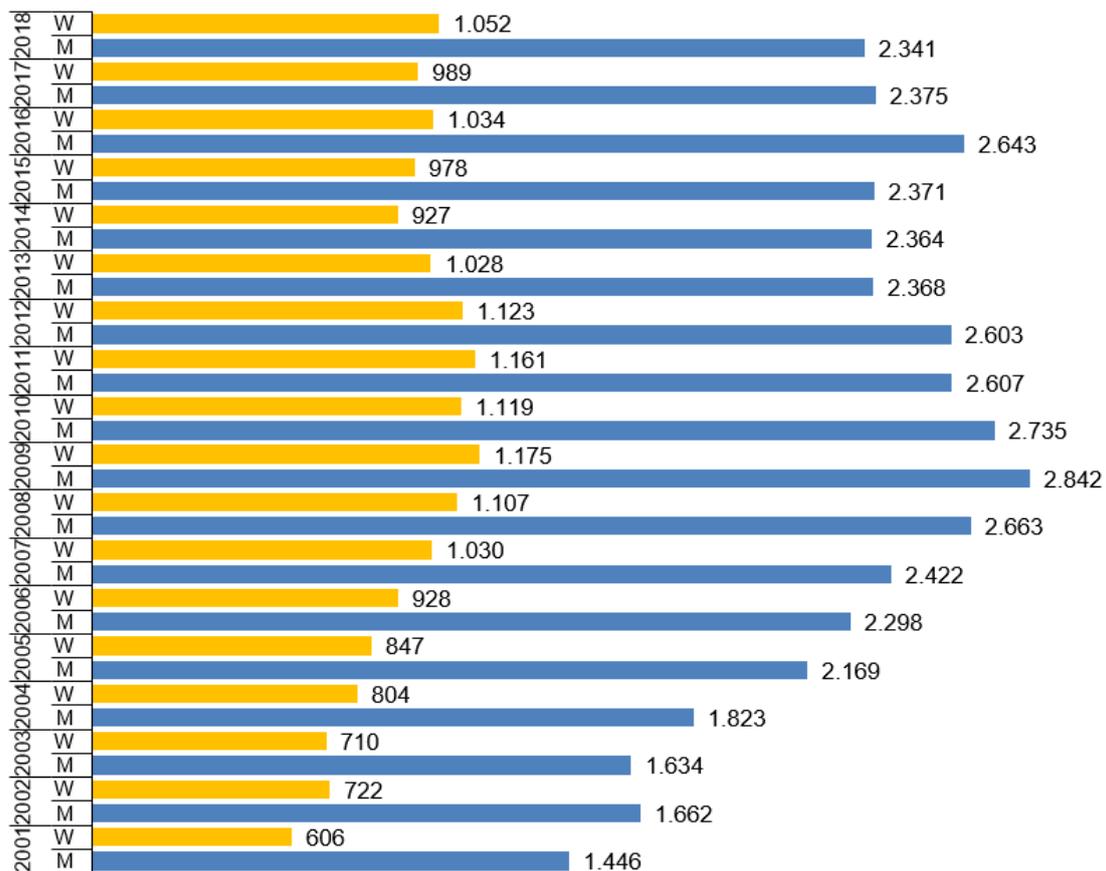
²² Der Diagnosecluster „akuter Alkoholmissbrauch“ ist eine Zusammenfassung der ICD-10 Diagnosen F10.0 Akute Intoxikation mit Alkohol, F10.1 Schädlicher Gebrauch und T51 Toxische Wirkung durch Alkohol.

Die Interpretation dieser Zahlen sollte sehr vorsichtig erfolgen. So ist in den Jahren um 2005 eine erhöhte Sensibilität der Öffentlichkeit für Alkoholintoxikationen von Jugendlichen zu beobachten (Schlagwort: „Komasaufen“). Denkbar ist, dass dadurch einerseits mehr alkoholisierte Jugendliche (und Erwachsene) ins Behandlungssystem zugewiesen werden und andererseits bei ins Spital eingelieferten häufiger eine alkoholbezogene Diagnose gestellt wird. Aus beiden Gründen muss angenommen werden, dass die Daten weit stärker ansteigen als die Problematik tatsächlich zunimmt. (Starzer et al., 2010, 34f)

Ein Anstieg dieser Diagnosen ist bei beiden Geschlechtern im annähernd gleichen Ausmaß zu verzeichnen.

Abbildung 6.7:

Diagnosecluster akuter Alkoholmissbrauch 2001–2018 in OÖ nach Geschlecht



Quelle: LKF-Daten, eigene Auswertung

Bei der Auswertung über das Alter ist zu erkennen, dass besonders Jugendliche im Alter von 16 und 17 Jahren stärker als der Durchschnitt der Bevölkerung gefährdet sind. 2018 wurde 318-mal

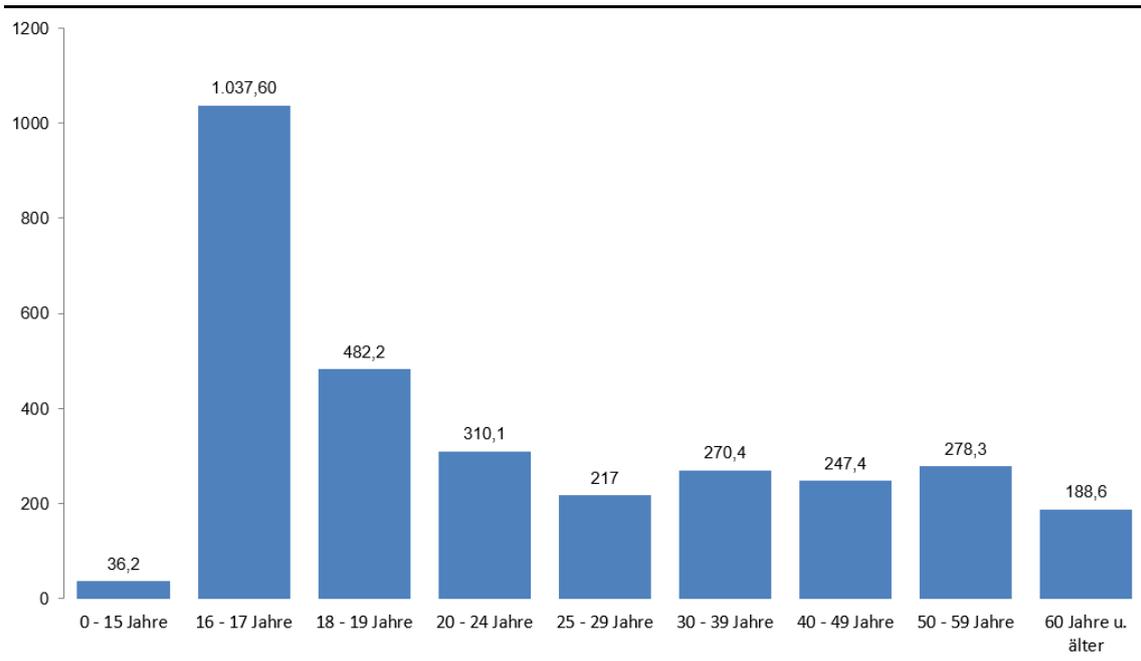
die Diagnose „akuter Alkoholmissbrauch“ bei oberösterreichischen Jugendlichen (im Alter von 16–17 Jahren) in öffentlichen Spitälern in Oberösterreich gestellt. Das bedeutet, auf 1000 oberösterreichische Jugendliche in diesem Alter entfallen etwa 10 Einlieferungen. Dies ist, verglichen mit anderen Altersgruppen der höchste Wert.

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.

Bei einer Auswertung von Daten der OÖ Gebietskrankenkasse kommen Bencic/Kastner (2010, 13f.) zum Schluss, dass die relative Häufigkeit für 17-jährige – auf Grund einer Alkoholintoxikation (Diagnosegruppen F10.0 und T51) stationär in einem Spital aufgenommen zu werden – bei Lehrlingen und Hilfskräften höher ist als bei SchülerInnen.

Abbildung 6.8:

Diagnosecluster akuter Alkoholmissbrauch 2018 in OÖ nach Alter; Einlieferungen pro 100.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Alterskategorie



Quelle: LKF-Daten, eigene Auswertung

Es stellt sich die Frage, ob problematischer Alkoholkonsum vorrangig eine Domäne der Jugend darstellt?

Mitnichten, wie die weiteren Analysen zeigen werden, auch wenn dies in der öffentlichen Diskussion oftmals falsch dargestellt wird.

„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 gegenüberreten. 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, 2003, 12f)

Betrachtet man die absoluten Zahlen der Diagnose „akuter Alkoholmissbrauch“ (siehe Spalte „Entlassungen“ unten) so wird ersichtlich, dass von den gesamten 3.393 Diagnosen im Jahr 2018 in Oberösterreich „nur“ 404 bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre) gestellt wurden. Das entspricht 11,9 % der Diagnosen. Demgemäß wurden beinahe 9 von 10 (88 % bzw. 2989) der Diagnosen von „akutem Alkoholmissbrauch“ bei den Erwachsenen konstatiert.

Tabelle 6.6:

Diagnosecluster akuter Alkoholmissbrauch 2018 in OÖ nach Alter

Altersgruppe	Ge- schlecht	Entlassungen	Belagstage	durchschnittli- che Belagstage	Wohnbevölke- rung	Fälle pro 100.000 Ein- wohner
	W	42	39	0,9	115.831	36,3
0 – 15 Jahre	M	44	67	1,5	122.034	36,1
16 – 17 Jahre	M	167	88	0,5	15.725	1.062,0
	W	151	112	0,7	14.922	1.011,9
18 – 19 Jahre	M	99	255	2,6	16.843	587,8
	W	55	42	0,8	15.096	364,3
20 – 24 Jahre	M	194	420	2,2	47.089	412,0
	W	86	168	2,0	43.191	199,1
25 – 29 Jahre	M	147	626	4,3	50.469	291,3
	W	64	121	1,9	46.753	136,9
30 – 39 Jahre	M	384	1.612	4,2	99.063	387,6
	W	138	720	5,2	93.965	146,9
40 – 49 Jahre	M	327	1.699	5,2	101.625	321,8
	W	172	1.059	6,2	100.033	171,9
50 – 59 Jahre	M	454	2.725	6,0	117.029	387,9
	W	193	1.009	5,2	115.415	167,2
60 Jahre u. äl- ter	M	525	3.600	6,9	160.942	326,2
	W	151	1.091	7,2	197.551	76,4
	Gesamt	3.393	15.453	4,6	1.473.576	230,3

Quelle: LKF, eigene Auswertungen

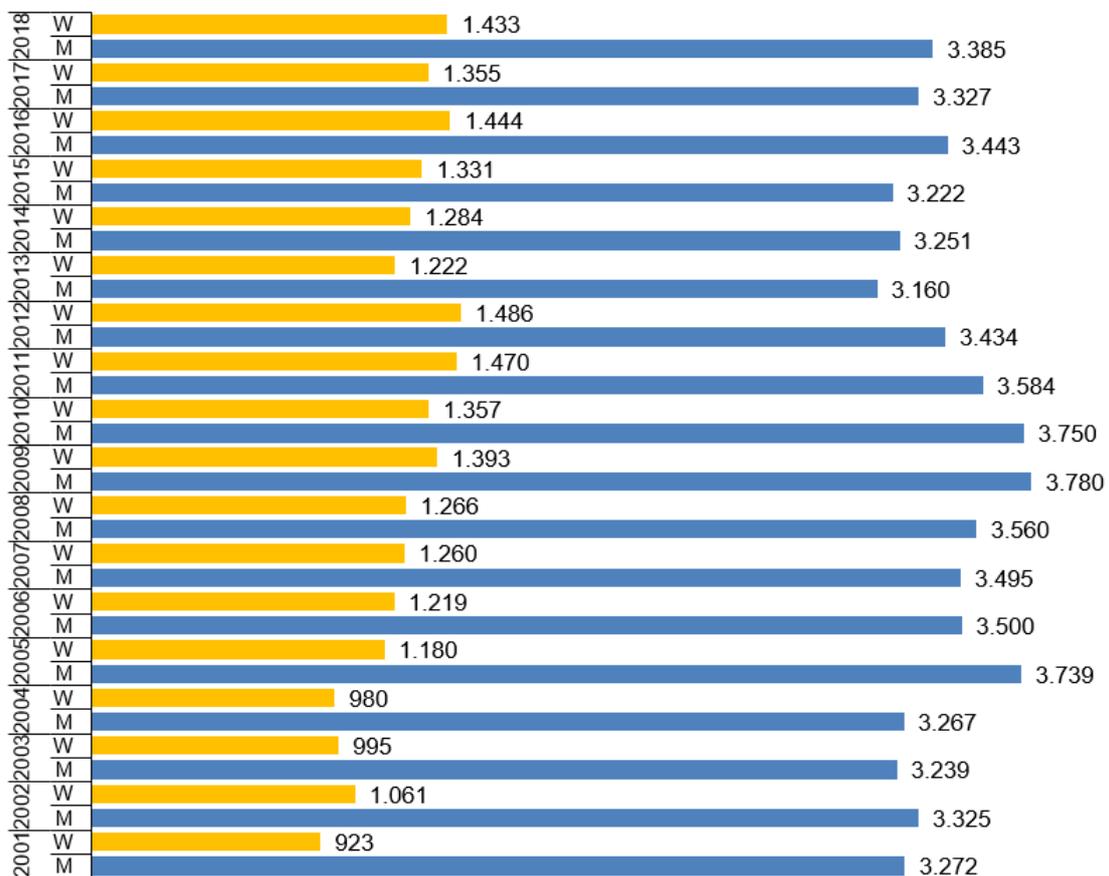
6.4.3 Abhängigkeit

Das Geschlechterverhältnis der Alkoholabhängigkeit²³ verschob sich in den letzten Jahren in Oberösterreich von knapp 3,5:1 im Jahr 2001 auf circa 2,4:1 (männlich:weiblich) im Jahr 2018. Dies entspricht auch dem Bundestrend.

Im Zeitraum 2001 bis 2009 stieg die Zahl der Alkoholabhängigkeitsdiagnosen um 23 % an. Wie beim akuten Alkoholmissbrauch ist auch bei den Abhängigkeitsdiagnosen seit 2010 eine Stagnation zu sehen.

Abbildung 6.9:

Diagnosecluster Alkoholabhängigkeit 2001–2018 in OÖ nach Geschlecht

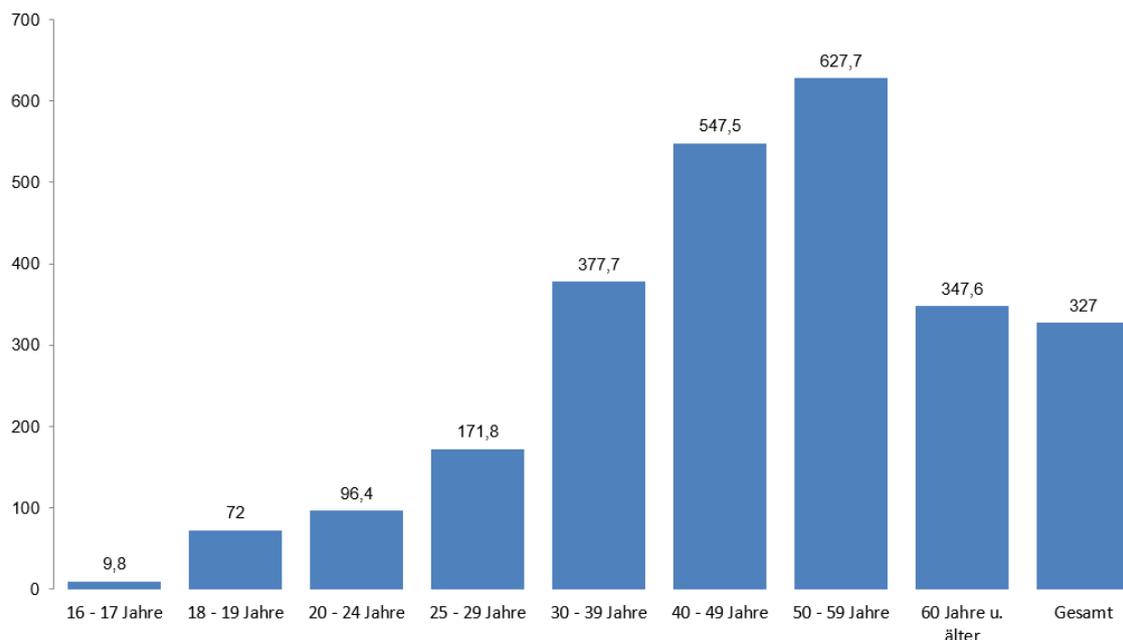


Quelle: LKF-Daten, eigene Auswertung

²³ Der Diagnosecluster „Alkoholabhängigkeit“ beinhaltet die ICD-10 Diagnosen F10.4 Entzugssyndrom mit Delir, F10.3 Entzugssyndrom und F10.2 Alkoholabhängigkeitssyndrom.

Abbildung 6.10:

Diagnosecluster Alkoholabhängigkeit in OÖ 2018 nach Alter; Einlieferungen pro 100.000 EinwohnerInnen der jeweiligen Alterskategorie



Quelle: LKF-Daten, eigene Auswertung

Die Behandlung wegen Alkoholabhängigkeit steigt bis zu den Altersgruppen der 50 bis 59-Jährigen kontinuierlich an. (Die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit benötigt in der Regel jahrelangen missbräuchlichen Alkoholkonsum.)

Die höchste Zahl der Abhängigkeitsdiagnosen ist in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen zu finden. Mehr als 6 Diagnosen pro 1.000 EinwohnerInnen entfielen 2018 auf diese Altersgruppe.

Der Rückgang ab 60 Jahren ist teilweise durch die kürzere Lebensdauer von AlkoholikerInnen bedingt. Relevant für den Rückgang der Abhängigkeitsdiagnosen ab 60 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 „das Leben noch vor sich haben“.

Tabelle 6.7:

Diagnosecluster Alkoholabhängigkeit 2018 in OÖ nach Alter

Altersgruppe	Geschlecht	Entlassungen	Belagstage	durchschnittliche Belagstage	Wohnbevölkerung	Fälle pro 100.000 Einwohner
16 – 17 Jahre	M	2	1	0,5	15.725	12,7
	W	1	0	0,0	14.922	6,7
18 – 19 Jahre	M	15	66	4,4	16.843	89,1
	W	8	30	3,8	15.096	53,0
20 – 24 Jahre	M	71	829	11,7	47.089	150,8
	W	16	189	11,8	43.191	37,0
25 – 29 Jahre	M	117	1.346	11,5	50.469	231,8
	W	50	468	9,4	46.753	106,9
30 – 39 Jahre	M	515	6.997	13,6	99.063	519,9
	W	214	2.356	11,0	93.965	227,7
40 – 49 Jahre	M	703	9.511	13,5	101.625	691,8
	W	401	5.052	12,6	100.033	400,9
50 – 59 Jahre	M	1.052	13.016	12,4	117.029	898,9
	W	407	5.278	13,0	115.415	352,6
60 Jahre u. älter	M	910	9.938	10,9	160.942	565,4
	W	336	4.232	12,6	197.551	170,1
Gesamt		4.818	59.309	12,3	1.473.576	327,0

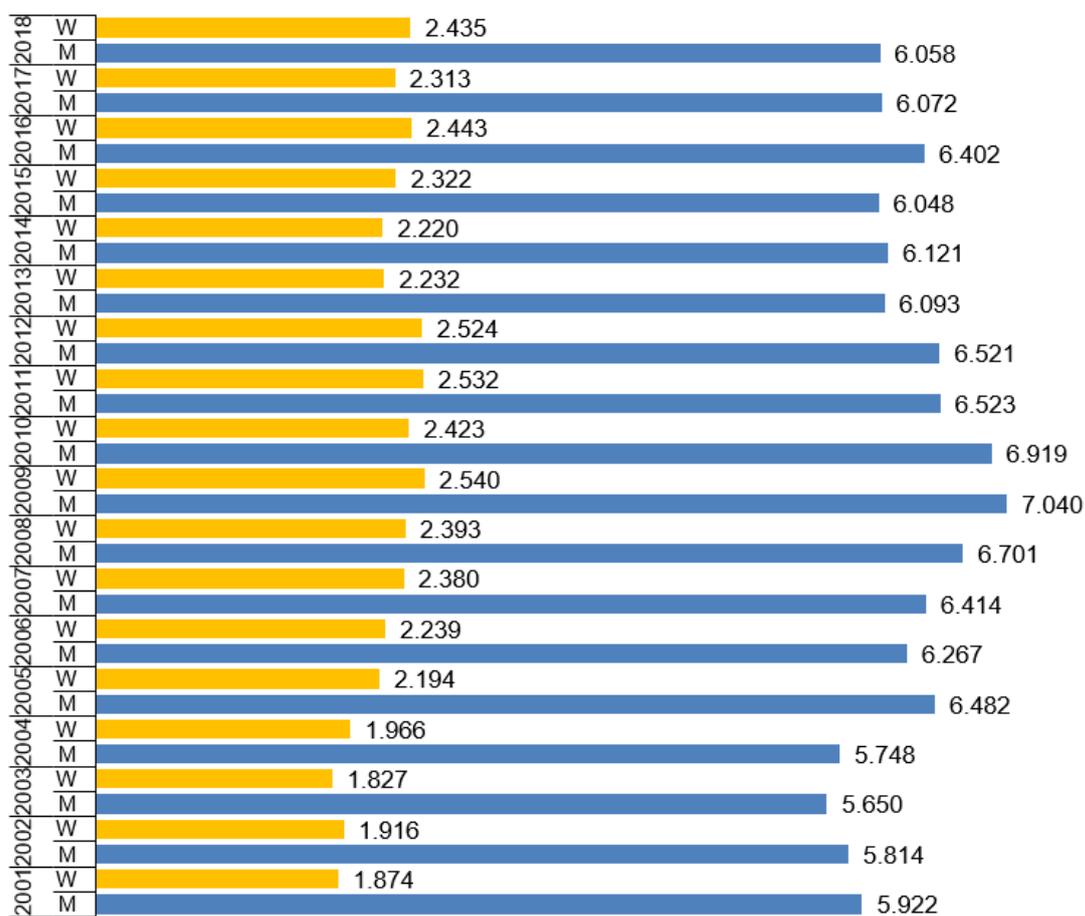
Quelle: LKF, eigene Auswertungen

6.4.4 Veränderung aller Alkoholdiagnosen in OÖ seit 2001

Wird die Summe aller Alkoholdiagnosen²⁴ im Jahresvergleich 2001 – 2018 betrachtet, so ist bis 2009 ein Anstieg der Diagnosen bei der Gesamtbevölkerung um 23 % feststellbar. Da der Großteil der Diagnosen durch Abhängigkeitsdiagnosen verursacht wird, ist auch bei allen Alkoholdiagnosen von 2010 bis 2018 eine Stagnation bzw. leichte Abnahme zu sehen.

Abbildung 6.11:

Diagnosecluster alle Alkoholdiagnosen in OÖ 2001–2018 nach Geschlecht



Quelle: LKF-Daten, eigene Auswertung

²⁴ Hierzu zählen neben den bereits dargestellten Diagnoseclustern „akuter Alkoholmissbrauch“ und „Alkoholabhängigkeit“ auch die „alkoholinduzierten körperlichen Störungen“. 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.

6.5 Zusammenfassung

Im Vergleich zu den Jahren 2003 und 2006 ist 2018 der Stellenwert des Alkohols auf den Ebenen

- » persönlicher Umgang mit Alkohol (z. B. „Ich habe mir schon öfters vorgenommen, in Zukunft weniger Alkohol zu trinken“; „Mit Alkohol kann ich mich von meinen Schwierigkeiten ablenken“; etc.) und
- » Bedeutung des Alkohols im sozialen Leben (z. B. „Mit Alkohol wird es in einer gemütlichen Runde einfach gemütlicher“, etc.)

im Wesentlichen gleich geblieben.

Demgegenüber hat sich der Stellenwert des Alkohols am Arbeitsplatz am stärksten verändert: Die Verfügbarkeit von Alkohol am Arbeitsplatz hat sich verringert, umgekehrt berichten 15% der Befragten von „Ärger mit KollegInnen die mit Alkohol nicht umgehen können“.

Vier von fünf OberösterreicherInnen (79%) fühlen sich sehr gut bzw. gut über Alkohol informiert (2003 waren es ebenfalls 79%). Das Wissen über das Jugendschutzgesetz hat sich – zumindest was das Konsumalter für Spirituosen betrifft – stark verbessert.

Die von den Befragten durchschnittlich angegebene Konsummenge reinen Alkohols ist gefallen. Sie betrug im Jahr 2019 15,3 Gramm pro Kopf und Tag (2015: 19,9 Gramm; 2006: 18,7 Gramm, 2003: 18,0 Gramm).

Der zumindest wöchentliche (einmal pro Woche oder häufiger) Alkoholkonsum hat sich – verglichen mit 2006 – kaum verändert. So gaben 2019 etwa 56,3 % der befragten OberösterreicherInnen (72,1 % der Männer und 40,8% der Frauen) an, zumindest einmal pro Woche Alkohol zu trinken. Der Anteil der täglichen AlkoholkonsumentInnen von 2,8 % der Befragten sank gegenüber dem Jahr 2006 leicht, gegenüber 2003 ist eine deutliche Verringerung ersichtlich (2006: 3,8 %, 2003: 6,5 %).

Der häufige Alkoholkonsum (an 4 bis 7 Tagen pro Woche) steigt kontinuierlich mit dem Alter an. Mit dem Alter häufen sich auch die Diagnosen der Alkoholabhängigkeit.

Der Alkoholkonsum ist nach wie vor eine Domäne der Männer: Burschen und Männer trinken wesentlich öfter und mehr als Mädchen und Frauen. Bei Männern wird auch weitaus häufiger die Diagnose Alkoholabhängigkeit gestellt: Unter den Alkoholabhängigen befinden sich knapp dreimal mehr Männer als Frauen.

Zwischen 2001 und 2009 erfolgte ein Anstieg der Alkoholabhängigkeitsdiagnosen in oberösterreichischen Spitälern um 23 %. Seitdem ist eine Stagnation bzw. ein leichter Rückgang der Diagnosen zu erkennen.

Von den 221.518 Belagstagen in oberösterreichischen Spitälern, welche auf Grund des Konsums psychoaktiver Substanzen (Alkohol, Nikotin, Medikamente, illegale Drogen) und Essstörungen 2018 anfielen, ist der Alkoholkonsum für den zweitgrößten Posten (nach Nikotin) von 34,8 % (ca. 77.000 Belagstagen) verantwortlich.

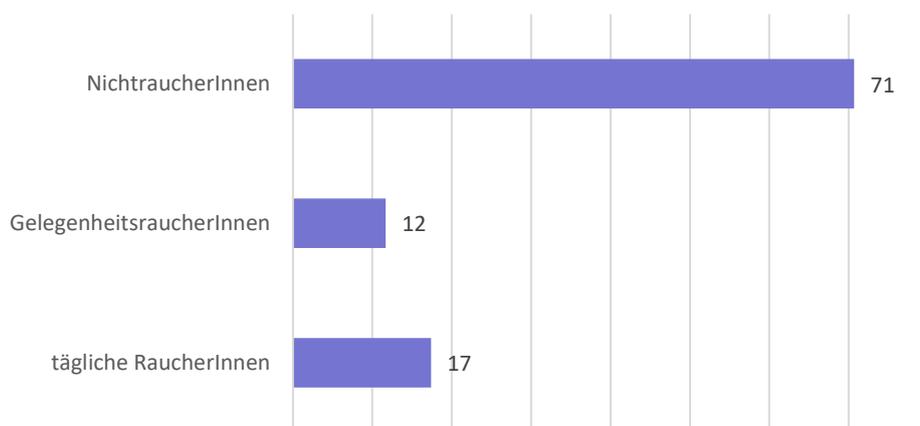
7 Tabakkonsum

7.1 Die Prävalenz des Tabakkonsums²⁵

Zur Darstellung der Prävalenz des Tabakkonsums in Oberösterreich werden hier vorrangig Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung OÖ 2019 (und teilweise aus den Jahren 2019, 2015, 2009, 2006 und 2000) präsentiert, die im Rahmen des Projektes „Drogenmonitoring OÖ“ durchgeführt wurden.

Abbildung 7.1:

RaucherInnenprävalenz Oberösterreich (in Prozent), Alter 15+, N=1442



Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

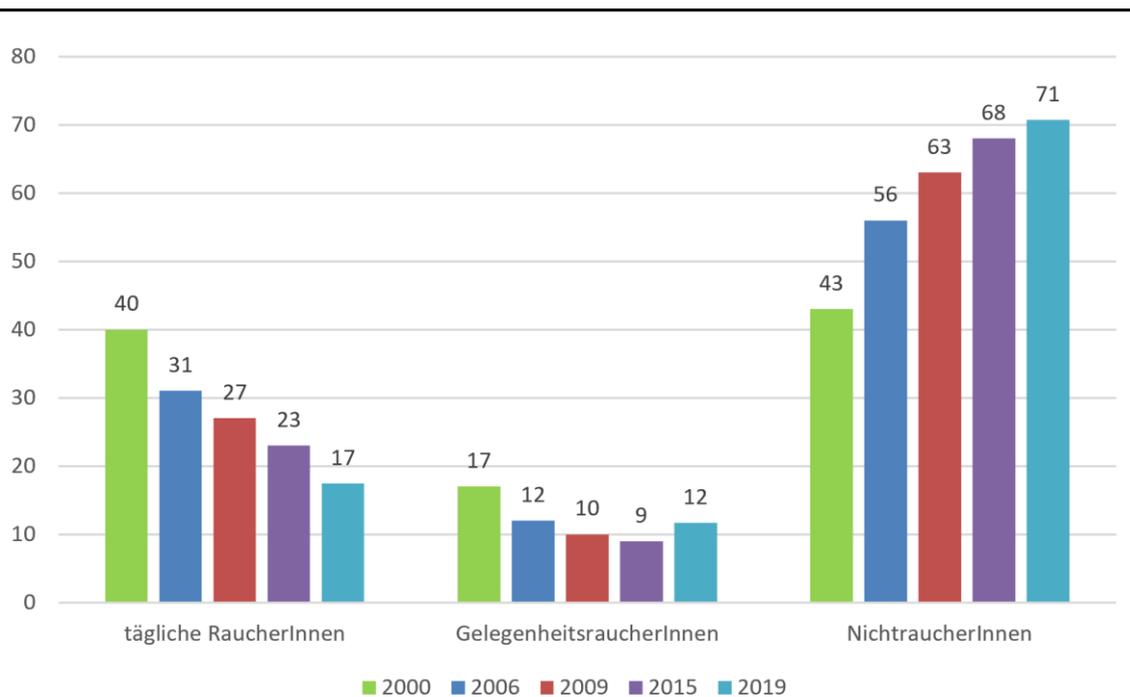
²⁵ Aus Platzgründen konzentrierte sich die Erhebung auf den Zigarettenkonsum, der heute den überwiegenden Anteil des Tabakkonsums ausmacht. Für Österreich wurde im Rahmen einer Mikrozensuserhebung zu den Rauchgewohnheiten der Pfeifen oder Zigarrenraucheranteil mit 1,9 % beschrieben (Statistik Austria 2002, 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 und Folgerhebung 2003 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 Folgebefragungen 2003, 2006 und 2015 weitere Fragen entwickelt bzw. von anderen internationalen Untersuchungen übernommen oder adaptiert, z. B. aus Riemann et al. (1997).

Nimmt man die GelegenheitsraucherInnen und täglichen RaucherInnen zusammen, ergibt sich derzeit ein RaucherInnenanteil von 29 %. 71 %, also fast drei Viertel der Befragten bezeichneten sich als „absolute NichtraucherInnen“.

Abbildung 7.2:

RaucherInnenprävalenz Oberösterreich (in Prozent), Alter 15+, N=1442



Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2000, 2006, 2009, 2015, 2019, Institut Suchtprävention

Im Vergleich zu den Befragungen der Jahre 2000 bis 2019²⁶ weisen die Angaben der Befragung 2019 auf einen weiteren Rückgang der Raucherquote hin. Im Jahr 2000 gaben insgesamt 57 % an zu rauchen, 2006 erreichte der Anteil der RaucherInnen 43 %, 2009 37 %. 2015 32 % und 2019 gaben 29 % der Befragten an zu rauchen. Im Jahr 2000 gaben 40 % an täglich zu rauchen, 2006 erreichte dieser Wert 31 %, 2009 27 %, 2015 23 % und 2019 gaben 17 % der Befragten täglichen Zigarettenkonsum an. Der Nichtraucheranteil stieg in diesem Zeitraum um 28 % von 43 % im Jahr 2000 auf 71 % im Jahr 2019 an.

²⁶ 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 nicht zur Grundgesamtheit gehörenden Personen“ (Kraus und Augustin, 2000, 135), um nur einige anzuführen.

7.1.1 Rauchen, Geschlecht und Alter

Die bei den früheren Erhebungen vorgefundenen hohen Geschlechterdifferenzen beim Rauchen sind nunmehr stark abgeflacht. Wie bei anderen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, zeigen sich beim Rauchen große Unterschiede beim Alter.

Tabelle 7.1:

Verteilung RaucherInnenstatus nach Geschlecht (in Prozent), Alter 15+, N=1442

Geschlecht	Nicht-RaucherInnen	Gelegenheits-raucherIn	tägliche RaucherInnen
M	69,5	13,5	16,6
W	71,7	10,1	18,1
Gesamt	70,6	11,7	17,4

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Insgesamt rauchen mehr Männer als Frauen (30,1 %: 28,2 %), beim täglichen Zigarettenkonsum liegen die Frauen mit 18,1 % nunmehr über den Wert der Männer, die 16,6 % erreichen. Der Zusammenhang zwischen Alter 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 die RaucherInnenlaufbahn im frühen Jugendalter. Während im Alter von 13 Jahren noch relativ wenige Burschen und Mädchen regelmäßig rauchen, nimmt die Anzahl der täglichen RaucherInnen ab dem 15. Lebensjahr immer schneller zu und erreicht in dieser Untersuchung bei den 20- bis 24-Jährigen bei beiden Geschlechtern ihren Höhepunkt (GelegenheitsraucherInnen + tägliche RaucherInnen). 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)

Die niedrigen RaucherInnenraten älterer Menschen wird vor allem auch durch die frühere Sterblichkeit der RaucherInnen und durch die höhere Anzahl von Ex-RaucherInnen, Nie-RaucherInnen bzw. Nicht-RaucherInnen mit beeinflusst.

Tabelle 7.2:

Verteilung Männer nach Alter und Raucherstatus (in Prozent), Alter 15+, N=675

		Männer							
Alter		15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60 u. älter	Gesamt
Nicht-Raucher		55,3	47,1	61,0	71,7	64,8	65,6	80,4	69,7
Gelegenheits-Raucher		23,7	26,5	19,5	14,1	10,2	13,6	9,8	13,4
tägliche Raucher		21,1	26,5	17,1	14,1	25,0	20,8	9,4	16,6

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Bei den Männern rauchen die jungen erwachsenen Männer zwischen 20 und 24 Jahren mit 53 % Raucher insgesamt und 26,5 % täglichen Rauchern am häufigsten, gefolgt von den 15- bis 19-jährigen Männer (44,8 % Raucher insgesamt, 21,1 % tägliche Raucher). Die 25- bis 29-Jährigen rauchen schon deutlich weniger als die jüngeren Männer (36,6 % Raucher insgesamt) bei 17,1 % täglichen Rauchern. Bei der Kohorte der 30- bis 39-jährigen Männern nimmt der Raucheranteil weiter ab (28,2 % Raucher insgesamt, 14,1 % tägliche Raucher). Bei den befragten 40- bis 49-Jährigen steigt der Raucheranteil mit 35,2 % Raucher insgesamt (tägliche Raucher: 25,0 %) wieder an. Bei der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen bleibt der Konsum auf insgesamt 34,4 % bei 20,8 % täglichen Rauchern ähnlich hoch und sinkt stark bei den 60- bis 69-jährigen Männern mit 19,2 % Raucheranteil bei 9,4 % täglichen Rauchern.

Tabelle 7.3:

Verteilung Frauen nach Alter und Raucherinnenstatus (in Prozent), Alter 15+, N=714

		Frauen							
Alter		15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60 u. älter	Gesamt
Nicht-Raucherinnen		75,0	52,9	73,9	68,5	79,2	67,1	80,2	71,6
Gelegenheits-Raucherinnen		17,3	22,9	14,5	9,2	4,0	9,1	5,6	10,1
tägliche Raucherinnen		7,7	24,3	10,1	22,3	16,8	23,8	14,3	18,2

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Bei den Frauen rauchen die jungen erwachsenen Frauen zwischen 20 und 24 Jahren mit 47,2 % Raucherinnen insgesamt und 24,3 % täglichen Raucherinnen am häufigsten. Bei der Gruppe der 15- bis 19-jährigen Frauen ist der Raucherinnenanteil noch deutlich niedriger (25 % Raucherinnen insgesamt, 7,7 % tägliche Raucherinnen). Ähnlich hoch liegt der Raucherinnenanteil bei den 25- bis 29-Jährigen mit insgesamt 24,6 % Raucherinnen und 10,1 % täglichen Raucherinnen. Die 30- bis 39-Jährigen Frauen rauchen wieder etwas mehr. Der Raucherinnenanteil liegt bei 31,5 %, bei 22,3 % täglichen Raucherinnen. Bei den 40- bis 49-jährigen Frauen sinkt der Raucherinnenanteil auf 20,8 %, bei 16,8 % täglichen Raucherinnen. In der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen steigt die Raucherinnenquote auf 32,9 % wieder stark an, bei 23,8 % täglichen Raucherinnen, um bei den

60-Jährigen und Älteren mit einem Raucherinnenanteil von 19,9 % und 14,3 % täglichen Raucherinnen stark zurückzugehen. Die frühere Sterblichkeit der Raucherinnen ist bei den älteren Kohorten zu berücksichtigen.

7.1.2 Täglicher Zigarettenkonsum

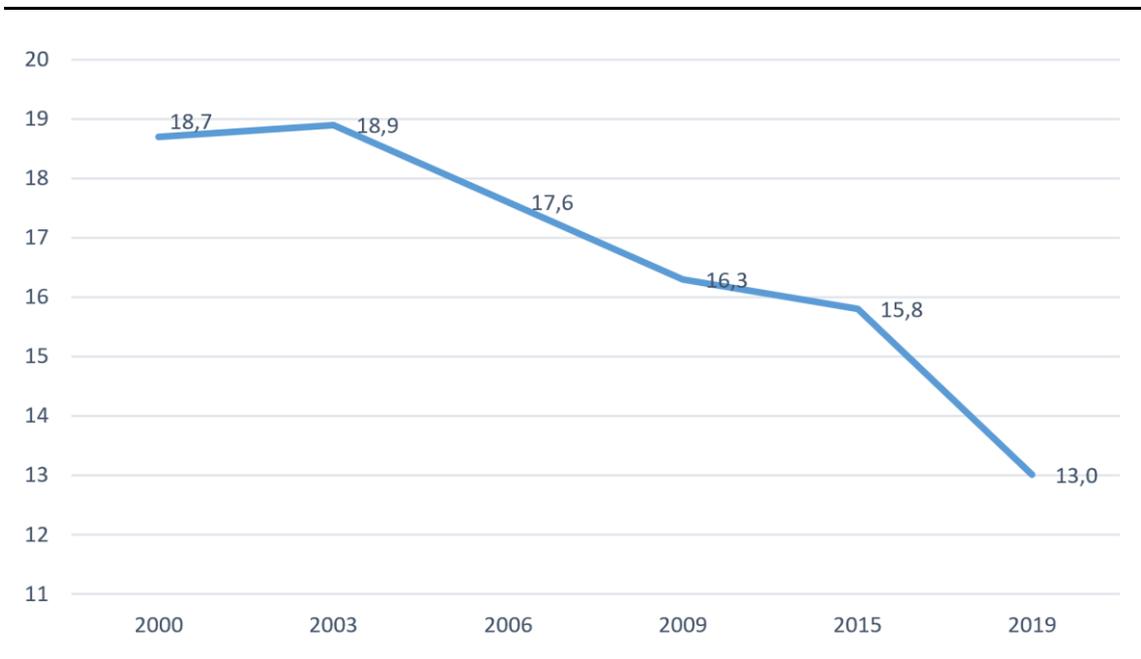
Bei den RaucherInnen mit einem täglichen Zigarettenkonsum –das sind 17 % der Befragten –wurde die tägliche Zigarettenmenge²⁷ erhoben um einen weiteren Einblick in den Konsumumfang und der damit verbundenen potenziellen Gesundheitsgefährdung zu erhalten (Frage: Wie viele Zigaretten rauchen sie an einem durchschnittlichen Tag, können sie da eine Schätzung vornehmen?).

Die Anzahl der konsumierten Zigaretten pro Tag zeigt Unterschiede der Geschlechter. Täglich rauchende Frauen konsumieren durchschnittlich 11,5 Zigaretten pro Tag, täglich rauchende Männer 14,6 Zigaretten pro Tag. Der durchschnittlich angegebene Zigarettenkonsum der täglichen Raucher und Raucherinnen beträgt im Jahr 2019 13 Zigaretten pro Tag und ist im Vergleich zu 2003 mit 17,6 Zigaretten pro Tag und 2006 mit 18,9 Zigaretten pro Tag stetig zurückgegangen.

²⁷ 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 RaucherInnengewohnheit (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 Ausatemungsluft oder das Rauchen von „light“-Zigaretten.

Abbildung 7.3:

Anzahl der gerauchten Zigaretten pro Tag bei den täglichen ZigarettenraucherInnen, Alter 15+, N=241



Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Tabelle 7.4:

Verteilung der täglichen ZigarettenraucherInnen nach der Anzahl der gerauchten Zigaretten pro Tag (in Prozent), Alter 15+, N=241

Geschlecht	Zigaretten /Tag		
	1-9 Zigaretten	10-19 Zigaretten	20 und mehr Zigaretten
männlich	26,1	42,6	31,3
weiblich	36,0	40,8	23,2
Gesamt	31,3	41,7	27,1

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Die Gruppe mit dem geringeren täglichen Zigarettenkonsum (hier definiert mit 1-9 Zigaretten pro Tag) bilden die 26,1 % der täglich rauchenden Männer und 36 % der täglich rauchenden Frauen. Das ergibt einen gesamten Anteil von 31,3 % der täglichen RaucherInnen.

42,6 % der täglich rauchenden Männer und 40,8 % der täglich rauchenden Frauen konsumieren 10-19 Zigaretten pro Tag. Das sind insgesamt 41,7 % der täglichen RaucherInnen.

Personen mit einem hohen täglichen Zigarettenkonsum, mit 20 und mehr Zigaretten pro Tag, werden hier als starke RaucherInnen definiert (siehe auch Kraus und Augustin, 2001, 52): das sind im Jahr 2019 31,3 % der täglich rauchenden Männer, bei den Frauen beträgt dieser Wert 23,2 %. Insgesamt sind demnach, laut vorgenommener Definition, 27,1 % der täglichen RaucherInnen als starke RaucherInnen zu bezeichnen. Im Jahr 2006 war dieser Wert fast doppelt so hoch (52,6 % der täglichen RaucherInnen).

7.1.3 Anteil der NichtraucherInnen²⁸

Der gesellschaftlich anhaltende Trend gegen das Rauchen wird auch durch die Zuordnung der Befragten als Nichtraucher bestätigt. Während im Jahr 2000 43 % der interviewten Personen angaben, dass sie „absoluter Nichtraucher“ sind, waren es 2003 47 %, 2006 bereits 56 %, 2015 immerhin 68 %. 2019 gaben schließlich 71 % der Befragten an, NichtraucherIn zu sein.

Die Darstellung der Befragten, die sich als „absolute Nichtraucher“ bezeichnen, zeigt, dass (entsprechend zu den RaucherInnenzahlen) in den Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen mit 66,7 %, den 20- bis 24-Jährigen mit 51 % und den 50- bis 59-Jährigen mit 66,4 % die niedrigsten NichtraucherInnenanteile erreicht werden. Bei den 25- bis 29-Jährigen steigt der NichtraucherInnenanteil auf 69,1 % leicht an und bleibt bei den 30- bis 39-Jährigen mit 69,8 % auf diesem Niveau. Bei den 40- bis 49-Jährigen liegt der NichtraucherInnenanteil bei 72,5 %. Bei den 60-jährigen und älteren mit 80,3 % werden die höchsten Anteile erreicht.

Tabelle 7.5:

Verteilung der NichtraucherInnen nach Geschlecht und Alter, Alter 15+, N=981

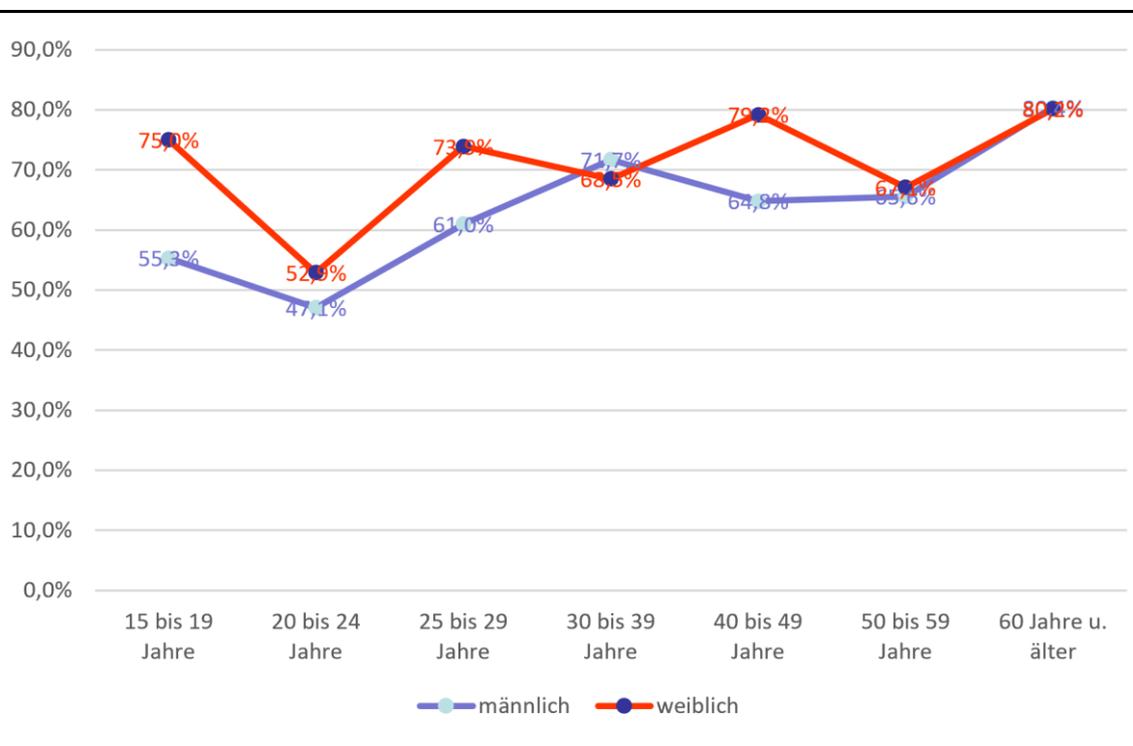
Alter	NichtraucherInnen							gesamt
	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60 u. älter	
Männer	55,3	47,1	61,0	71,7	64,8	65,6	80,4	69,7
Frauen	75,0	52,9	73,9	68,5	79,2	67,1	80,2	71,6
Gesamt	66,7	51,0	69,1	69,8	72,5	66,4	80,3	70,7

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

²⁸NichtraucherInnen werden hier als Summe der NieraucherInnen und ExraucherInnen definiert.

Abbildung 7.4:

Verteilung der NichtraucherInnen nach Geschlecht und Altersgruppen, Alter 15+, N=981



Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

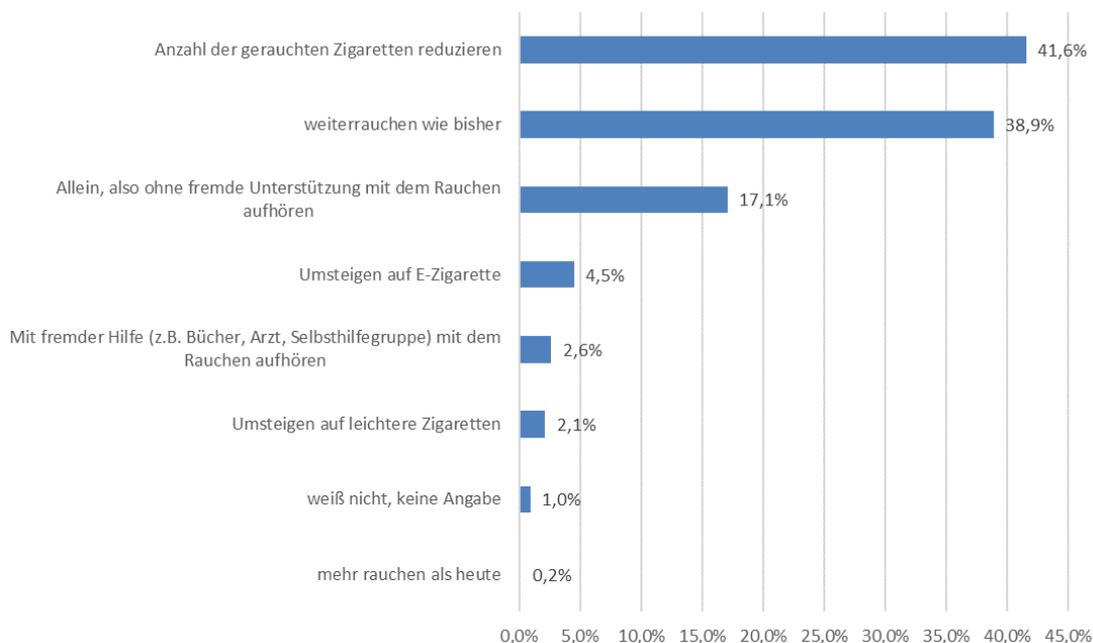
Die geschlechtsspezifische Auswertung (siehe auch die Tabellen 7.2 und 7.3) zeigt, dass die niedrigsten Nichtraucheranteile bei den Männern von den jungen Männern von 15 bis 24 Jahren erreicht werden. Bei den männlichen 15- bis 19-Jährigen liegt der Nichtraucheranteil bei 55,3 %, den niedrigsten Nichtraucheranteil erreichen die männlichen 20- bis 24-Jährigen mit 47,1 %. Der niedrigste NichtraucherInnenanteil bei den Frauen werden in den Altersgruppen der 20- bis 24-Jährigen mit 52,9 % erreicht.

7.2 Die Bereitschaft zur Verhaltensänderung und die RaucherInnenentwöhnung

Da das Thema RaucherInnenentwöhnung in der tabakpolitischen Diskussion weiter an Bedeutung gewinnt, wurde in der Befragung das zukünftige (beabsichtigte) Rauchverhalten der täglichen RaucherInnen erhoben.

Abbildung 7.5:

Zukünftiges geplantes Rauchverhalten der täglichen RaucherInnen (in Prozent),
Mehrfachnennungen möglich, Alter 15+, N=241



Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

38,9 % gaben an, in den nächsten 6 Monaten wie bisher weiterrauen zu wollen. Immerhin 41,6 % der täglichen RaucherInnen beabsichtigen die Anzahl der gerauchten Zigaretten zu reduzieren und 2,1 % auf leichtere Zigaretten umzusteigen. 4,5 % wollen auf E-Zigaretten umsteigen. 19,7 % planen mit dem Rauchen aufzuhören, davon 17,1 % ohne fremde Unterstützung und 2,6 % mit fremder Unterstützung wie Arzt, Selbsthilfegruppen oder Bücher.

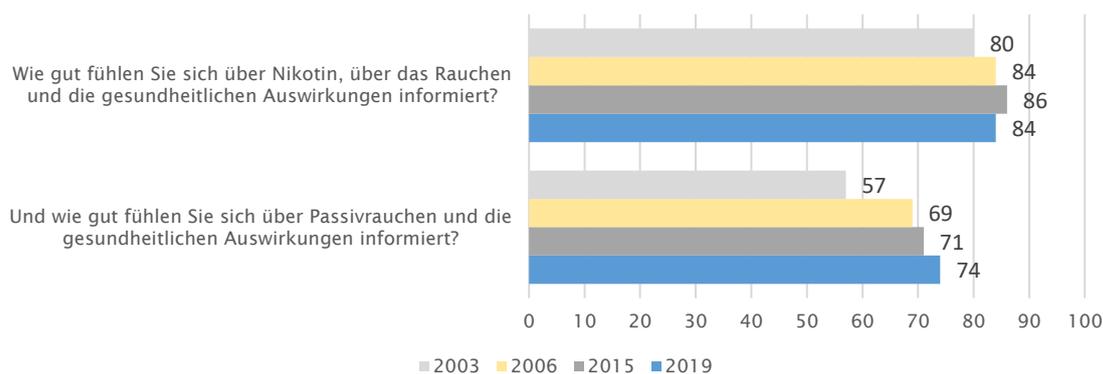
Rund 65,8 % der täglichen RaucherInnen können als dissonante RaucherInnen bzw. als RaucherInnen mit einem sogenannten Nikotin-Prä-Abstinenz Syndrom (NPAS) (Personen, die entweder mit dem Rauchen aufhören, ihren Tabakkonsum reduzieren oder auf E-Zigarette umsteigen wollen) bezeichnet werden. Hochgerechnet sind das rund 141.000 RaucherInnen in Oberösterreich.

7.3 Subjektives Informationsniveau

Im Rahmen der Bevölkerungsbefragung OÖ 2003 wurden erstmals Fragen zum subjektiven Informationsniveau beim Rauchen und beim Passivrauchen erhoben. Mit diesen Fragen sollten weitere Hinweise für die Wissensstruktur und deren Reflexion gewonnen werden.

Abbildung 7.6:

Subjektives Informationsniveau zum Rauchen (in Prozent), Frage: „Wie gut fühlen Sie sich über Nikotin, über das Rauchen und die gesundheitlichen Auswirkungen informiert?“ und „wie gut fühlen Sie sich über Passivrauchen und die gesundheitlichen Auswirkungen informiert? Würden Sie sagen, Sie fühlen sich über das Passivrauchen...“, („sehr gut informiert“ + „gut informiert“), Alter 15+, 2003: N=1018, 2006: N=1508, 2015 N=1184, 2019 N=1442



Frage: „Wie gut fühlen Sie sich über Nikotin, über das Rauchen und die gesundheitlichen Auswirkungen informiert?“ und „wie gut fühlen Sie sich über Passivrauchen und die gesundheitlichen Auswirkungen informiert? Würden Sie sagen, Sie fühlen sich über das Passivrauchen...“, Mögliche Antwortkategorien: „sehr gut informiert“ – „gut informiert“ – „weniger gut informiert“ – „gar nicht gut informiert“, Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2003, 2006, 2015, 2019, Institut Suchtprävention

84 % der Befragten (2003: 80 %, 2006: 84 %) fühlen sich über die Themen Nikotin und Rauchen sehr gut bzw. gut informiert. Über gesundheitliche Auswirkungen des Passivrauchens fühlen sich die Befragten weniger gut informiert, 74 % der Befragten (2003: 57 %, 2006: 69 %) fühlten sich sehr gut bzw. gut informiert. Die Entwicklung seit 2003 zeigt, dass sich das subjektive Informationsniveau beim Passivrauchen stark verbessert hat, aber immer noch rund 10 % unter dem Niveau der „gesundheitlichen Auswirkungen des Rauchens“ liegt. Dieser geringere Wert soll als Notwendigkeit verstanden werden, die Themenbereiche des Nichtraucher-schutzes weiterhin zu problematisieren (Öffentlichkeitsarbeit, Präventionsprojekte, Elternbildung etc.). Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Zuordnung zu einem gewissen Informationsniveau nur wenig über das „tatsächliche“ Informationsniveau aussagt. Tatsächlich ergaben frühere Auswertungen der Drogenmonitoringdaten, dass ein gewisser Anteil der Befragten relativ defizitäre Wissensbestände aufweist, sich selbst jedoch einem hohen Wissensniveau zuordnet.

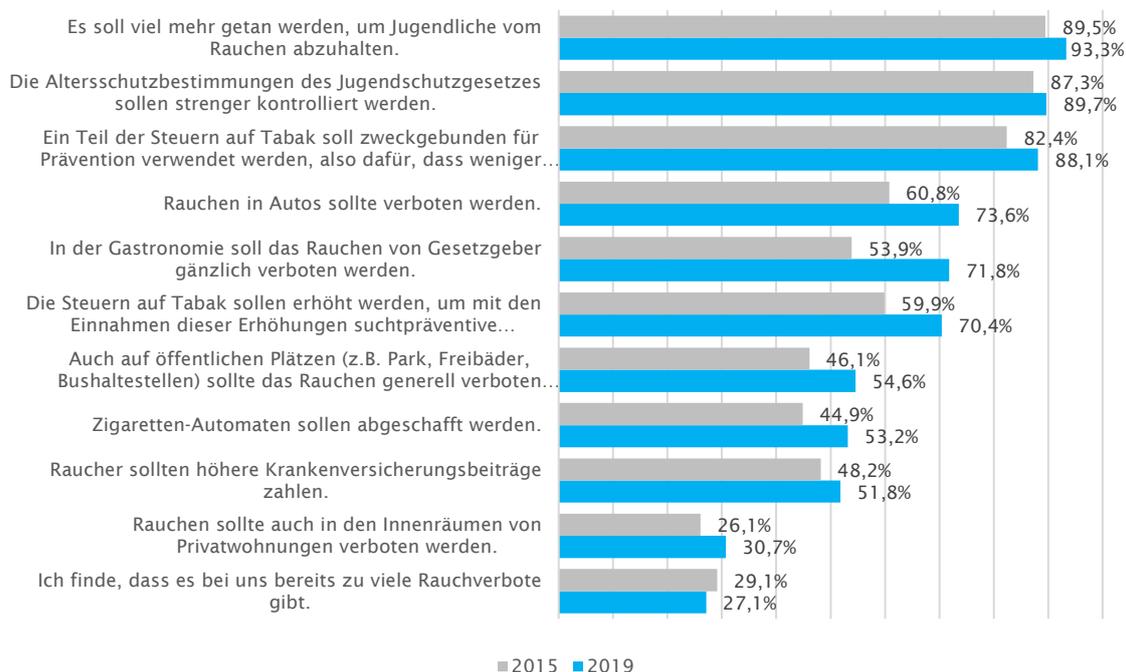
7.4 Tabakpolitik

7.4.1 Erwartungen der öö. Bevölkerung an die Politik

Die Erwartungen der öö. Bevölkerung an die politisch Verantwortlichen hinsichtlich der zu setzenden Maßnahmen im Bereich Tabakpolitik werden in folgender Abbildung 7.7 ersichtlich. Frage: „Was soll Ihrer Meinung nach der Gesetzgeber, also der Staat, das Land und die Gemeinden machen, um das Suchtproblem zu verringern?“ bzw. „Auf dieser Liste sehen Sie verschiedene Aussagen zum Thema Rauchen; welchen dieser Aussagen würden Sie besonders zustimmen?“

Abbildung 7.7:

Gewünschte Maßnahmen bzw. Zustimmung zu Aussagen (in Prozent), Frage: „Auf dieser Liste sehen Sie verschiedene Aussagen zum Thema Rauchen; welchen dieser Aussagen würden Sie besonders zustimmen?“ (Antwortkategorien: „sehr dafür“ + „eher dafür“), Alter 15+, N= 1442



Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Drei Themenbereiche finden besonders große Zustimmung: die Förderung von präventiven Angeboten („Es soll viel mehr getan werden, um Jugendliche vom Rauchen abzuhalten“) mit insgesamt

93,3 % Zustimmung („sehr dafür“ + „eher dafür“), die Kontrolle des Jugendschutzgesetzes mit 89,7 % Zustimmung und die Zweckbindung von Steuern auf Tabak für Prävention mit 88,1 %. Bei allen drei Bereichen wurde die Zustimmung im Vergleich zu Befragung 2015 um mehrere Prozentpunkte nochmals gesteigert.

Die höchsten Steigerungen der Zustimmungen wurden bei Verbotsthemen erreicht. Bei dem Statement „Rauchen im Auto sollte verboten werden“ stieg die Zustimmung um 12,8 % auf 73,6 %, beim Statement „In der Gastronomie soll das Rauchen vom Gesetzgeber gänzlich verboten werden“ stieg die Zustimmung um 17,9 % auf 71,8 %. Die Befragung fand im Dezember 2018 und Jänner 2019 statt, das nunmehr geltende Rauchverbot in der Gastronomie (in Innenräumen) trat am 1. November 2019 in Kraft.

Die durchgängigen Steigerungen der Zustimmungswerte in den Bereichen Prävention, Kontrolle der Jugendschutzregelungen und bei den Verbotsthemen, kann als Ausdruck des Trends gegen das Rauchen gesehen werden.

8 Pathologisches Kaufen

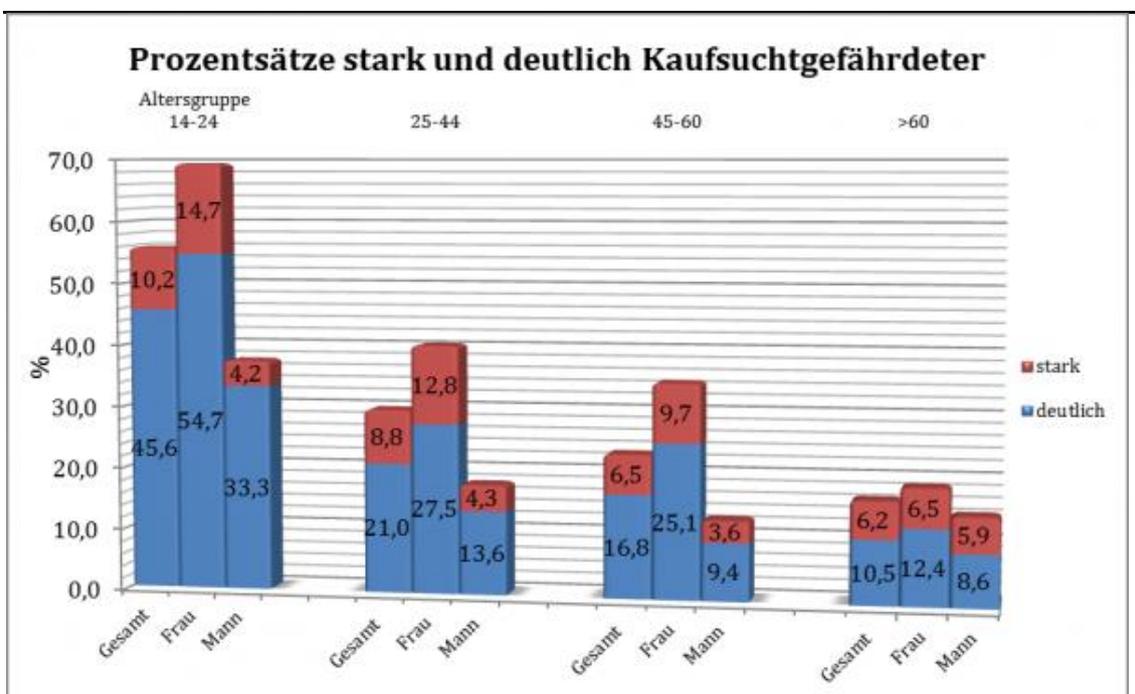
Formularbeginn

Formularende

8.1 Kaufsuchtgefährdung in Österreich

Nach Kollmann und Kautsch (2011): „Kaufsucht in Österreich 2011“ können 7,8% der österreichischen Bevölkerung ab 14 Jahren als stark kaufsuchtgefährdet eingestuft werden. Das ergibt für diese Bevölkerungsgruppe eine absolute Zahl von ca. 565.000 Personen, die als „de facto kaufsuchtig“ bezeichnet werden können. In der Untersuchung „kam als Erhebungsinstrument der Hohenheimer Kaufsuchtindikator (German Addictive Buying Scale, siehe L.A. Reisch und M. Neuner und G. Raab (2004)) in seiner Standardversion zum Einsatz. Aus den 16 Fragen, die auf einer 4-stufigen Antwortskala zu beantworten waren, wurde ein Summenscore (GABS-Score) gebildet, welcher über das Ausmaß der Kaufsuchtgefährdung Auskunft gibt.“ (Kollmann und Kautsch, 2011, S. 4)

Abbildung 8.1: Kaufsuchtgefährdung 2011 in Österreich nach den Altersgruppen, Geschlecht und Art der Kaufsuchtgefährdung (deutlich – stark) aufgeschlüsselt



Quelle: (Kollmann und Kautsch, 2011, S. 8)

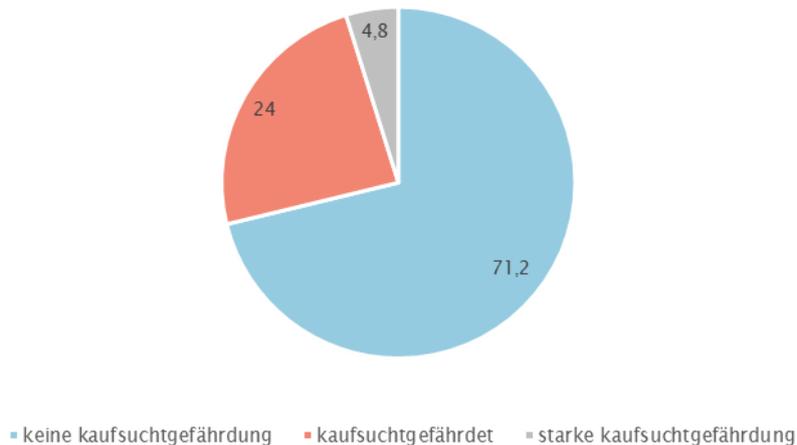
Süchtiges Kaufverhalten wird wie andere Verhaltenssüchte (stoffungebundene Süchte) bislang oft als „(Nicht näher bezeichnete) Störung der Impulskontrolle“ nach den Diagnosemanuals des DSM-IV und ICD 10 eingeordnet. Neben den oben erwähnten 7,8 % (565.000) stark kaufsuchtgefährdeter Personen ab 14 Jahren, identifizieren Kollmann und Kautsch (2011) noch eine Gruppe mit deutlich kompensatorischer Kaufneigung im Ausmaß von 20 % (1.450.000). „Der Wert der Kaufsuchtgefährdung insgesamt liegt somit 2011 bei knapp 28 % (27,9 %).“ (Kollmann und Kautsch, 2011, S. 5)

Vergleicht man die Altersgruppen, so wird deutlich, dass insbesondere jüngere Menschen von Kaufsucht betroffen sind. Mit zunehmendem Alter nimmt die Kaufsuchtgefährdung ab. „Wie in früheren Jahren stellt das Geschlecht auch 2011 einen ganz deutlichen Einflussfaktor dar. Frauen zeigen ganz deutlich höhere Werte bei der Kaufsuchtgefährdung als Männer. [...] Das Geschlechterverhältnis in der Gruppe der Kaufsuchtgefährdeten liegt 2011 bei 69 % Frauen und 31 % Männern.“ (Kollmann und Kautsch, 2011, S. 10)

8.2 Kaufsuchtgefährdung in Oberösterreich

Die Auswertungen zur Kaufsuchtgefährdung beziehen sich auf den Bevölkerungssurvey 2015 in Oberösterreich, da 2019 keine Erhebung zu diesem Thema stattfand. Dabei wurde dasselbe Erhebungsinstrument verwendet wie in den Österreichstudien von Kollmann und Kautsch. In Oberösterreich stellt sich die Situation im Jahr 2015 ähnlich dar. 24 % der Befragten fallen in die Gruppe der Kaufsuchtgefährdeten, etwa 5 % sind stark kaufsuchtgefährdet.

Abbildung 8.2: Kaufsuchtgefährdung 2015 in Oberösterreich. (nach dem „Screeningverfahren zur Erhebung von kompensatorischem und süchtigem Kaufverhalten (SKSK)“ bzw. Hohenheimer Kaufsuchtindikator) in Prozent, N=1184, Alter 15+

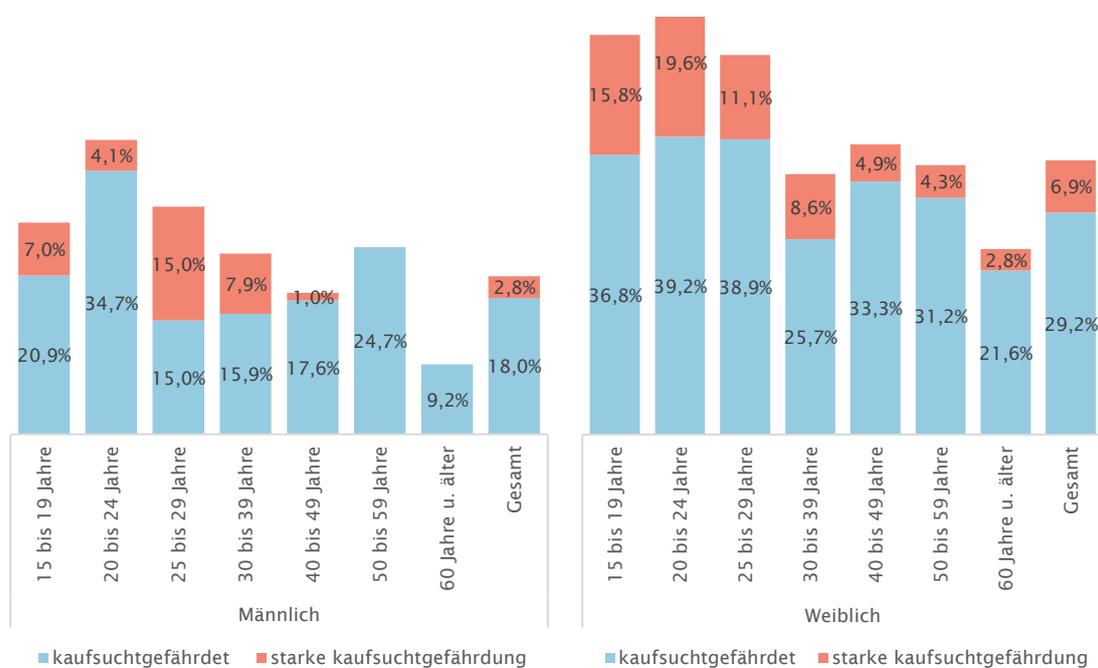


Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2015, Institut Suchtprävention

Die Gruppe der „stark kaufsuchtgefährdeten“ und „kaufsuchtgefährdeten“ Menschen ist mit 28,8 % fast exakt bei dem Wert, den Kollmann und Kautsch für Gesamtösterreich ermittelten. Somit sind in Oberösterreich etwa 350.000 Personen von einer Kaufsuchtgefährdung betroffen. Eine Gruppe von 58.000 Personen kann als „stark kaufsuchtgefährdet“ eingestuft werden.

Kaufsucht ist jung und weiblich. In Abbildung 9.3 sind die beiden kaufsuchtgefährdeten Gruppen nach Geschlecht und Altersgruppen differenziert dargestellt. 36,1 % der über 15-jährigen Frauen gegenüber 20,8 % der Männer können als kaufsuchtgefährdet gelten. Besonders die Gruppe der 15- bis 30-jährigen Frauen sticht heraus. Hier finden sich Werte zwischen 50 % und 59 % Prozent Anteil an kaufsuchtgefährdeten Frauen. In dieser Altersgruppe finden sich zwischen 11 % und 20 % „stark kaufsuchtgefährdeter“ Frauen.

Abbildung 8.3: Kaufsuchtgefährdung 2015 in Oberösterreich nach den Altersgruppen, Geschlecht und Art der Kaufsuchtgefährdung (deutlich – stark) aufgeschlüsselt, N=1184, Alter 15+



Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2015, Institut Suchtprävention

Tabelle 8.1: Kaufsuchtgefährdung und Konsumprävalenz von illegalen Substanzen 2015 in Oberösterreich in Prozent, N=1184, Alter 15+

Konsumprävalenz illegaler Substanzen	Kaufsuchtgefährdung		
	keine Kaufsuchtgefährdung	kaufsuchtgefährdet	starke Kaufsuchtgefährdung
in der letzten Woche konsumiert	1,3	3,2	4,0
im letzten Monat konsumiert	0,5	2,4	4,0
im letzten Jahr konsumiert	1,3	4,4	4,0
schon einmal konsumiert	16,7	16,3	22,0
noch nie konsumiert	80,1	73,8	66,0
Gesamt	71,1	24,1	4,8

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2015, Institut Suchtprävention

Signifikante Zusammenhänge finden sich bei der Kaufsuchtgefährdung neben dem Alter und Geschlecht der Befragten hinsichtlich des Konsums von illegalen Substanzen und dem Status des Tabakkonsums. Zwischen Kaufsuchtgefährdung und Alkoholkonsum ergibt sich kein relevanter Zusammenhang.

Personen, die kürzlich eine illegale Substanz konsumiert haben, weisen gleichzeitig einen größeren Anteil an deutlicher und starker Kaufsuchtgefährdung auf. Nicht ganz drei Viertel der Befragten ohne Kaufsuchtgefährdung deklarieren sich als „absolute Nichtraucher“. Bei den Kaufsuchtgefährdeten sind das 56 %, bei den stark Kaufsuchtgefährdeten 53 %

Tabelle 8.2: Kaufsuchtgefährdung und Status des Tabakkonsums 2015 in Oberösterreich in Prozent, N=1184, Alter 15+

Status des Tabakkonsums	Kaufsuchtgefährdung		
	keine Kaufsuchtgefährdung	kaufsuchtgefährdet	starke Kaufsuchtgefährdung
bin absoluter Nichtraucher	72,5	56,0	52,9
rauche hin und wieder, bei besonderen Anlässen	5,1	7,2	13,7
rauche meistens, wenn ich in einer geselligen Runde bin, beim Fortgehen	1,6	5,6	7,8
rauche täglich, aber nur wenige Zigaretten	5,8	7,2	5,9
bin ein durchschnittlicher Raucher	12,1	16,8	15,7
bin ein starker Raucher	2,8	7,2	3,9

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2015, Institut Suchtprävention

8.3 Screeningverfahren

Als Basis zur Erhebung von Kaufsucht dient im deutschsprachigen Raum das „Screeningverfahren zur Erhebung von kompensatorischem und süchtigem Kaufverhalten (SKSK)“, – auch bekannt als „Hohenheimer Kaufsuchtindikator“. Der SKSK wurde nach einigen Vorstudien bereits 1991 in einer großen Untersuchung eingesetzt, die Normierung erfolgte jedoch erst in einer Repräsentativerhebung 2001.

„Das SKSK ist an die „Compulsive Buying Measurement Scale“ (Valence, D’Astous & Fortier, 1988) angelehnt und wurde in älteren Artikeln als „Hohenheimer Kaufsuchttest“ bezeichnet. Das Verfahren basiert auf der Definition der Kaufsucht als stoffungebunde Sucht (vgl. Spielsucht, Arbeitsucht), die von den Autoren wie folgt definiert wird:

- » ein *unwiderstehlicher Drang*, der stärker als der eigene Wille erfahren wird,
- » eine *Abhängigkeit* vom Kaufen bis zum Verlust der Selbstkontrolle, mit Einengung der Interessen auf das Kaufen; das Kaufen bleibt als einziges Befriedigungsmittel; soziale Isolation und Überschuldung als mittel- und langfristige Folgen,
- » Tendenz zur *Dosissteigerung* (häufigere und teurere Einkäufe),
- » *Entzugserscheinungen* (innere Unruhe und Unwohlsein, psychosomatische Erkrankungen, Selbstmordgedanken).

Als besonders problematisch an der Kaufsucht ist deren anfängliche Unauffälligkeit zu sehen, die sowohl aus der sozialen und gesellschaftlichen Akzeptanz des Konsums als auch aus der Verleugnung der Problematik durch die Betroffenen resultiert. Meist führen erst schwerwiegende Konsequenzen (Verschuldung, familiäre und/oder psychische Folgen) zu Diagnose und Behandlung.“ (Heide Glaesmer und Susanne Singer, 2008, 164)

Tabelle 8.3: „Screeningverfahren zur Erhebung von kompensatorischem und süchtigem Kaufverhalten (SKSK)“ bzw. Hohenheimer Kaufsuchtindikator (German Addictive Buying Scale), Werte in Prozent, N=1184, Alter 15+

	trifft nicht zu			trifft zu
	(1)	(2)	(3)	(4)
1. Wenn ich Geld habe, dann muss ich es ausgeben.	57,1	26,4	11,4	5,1
2. Wenn ich durch die Innenstadt oder durch ein Kaufhaus gehe, fühle ich ein starkes Verlangen, etwas zu kaufen.	49,7	30,7	12,3	7,2
3. Oft verspüre ich einen unerklärlichen Drang, einen ganz plötzlichen, dringenden Wunsch, loszugehen und irgendetwas zu kaufen.	58,1	27,1	9,5	5,4
4. Manchmal sehe ich etwas und fühle einen unwiderstehlichen Impuls, es zu kaufen.	43,7	27,3	22,0	7,0
5. Oft habe ich das Gefühl, dass ich etwas Bestimmtes unbedingt haben muss.	33,1	36,0	22,0	8,9
6. Nach dem Kauf frage ich mich oft, ob es wirklich so wichtig war.	37,1	33,0	20,6	9,3
7. Ich kaufe oft etwas, nur weil es billig ist.	37,7	33,0	20,4	8,9
8. Oft kaufe ich etwas, weil ich einfach Lust zum Kaufen habe.	50,5	27,6	15,0	6,9
9. Werbefbriefe finde ich interessant; häufig bestelle ich auch etwas.	50,4	32,9	12,6	4,1
10. Ich habe schon oft etwas gekauft, das ich dann nicht benutzt habe.	40,7	36,3	15,5	7,5
11. Ich habe schon öfters etwas gekauft, das ich mir eigentlich gar nicht leisten konnte.	63,6	25,0	8,1	3,3
12. Ich bin verschwenderisch.	64,5	25,6	7,7	2,1
13. Einkaufen ist für mich ein Weg, dem un-erfreulichen Alltag zu entkommen und mich zu entspannen.	54,9	27,6	13,0	4,5
14. Manchmal merke ich, dass etwas in mir mich dazu getrieben hat, einkaufen zu gehen.	63,7	23,0	10,1	3,2
15. Manchmal habe ich ein schlechtes Gewissen, wenn ich mir etwas gekauft habe.	47,9	32,7	14,3	5,0
16. Oft traue ich mich nicht, gekaufte Sachen anderen zu zeigen, weil man mich sonst für unvernünftig halten könnte.	73,1	18,4	5,6	2,9

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2015, Institut Suchtprävention

Der Hohenheimer Kaufsuchtindikator (German Addictive Buying Scale) in seiner Standardversion besteht aus den 16 Fragen mit jeweils vierstufiger Antwortmöglichkeit (1 = „trifft nicht zu“ bis 4 = „trifft zu“), die auf einer 4-stufigen Antwortskala zu beantworten sind. Daraus wird ein Summenscore (GABS-Score) gebildet, welcher über das Ausmaß der Kaufsuchtgefährdung Auskunft

gibt. Die Normierung dieser Skala wurde durch Tests mit klinisch kaufsüchtigen Personen ermittelt. Der durchschnittliche Summenscore kaufsüchtiger Personen lag bei 45. Von diesem Wert aufwärts (maximaler Wert = 64) wird daher von einer starken Kaufsuchtgefährdung (= de facto kaufsüchtig) ausgegangen. Werte zwischen 32 und 44 Punkten werden einer deutlichen Kaufsuchtgefährdung zugeordnet und bedeuten ein ausgeprägt kompensatorisches Kaufverhalten. (vgl. Kollmann und Kautsch, 2011, S. 4)

Bei den Einzelfragen des Screeningtests zur Kaufsuchtgefährdung (SKSK) wird denjenigen am meisten zugestimmt, die das „Craving“, das Verlangen bzw. die Stärke des unmittelbaren Kaufimpuls abbilden. Etwa 30 % der Befragten gaben bei folgenden Aussagen „trifft zu“ bzw. „trifft eher zu“ an: „Manchmal sehe ich etwas und fühle einen unwiderstehlichen Impuls, es zu kaufen.“ „Oft habe ich das Gefühl, dass ich etwas Bestimmtes unbedingt haben muss.“

9 Pathologisches Glücksspiel

Unter „Pathologischem Spielverhalten“ wird ein Syndrom psychopathologischer Störungen auf der Verhaltens-, kognitiven und emotionalen Ebene nach den Kriterien der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV verstanden. Deren diagnostische Leitlinien finden sich im Anhang (siehe Kapitel 11.2)

9.1 Glücksspiel in Österreich

Die erste repräsentative telefonische Befragung der österreichischen Bevölkerung (im Alter von 14 bis 65 Jahre) fand im Jahr 2009 statt und kam zu folgendem Ergebnis: 0,43 % aller Befragten weisen ein problematisches (3 oder 4 der DSM-IV Kriterien sind erfüllt) und 0,66 % ein pathologisches (mindestens fünf der DSM-IV Kriterien liegen vor) Spielverhalten auf. Das ergibt in Österreich aktuell die absolute Zahl von ca. 26.000 problematischen und ca. 38.000 pathologischen (krankhaften) SpielerInnen im Alter zwischen 14 und 65 Jahren. Insgesamt erfüllen 1,1 % der Befragten zumindest die DSM-IV Kriterien des „problematischen Spielverhaltens“. (vgl. Kalke u. a. 2011)

Einen überdurchschnittlich hohen Anteil an problematischen bzw. pathologischen SpielerInnen weisen folgende Bevölkerungsgruppen auf : Arbeitslose, Personen mit Pflichtschulabschluss, 18- bis 35-Jährige, gering Verdienende (Einkommen unter € 1.500,- pro Monat), Personen mit häufiger Spielteilnahme und hohem Geldeinsatz. Außerdem haben Personen mit Migrationshintergrund, sowie Personen in deren Familien aktuell glücksspielbezogene Probleme bestehen, ein erhöhtes Risiko, selbst Spielprobleme zu entwickeln.

Das größte Gefährdungspotenzial der in Österreich angebotenen Glücksspiele besitzen Glücksspielautomaten: Die Prävalenz problematischen und pathologischen Spielens ist bei dieser Spielart mit Abstand am höchsten. Es folgen Sportwetten (diese gelten gesetzlich nicht als Glücksspiele, sollten laut ExpertInnen jedoch als solche eingestuft werden) und klassische Casinospiele. Die geringsten Anteile finden sich bei den Lotterien. (vgl. Kalke u. a. 2011)

Eine Folgebefragung mit demselben Forschungsdesign bestätigt in allen Bereichen die Ergebnisse der Erstuntersuchung. (vgl. Kalke und Wurst 2015)

- » Insgesamt spielten 41 % der Befragten im letzten Jahr irgendein entgeltliches Glücksspiel.
- » Wie im Jahr 2009 kommt der Anteil der Personen mit „problematischen“ und „pathologischen“ Spielverhalten auf 1,1 %. Dies sind etwa 64.000 Personen in Österreich.
- » Dabei weisen Männer zu höheren Anteilen ein problematisches und pathologisches Spielverhalten auf als die Frauen (1,6 % zu 0,5 %).

- » Auch innerhalb der verschiedenen Altersgruppen stellt sich das Ausmaß vorhandener Spielprobleme sehr unterschiedlich dar. Die 14- bis 30-jährigen zeigen diesbezüglich am stärksten betroffen (1,8 %).
- » AutomatenspielerInnen in Spielhallen, Kneipen, etc. weisen mit 21,2 % die höchste Prävalenz pathologischen Spielens auf. Bei den SportwetterInnen ist dies nahezu jeder Zehnte. (vgl. Kalke und Wurst 2015)

9.2 Glücksspiel in Oberösterreich

Im Vergleich zum letzten Bevölkerungssurvey aus dem Jahr 2015 stieg der Anteil der GlücksspielerInnen in Oberösterreich, die in den letzten 12 Monaten irgendein Glücksspiel um Geld gespielt hatten, um 17 % auf rund 57 %. Der Hauptteil des Glücksspiels entfällt auf den Bereich „Lotto 6 aus 45“, „Euromillionen“, „Rubbellose“ und „Joker“, wobei „Lotto 6 aus 45“ eindeutig das beliebteste Glücksspiel der OberösterreicherInnen darstellt. Es gaben 85 % der SpielerInnen an, in den letzten 12 Monaten „Lotto 6 aus 45“ gespielt zu haben. „Joker“ rangiert mit 50 % an zweiter Stelle, gefolgt von „Rubbellose“ (47 %) und „Euromillionen“ (38 %). Diese Spiele werden vorwiegend in den dazu beauftragten Annahmestellen gespielt bzw. gekauft. Die für die Entwicklung eines pathologischen Spielverhaltens besonders gefährlichen Automatenspiele werden von 9,1 % der SpielerInnen gespielt. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung der über-15-Jährigen OberösterreicherInnen sind das 5 % bzw. 65.000 Personen.

Tabelle 9.1: Frage: „Ich den vergangenen 12 Monaten habe ich gespielt ...“, Basis: Befragte die angegeben haben, dass sie in den zurückliegenden 12 Monaten eines der angeführten Spiele gespielt haben in Prozent, N=771, Alter 15+

	Annahmestellen	Wettcafes/ Wettbüros	Spielcasino	WinWin-Outlets	Internet	In Automaten- salons (Admiral, PA, EE ..)	An anderen Spielorten	Habe ich gar nicht gespielt
Lotto 6 aus 45	68,8	0,4	0,6	0,4	13,8	0,1	1,0	15,0
Euromillionen	27,4	0,5	0,4	0,3	9,0	0,1	0,1	62,1
Rubbellose	42,8	0,1	0,4	0,5	2,9	0,0	0,1	53,1
Joker	40,3	0,4	0,4	0,5	8,1	0,0	0,5	49,9
Andere Lotterien wie z.B. ToiToiToi, Bingo oder Klassenlotterien	11,5	0,3	0,1	0,4	2,3	0,1	0,9	84,4
Sportwetten	2,3	1,7	0,5	0,1	4,5	0,3	0,4	90,2
Pferde-, Hundewetten	1,0	0,1	0,1	0,3	0,6	0,3	0,3	97,3
Poker, Roulette oder andere klassische Casinospiele	0,6	0,5	10,5	0,3	5,1	0,4	1,5	81,0

Würfelspiele	1,4	0,3	0,4	0,3	0,9	0,0	6,8	89,9
Spielautomaten	0,8	1,2	4,0	0,5	1,8	0,3	0,6	90,9
privates Spiel und Wetten um Geld	0,0	0,3	0,4	0,1	0,3	0,1	6,3	92,5
Sonstige Glücksspiele	1,2	0,1	0,6	0,4	2,1	0,1	1,4	94,1

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Tabelle 9.2: In den letzten 12 Monaten gespielt oder nicht nach Altersgruppen und Geschlecht, N=1363, Alter 15+

Geschlecht	Altersgruppen	ja, ich habe gespielt	nein, ich habe nicht gespielt
männlich	15 bis 19 Jahre	31,6%	68,4%
	20 bis 24 Jahre	61,8%	38,2%
	25 bis 29 Jahre	71,1%	28,9%
	30 bis 39 Jahre	70,7%	29,3%
	40 bis 49 Jahre	60,7%	39,3%
	50 bis 59 Jahre	67,5%	32,5%
	60 Jahre u. älter	59,5%	40,5%
	Gesamt	61,9%	38,1%
weiblich	15 bis 19 Jahre	24,0%	76,0%
	20 bis 24 Jahre	58,2%	41,8%
	25 bis 29 Jahre	52,2%	47,8%
	30 bis 39 Jahre	52,0%	48,0%
	40 bis 49 Jahre	50,0%	50,0%
	50 bis 59 Jahre	65,0%	35,0%
	60 Jahre u. älter	46,0%	54,0%
	Gesamt	51,8%	48,2%
Gesamt	15 bis 19 Jahre	27,3%	72,7%
	20 bis 24 Jahre	59,4%	40,6%
	25 bis 29 Jahre	59,0%	41,0%
	30 bis 39 Jahre	59,8%	40,2%
	40 bis 49 Jahre	55,0%	45,0%
	50 bis 59 Jahre	66,2%	33,8%
	60 Jahre u. älter	54,8%	45,2%
	Gesamt	56,7%	43,3%

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Das entgeltliche Glücksspiel nimmt mit dem Alter deutlich zu. Bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen spielten etwa ein Fünftel bis ein Viertel. Dieser Anteil steigt mit zunehmendem Alter auf fast die Hälfte der Bevölkerung – bei den 50- bis 59-jährigen OberösterreicherInnen spielten in den letzten 12 Monaten zwei Drittel (66,2%) ein entgeltliches Glücksspiel. Die über-60-jährigen spielten wieder etwas weniger (54,8%).

Männer spielen etwas häufiger als Frauen. Spielen etwa die Hälfte der Frauen (51,8 %) so sind es bei den Männern 61,9 %.

9.2.1 Simulierte Formen von Glücksspiel

Simulierte Formen von Glücksspiel zeichnen sich – in Abgrenzung zu echtem Glücksspiel – dabei regelmäßig dadurch aus, dass es entweder am entgeltlichen Einsatz der Nutzerinnen und Nutzer oder aber an einem geldwerten Gewinn fehlt, da der Umtausch in echtes Geld nicht ermöglicht wird. Als Gewinnmöglichkeiten bieten die Angebote in der Regel Spielwährung an, daneben sind aber auch Gutscheine und Rabatte für andere Apps oder verkörperte Waren und Dienstleistungen als Gewinn denkbar.

Auch wenn bei diesen Fällen echtes Glücksspiel ausgeschlossen werden kann, ist zu beobachten, dass sich in den letzten Jahren gerade im Games-Bereich neue Systeme und Spielmechaniken etabliert haben, die zumindest glücksspielartige Assoziationen und bei Kritikern die Befürchtung einer möglichen entwicklungsbeeinträchtigenden Wirkung auf sehr junge Gamer*innen hervorgerufen. Eine abschließende rechtliche Bewertung solcher Mechaniken liegt jedoch bislang nicht vor. (vgl. Unterhaltungssoftware Selbstkontrolle 2020)

Tabelle 9.3: Kommen wir zuerst zu Simulierte Glücksspiele, diese unterscheiden sich von normalen Glücksspielen darin, dass Sie kein Geld gewinnen können. Es wird mit virtueller Währung bzw. Punkten gespielt. Bitte geben Sie an, wie oft Sie die einzelnen Spielformen in den letzten 12 Monaten gespielt haben in Prozent, N=1373–1378, Alter 15+

	gar nicht	weniger als 1 Mal im Monat	1–4 Mal im Monat	5–8 Mal im Monat	Mehr als 8 Mal im Monat
Simulierte Glücksspiele in sozialen Netzwerken (z.B. Zynga Poker bei Facebook)	93,5	3,4	1,5	0,4	1,2
Simulierte Glücksspiele über Apps	89,7	4,7	2,6	1,1	1,8
Simulierte Glücksspiele innerhalb von Videospielen (z.B. Far Cry 3)	92,1	4,1	1,7	0,8	1,3
Demospiele von echten Glücksspielen (z.B. Poker bei Pokerstars.de oder Roulette ohne Echtgeldeinsatz)	91,2	5,1	2,3	0,6	0,8

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Tabelle 9.4: Und wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal daran teilgenommen haben?, N=85–127, Alter 15+

	Alter min. in Jahren	Alter max. in Jahren	Median	Arithmetisches Mittel	Standardabweichung
Simulierte Glücksspiele in sozialen Netzwerken (z.B. Zynga Poker bei Facebook)	10	65	20,0	27,9	15,4
Simulierte Glücksspiele über Apps	10	65	23,4	30,6	15,9
Simulierte Glücksspiele innerhalb von Videospielen (z.B. Far Cry 3)	10	65	17,0	24,2	15,4
Demospiele von echten Glücksspielen (z.B. Poker bei Pokerstars.de oder Roulette ohne Echtgeldeinsatz)	12	70	22,0	29,8	14,9

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

9.3 Problematisches und pathologisches Glücksspiel in Oberösterreich

Im Drogenmonitoring Oberösterreich verwendeten wir zur Ermittlung von problematischem bzw. pathologischem Spielverhalten einen Screeningtest von Hayer u. a. 2013, der die zehn diagnostischen Leitlinien des pathologischen Glücksspiels nach DSM-IV abbildet. Die Items in Tabelle 10.3 folgen weitgehend wortgetreu der deutschen Übersetzung des DSM-IV nach Saß u. a. (1996, 700–701) Je nach Anzahl erfüllter DSM-IV-Kriterien sind die Befragten folgenden vier Spielproblemmgruppen zugeordnet worden; sind 0 Kriterien erfüllt: unproblematisches Spielverhalten, sind 1–2 Kriterien erfüllt: riskantes Spielverhalten, sind 3–4 Kriterien erfüllt: problematisches Spielverhalten, sind 5–10 Kriterien erfüllt: pathologisches Spielverhalten.

Tabelle 9.5: Frage: „Haben Sie sich schon Gedanken über Ihr Spielverhalten gemacht? Im Folgenden finden Sie 10 Fragen, die sich auf verschiedene Aspekte Ihres jetzigen oder früheren Spielverhaltens beziehen. Denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an den Zeitraum der letzten 12 Monate.“, N=767

	Würden Sie sagen ...	Ja	Nein
Haben Sie sehr häufig an vergangene Spielerfahrungen oder die Planung zukünftiger Spielaktivitäten gedacht oder daran, wie Sie die Spielaktivitäten finanzieren könnten?		3,1	96,9
Haben Sie das Bedürfnis verspürt, mit immer höheren Einsätzen zu spielen, um die gewünschte Erregung zu erzielen?		4,1	95,9
Haben Sie wiederholt erfolglos versucht, die Spielaktivitäten zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben?		2,8	97,2
Haben Sie sich beim Versuch, die Spielaktivitäten einzuschränken oder aufzugeben, unruhig und gereizt gefühlt?		1,9	98,1
Haben Sie gespielt, um Probleme auszublenden oder um unangenehme Gefühle wie Hilflosigkeit, Schuld, Angst oder Depressionen abzubauen?		2,5	97,5
Haben Sie nach spielbedingten Verlusten oft den Versuch unternommen, diese Verluste durch erneutes Spielen wieder auszugleichen?		7,3	92,7
Haben Sie Familienmitglieder, Therapeuten oder andere Bezugspersonen angelogen, um das Ausmaß der Spielaktivitäten zu verheimlichen?		1,5	98,5
Haben Sie illegale Handlungen wie Fälschung, Betrug, Diebstahl oder Unterschlagung begangen, um die Spielaktivitäten zu finanzieren oder Spielschulden zu begleichen?		1,0	99,0
Haben Sie wegen des Spielens eine wichtige Beziehung, den Arbeits- / Ausbildungsplatz oder berufliche Aufstiegschancen gefährdet bzw. verloren?		1,3	98,7
Haben Sie sich darauf verlassen, dass andere Personen Ihre Spielschulden begleichen oder Ihre spielbedingten finanziellen Probleme lösen?		1,6	98,4

Quelle: Screeningitems: Hayer u. a. 2013, S.149. Daten: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

In Tabelle 9.6 wurden anhand des Screeningtests die Kategorien „riskantes Spielverhalten“, „problematisches Spielverhalten“ und „pathologisches Spielverhalten“ für die Befragung in Oberösterreich ausgewertet.

Tabelle 9.6: kategorisiertes Spielverhalten nach DSM-IV Kriterien, N=1389, Alter 15+

Spielverhalten	Anzahl	Prozent
unproblematisches Spielverhalten	672	87,2
riskantes Spielverhalten	72	9,3
problematisches Spielverhalten	9	1,2
pathologisches Spielverhalten	12	1,6
Keine Antwort	5	0,7
Spielende gesamt	771	56,7
Nichtspielende	589	43,3

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Insgesamt liegt bei 2,8 % aller über-15-jährigen OberösterreicherInnen ein problematisches oder pathologisches Spielverhalten (nach DSM-IV) vor. Dies sind etwa 35.000 Personen, wovon etwa 20.000 ein pathologisches Spielverhalten aufweisen. Männer weisen einen etwa um 130 % höheren Anteil an problematischem oder pathologischem Spielverhalten auf (Männer: 3,9 %; Frauen: 1,7 %).

Keine signifikanten Zusammenhänge finden sich beim Spielverhalten hinsichtlich des Status des Tabakkonsums und der Häufigkeit des Konsums von alkoholischen Getränken.

Tabelle 9.7: In den letzten 12 Monaten gespielt und Status des Tabakkonsums, N=1357, Alter 15+

Status des Tabakkonsums	ja, habe gespielt	nein, habe nicht gespielt
bin absoluter Nichtraucher	54,2%	45,8%
rauche hin und wieder, bei besonderen Anlässen	63,7%	36,3%
rauche meistens, wenn ich in einer geselligen Runde bin, beim Fortgehen	58,1%	41,9%
rauche täglich, aber nur wenige Zigaretten	71,3%	28,7%
bin ein durchschnittlicher Raucher	60,2%	39,8%
bin ein starker Raucher	51,6%	48,4%

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Sowohl etwas mehr als die Hälfte (54,2 %) der „absoluten Nichtraucher“ gaben an, dass sie in den letzten 12 Monaten irgendein entgeltliches Glücksspiel gespielt haben als auch etwas mehr als die Hälfte der „starken Raucher“ (51,6 %).

Beim Alkoholkonsum sieht der Zusammenhang mit dem Glücksspiel nicht viel anders aus.

Tabelle 9.8: Bitte denken Sie jetzt an Ihre Trinkgewohnheiten in den letzten 3 Monaten. Wie oft haben Sie in den letzten 3 Monaten durchschnittlich irgendein alkoholisches Getränk getrunken?, N=1299, Alter 15+

Häufigkeit des Alkoholkonsums in den letzten 3 Monaten	ja, habe gespielt	nein, habe nicht gespielt
an 7 Tagen pro Woche	58,3%	41,7%
an 6 Tagen pro Woche	43,8%	56,2%
an 5 Tagen pro Woche	66,7%	33,3%
an 4 Tagen pro Woche	64,2%	35,8%
an 3 Tagen pro Woche	71,6%	28,4%
an 2 Tagen pro Woche	65,1%	34,9%
an 1 Tag pro Woche	54,1%	45,9%
1 Mal in 14 Tagen	62,0%	38,0%
1 Mal pro Monat	48,6%	51,4%
weniger als einmal pro Monat oder gar nicht	45,9%	54,1%

Quelle: Bevölkerungsbefragung OÖ 2019, Institut Suchtprävention

Ein Zusammenhang zwischen dem Spielverhalten und dem Konsum von illegalen Substanzen konnte nicht gefunden werden.

10 Literatur

American Psychiatric Association, Hrsg. (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Arlington, VA

Bachmayer, S., Strizek, J., Hojni, M., Uhl, A. (2020): Handbuch Alkohol – Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2019. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Bogner, A., Menz, W., Schumm, W. (2008): Ethikexpertise in Wertkonflikten. Zur Produktion und politischen Verwendung von Kommissionsethik in Deutschland und Österreich. In: Mayntz, R. et al. (Hrsg.) Wissensproduktion und Wissenstransfer. Wissen im Spannungsfeld von Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit. transcript Verlag, Bielefeld.

Blätter, A. (1995): Die Funktionen des Drogengebrauchs und ihre Kulturspezifische Nutzung, in: Curare, Zeitschrift für Ethnomedizin, Vol 19 (1995) 2, 279–290, VWB – Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin

Bencic, W. und Kastner, K. (2010): Alkoholintoxikationen Jugendlicher und soziale Lage. Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften, Dokument 26 http://www.ooegkk.at/mediadb/662784_Dokument_26_inkl_Deckblatt.pdf (Zugriff am 20. 04. 2010)

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

Daumann, J. und Gouzoulis-Mayfrank, E. (2015): *Amphetamine, Ecstasy und Designerdrogen*. Hrsg.: Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart

Dollinger B. (2013): Kritik als Label? Die Provokation der Sozialen Arbeit durch den „Labeling Approach“. In Hünersdorf B., Hartmann J. (eds) Was ist und wozu betreiben wir Kritik in der Sozialen Arbeit?. Springer VS, Wiesbaden, S. 69–84

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

EBDD (Hrsg.) (2004): Jahresbericht 2004: stand der Drogenproblematik in der europäischen Union und in Norwegen. Luxemburg: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht

- Freitag, M. und Hurrelmann, K. (1999):** Illegale psychoaktive Substanzen – die neuen Alltagsdrogen des Jugendalters? In M. Freitag und K. Hurrelmann (Hrsg.), *Illegale Alltagsdrogen: Cannabis, Ecstasy, Speed* (S. 7–22). Weinheim, München: Juventa.
- 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.-P., Dubois-Arber, F., Benninghoff, F., Spencer, B., Devos, T., Paccaud, F. (1996):** Evaluation der Maßnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Zweiter zusammenfassender Bericht 1990–1996. Kurzfassung, Lausanne
- Gingelmaier, St., Jungaberle, H., Verres, R. (2015):** Der adoleszente Umgang mit psychoaktiven Substanzen in biografischer Perspektive – Versuch einer Modell- und Typenbildung, *Zeitschrift für Heilpädagogik*, Heft 4, S. 180–190. https://www.academia.edu/28630160/Der_adoleszente_Umgang_mit_psychoaktiven_Substanzen_in_biografischer_Perspektive_Versuch_einer_Modell-und_Typenbildung. Zugriff am 25.3.2020
- GÖG/ÖBIG (Hrsg.) (2014):** Epidemiologiebericht Drogen 2014. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien
- GÖG/ÖBIG (Hrsg.) (2018):** Epidemiologiebericht Drogen 2018. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien
- Glaesmer, H. und Singer, S. (2008):** Testinformation, Screeningverfahren zur Erhebung von kompensatorischem und süchtigem Kaufverhalten, in: *Diagnostica*, 54, Heft 3, 164–169, Hogrefe, Göttingen
- Gschwandtner, F. (2005):** Alkohol. In: Seyer, S.; Gschwandtner, F.; Paulik, R.; Schmidbauer, R.: *Vom Gebrauch der Drogen. Drogenmonitoring zu illegalen Substanzen, Alkohol und Nikotin in Oberösterreich*. Linz, S. 147–179
- Hari, J. (2015):** *Drogen. Die Geschichte eines langen Krieges*. S. Fischer Verlag, Frankfurt
- Hayer, T., Kalke, J., Buth, S. und Meyer G. (2013):** Die Früherkennung von Problemspielerinnen und Problemspielern in Spielhallen: Entwicklung und Validierung eines Screening-Instrumentes. Universität Bremen und Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung, Hamburg
- Hitzler, R. (1994):** Wissen und Wesen des Experten: ein Annäherungsversuch – zur Einleitung. In R. Hitzler, A. Honer, & C. Maeder (Hrsg.), *Expertenwissen: die institutionalisierte Kompetenz zur*

Konstruktion von Wirklichkeit (S. 13–30). Opladen: Westdt. Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-39150>. Zugriff am 25.3.2020

Hoch, E., Friemel, C. M., Schneider, M. (Hrsg.) (2019): Cannabis: Potenzial und Risiko. Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg

Hurrelmann, K. und Settertobulte, W. (2008): Alkohol im Spannungsfeld von kultureller Prägung und Problemverhalten. APuZ, 28/2008, 9–14

Hurrelmann, K. und Quenzel, G. (2016): Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung, 13. Auflage, Beltz Juventa, Weinheim

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

Junge, B. und Nagel, M. (1999): Das Rauchverhalten in Deutschland. Gesundheitswesen, 61, Sonderheft 2, 121–125

Kalke, J., Buth, S., Rosenkranz, M., Schütze, C., Öchsler, H. und Vertheim, U. (2011): Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich. Empirische Erkenntnisse zum Spielverhalten der Bevölkerung und zur Prävention der Glücksspielsucht, Lambertus, Freiburg im Breisgau

Kalke, J. und Wurst, M. (2015): Glücksspielverhalten und Glücksspielprobleme in Österreich. Ergebnisse der Repräsentativerhebung 2015, Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD), Hamburg

Kemmesies, U. E. (2002): The Semantic Differential in Research on Drugs Trends. an 'old' methodical approach towards 'new' drugs. 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

Kleiber, D., Soellner, R. (1998): Cannabiskonsum: Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken. Juventa, Weinheim, München.

Kollmann, K. und Kautsch, I. (2011): Kaufsucht in Österreich – 2011, hg. v. Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien, Wien: Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien

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. (2000): Tabakkonsumtrends bei Erwachsenen 1980 bis 1997. in Deutsche Hauptstelle für Suchtfrage e.V. (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2001. Geesthacht: Neuland Verlag, 127–137

- Kronauer, M. (1999):** Die Innen–Außen–Spaltung der Gesellschaft. Eine Verteidigung des Exklusionsbegriffs gegen seinen mystifizierenden Gebrauch. SOFI–Mitteilungen Nr. 27/1999 7, S. 7–14
http://www.sofi-goettingen.de/fileadmin/Publikationen/SOFI–Mitteilungen_27_kronauer.pdf
 Zugriff am 19.3.2020
- Küfner, H. und Kraus, L. (2002):** Epidemiologische und ökonomische Aspekte des Alkoholismus. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 99, Nr. 14, 936–945.
- Landesgesetz über den Schutz der Jugend** (OÖ. Jugendschutzgesetz, 2001, Novelle 2005; Landesgesetzblatt Nr. 90/2005, Novelle 2013, Landesgesetzblatt 54/2013)
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LROO&Gesetzesnummer=20000130&ShowPrintPreview=True> (Zugriff am 06. 02. 2016)
- Leithner, C. und Exner, I. (2003):** Problematik des leichten Rauchens. IMAGO HOMINIS, Quartalschrift für medizinische Anthropologie und Bioethik Bd.10, Nr. 4
- Littig, B. (2008):** Interviews mit Eliten – Interviews mit ExpertInnen: Gibt es Unterschiede?. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 9(3), Art. 16, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0803161>. Zugriff am 02.04.2020
- Littig, B. (2011):** Interviews mit Experten und Expertinnen. In: Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online. Fachgebiet: Methoden der empirischen erziehungswissenschaftlichen Forschung, Qualitative Forschungsmethoden. Maschke, S. und Stecher, L. (Hrsg.). Juventa Verlag Weinheim und München
- McElroy, S.L., Keck, P.E., Pope, H.G., Smith, J.M.R. & Strakowski, S.M. (1994):** Compulsive buying: a report of 20 cases. Journal of clinical psychiatry, 55, 242 – 248.
- Mörth, I. und Baum, D. (Hg.) (2000):** Gesellschaft und Lebensführung an der Schwelle zum neuen Jahrtausend. Gegenwart und Zukunft der Erlebnis-, Risiko-, Informations- und Weltgesellschaft. Referate und Arbeitsergebnisse aus dem Seminar "Soziologische Theorie" WS 1999/2000, Linz: Universität Linz, Institut für Soziologie; online verfügbar über: <http://soziologie.soz.uni-linz.ac.at/sozthe/staff/moerth.htm>. Zugriff am 13.02.2020
- Müller, A. und de Zwaan, M. (2008):** Pathologisches Kaufen – ein Überblick über den Stand der Literatur. In: SUCHT 54(4), 271–279
- Nutt, D.J., King, L.A., Phillips, L.D. (2010):** Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. Lancet 376: 1558–1565
- OECD (2014):** Health at a Glance. Europe 2014.
- OECD (2020):** Alcohol consumption (indicator). doi: 10.1787/e6895909-en. url: <https://data.oecd.org/healthrisk/alcohol-consumption.htm> (Zugriff am 14.02.2020)

- Parker, H., Aldrige, J., Measham, F. (1998):** Illegal Leisure. The normalization of adolescent recreational drug use, Routledge, London and New York
- Paulik, R. (2005):** Tabak. In Institut Suchtprävention, Linz – Pro Mente OÖ (Hrsg.): Vom Gebrauch der Drogen. Drogenmonitoring zu illegalen Substanzen, Alkohol und Nikotin in Oberösterreich, Linz: Gesellschafts- und Sozialpolitische Texte Band 15, 181–246
- Raab, G., Neuner, M., Reisch, L.A. und Scherhorn, G. (2003):** Screeningverfahren zur Erhebung von kompensatorischem und süchtigem Kaufverhalten, Hogrefe, Göttingen
- Reese, A. und Silbereisen, R.K. (2001):** Allgemeine versus spezifische Primärprävention von jugendlichem Risikoverhalten. In: Prävention. Zur kritischen Bewertung von Präventionsansätzen in der Jugendarbeit (Hrsg.: Freund, T./Lindner, W.), Opladen: Leske & Budrich, S. 139 – 162
- Richter, M. und Moor, I. (2015):** Die Bewältigung von Anforderungen und Stress im Kindes- und Jugendalter, in: Melzer, W. et al. (Hrsg.): Handbuch Aggression, Gewalt und Kriminalität bei Kindern und Jugendlichen, Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn
- Richter, M. und Settertobulte, W. (2003):** Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen In: Hurrelmann K., Klocke, A., Melzer, W., Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2003): Jugendgesundheitsurvey. Juventa, Weinheim, München. S. 99–157
- Riemann, K. und Gerber, U. (1997):** Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Präventionsforschung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Riesenhuber, M. (2013):** Drogengebrauch bei Jugendlichen von "normalem" zu "riskantem" Konsum: Schritte einer Diagnostik auf sozialpädagogischer Ebene, Lit Verlag, Wien und Berlin
- Saß, H., Wittchen, H.-U. und Zaudig, M. (1996):** Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe, Göttingen
- Schmid, T. (2003):** Sozialberichterstattung als Instrument regionaler Sozialpolitik. Kontraste, 2003, 7–9
- Schütze, F. (2006):** Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie. In Krüger, H.H., Marotzki, W. (Hrsg.): *Handbuch erziehungswissenschaftliche Biographieforschung*, S. 205–237. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Seyer, S., Gschwandtner, F., Paulik, R. und Schmidbauer R. (2005):** Vom Gebrauch der Drogen. Drogenmonitoring zu illegalen Substanzen, Alkohol und Nikotin in Oberösterreich. Gesellschafts- und Sozialpolitische Texte Band 15, Linz

- Seyer, S. und Gschwandtner, F. (2005):** Datenquellen im Drogenmonitoring Oberösterreich. In: Seyer, S.; Gschwandtner, F.; Paulik, R.; Schmidbauer, R.: Vom Gebrauch der Drogen. Drogenmonitoring zu illegalen Substanzen, Alkohol und Nikotin in Oberösterreich. Linz, S. 19–32
- Seyer, S., Paulik, R., Gschwandtner, F. und Lehner, R. (2016):** Drogenmonitoring Oberösterreich 2015. Ergebnisbericht mit dem Forschungsschwerpunkt Methamphetamine „Crystal Meth“, Linz
- Silbereisen, R. K. (1998):** Entwicklungspsychologische Aspekte von Alkohol- und Drogengebrauch. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), Entwicklungspsychologie (S. 1056–1068), Beltz Weinheim
- Simon, R. et al. (2001):** Bericht zur Drogensituation in Deutschland 2001. München: Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD)
- Starzer, A., Uhl, A., Puhm, A., Strizek, J., Auracher, U. und Kampusch, A. (2010):** Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen in Oberösterreich. Linz
- Statistik Austria (Hrsg.) (2002):** Rauchgewohnheiten, Ergebnisse des Mikrozensus Dezember 1997. Wien: Statistik Austria
- Strauss, A./Corbin, J. (1996):** Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim
- Strauss, A. (1998):** Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung. München
- Transform Drug Policy Foundation (2012):** Nach dem Krieg gegen die Drogen: Modelle für einen regulierten Umgang, herausgegeben von akzept e.V. https://www.akzept.org/pdf/drogenpolitik/regulierungs_modelle0612.pdf, Zugriff am 23.11.2016
- Tossmann, H.P., Boldt, S. und Tensil, M.–D. (2001):** Ecstasy – „Einbahnstraße“ in die Abhängigkeit? Drogenkonsum in der Techno-Party-Szene und deren Veränderung in längsschnittlicher Perspektive. Eine empirische Untersuchung zur Variabilität und Stabilität des Drogenkonsums in der Techno-Party-Szene. BZgA, Köln.
- Tretter, Felix (2017):** Sucht. Gehirn. Gesellschaft. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. Berlin
- Uchtenhagen, A. und Zieglgänsberger (Hrsg.) (2000):** *Suchtmedizin: Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*. Urban & Fischer, München
- Uhl, A., Stritzek, J., Hojni, M. (2020):** Handbuch Alkohol Österreich. Band 3: Ausgewählte Themen. Gesundheit Österreich. Wien

- Uhl, A., Bachmayer, S., Kobrna, U. (2009):** Chaos um die Raucherzahlen in Österreich. Wiener Medizinische Wochenschrift 159/1–2, 4–13. Springer Verlag. Wien
- Uhl, A., Bachmayer, U., Kobrna, U., Puhm, A., Springer, A., Kopf, N., Beiglböck, W., Eisenbach-Stangl, I., Preinsberger, W., Musalek, M. (2009):** Handbuch: Alkohol – Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends. dritte, überarbeitete und ergänzte Auflage. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien.
- Uhl, A., Beiglböck, W., Fischer, F., Haller, B., Haller, R., Haring, C., Kobrna, U., Lagemann, C., Marx, B., Musalek, M., Scholz, H., Schopper, J., Springer, A. (2005):** Alkoholpolitik in Österreich – Status Quo und Perspektiven. In: Babor, T.; Caetano R.; Casswell, S.; Edwards, G.; Giesbrecht, N.; Graham, K.; Grube, J.; Gruenewald, P.; Hill, L.; Holder, H.; Homel, R.; Österberg, E.; Rehm, J.; Room, R.; Rossow, I.: Alkohol – kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik. Hogrefe, Göttingen.
- Uhl, A., Kobrna, U. (2004):** Epidemiologie des Alkoholkonsums. In: Brosch, R./Mader, R. (Hg.): Sucht und Suchtbehandlung. Problematik und Therapie in Österreich. Wien.
- Uhl, A. (2003):** Jugend und Alkohol – mit besonderer Berücksichtigung des rauschhaften Trinkens. Praev.doc, 2003, Nr. 01, 3–10 http://www.api.or.at/lbi/pdf/paev_jugendundalkohol.pdf (Zugriff am 30. 03. 2007)
- Uhl, A. (2002):** Schutzfaktoren und Risikofaktoren in der Suchtprophylaxe. In: Prävention und Gesundheitsförderung Bd.II. DGVT, (Hrsg.: Röhrle, B.), Tübingen
- 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. (1997):** Probleme bei der Evaluation von Präventionsmaßnahmen im Suchtbereich. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 20/1997, Nr. 1/2, 23–32
- Uhl, A., Springer, A. (1996):** Studie über den Konsum von Alkohol und psychoaktiven Stoffen in Österreich und Berücksichtigung problematischer Gebrauchsmuster. Wien.
- Unterhaltungssoftware Selbstkontrolle (2020):** Simuliertes Glücksspiel und Jugendschutz. <https://usk.de/simuliertes-gluecksspiel-und-jugendschutz/> (Zugriff am 12. 02. 2020)
- Warnotte, D. (1937):** Bureaucratie et fonctionnarisme. Revue de l'Institut de Sociologie, 17:245–260

11 Anhang

11.1 Diagnostische Kriterien für pathologisches Kaufen

Die Diagnose „pathologisches Kaufen“ kann im klinischen Gespräch gestellt werden. Als Grundlage hierfür sollten die diagnostischen Kriterien von Susan McElroy (1994) dienen, welche in Anlehnung an die DSM-III-R-Kriterien für Impulskontrollstörungen formuliert wurden. Danach kann pathologisches Kaufverhalten diagnostiziert werden, wenn folgende Kriterien zutreffen:

1. Vorliegen von unangemessenen Kaufhandlungen oder Kaufimpulsen, auf die mindestens eine der folgenden Beschreibungen zutrifft:
 - a) Unwiderstehliche, sich aufdrängende, intrusive und/oder sinnlose Kaufimpulse oder -handlungen.
 - b) Erwerb von mehr Waren als man sich leisten kann. Erwerb unnötiger Waren. Einkaufen über längere Zeitspannen als ursprünglich geplant.
2. Der Kaufdrang, die Kaufimpulse und -handlungen verursachen einen erheblichen Leidensdruck. Sie sind zeitaufwendig, beeinträchtigen deutlich die sozialen und beruflichen Funktionen und/oder verursachen finanzielle Probleme (Verschuldung oder Konkurs).
3. Die Kaufexzesse treten nicht ausschließlich im Rahmen manischer oder hypomanischer Phasen auf. (vgl. Müller und Zwaan 2008, 272)

11.2 Diagnostische Leitlinien für pathologisches Spielen

Pathologisches Spielverhalten nach ICD-10: Innerhalb des ICD-10 wird Pathologisches Spielverhalten (F63.0) im Rahmen der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) als eine Form der abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63) eingeordnet. Zur Klassifikation des pathologischen Spielverhaltens selbst wird angegeben, dass das Glücksspiel die Lebensführung der betroffenen Personen beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt (s. Tabelle). ICD-10 schließt differentialdiagnostisch die Diagnose für pathologisches Spielverhalten dann aus, wenn (1.) eine, auch exzessiv spielende Person, ihr Verhalten selbsttätig einschränkt, sobald es zu negativen Auswirkungen führt. Weiterhin darf pathologisches Spielverhalten nicht klassifiziert werden bei (2.) exzessivem Spielen manischer PatientInnen und (3.) bei Personen mit soziopathischer Persönlichkeit, da es in diesen Fällen lediglich ein Symptom einer anderen Störung darstellt.

Tabelle 11.1: Diagnostische Leitlinien für pathologisches Spielen

ICD-10	DSM-IV
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
F63 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	312. Störungen der Impulskontrolle, nicht andernorts klassifiziert
F63.0 Pathologisches Spielen	312.31 Pathologisches Spielen
Diagnostische Leitlinien	Diagnostische Leitlinien
1. Dauerndes, wiederholtes Spielen	A Andauerndes und wiederkehrendes, fehlangepasstes Spielverhalten, was sich in mindestens fünf der folgenden Merkmale ausdrückt
2. Anhaltendes und oft noch gesteigertes Spielen trotz negativer sozialer Konsequenzen, wie	1. Starke Eingenommenheit vom Glücksspiel (z.B. starke gedankliche Beschäftigung mit Geldbeschaffung)
- Verarmung,	2. Steigerung der Einsätze, um gewünschte Erregung zu erreichen
- gestörte Familienbeziehungen,	3. Wiederholte erfolglose Versuche, das Spiel zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben
	Unruhe und Gereiztheit beim Versuch, das Spiel einzuschränken oder aufzugeben
	Spielen, um Problemen oder negativen Stimmungen zu entkommen
	Wiederaufnahme des Glücksspiels nach Geldverlusten
- Zerrüttung der persönlichen Verhältnisse	Lügen gegenüber Dritten, um das Ausmaß der Spielproblematik zu vertuschen
	Illegale Handlungen zur Finanzierung des Spielens
	Gefährdung oder Verlust wichtiger Beziehungen, von Arbeitsplatz und Zukunftschancen
	Hoffnung auf Bereitstellung von Geld durch Dritte

Quelle: ICD-10, DSM-IV, DSM-5

Pathologisches Spielverhalten nach DSM-IV: Das DSM definiert das pathologische Spielen unter Störungen der Impulskontrolle, die nicht andernorts klassifiziert sind (312.31). Das pathologische Spielverhalten wird als chronisch-rezidivierendes, maladaptives Spielverhalten charakterisiert, das zumindest fünf von 10 diagnostischen Kriterien erfüllen muss. Diese beschreiben spielbedingte psychopathologische Symptome auf der Verhaltens-, kognitiven und emotionalen Ebene (s. Tabelle). Gleichzeitig muss differentialdiagnostisch das Vorliegen einer manischen Episode ausgeschlossen sein.

Glücksspielstörung nach DSM-5: Sowohl im ICD-10 als auch im DSM-IV wird das pathologische Spielen noch als „Störung der Impulskontrolle“ klassifiziert. In der aktuellen (2013 erschienen) Version des DSM, dem DSM-5 wird das pathologische Spielen nunmehr als Glücksspielstörung

benannt („gambling disorder“) und als erste (und einzige) stoffungebundene Sucht zu den Suchtstörungen („substance-related and addictive disorders“) gezählt. (American Psychiatric Association, 2013, S.585ff) Es wurden die Merkmale, wie sie im DSM-IV beschrieben sind, für DSM-5 fast zur Gänze übernommen: Von den 10 Kriterien wurde nur das achte Merkmal der „illegalen Handlungen“ (siehe oben) gestrichen. Hinsichtlich der Ausprägung der „gambling disorder“ wird zwischen leicht (Auftreten von 4–5 Kriterien innerhalb von 12 Monaten), mittel (6–7 Kriterien) und schwer (8–9 Kriterien) unterschieden.

11.3 KlientInnen- und Gruppenportraits

Die nachfolgenden KlientInnen- bzw. Gruppenportraits aus dem Bereich Jugendstreetwork und aus dem Jugendzentrumsbereich sollen einen Einblick in die Konstellationen und Bedingungen geben, in deren Rahmen die ProfessionistInnen die Themenbereiche, rund um den Konsum von Cannabis ihrer KlientInnen, wahrnehmen. In diesen KlientInnen- bzw. Gruppenportraits wird einerseits auf Merkmale und Aspekte eingegangen, die für die KlientInnen der jeweiligen Einrichtung typisch sind bzw. für die Mehrzahl der KlientInnen zutreffend sind, ohne Bezug auf den Konsumstatus von Cannabis. Andererseits werden Beschreibungen von Gruppen von CannabiskonsumentInnen gegeben.

11.3.1 KlientInnenportrait 1: „KonsumentInnen mit Migrationshintergrund die keinen Kult um den Konsum machen“

Nachfolgend wird ein KlientInnenportrait, die von InterviewpartnerInnen einer Streetworkeinrichtung im kleinstädtischen Bereich beschrieben wurden, vorgestellt. Der überwiegende Teil der KlientInnen ist hier, wie in vielen anderen Jugendstreetworkeinrichtungen auch, männlich und weist Migrationshintergrund auf. Ein hoher Anteil der KlientInnen kommt an diesem Standort aus muslimischen Familien.

Die InterviewpartnerInnen berichten, dass ein Teil der KlientInnen, ab dem Alter von 14 bis 15 Jahren, regelmäßig Cannabis konsumiert.

IP 1: „Also eines war schon so generell, wenn wir merken, dass relativ junge Leute da schon damit in Berührung kommen auf einer regelmäßigen Basis, muss jetzt nicht so übermäßig viel sein, aber es kommt immer mal wieder vor, so 14, 15-Jährige, die schon regelmäßig rauchen. Das sehe ich schon als problematisch.“ Interview 1, S. 6

Die KlientInnen aus muslimischen Familien weisen eher eine größere Distanziertheit zum Alkoholkonsum als in der Mehrheitsgesellschaft üblich. Cannabiskonsum ist aufgrund der eher konservativen und traditionellen familiären Normen ebenfalls nicht erwünscht, erscheint aber manchen Jugendlichen als geringeres Übel.

IP 1: „Und da merkt man schon, dass für viele Jugendliche ein relativ normaler Bestandteil des Möglichen ist. Also weniger eine Schwelle da ist, wie beim Crystal, ich meine da sind wir eh weit davon entfernt, aber auch zu anderen Substanzen. Gerade bei muslimischen Jugendlichen ist die Berührungsangst zu Alkohol oder zu mehr Alkoholkonsum eine größere, als wie die, dass ich sage ich kiffe. Interview 1, S. 2

Aufgrund der Höhe des Preises, dem leichten Zugang zu Anbietern von Cannabis im lokalen Umfeld bzw. durch die Versorgung durch Freunde und Bekannte (Social-Supply), und der Bekanntheit und leichten Erreichbarkeit von "Hot-Spots" des Cannabishandels in Linz, kann von einer hohen Verfügbarkeit für diese konkrete KlientInnengruppe ausgegangen werden.

IP 2: "Preislich, finanziell können sie es sich auch leisten. Und der Zugang ist glaube ich auch ziemlich leicht".

IP 1: "Oder bei der Voest-Haltestelle, bei den Hochhäusern, die Klassiker. Das ist so ein klassischer Konsumpunkt, oder Dealerumschlagplatz immer gewesen, bei den Straßenbahnhaltestellen. Und Turmstraße heißt die glaube ich." S. 2

Der Großteil der cannabiskonsumierenden KlientInnen wird von die InterviewpartnerInnen als Jugendliche und junge Erwachsene beschrieben, die "keinen Kult" um den Cannabiskonsum machen. Diese KonsumentInnen werden als "die breite Masse der Gelegenheitskonsumenten" beschrieben.

IP 1: "(...) Ich kann das immer so vergleichen, mit Rap und Hip-Hop, die hören alle irgendeine Form von Rap, sind aber nicht unbedingt Teil von einer Popkultur. (...) da geht es nicht um Ideologie, da geht es einfach... (...) Das gehört dazu, oder das ist Alltag, das macht man halt so, das taugt mir irgendwie, oder was auch immer. (...) Also die Mehrheit von denen mit denen wir arbeiten sind sicher einfach nur Konsumenten, weil es halt da ist, weil es dazugehört, weil es gut ist, oder weil mir der Rausch taugt." Interview 1, S. 12

Besonders erwähnenswert erscheint der "unstilisierte" und unideologische Zugang zum Cannabiskonsum. Dabei spielt vermutlich der hohe Anteil der KlientInnen aus konservativ, muslimischen Familien eine wichtige Rolle.

IP 2: Ich glaube, dass da das auch teilweise mitspielt, weil du zuerst gesagt hast, mit den Symbolen oder so, ich meine wenn ein türkischer Bursche heimkommt und das Marihuanablatt um den Hals hängen hat, glaube ich spielt es da anderes Szenario daheim, als jetzt bei österreichischen Jugendlichen, die halt vielleicht ein bisschen provozieren wollen, und cool und vielleicht e noch nicht etwas geraucht haben. (...)

I: Das ist dann trotzdem die migrantische Kultur, wo normative...

IP 1: Ja, ich würde generell sagen, so konservativere Milieus, wo das halt dann schon das Erscheinungsbild, oder mit welchen Symboliken kann ich überhaupt öffentlich gehen, auch auf meinem Facebook-Profil. Weil es natürlich da schon eine Form von sozialer Kontrolle gibt, in gewissen Communities und man sich nicht outen darf eigentlich. Von dem her, ist es auch deswegen von den Symboliken her weniger." Interview 1, S. 12-13

Der Großteil dieser KonsumentInnen dürfte, nach Einschätzung der Interviewpartner den Konsum vorrangig auf Tabak und Cannabis beschränken. Alkohol spielt, wie oben dargestellt, eine geringere Rolle.

IP 1: Bei den meisten hätte ich schon gesagt nur Cannabis, Zigaretten und halt ab und zu kiffen. Alkohol ja, aber Alkohol ist auch nicht so ein Riesethema eigentlich bei uns, also bei den Jugendlichen mit denen wir arbeiten. (...) Aber das hängt sicher gerade bei uns stark damit zusammen mit den Klientel mit dem wir da vorwiegend arbeiten. Da haben einfach sehr viele einen muslimischen Background, wo der Alkohol generell nicht so Thema ist, wo mit Shishas rauchen mehr kulturelle Verbundenheit irgendwie hat. (...) Aber ich hätte schon gesagt, die, die andere Sachen vermehrt konsumieren, sind da sicher in der Minderheit. Interview 1, S. 13

Ein Interviewpartner betont, dass der Konsum dieser Gruppe stark an der Verfügbarkeit im lokalen Kleinraum ausgerichtet ist.

*IP 1: "Ich glaube diese Tatsache spiegelt auch wider, was wir gesagt haben, dass es eben nicht so einen Kult um das Cannabis gibt, "das ist meins das brauche ich einfach das gehört dazu". Eher so, "ist es da ist es da, ist es nicht da, ist es nicht da". **Ich glaube, dass das für sehr viele Jugendliche so ist. Ja wenn es irgendwie leicht geht.***

I: Das finde ich sehr sehr interessant, weil das ist für mich schon jetzt ein anderes Bild. Also das es keine Kernszene ist.

IP 1: Ja, das ist keine Kernszene. Natürlich wenn wir jetzt wieder hingehen zu den regelmäßigen Konsumenten, wo das wirklich teilweise Alltag ist und beim Tagesablauf, da ist das natürlich eh etwas anderes. Aber wenn wir über die breite Masse der Gelegenheitskonsumenten reden. Je mehr das es gibt, desto mehr wird auch konsumiert. Und je weniger es gibt, dann gibt es halt nichts." Interview 1, S. 22

11.3.2 KlientInnenportrait 2: „Junge heterogen Gruppe von CannabiskonsumentInnen“

Nachfolgendes KlientInnenpotrait basiert auf den Beschreibungen von InterviewpartnerInnen eines Jugendzentrums. Das Jugendzentrum ist in einem peripheren Stadtteil angesiedelt.

Seit ca. zwei Jahren ist für die InterviewpartnerInnen eine starke Veränderung bei einem Teil der KlientInnen und im Nahbereich des Jugendzentrums wahrnehmbar. Berichtet wird, dass der

Konsum von Cannabis bei einem relativ großen Anteil der KlientInnen „etwas alltäglicher geworden ist“, dass auch in öffentlichen Bereichen konsumiert wird, z.B. Straßenbahnhaltestelle, im Bereich eines Supermarkts etc., dass der regelmäßige Konsum stark zugenommen hat und „es ist wirklich auffällig wie unbekümmert sie damit umgehen“.

IP 2: Ich bin seit zwei Jahren da (beschäftigt) und ich habe vorher in einem anderen Jugendzentrum in einem anderen Stadtteil gearbeitet und so, wie es da ist, habe ich das auch überhaupt nicht gekannt, gar nicht. Weil erstens sie gehen mit ihrem Konsum finde ich voll offen um, und das ist für sie, so das normalste auf der Welt ... Was haben wir für ein Problem damit, wenn sie eingeraucht sind?“ Interview 6, S.2

Ein regelmäßiger bzw. täglicher Konsum von Cannabis beginnt bei diesen KlientInnen ab einem Alter von 15–16 Jahren, berichten die IP.

IP2: (...) dann ab 15, 16 ist es fast überall Thema. Und rauchen tun dann ziemlich viel von denen.“ Interview 6, S. 8

Der Konsumstatus von Cannabis der KlientInnen im Jugendzentrum ist aber sehr divergierend.

IP1: “Also es gibt da die eine Gruppe, bei der es extrem auffällt, dass die konsumieren und dann gibt es die Gruppe, wo man sicher ist, die konsumieren gar nicht, und dann gibt es ein paar, da ist das kein Thema, aber die werden schon vielleichtEs ist für sie kein Thema, dass sie da darüber reden und es fällt auch nicht auf.“ Interview 6, S. 2

Die Gruppe der CannabiskonsumentInnen werden als sehr heterogen beschrieben. Die betreffenden KlientInnen sind großteils Lehrlinge bzw. in einer Ausbildung wie z.B. Produktionsschule, aber auch einige SchülerInnen sind vertreten, ebenso wie einige KlientInnen ohne Beschäftigung. Ebenso wie beim gesamten Klientel sind bei den CannabiskonsumentInnen mehr Burschen mit einem hohen Anteil an Migrationshintergrund vertreten. Insgesamt wird das Klientel als multikulturell beschrieben mit unterschiedlichen nationalen Migrationshintergründen, auch die Freundesgruppen werden bezüglich des nationalen Hintergrunds als sehr heterogen beschrieben.

Die CannabiskonsumentInnen unterscheiden sich im Wesentlichen nicht vom Rest der KlientInnen. Die Herkunftsfamilien der KlientInnen haben im Vergleich mit der österreichischen Durchschnittsbevölkerung eher niedrigen sozio-ökonomischen Status. Besonders auffällige Herkunftsfamilien bzw. dysfunktionale Familien sind eher selten, allerdings berichten die IP, dass bei einem Teil der KlientInnen psychosoziale Belastungen z.B. Selbstwertproblematik wahrgenommen werden.

Die CannabiskonsumentInnen sind in mehrere Jugendgruppen vertreten. Der regelmäßige Konsum beginnt bei diesen KlientInnen im Alter von 15 bis 16 Jahren, so die Einschätzung.

IP 2: "(...) Von 12 bis 14 ist es nicht so, und dann ab 15, 16 ist es fast überall Thema. Und rauchen tun dann ziemlich viel von denen.

I: Thema heißt in dem Fall, es wird darüber redet, es wird ...

IP 1: Es ist schon mal vorgekommen, dass man konsumiert hat und so." Interview 6, S. 8

Der Konsumsstatus des Kernklientels wird wie folgt eingeschätzt:

IP 1: "Also jetzt nochmal, wir haben 20 Mädchen, davon kiffen 10, und wir haben 50 Burschen und davon kiffen 30 oder so." Interview 6, S. 4

Die InterviewpartnerInnen problematisieren, dass Cannabiskonsum für manche KlientInnen als Statussymbol instrumentalisiert wird. Vor allem bereitet der "unbekümmerte" Umgang mit Cannabis den InterviewpartnerInnen Sorgen.

IP 1: "Ja, und es ist wirklich auffällig wie unbekümmert sie damit umgehen.

IP 2: Ja, total.

IP 1: Das ist halt das auffällig, dass es so überhaupt kein „könnte es vielleicht doch auch Blödsinn sein?“, gibt. Interview 6, S. 5

Cannabiskonsum wird, bis auf einen Klienten, von den KonsumentInnen, ausschließlich positiv bzw. frei von Ambivalenzen dargestellt. Unangenehme Erfahrungen werden nicht artikuliert. Die Interviewpartnerinnen berichten, dass bis auf einige Fälle, die ca. zehn Prozent der KonsumentInnen betragen, keine Probleme oder weiterführende Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Konsum bei diesen KonsumentInnen aufgetaucht sind bzw. von ihnen wahrgenommen wurden.

IP 1: "Also akut funktioniert ja bei den meisten irgendwie das Leben. Also sie gehen in die Arbeit, sie haben die noch nicht verloren, sie gehen in die Schule. Und die Probleme, die sie haben sind eher die anderen Probleme." Interview 6, S. 14

Diese angesprochenen Probleme beziehen sich auf schwierige Lebensbedingungen, familiäre und psychische Probleme der Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

IP 1: "Geht es um den Cannabiskonsum alleine, oder geht es um die ganze Geschichte drum herum, also sicher die Geschichte die drum herum ist, ist die problematischere. Also die, die zum Kiffen gekommen sind, weil sie wirklich Schwierigkeiten haben mit sich selber, oder den Elternhaus oder mit dem Umständen, in denen sie leben. Da sind wirklich eher die Umstände das Problem als der Cannabiskonsum. Weil die einen, es gibt ein paar, der (X) kiffen viel, aber über den mache ich mir überhaupt keine Sorgen, der geht in die Schule und passt auch mit den Noten und das ist ein

aufgeweckter Typ und der macht schon seinen Weg im Leben. Wenn er halt keine Psychose bekommt oder so." Interview 6, S. 13–14

Zentralen Stellenwert bei der Thematisierung des Konsums ist die "selektive Wahrnehmung" von Informationen zum Cannabiskonsum bei den konsumierenden KlientInnen.

IP 1: "Und das ist glaube ich schon viel... sie hören halt Dinge, sie nehmen das halt so auf, sie lassen sich da halt so viel einreden was halt ins Weltbild passt, also jetzt ist halt in irgendwelchen Musikkreisen wird das halt mit dem Kiffen so lappalisiert, und das bleibt halt bei denen hängen. Aber die größere Diskussion oder die tiefergehende das führen sie sich nicht zu, oder schieben es weg, oder steigen dann auch aus, teilweise wenn es zu kompliziert wird. Und legen sich das halt so zurecht, das was mir halt passt das höre ich und das ist halt toll und gut und gesund und eh viel besser als irgendetwas anderes." Interview 6, S. 16

Neben der selektiven Wahrnehmung werden von den InterviewpartnernInnen Probleme beim sinnverstehendem Lesen von KlientInnen angesprochen.

IP 1: "Nein ignorant nicht, aber so ein bisschen naiv würde ich sagen, so selektiv wahrnehmend. ... Die tun sich ja allgemein schwer sich einen längeren Text durchzulesen oder so etwas. Mit längerem Text mein ich jetzt..."

IP 2: Ja, die Nachricht der Woche ist zu viel.

IP 1: Die haben wir ausgehängt. Eine A4-Seite.

IP 2: Also bei den Mädels ist das dann die Grenze.

I: Heißt das, sie haben so eine Aufmerksamkeits...

IP 1: Ich würde eher sagen, dass das Texterfassen, das zu Lesen, das wird ja auch oft in der Pisa-Studie... sinnerfassend den Text aufnehmen." Interview 6, S. 17

11.3.3 KlientInnenportrait 3: „Multikulturelle Gruppe von jungen Burschen und jungen Mädchen bei der Probleme des Substanzkonsums sichtbar werden“

Nachfolgendes KlientInnenpotrait basiert auf Beschreibungen von InterviewpartnerInnen eines Jugendzentrums. Das Jugendzentrum ist in einer mittelgroßen Gemeinde an einer städtischen Peripherie angesiedelt.

„Die Kerngruppe sind acht Leute. Das sind zu 80 Prozent Österreicher“. Die Gruppe setzt sich aus SchülerInnen und Lehrlingen zusammen. Die Eltern werden als der Mittelschicht zugehörig beschrieben, Ressourcen sind großteils vorhanden. Die Interviewpartnerin problematisiert aber fehlende Zuwendung und Aufmerksamkeit durch die Eltern.

IP 1 „Drei sind dabei, wo man wirklich sagt, das wäre ein optimales Streetworkklientel eigentlich auch, aber das ist der kleine Teil von der Gruppe. Die anderen sind schon eher Österreicher, drei wohnen direkt in XY, die wohnen in Einfamilienhäusern, also vom Geld her geht es ihnen gut. Liebe bekommen sie alle zu wenig, das schon.“ Interview 5, S. 3

Der Konsum von Cannabis hat und hatte eine große Bedeutung für die Gruppe.

*IP 1: „Die einen sind österreichische Jugendliche, direkt aus XY, da ist der Jüngste 13 und es geht bis 17.“ (...) Meiner Meinung nach geht sowieso alles schon ein bisschen früher los. Die Gruppe kenne ich jetzt seit zwei Jahren ziemlich gut. (...) **Sie kiffen jetzt so seit zwei Jahren, alle zusammen, Mädels, Burschen.** Interview 5, S.1*

Diese Klientengruppe kann als “gemischte” Substanzkonsumgruppe bezeichnet werden, in der sowohl Cannabiskonsum als auch Alkoholkonsum Bedeutung hat. Interessant erscheint hier, dass bei diesen weiblichen KlientInnen der Alkoholkonsum und der rauschhafter Alkoholkonsum als bedeutsamer eingeschätzt werden, als bei den männlichen Mitgliedern der Gruppe .

IP 1: „Die Mädels von der Gruppe, die sind nicht so oft dabei, die trinken dann auch gerne einen Alkohol dazu, also bei den Mädels ist es dann halt gleich wirklich eine völlige Vollrauschgeschichte, wenn sie kiffen, dann noch einen Alk dazu, da am besten noch einen Schnaps. Die eine ist 13 und eine ist 17 und ein türkisches Mädel ist auch noch öfter dabei, die trinkt halt keinen Alkohol, die kifft halt nur. Weil die aber auch extreme Konsequenzen hätte, wenn sie ihr draufkommen würden.“ Interview 5, S.5

Bei drei KlientInnen zeigen sich Probleme die im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum stehen, die von der InterviewpartnerIn auch mit den Jugendlichen thematisiert wurden.

*IP 1: „Also mit drei von der Gruppe habe ich schon ein ziemlich ernstes Gespräch gehabt, weil man schon langsam merkt, dass sie **starke Konzentrationsschwierigkeiten** haben, dass **in der Schule gar nichts mehr geht, dass sie nur mehr herumhängen**. Sie haben versprochen es wird weniger, aber wie sie dann halt wirklich tun, das muss man sich anschauen. Also ich bin für sie eine große Vertrauensperson, sie erzählen mir wirklich viel“. Interview 5, S.5*

Der Opinionleader der Gruppe wird als “intelligenter Bursch” mit Migrationshintergrund beschrieben.

IP 1: „ (...) Der das oft aus einer Unterforderung heraus macht. (...) Dem ist einfach fad, ja. Das war schon in der Schule so. In der Schule stark angegangen mit dem Kiffen.(...) Extrem wiff, ja. Ich habe selten mit einem, jetzt ist er 16 geworden, mit einem Sechzehnjährigen solche Gespräche geführt. Also was er denkt, über was er sich Gedanken macht, was ihn beschäftigt und so. Also ein ganz ein interessanter Kerl.“ Interview 5, S.3

Ein weitere männlicher Gruppenzugehöriger, der “mit 15 Jahren der Jüngste in der Gruppe” ist, hat nach Wissensstand der InterviewpartnerIn mit 13 Jahren mit dem Cannabiskonsum angefangen. Der Klient zeigt Entwicklungsverzögerungen und Artikulationsprobleme, die die InterviewpartnerIn mit dem regelmäßigen, möglicherweise täglichen Cannabiskonsum in Verbindung bringt.

*IP 1: „hat schon recht bald angefangen und ist überhaupt von den schulischen Leistungen her nicht so gut. Der **tut sich schwer mit dem Konzentrieren**. Bei dem merkt man es extrem, dass seit einem Jahr gar nichts mehr weitergeht. **Also der steht wirklich von der Entwicklung her**. Mein Eindruck war, dass er sich auch immer mehr mit dem Sprachlichen schwer tut, also dass ihn das wirklich massiv beeinflusst und mit dem habe ich jetzt schon ein sehr ernstes Gespräch gehabt und eigentlich hat er mir versprochen, dass er es reduziert auf einmal im Monat, weil ich gesagt habe, du kommst nicht mehr weiter, du stehst jetzt schon ein Jahr zurück gegenüber den anderen. Bei dem wäre es jetzt schön langsam zum Lehrstellen suchen. Und er hat es ein bisschen reduziert, weil wir haben schon vor einem halben Jahr einmal ein Gespräch gehabt. Aber wie es halt so ist, wenn er dazukommt, dann ist er sicher dabei. Interview 5, S.5*

I: Und da auch schon immer wieder regelmäßig?

IP 1: Ja, regelmäßig und auch wirklich viel Bong rauchen. Und jeden Tag, wenn es geht und wenn sie etwas herbringen. Also das merkst du ihm an. Also dem merkst du es extrem an. Er redet schon ein bisschen langsamer als wie er noch vor einem

Jahr geredet hat. Kann sein, weil die Coolnessphase mehr dazu kommt und er sich vielleicht anders ausdrücken möchte, aber ich glaube wirklich, weil er langsamer im Kopf arbeitet. Das ist meine Wahrnehmung von ihm.“ Interview 5, S.5

Die Fallbeispiele des Gruppenleaders, der eher den Typus des Experimentierers vertritt und das Fallbeispiels 2 (Entwicklungsverzögerung) verdeutlichen, dass unterschiedliche Dispositionen und Vulnerabilitäten bei einem regelmäßigen Cannabiskonsum zu unterschiedlichen Effekten führen können. Im Zentrum steht hier die Dynamik der Gruppe, die zu unintendierten Effekten beitragen kann.

11.3.4 Gruppenportait 4: „Die psychosozial belasteten und marginalisierten, männlichen Migranten“

Das nachfolgende KlientInnenportrait basiert, ebenso wie KlientInnenportrait 3, auf den Beschreibungen der InterviewpartnerInnen des Jugendzentrums, dass in einer mittelgroßen Gemeinde an einer städtischen Peripherie angesiedelt ist.

Die Kerngruppe besteht aus acht männlichen Klienten. Drei Klienten haben einen Lehrabschluss. Der Cannabiskonsum dürfte beim Großteil der Klienten im Alter von 16 Jahren begonnen haben. Mittlerweile hat sich nach Einschätzung der IP ein täglicher Cannabiskonsum entwickelt.

*IP 1: „Und die (..) Gruppe, die sind ab **17 aufwärts bis 23**. Die Burschen kenne ich schon recht lange, also das ist **zu 90 Prozent eine Burschenpartie aus XX** (Herkunftsland wurde anonymisiert), die mir extrem vertrauen. Die haben alle starke Probleme eine Arbeit zu finden, die sie irgendwie befriedigt, oder eine Lehrstelle zu finden. Und es ist ein bisschen traurig zu beobachten, in welche Richtung es jetzt gegangen ist. Die sind jetzt schon lange bei mir, den einen von der Gruppe kenne ich seit vier Jahren extrem gut, mit dem habe ich lange Lehrstellen gesucht, aber der hat nie irgendetwas bekommen. Und es hat halt angefangen mit Wochenendkiffereien und jetzt mittlerweile verdienen sie sich halt ihr Geld damit, d.h. sie verchecken.“ Interview 5, S.9*

IP 1: „Und die anderen, von der Gruppe sind vier Brüder, das ist eine riesige Familie und da ist es einfach auch von daheim aus so schwierig. Also die sind nach der Schule beim Papa auf der Baustelle gewesen und das ist halt auch das, was sich der Papa vorstellt, was aber einen überhaupt nicht glücklich macht, das ist recht ein Zierlicher.

Ich glaube, sie kompensieren es ein bisschen durch das Wegschießen (Berauschung R.P.) dann am Abend.“ Interview 5, S.10

In der Folge beschreibt die Interviewpartnerin, dass die familiäre Situation vermutlich durch Kriegstraumata des Vaters sehr belastet ist. Phantasien und Furcht vor Gewalt („*das der Nachbar beim Fenster herein schießt*“) und Phantasien über kriegsähnlichen Zuständen („*Österreicher gegen Migranten*“) prägen den familiären Hintergrund.

11.4 Biographische Skizzen und Milieuportrait zur Problematik der Selbstmedikation

Nachfolgend werden Kurzbeschreibungen aus Fallbeispielen angeführt. Mit der Darstellung der biographischen Skizzen soll einerseits die Breite der Problemkonstellationen, die im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis auftauchen und als Aspekte von Selbstmedikation gedeutet werden können, skizziert werden. Die Fallbeispiele sollen andererseits einen tieferen Einblick in das Bündel möglicher Risikofaktoren geben, das am konkreten Einzelfall zu tragen kommt. Die Fallbeispiele wurden im Rahmen der Interviews vorgetragen und teilweise in grober Anlehnung an die Darstellungen der interviewten ProfessionistInnen zusammengefasst und teilweise neu strukturiert. Die fehlende Systematik bei der Beschreibung der Fälle steht u.a. im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Logiken in den Handlungsfeldern und den unterschiedlichen Möglichkeiten der InterviewpartnerInnen, Einblick in die einzelnen Fälle einwickeln zu können. Die Bandbreite der psychischen Probleme in den biographischen Skizzen reichen von Emotionsregulation, über Kriegstraumata, Aggressionsprobleme, Hinweise auf ADHS-Symptomatik bis zum depressiven Formenkreis.

11.4.1 Biographische Skizze 1

Nachfolgend wird in der biographischen Skizze ein Einblick in die Problemkonstellation eines Klienten aus dem Bereich Streetwork gegeben. Beschrieben werden hier Aspekte von Coping und Selbstmedikation vor dem Hintergrund von Aggressionsproblemen, Delinquenz, Kriegstraumatisierungen und Probleme der Zerrissenheit einer MigrantInnenbiographie. Die InterviewpartnerInnen berichten, dass der mittlerweile 24-jährige männliche Klient von „radikaler Opposition“ gegenüber dem Cannabiskonsum vor einigen Jahren zum regelmäßigen Konsumenten geworden ist.

IP 1: „Die Phase der Opposition war bis 20, 21 (Jahre) ca. Da war das strikt kein Thema. Dann ist er in eine Clique hineingekommen und hat doch einmal probiert, doch einmal mitgemacht, und dann auch durch das, dass er keine Arbeit hatte, viel Zeit, viel Zeit mit anderen Freunden, die in einer gleichen Lebenslage waren, die da das Kiffen entdeckt haben.

I: Relativ spät eigentlich.

IP 1: Ja relativ spät, aber dafür dann sehr regelmäßig, sehr viel. Was in dieser Clique, oder der kleinen Gruppierung schon dazu geführt hat, dass die Kiffen und Alkohol konsumieren. Also die haben dann einen Überfall gemacht. Also der sitzt auch gerade im Gefängnis. Aber die haben unter dem Einfluss probiert auszurauben, und das hat ihn ins Gefängnis gebracht. Der hat immer recht gehadert damit, dass von der Religion her darf man es eigentlich nicht, es ist böse und eigentlich will er Abstand davon nehmen, auf der anderen Seite hilft es ihm eben, weil der schon ein starkes Alkoholproblem gehabt hat. Was er selber auch sagt. Der eben von Schlägereien, aber er hat auch sehr viel selbstverletzendes Verhalten gehabt, in dem Sinne, dass er immer gegen die Wand geschlagen hat. Und auch das mit dem Kiffen wieder abfangen hat können. Und der hat das auch durchaus so geäußert von sich. Hat aber trotzdem auch immer wieder gehadert damit, dass es ihn eigentlich runter zieht, dass er zack ist und, dass ihn nichts freut und, dass er auch dadurch keine Arbeit mehr findet. Er hat auch oft Termine ausgemacht und ist nicht gekommen, diese Unzuverlässigkeit, wo du schon gemerkt hast, es geht ihm nicht gut. Jetzt sitzt er eh. (...)

I: Aber es hört sich schon so an, als würde da ein massives psychisches Leiden dahinter stehen. Wenn man sich selber verletzt, das ist ja jetzt grundsätzlich ...

IP 1: (...) Er sagt es ist ein bisschen so ein Überbleibsel von einer Kriegstraumatisierung, tschetschenischer Hintergrund. Der selber noch in Tschetschenien gelebt hat, bis zu seinem achten Lebensjahr oder so. Und da einiges gesehen hat, was ihn ab und zu einholt, sagt er. Und dann auch einfach die Lebenssituation, das enge Korsett, das oft da ist kulturell und von der Familie her, das ausbrechen wollen, aber doch nicht ausbrechen wollen. Eine klassische Zerrissenheit zwischen der Welt in der ich lebe und der kulturellen Zugehörigkeit. Arbeit, er ist der ältere Sohn, der Sohn der jünger ist wie er, der ist eigentlich besser unterwegs, eigentlich sollte er der sein, der mehr beiträgt. Also diese ganzen Sachen, die natürlich schon stark kulturell bedingt sind, die kommen da zum Tragen. Und ich glaube die Gesamtsituation hat für ihn immer schon zu einer psychisch starken Belastung geführt.“ Interview 1, S. 15–16

11.4.2 Biographische Skizze 2

Ein Interviewpartner aus dem Bereich Jugendstreetwork berichtet von einem 21-jährigen männlichen Klienten mit Hinweis auf ADHS-Symptomatik. Der Klient *“kifft durchgehend seit sechs Jahren”*. Nachdem die Mutter gestorben ist, versuchte der Klient seine depressiven Symptome mittels Cannabiskonsum zu lindern.

IP: „ (...) Die Anfangszeit haben wir nicht so mitbekommen, also das hat auch damit zu tun, dass die Mutter gestorben ist und uns ist vorgekommen, der war vorher schon schwierig und sehr aktiv. Also Hyperaktivität ist einmal abgetestet worden, aber er hat dann die Abklärung abgebrochen. Und in der Zeit wo die Mutter gestorben ist haben wir nicht so viel Kontakt gehabt, er hat aber rückwirkend erzählt, dass er sehr viele Depressionen gehabt hat und dass er im Kiffen so ein bisschen seinen Seelenfrieden gefunden hat. Und konsumiert seitdem durchgehend bis auf eine Phase, wo er in der Psychiatrie war. Da hat er so sechs Wochen nicht gekifft, oder nicht soviel.

(...)

Er hat aber immer wieder psychische Symptome gehabt, wo wir das Gefühl gehabt haben, der wäre gut aufgehoben in einer Therapie, vielleicht auch mit medikamentöser Stützung. Also der hat sehr viele verschiedene Sachen konsumiert, aber Kiffen war immer seine Basis, also durchgehend. Er hat gesagt er würde das nie aufgeben. Wir haben es z.B. einmal geschafft, dass wir ihm Arbeit vermitteln bzw. ist er mit einem Freund in ein Arbeitsverhältnis gekommen und da hat er gesagt er wird das schaffen, z.B. Hausregel, gekifft wird erst am Abend nach dem Heimkommen'. Und zwar nicht so viel, dass er nicht mehr aufstehen kann. Das hat er drei Monate geschafft und er hat dann angekündigt, so viel Stress, ich werde jetzt das Wochenende voll viel kiffen und dann draufbleiben und dann ist die Arbeit weg. Und genau so, wie er es prophezeit hat, war es auch und seitdem geht es wieder dahin.“ Interview 2, S.

13

11.4.3 Biographische Skizze 3

Eine InterviewpartnerIn aus dem Bereich Sucht- und Drogenkoordination beschreibt den Fall eines 20-jährigen jungen Mannes mit experimentierendem Konsumverhalten. Vermutlich im

Zusammenhang mit dem Konsum von "Spice" (künstliches Cannabinoid) entwickelten sich bei dem Klienten psychische Problematiken z.B. Depression und krisenhafte Problemlagen.

*IP 2: "Ein 20-Jähriger, der Schwierigkeiten gehabt hat, sich auszudrücken (...), trotzdem sehr bemüht war, und der seit 15 oder so Leistungssport gemacht hat, dann hat er halt immer mehr Drogen genommen oder experimentiert, weil das andere weggefallen ist. Und hat auch eine **Überdosierung gehabt mit 18 von einer Substanz, also nicht Cannabis** und beschreibt das selber so, als wäre er dort hängen geblieben irgendwie. Und es war im Gespräch irrsinnig schwierig mit ihm zu sprechen, und seitdem ist einfach auch gar nichts mehr gelungen. Kein Lehraabschluss, kein Führerschein. Obwohl er es immer wieder probiert. Und er hat das immer wieder so beschrieben, er ist in so einer Schleife drinnen, ob depressiv, ob krisenhaft. Und hat aber bis jetzt eine medikamentöse Behandlung abgelehnt. (...)*

I: Also da ist er in seiner Biografie ins Trudeln gekommen...

IP 2: Genau. Und weil ich mir denke, der ist trotzdem Anfang 20 und hat noch alles vor sich und da sind sicher noch ganz viele Ressourcen da und wenn er eine gute medizinische und auch sicher psychosoziale Begleitung bekommt, dann kann der sich wieder fangen.

I: Und ist es da rein um Cannabiskonsum gegangen?

IP 2: Er hat die Anzeige wegen Cannabis gehabt, und hat das eben zum Teil auch benutzt, um diese Löcher in die er gefallen ist, um sich da wieder rauszuhanteln, aber es war jetzt nicht im Vordergrund, da war jetzt meiner Einschätzung nach kein Suchtverhalten in dem Sinn, sondern auch...

I: Eigentlich war Cannabis die Selbstmedikation?

IP 2: Genau.

I: Es war jetzt nicht, was es auch gibt, so ein Verfall in einer psychotische Phase?

IP 2: Nein. Es hat zwei Funktionen gehabt, davor war es eher so ich tue halt Kiffen und nach dieser Überdosierungsgeschichte war es so eine Art Selbstmedikation." Interview 7, S. 22

11.4.4 Biographische Skizze 4

Eine InterviewpartnerIn aus dem Bereich Suchtberatung berichtet von einem männlichen Klienten der zum wiederholten Male wegen eines Suchtmitteldelikts von Cannabis angezeigt wurde. Im Hintergrund des Cannabiskonsums des Klienten steht nach Einschätzung der InterviewpartnerIn ein "massives Alkoholproblem". Der Cannabiskonsum wird als "Suchtverlagerung" angesehen, der nunmehrige Cannabiskonsum wird als schadensreduzierende Praxis gedeutet.

IP 1: „Ich habe jetzt unlängst wieder einmal wen da sitzen gehabt, der hat, glaube ich, zum fünften Mal eine Anzeige kriegt und geht zur Amtsärztin und sagt, es wird sich in meinem Leben sowieso nichts verändern und ich werd immer kiffen, ganz klar. Und es war trotzdem ganz wichtig, dass er da war, weil er hat Hepatitis C und er geht jetzt in die Hepatitis C-Behandlung. Also beim Cannabiskonsum, da wird sich nichts ändern, weil der wird sein Leben lang weiterkiffen, hundertprozentig. Aber wir haben über andere Themen gesprochen, ach so, jetzt gibt es eine neue Hepatitis C-Behandlungsmöglichkeit, sagt er, ja, interessant. (...)

I: Der Klient, hat er andere Substanzen auch konsumiert?

IP 1: Der hat ein Alkoholproblem gehabt, ein massives. Hat mit dem Alkoholproblem, hat, eine klassische Suchtverlagerung, hat mit dem Saufen aufgehört und kiffte halt jetzt und es geht ihm wesentlich besser. Und er ist seitdem nicht mehr ... der hat halt massive Probleme mit Gewalt und allem Möglichen gehabt. Ist rausgeflogen aus der Wohnung. Das war katastrophal und hat sich jetzt soweit stabilisiert, dass er wieder, einmal war er jetzt wieder kurz obdachlos, jetzt hat er wieder eine Wohnung. (...)

I: Aber der ist jetzt nicht berufstätig?

IP 1: Nein. ... Der hat einen schweren Unfall gehabt.“ Interview 8, S. 13–14

11.4.5 Biographische Skizze 5

InterviewpartnerInnen aus dem Bereich Streetwork berichten von einem 23-jährigen männlichen Klienten. Der Klient konsumiert unterschiedliche illegale psychoaktive Substanzen. Der Konsum wird mit Kriegstraumata im Kindesalter im Tschetschenienkonflikt in Verbindung gebracht.

IP 1: „Ich habe kürzlich mit einem jungen Mann gesprochen, mit unserem Tschetschenen, der hat mir von seinen Kriegstraumata erzählt, also von vielen Erlebnissen,

die er als Kind in Tschetschenien erlebt hat und hat dann gesagt, er ist auf Umwegen nach XY (Ort wurde anonymisiert) gekommen, also er war in Eisenstadt, da ist er irgendwie mit zehn oder knapp zehn, gelandet und ist dann nach XY gekommen, da war er wahrscheinlich so zwölf (...) und hat zu dem Zeitpunkt kaum schlafen können, weil er eben schwere Traumata gehabt hat. Er hat gesagt, wenn er die Augen zuge-macht hat, dann hat er immer diese Bilder gesehen und hat die halbe Nacht nicht geschlafen. Er war ein halbes Kind, ein ganz ein junger Jugendlicher, mit zwölf, und (hat) dann irgendwie gemerkt, wenn er Gras raucht, dann kann er schlafen. (...) Das ist auch ziemlich beeindruckend, dass er das so erzählt hat. Das ist einer von vielen, der sich dann halt selber ein bisschen weitergeholfen hat.

I: Weiß du in welchem Alter der dann war? Mit zwölf ist er nach XY gekommen.

IP 1: Genau. Und ich würde sagen, dass er so mit 12, 13, 14 spätestens an ver-schiedenste Substanzen gekommen ist. Und Gras war halt eines von den Ersten, hat er gesagt.

(...)

I: Hat der dann Cannabis als seine Leitsubstanz oder ist er polytoxikoman?

IP 1: Ich glaube, dass der ziemlich alles, was er in die Finger bekommen hat, probiert hat. Aktuell kann ich es schlecht sagen. Er sagt, er konsumiert gar nichts momentan. Aber das ist fraglich.“ Interview 3, S. 7

11.4.6 Biographische Skizze 6

Eine Interviewpartner aus der Suchtmedizin berichtet von einer weiblichen Patientin. Die Patientin ist Ende 30, arbeitet als Selbstständige, ist verheiratet und hat drei Kinder:

IP 2: „ (...) Die eben gemerkt hat, eben initial zur Selbstmedikation, nämlich zur Emo-tionsregulation, hat das mit dem Gras ganz gut funktioniert. Aber zunehmende Schwierigkeiten bekommen (hat), einerseits mit dem Partner, dass der das nicht to-leriert hat, aber auch dann selber gemerkt (hat), dann eben das zack werden, die Aufträge nicht mehr so zu erfüllen, hinterher zu rennen, der Arbeit, nichts auf die Reihe zu bringen und als Selbstständige natürlich (...) doppelt schlecht. Und von der Anzahl des Konsums, also der Menge, war das bei der recht ausgeprägt. Und die kam eben auch zu uns in die Cannabisgruppe und hat es eben geschafft im Rahmen der

Cannabisgruppe abstinenz zu werden. (...) Der hätte man das nicht angemerkt. Also voll im Beruf, voll integriert, aktiv, erfolgreich, aber ein massives Problem und die Grunderkrankung auf der Persönlichkeitsebene.“ Interview 10, S. 24

11.4.7 Milieuportrait: Selbstmedikationsthemen treffen auf jugendkulturelle Modelle und die Katastrophe der Nüchternheit

Zur Verdeutlichung der Vielschichtigkeit der Fallkonstellationen und einer dahinterliegenden Selbstmedikationsthematik wird nachfolgend ein Milieuportrait aus dem Bereich Jugendstreetwork vorgestellt. Die Interviewpartner beschreiben hier ihre Wahrnehmungen der Zusammenhänge von psychischen Problematiken ihrer KlientInnen und der seelisch, psychischen Not, die zu einer Praxis von Coping- und Selbstmedikationsmuster führt. Cannabiskonsum stellt, so die ExpertInnen, bei vielen diesen Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Basis dar, auf welcher der Konsum weiterer Substanzen folgen kann.

Jugendkulturen können gewissermaßen als Modelle und Orientierungsfolien für Heranwachsende verstanden werden. Der Konsum psychoaktiver Substanzen nimmt vielfach eine bedeutsame Rolle in Jugendkulturen ein. In diesem Zusammenhang kann, durch jugendkulturelle Rahmung, eine bereits an Substanzkonsum orientierte biographische Entwicklung einen ideologischen Anschlag und Legitimierung erhalten. Auf der Basis von zumeist prekären oder marginalisierten Lebenslagen, die vielfach mit massiven psychosozialen Problematiken verschränkt sind, wird hier der Substanzkonsum zu einem Lebensstil ideologisch geformt, in dem oftmals riskante Konsumformen im Zentrum stehen.

Die InterviewpartnerInnen einer Streetwerkeinrichtung im oberösterreichischen Zentralraum berichten, dass ca. 80 Prozent der KlientInnen psychische bzw. psychiatrische Probleme aufweisen. Bei ca. 50–60 Prozent dieser KlientInnen wurde auch eine offizielle psychiatrische Diagnose gestellt, so die Einschätzung der InterviewpartnerIn. Hervorzuheben ist auch ein hoher Anteil an weiblichen Klientinnen und ein hoher Anteil österreichischer KlientInnen im Vergleich mit anderen Jugendstreetwerkeinrichtungen.

IP 1: „ (...) Es stehen selten Eltern dahinter. (...) Also ganz viele von denen haben irgendwie so eine klassische Heimkindkarriere, wenn man es so plakativ beschreiben kann, also sind durch diverse sozialpädagogische Wohneinrichtungen gegangen und haben irgendwie ganz wenig Familienbackground. Also keine Mama, keinen Papa die sagen, nein, tu das nicht.“ Interview 3, S. 16

Der aktuelle Cannabiskonsum bei denjenigen 180 KlientInnen, bei denen engere Kontakte bestehen bzw. Beratungsangebote durchgeführt werden, wird von den InterviewpartnerInnen mit 99 bis 100 Prozent eingeschätzt. Ein großer Teil konsumiert täglich Cannabis, ein kleinerer Teil gelegentlich z.B. nur an Wochenenden. Cannabis hat für die täglich konsumierenden KlientInnen im Alltag einen hohen Stellenwert. Neben dem (gemeinsamen) Konsum und der erwünschten Wirkung sind der Erwerb bzw. die Weitergabe und teilweise auch der Verkauf, weitere Aspekte der hohen Alltagsbedeutung. Der Konsum ist eng mit Selbstmedikations- und Copingmustern verknüpft, identitätsstiftende und gruppenkohäsive Funktionen spielen anscheinend ebenso eine Rolle wie hedonistische Motive.

IP 1: „99,9999. Also es sind Einzelfälle, die tatsächlich noch nie oder gar nicht (Cannabis konsumieren).

I: Von welchem Klientenstand reden wir jetzt da?

IP 1: Du meinst von einer Zahl? Na ja, wir können sagen, wie haben 180 Leute in Beratung, das können wir nennen, weil wir das tatsächlich zahlenmäßig erfassen und eine Reichweite von 500 im Jahr. Von den 180, die wir in Beratung haben, sind es definitiv 99 Prozent, die Cannabis konsumieren. (...) Regelmäßig, auf jeden Fall mindestens am Wochenende. Aber die allermeisten tatsächlich täglich, mehrmals.“ Interview 3, S. 11

Die InterviewpartnerInnen beschreiben, dass der Cannabiskonsum von den KonsumentInnen ausschließlich positiv gedeutet wird.

IP 2: „Ja, das ist alles positiv besetzt.“ Interview 3, S. 25

Eine typische Entwicklung für KlientInnen der Steetwerkeinrichtung wird so beschrieben: die Jugendlichen die oftmals 12 bis 13-jährig sind, in Ausnahmefällen auch noch jünger, kommen in Kontakt mit älteren Jugendlichen in einer ähnlichen Lebenslage und damit mit Gruppen mit hoher Substanzaffinität und werden auch teilweise in illegale Drogenhandelaktivitäten einbezogen.

IP 1: „Genau. Und das ist auch so, dass die meisten ganz Jungen, die wir kennenlernen, so immer wieder in diese ältere Gruppe hineinkommen. Die landen am Hauptbahnhof, weil sie irgendwie abgängig sind von irgendeiner Einrichtung, kommen an die Gruppe, die ohnehin schon an allen Substanzen dieser Erde dran ist, quasi, und dann ist halt einmal auch Mitprobieren. (...) Da sind natürlich die noch cool, das sind dann die Großen und die Coolen, weil die haben erstens einmal ein Zeug, also wenn du dahinterschaust, die haben keine Wohnung und bekommen keine Termine auf die Reihe, aber für die Jungen sind sie halt die Coolen. Und da gibt es dann auch ab und zu einmal etwas zum Rauchen und er bekommt einmal etwas geschenkt und dann

probierst halt einmal aus und machst deine Erfahrungen. Und, ja, das haben wir schon oft gesehen, die müssen halt dafür manchmal auch rennen (Boten- oder Kurierdienste machen).“ Interview 3, S. 16–17

Die Katastrophe der Nüchternheit:

Bei dieser KlientInnengruppe steht die Bewältigung bzw. das Ertragen des Alltags durch Cannabiskonsum im Vordergrund. Nüchternheit wird laut Interviewpartner vermieden, der Konsum von psychoaktiven Substanzen wird eingesetzt um „Normalität“ herzustellen.

*IP 2: „Also bei uns in der Szene geht es, glaube ich, wirklich irgendwie um das Herunterkommen, **um ein bisschen dicht machen, viel um das Herunterholen und um den Alltag zu ertragen.** Einfach ein bisschen in der Welle sein. Die sagen ja nicht stoned oder zu, das ist einfach normal bei denen. Das ist halt einfach die Welle. (...)“*

*IP 1: Ja, und „diese Katastrophe der Nüchternheit“ oder wie war das vorher? Die tritt nicht ein, weil **die sind nie nichtdicht.** So ist das bei vielen eigentlich.*

I: „Die sind nie nicht dicht.“ Das wäre die Baseline, sozusagen. Also die Grundstimmung.

IP 2: Ja, sie haben immer etwas intus. (...)“

IP 1: Ja, genau. So beschreiben sie es auch manchmal. Also da muss ich in der Früh aufstehen und mir gleich einmal ein Hüterl hineinziehen, ... damit ich Motivation für den Tag habe.

IP 2: Das AMS (Arbeitsmarktservice) dablas‘ (ertrage) ich nüchtern nicht.“ Interview 3, S. 21–22

In der Welle bleiben:

IP 1: „Du sagst immer „in der Wellen bleiben“. (...) Also nicht von der Wellen herunterfallen, möglichst immer auf der Wellen bleiben, weil wenn ich herunterfalle, dann setzt es mich wieder auf den Hosenboden, dann muss ich wieder hinschauen, was alles schief läuft. Also ich glaube, es ist schon das immer so ein bisschen in Watte gepackt bleiben, ein bisschen auf der Wellen bleiben, auf der lustigen und Herunterkommen ist halt immer das Harte, Triste, da, wo ich nicht hinschauen will.“ Interview 3, S. 31

Beschrieben wird auch das Fehlen alltagsstrukturierender Beschäftigungen, das Fehlen von biografischen Perspektiven und Entwicklungsmöglichkeiten für das Klientel, vermutlich verbunden mit weiteren fehlenden Ressourcen, die in der jeweiligen Lebenslage den täglichen Alltagskonsum von Cannabis fördern.

IP 1: „Genau. Darum auch soviel im Alltag. Weil wenn mein Alltag irgendwie sehr unstrukturiert ist und ich ganz wenig Plan habe, wo ich hin soll und wo ich mich hinentwickeln kann, was ich kann, wo ich hingehöre, dann kommen halt, in so ständigen Wellen, diese Gedanken wahrscheinlich. Eigentlich sollte ich ja aufs AMS (Arbeitsmarktservice) gehen. Eigentlich sollte ich eine Lehrstelle haben. Eigentlich sollte ich Hackeln (Arbeiten) gehen. Eigentlich sollte ich mir eine Wohnung suchen. Und dann wird eine geraucht (Cannabis konsumiert).“ Interview 3, S. 18

Auf der Ebene des Konsums (z.B. Anteil der KonsumentInnen, Konsumfrequenz und Konsumdosis) werden in den letzten fünf Jahren kaum Veränderungen wahrgenommen. Dies kann vermutlich durch die besondere Zusammensetzung der KlientInnen dieser Streetwerkeinrichtung erklärt werden.

IP 1: „Wir können jetzt zurückblicken auf fünf Jahre (...), aus meiner Sicht (hat sich) nicht wirklich etwas verändert. Also das ist irgendwie gleichbleibend, dieser Alltagskonsum, dieser ständige.“ Interview 3, S. 3

Die InterviewpartnerInnen berichten weiters von familiären Cannabisgebrauch bei einzelnen KlientInnen:

IP 1: „Und ich glaube, dass es da so ist, wenn ein Kontakt zu den Eltern oder zu den großen Geschwistern da ist, dann ist das halt auch so, dass die auch rauchen, dass das kein Thema ist. (...) Mit der Mama halt einmal Einen rauchen und die Mama sagt dann auch eher, bevor du Tabletten nimmst, jetzt rauchst halt einmal einen. Aber rauch‘ halt ein gscheites Gras und nicht so ein Straßengras. Das ist halt schon so in der Gesellschaft angekommen, dass das kein Thema mehr ist.“ Interview 3, S. 26