

Die Wiener Drogenszene

Alfred Uhl und Alfred Springer
Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung

WUV–Universitätsverlag, Wien 1997

(zu beziehen über das Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung,
Mackgasse 7-11, 1230 Wien oder elektronisch unter
<http://www.api.or.at/lbi/download.htm>)

Zu Dank verpflichtet sind wir den Projektmitarbeitern Mag. Sigrid Awart, Mag. Notburga Distelberger, Herbert Fidi, Max Foissner, Michaela Krenn, Paul Neubauer, Edmund Rinnerbauer, Georg Rudolf, Rainer Schafhuber, Angelika Schaller, Barbara Schandl, Susanne Wasmayr-Wild, Sabine Wawrovsky, Walter Wojcik, Margarete Zeiner und Ursula Zeisel, die die Interviews durchgeführt haben, sowie Dr. Kurt Marhardt für die Unterstützung des Projekts und für seine nützlichen Anregungen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
1.1	Die "Wiener Drogenszene"	4
1.2	Warum Szeneforschung	4
2	Beschreibung der empirischen Untersuchung	5
2.1	Untersuchungsdesign	5
2.2	Durchführung der Untersuchung und kurze Stichprobenbeschreibung	6
2.2.1	Stichprobe der Phase 1	6
2.2.2	Stichprobe der Phase 2	6
2.3	Methodik der Auswertung und Darstellung der Ergebnisse	8
3	Ergebnisse	9
3.1	Der Begriff "Drogenszene"	9
3.2	Szeneorte und deren Stellenwert	10
3.3	Versuch einer Beschreibung wichtiger regionale Szenen in Wien	12
3.4	Cliquen in der Drogenszene und Kerngruppen an Szeneorten	14
3.5	Einstellung unterschiedlicher Drogenszenen zueinander und Status innerhalb der Szenen	15
3.5.1	Drogenszenen, die nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung waren	15
3.5.2	offene Drogenszenen, die Gegenstand der Untersuchung waren	16
3.6	Funktion der offenen und halboffenen Drogenszeneorte	17
3.7	Die offene "Drogenszene" ist ständig in Bewegung	19
3.8	Weitergabestrukturen und der Stellenwert von Informationen	20
3.9	Drogenkonsumstatus der befragten Szenemitglieder	22
3.10	Alter beim Beginn des Drogenkonsums und Alter beim Einstieg in die Szene	23
3.11	Szene und Verführung	24
3.12	Das Verhältnis zu Ausländern und der Stellenwert des Alters	26
3.13	Versorgung mit Drogen und Einfluß von Polizeimaßnahmen	27
3.14	Szene und Gewalt	27
3.15	Kriminalität und Prostitution	29
4	Substanzspezifischer Teil	32
4.1	Drogenkonsum in den letzten 6 Monaten nach Drogenkonsumstatus	34
4.1.1	Hanfdrogen	34
4.1.2	Ecstasy	35
4.1.3	Halluzinogene	35
4.1.4	Alkohol	36
4.1.5	Heroin	36
4.1.6	Andere natürliche und synthetische Opiate	37
4.1.7	Kokain	38
4.1.8	Psychoaktive Arzneimittel in der Szene	38
4.1.8.1	Stimulanzen	38
4.1.8.2	Hypnotika und Tranquilizer	39
5	Gebrauchsmuster und Bewertungen der differenten Substanzen und Substanzgruppen in den Drogenszenen anderer Städte	41
6	Literatur	43

1 Einleitung

1.1 Die "Wiener Drogenszene"

Seit der Wende der 60er zu den 70er Jahren manifestiert sich jugendliches Problemverhalten zunehmend in Gestalt von Drogengebrauch und seit damals wird davon gesprochen, daß in Wien eine "Drogenszene" existiert. Diese spontane Vergesellschaftung der Drogengebraucher fand in der historischen Entwicklung an verschiedenen Orten der Stadt statt. Anfangs war es vor allem der Theseustempel im Volksgarten, an dem sich meist jugendliche Cannabis- und Halluzinogenkonsumenten versammelten. Später folgte die Entwicklung der Drogenszene dem Ausbau des Wiener U-Bahnnetzes. Der erste prominente Ort, an dem sich in diesem städtebaulichen Kontext die Abhängigen versammelten, war die Station "Karlsplatz" im Zentrum der Stadt.

So wie sich die geographische Verteilung veränderte, so änderten sich auch die Verhaltens- und Drogenkonsummuster der Szene im Lauf der Zeit. Hatte, wie bereits vorhin beschrieben, die offene Szene zunächst überwiegend aus Cannabis- und Halluzinogenkonsumenten bestanden, traten später zunehmend deutlich polytoxikomane Drogenkonsumenten in Erscheinung. Die in dieser Szene überwiegend gebrauchten Substanzen waren damals Sedativa und Stimulanzien. In der Folge änderte sich auch die äußere Gestalt der Szene selbst. Sie wirkte, obwohl sie überwiegend aus recht jungen Personen bestand, zunehmend krank und verelendet.

Dadurch, daß sich die Szene an stark frequentierten öffentlichen Plätzen angesiedelt hatte, war sie deutlich sichtbar und wurde damit auch bald zum Ärgernis. Obwohl die Personengruppe, die die Szene konstituierte, zunächst zahlenmäßig recht klein war, wurde sie zunehmend als bedeutsames Problem interpretiert, heftig befeindet und gewann als öffentliches Ärgernis und sicherheitspolitisches Risiko kontinuierliche Medienpräsenz. Schließlich wurde die Drogenszene, wie auch in anderen europäischen Städten, zu einem Dauerbrenner innenpolitischer Querelen. Vor allem das Schicksal der Züricher Drogenszene wurde dabei von Politikern und bestimmten Interessensvertretern immer wieder beschworen, um strenge Maßnahmen und ein hartes Durchgreifen zu fordern.

In Folge des zunehmenden äußeren Druckes dezentralisierte sich die Szene und etablierte sich an diversen Orten. Es entstand eine Situation, wie sie auch in andern Großstädten besteht. Die Gesamtfläche der Stadt wurde zum Raum, in dem sich die Szene in einzelnen Knoten zu lokalen Drogenszenen verdichtete. In der zweiten Hälfte der 80er Jahre trat dann zunehmend auch eine offene Szene von Opiatgebern in Erscheinung, sodaß die Gesamtzene hinsichtlich der Altersstruktur und der Gebrauchsmuster ein immer differenzierteres Bild anzunehmen begann.

In unserer Studie sind wir bestrebt, den aktuellen kartographischen Zustand der Drogenszene und die Verteilung der Gebrauchsmuster unter Bezugnahme auf den historischen Kontext zu dokumentieren.

1.2 Warum Szeneforschung

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dieser sozialen Problemlage kann zwei Zielen nutzbar gemacht werden:

Das erste Ziel ist sozialpolitischer Natur und betrifft das Gemeinwesen. Wie auch in andern Ländern und Städten wuchs in Wien das Interesse an der Drogenszene. Allerdings war dieses Interesse vorwiegend skandalisierend motiviert. Daraus ergibt sich eine praktische Dimension der Forschungsnotwendigkeit. Die exakte Erfassung der Verhältnisse in den Szenen kann zu einer realitätsgerechteren Beurteilung führen und dementsprechend dazu beitragen, in den betroffenen Stadtvierteln das Verhältnis zwischen Drogenszene auf der einen Seite und den Einwohnern sowie Gewerbetreibenden auf der anderen Seite zu entkrampfen. So können derartige Studien Ausgangspunkte für eine Art von "Social Bargaining" sein, von dem die Inhabitanten der Szene ebenso profitieren können, wie Wohnbevölkerung und Gewerbetreibende.

Zum zweiten kann der ethnographische Forschungsansatz einem tieferen Verständnis der Suchtphänomene sowie der Motivation zum Drogengebrauch nutzbar gemacht werden. Unser geringes Wissen bezüglich dieser Problembereiche gründet ja nicht zuletzt darauf, daß wir nur sehr wenig darüber wissen, wie sich der Umgang mit den betreffenden Drogen im "natürlichen Umfeld" abspielt. Die Hauptinformationsquelle über das "Drogenproblem" stellen die Medien dar. Die Informationen, die auf diesem Wege zu uns gelangen, sind im allgemeinen eingespeist von Kontrollorganen und -behörden bzw. von Vertretern helfender und sozialer Berufe. Das hat zur Folge, daß diese Informationen fast ausschließlich problematisierenden, nicht zuletzt auch skandalisierenden Charakter haben. Liest

man die entsprechenden Darstellungen, die Schilderungen der gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen des Drogengebrauches auf den Einzelnen und die Gemeinschaft, dann kann man sich nur wundern, warum es überhaupt Menschen gibt, die verbotene Drogen gebrauchen. Eine Antwort auf letztere Frage kann man eventuell in Studien finden, in denen die Gebraucher selbst zu Wort kommen. Zumeist werden derartige Studien jedoch unter Bedingungen durchgeführt, die nicht die lebensweltlichen Bedingungen der aktuellen Konsumsituation widerspiegeln und dadurch wieder eventuell ein verzerrtes Bild entstehen lassen. Abhängige sind leicht zugänglich in Entwöhnungsstationen, im Gefängnis, etc., und dort werden sie dann auch befragt. Es ist verständlich, daß Angaben, die unter solchen Umständen zustande kommen, entsprechend gefärbt sind.

Ein relativ ungeschminktes Bild kann man wohl nur erhalten, wenn man versucht, Drogengebraucher in ihrer Lebenswelt, das heißt in der sozialen Struktur - der "Szene", in der sie sich aufhalten, bzw. die sie selbst konstituieren - zu begegnen. Dabei müssen forschungstechnisch primär qualitative Methoden eingesetzt werden. Diese ermöglichen eine relativ realistische Erkenntnis, da sie dazu beitragen, daß

- die Daten näher am sozialen Feld entstehen,
- die Informationen nicht weitestgehend durch Erhebungsraster prädeterniert sind,
- die Daten realitätsgerechter und angemessener werden,
- die Relevanzsysteme der Untersuchten berücksichtigt werden können und
- eine kommunikative Verständigungsbasis zustande kommt.

Der Einsatz dieser Methode ist in unserem Forschungsbereich schwierig, aufwendig, teuer und von einer Reihe von Problemen belastet. Deshalb verfügen wir auch nur über wenige Studien, in denen die Autoren das mühevoll Wagnis auf sich genommen haben. "Szenestudien" sind weiters vor allem nur bzw. erst dann möglich, wenn ein gewisses Mindestmaß an Freizügigkeit besteht. Befindet sich die Szene in einer extremen Außenseiterposition, wird sie verfolgt, dann besteht ein nicht unbegründetes Mißtrauen gegenüber jedem Eindringling, und es ist dann ein um so mühevollerer und recht langwieriger Prozeß, bis Forscher ein Vertrauensverhältnis mit den Szenebewohnern aufbauen können. Dieses grundsätzliche Vertrauen ist aber die Grundbedingung dafür, daß offene Gespräche geführt werden können, die einen Einblick in die realen Verhältnisse von Drogengebrauch und -handel und die zugrundeliegenden Motivationsstrukturen gewähren.

In den letzten Jahren sind in einigen Städten Untersuchungen der Drogenszenen durchgeführt worden: in Edinburgh, Amsterdam, Rotterdam, Frankfurt, Hamburg, Zürich und in Basel. Den Darstellungen der Untersuchungen läßt sich keine gemeinsame Methodik entnehmen, wenn nicht die Studien bereits als Städtevergleiche durchgeführt wurden. Zum Teil handelt es sich um mit großer Sorgfalt durchgeführte nicht-teilnehmende Beobachtung in der Szene selbst, zum Teil um Interviewstudien an einzelnen Populationen, wobei der Stichprobenumfang beträchtlich differiert, zum Teil wird in der Szene selbst besonderen Fragestellungen nachgegangen. Wir selbst haben uns das Ziel gesetzt, die Situation der offenen Wiener Drogenszene möglichst detailliert und umfassend zu erheben und zu dokumentieren.

2 Beschreibung der empirischen Untersuchung

2.1 Untersuchungsdesign

Ziel der Untersuchung war es, die Situation der offenen Wiener Drogenszene¹ möglichst detailliert und umfassend zu erheben. Zu diesem Zweck wurde ein zweistufiges Untersuchungsdesign gewählt. Die Erhebung wurde in der ersten Jahreshälfte des Jahres 1996 durchgeführt.

In der ersten Phase wurde im Rahmen einer mündlichen Befragung versucht, die Situation der offenen Wiener Drogenszene möglichst divergent zu erfassen. Zielgruppe für dieses 1 bis 2stündige Interview waren Betreuer von szenenahen² Drogenkonsumenten, primär mit Suchtgiftfragen befaßte Exekutivbeamte sowie szeneerfahrene Drogenkonsumenten. Die Interviews wurden anhand eines groben Leitfadens angelegt, sodaß systematisch beim Interview vorgegangen wurde. Die Gesprächssituation blieb dabei aber so offen, daß die Gesprächspartner auch andere relevante Aspekte einbringen konnten, wodurch sich noch eine Reihe von weiteren Punkten und Präzisierungen ergaben.

In der zweiten Phase der Untersuchung erfolgte aufbauend auf die Ergebnisse der ersten Untersuchungsphase eine standardisierte Befragung von Mitgliedern der offenen Drogenszene über alle Aspekte ihrer bisherigen Karriere, ihrer aktuellen persönlichen Situation und ihres Wissens über die Szene(n). Da eine vollständige Erhebung aller dieser

1 Die Begriffe "Drogenszene" und "offenen Drogenszene" werden in Kap. 3.1 ausführlich diskutiert und präzisiert.

2 Der Begriff "szenenah" bedeutet hier "in Kontakt mit der offenen Drogenszene".

Informationen in einem vertretbaren Zeitrahmen von ein bis zwei Stunden nicht möglich ist, wurde der Befragungsschwerpunkt auf jene szenespezifischen Aspekte gelegt, die sich in der ersten Phase als relevant herausgestellt hatten und bei denen die nicht standardisierte Befragung alleine noch keine ausreichend genauen Ergebnisse gebracht hatte. Dabei wurden die Befragten sowohl als Betroffene (über ihre persönliche Verwicklung in die Szene) als auch als Experten (über die Szene allgemein) angesprochen.

Die Durchführung der Interviews in der ersten Phase erfolgte durch zwei Mitarbeiterinnen des Ludwig Boltzmann-Institutes. Die Interviews der Phase zwei übernahmen 14 Interviewer, die alle beruflich mit der Betreuung von in der offenen Drogenszene verkehrenden Drogenkonsumenten beschäftigt waren. Konkret handelte es sich um Mitarbeiter und ehemalige Mitarbeiter der Beratungsstellen "Ganslwirt", "Streetwork", "Fix-und-Fertig" sowie der Bewährungshilfe. Für diese Interviewerauswahl sprach der Umstand, daß dieser Personenkreis einerseits weitgehendes Vertrauen der Szenemitglieder genießt, andererseits über das nötige Hintergrundwissen verfügt, um von den Befragten ernst genommen zu werden, und daß die Einrichtungen, in denen die Interviewer beruflich tätig sind, auch noch von Drogenabhängigen aus ganz Wien aufgesucht werden.

2.2 Durchführung der Untersuchung und kurze Stichprobenbeschreibung

2.2.1 Stichprobe der Phase 1

In der ersten Studienphase wurden folgende Personen befragt:

- 12 (29%) Betreuer von Drogenabhängigen (Mitarbeiter der Einrichtungen "Streetwork", "Ganslwirt" sowie "Fix-und-Fertig"),
- 13 (31%) Opiatabhängige bzw. ehemalige Opiatabhängige ("Drogenabhängige", "ehemalige Drogenabhängige in stationärer Entwöhnungsbehandlung" und "methadonsubstituierte Opiatabhängige")
- 16 (38%) Exekutivbeamte ("Sicherheitsbüro", "Suchtgiftdezernat", "Wachzimmer Karlsplatz") und
- 1 (2%) Clubbingorganisator.

2.2.2 Stichprobe der Phase 2

In der zweiten Studienphase wurden 150 drogenkonsumierende Szenemitglieder bzw. bis vor kurzem drogenkonsumierende ehemalige Szenemitglieder befragt.

Die Interviews wurden dort durchgeführt, wo es aus organisatorischen Gründen am leichtesten war.

- 28 (19%) der Interviews erfolgten in Lokalen,
- 16 (11%) in privaten Wohnungen,
- 81 (54%) in Beratungsstellen und
- 25 (17%) auf öffentlichen Plätzen.

Es ist völlig klar, daß man Drogenabhängige, in einem durch die Drogeneinwirkung stark beeinträchtigten Zustand nicht sinnvoll interviewen kann. Die Interviewer waren daher instruiert worden darauf zu achten, daß ihre Interviewpartner in einer Verfassung waren, die ein umfassendes Interview ermöglichte. Für den Fall, daß ein potentieller Interviewpartner für ein Interview zu einem bestimmten Zeitpunkt zu stark beeinträchtigt war, hatten sie die Instruktion, das Interview, wenn irgendwie möglich, zu einem späteren Zeitpunkt zu realisieren. Da es allerdings eine Reihe von Szenemitgliedern gibt, die drogenbedingt immer mehr oder weniger beeinträchtigt sind, wurden die Interviewer ferner instruiert, eine gewisse Beeinträchtigung der Interviewpartner in Kauf zu nehmen und sich keinesfalls auf "einfache" Interviewpartner zu beschränken. Es gibt nämlich eine Reihe von Drogenabhängigen, die immer einen mehr oder weniger stark drogenbeeinträchtigten Zustand aufweisen - und auf diese besonders auffällige Teilpopulation wollten wir keinesfalls verzichten. Eine Einschränkung auf aktuell Abstinente, auf unauffällige Spiegelkonsumenten und auf Rauschkonsumenten mit nüchternen Phasen hätte zu einer stark verzerrten Stichprobe der Szenemitglieder geführt. Der Beeinträchtigungsgrad der Interviewten wurde von den Interviewern anhand einer dreiteiligen Skala beurteilt, und dabei ergab sich folgende Verteilung:

- Bei 107 Personen (71.3%) wirkten sich Drogen zum Zeitpunkt der Befragung nicht negativ auf die Leistungsfähigkeit der Interviewten aus (keine deutliche Beeinträchtigung),
- bei 39 Personen (26.0%) ergab sich eine mittlere Beeinträchtigung, die die Befragung zwar erschwerte aber nicht unmöglich machte und
- in 4 Fällen (2.7%) schließlich war die Beeinträchtigung zwar beim Interviewbeginn noch tolerierbar, nahm im Laufe des Interviews allerdings so stark zu, daß das Interview nicht erfolgreich abgeschlossen werden konnte.

Das Alter der Befragten schwankte zwischen 15 und 42 Jahren mit einem mittleren Alter (Median) von 23 Jahren und

einem durchschnittlichen Alter (Mittelwert) von 24 Jahren. Die Altersverteilung in 5-Jahresschritten wird in Tab. 1 dargestellt.

Tab. 1: Altersverteilung in 5-Jahresklassen

	Häufigkeit (relative Häufigkeit)
15-19 Jahre	44 (29.3%)
20-24 Jahre	47 (31.3%)
25-29 Jahre	31 (20.7%)
30-34 Jahre	20 (13.3%)
35-39 Jahre	6 (4.1%)
40-42 Jahre	2 (1.4%)
gesamt	150 (100.0%)

Fast $\frac{3}{4}$ der Stichprobe (73%) waren männlichen und 27% weiblichen Geschlechtes.

Tab. 2: Geschlechtsverteilung

	Häufigkeit (relative Häufigkeit)
männlich	109 (72.7%)
weiblich	41 (27.3%)
gesamt	150 (100.0%)

Der Großteil der Stichprobe (78%) war ledig, 10% verheiratet, 11% geschieden und eine Person war verwitwet.

Tab. 3: Familienstand

	Häufigkeit (relative Häufigkeit)
ledig	117 (78.0%)
verheiratet	15 (10.0%)
geschieden	17 (11.3%)
verwitwet	1 (0.7%)
gesamt	150 (100.0%)

43% gaben an, aktuell keinen Partner bzw. keine Partnerin zu haben, 16% gaben an, in losen Beziehungen zu leben und 41% gaben an, in einer festen Partnerbeziehung zu leben, wobei etwas mehr als die Hälfte der Befragten mit fixer Partnerbeziehung angaben, mit dem Partner in einem gemeinsamen Haushalt zusammenzuleben.

Tab. 4: Beziehungen

	Häufigkeit (relative Häufigkeit)
aktuell keine Partnerbeziehung	62 (42.5%)
aktuell nur lose Partnerbeziehung(en)	24 (16.4%)
aktuell fixe Beziehung, aber nicht in gemeinsamen Haushalt lebend	26 (17.8%)
aktuell fixe Beziehung, aber in gemeinsamen Haushalt lebend	34 (23.3%)
keine Angabe	4 (fehlend)
gesamt	150 (100.0%)

Die Prozentwerte beziehen sich auf die "gültigen Fälle", d.h. auf jene von denen Angaben zur Beziehung vorlagen

Bezüglich der Wohnverhältnisse ergab sich das folgende Bild: 29% der von uns befragten Personen lebten bei ihren Eltern oder bei Verwandten. 18% verfügten über eine eigene Wohnung und 16% lebten in einer gemeinsamen Wohnung mit einem Partner oder einer Partnerin. 5% lebten in der Wohnung eines Partners oder einer Partnerin, hatten dort aber kein gesichertes Wohnrecht. 8% waren offizielle Mitbewohner (z.B. in einer Wohngemeinschaft) und 8% lebten bei Freunden oder Bekannten ohne gesichertes Wohnrecht. 14% schließlich hatten keinen Wohnsitz und weitere 3% lebten in einem Heim (Tab. 5)

Tab. 5: Wohnverhältnisse

	Häufigkeit (relative Häufigkeit)
bei Eltern/Verwandte	43 (28.6%)
eigene Wohnung (alleine)	27 (17.7%)
Wohnung mit Partner(in) gemeinsam	23 (15.6%)
wohnt bei Partner(in) ohne Rechte	7 (4.8%)
offizieller Mitbewohner, z.B. in WG	12 (8.2%)
bei Freunden / Bekannten ohne Rechte	11 (7.5%)
kein Wohnsitz	22 (14.3%)
Heim	5 (3.4%)
gesamt	150 (100.0%)

Weitere Details der Stichprobencharakteristik werden jeweils in den Kapiteln besprochen, in denen sie einen Beitrag zur inhaltlichen Diskussion liefern können.

2.3 Methodik der Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Bei Resultaten, die auf die erste Studienphase aufbauen, ist der nicht standardisierten Befragungstechnik in dieser Phase entsprechend, meist nur eine ganz grobe Quantifizierung möglich. Resultate aus der zweiten Phase, die allerdings nicht zu jeder Fragestellung vorliegen, erlauben im Gegensatz dazu eine genauere Quantifizierung. Angesichts der großen Anzahl an inhaltlichen Überlappungen - vielfach diente die erste Phase ja dazu, um Problemfelder zu entdecken und abzugrenzen, während die zweite Phase dazu diente, den in der ersten Phase gewonnenen qualitativen Eindruck zu präzisieren, zu überprüfen und zu quantifizieren - erschien uns eine getrennte Darstellung der beiden Erhebungsphasen wenig zweckmäßig. Die Ergebnisse der ersten und der zweiten Untersuchungsphase werden deswegen nach Themenschwerpunkten geordnet gemeinsam dargestellt. Grundsätzlich wird im Text immer ersichtlich gemacht, wenn sich eine Aussage ausschließlich auf die erste Phase oder auf die zweite Phase bezieht. Gibt es keinen diesbezüglichen Hinweis, so basieren die Aussagen auf beiden

Untersuchungsphasen.

Ergänzt werden die Ausführungen teilweise durch wörtliche Zitate von Interviewpartnern aus beiden Erhebungsphasen. Diese Zitate dienen als Illustrationen, um den Text anschaulicher und besser nachvollziehbar zu machen. Wörtliche Zitate von Interviewpartnern werden kursiv dargestellt, um diese immer und eindeutig von Aussagen der Autoren abzugrenzen. Um Aussagen zwischen Szenemitgliedern (Drogenkonsumenten und -händlern) und Personen, die mit einer gewissen Expertenposition am Rande der Szene (Betreuer und Exekutivbeamten) unterscheiden zu können, werden Zitate von ersterem Personenkreis mit "S" für "Szene", letztere mit "B" für "Betreuer" und "E" für "Exekutivbeamten" gekennzeichnet.

Unsere Erkenntnisse werden abschließend mit den Ergebnissen der Szeneforschung in andern Städten in Bezug gesetzt und diskutiert. Dazu wurden folgende Referenzuntersuchungen herangezogen: Ingold (1989), Kaplan & de Vries (1990), Ladewig & Simoni (1994) und Kemmesies (1995).

3 Ergebnisse

3.1 Der Begriff "Drogenszene"

Bevor man ein bestimmtes Phänomen untersuchen kann, ist es notwendig zu präzisieren, was man untersuchen will. In Zusammenhang mit dem Phänomen "Drogenszene" ist das gar nicht so leicht, da sich dieses Wort durch einen besonders inkonsistenten und vagen Sprachgebrauch auszeichnet. Wir werden nun versuchen, die gebräuchlichsten Bedeutungen des Wortes "Drogenszene" zu bestimmen, indem wir zunächst auf die unterschiedlichen Bedeutungen des Wortes "Szene" Bezug nehmen, diese Bedeutungen mit dem Begriff "Drogen" in Zusammenhang bringen und die Resultate dieser Interpretationsversuche mit dem Sprachgebrauch, der 42 von uns in der ersten Phase befragten szenenahen Personen, vergleichen.

Im Duden (1991) wird das, aus dem französischen stammende Wort "Szene", mit folgenden Bedeutungen aufgelistet: "Schauplatz"; "Auftritt als Unterabteilung eines Akts"; "Vorgang"; "Anblick"; "Zank, Vorhaltung"; "charakteristischer Bereich für bestimmte Aktivitäten". Das im WinWord 7.0 Programmpaket integrierte Wörterbuch, bietet für den Begriff "Szene" darüber hinaus noch zusätzliche die Begriffe "Bild" und "Milieu" an. Versucht man, ohne Heranziehung von Informationen über den tatsächlichen Sprachgebrauch, das Wort "Drogenszene" über die Bedeutungen der Worte "Droge" und "Szene" zu interpretieren, so ergeben sich folgende drei unterschiedliche Bedeutungen:

- Bedeutung 1: Der Schauplatz (Ort) an dem mit dem Drogenverkauf, -erwerb, und -konsum zusammenhängende Aktivitäten von Drogenhändlern und -konsumenten stattfinden.
- Bedeutung 2: Das Milieu (die Umgebung in örtlicher und personeller Hinsicht) in der mit dem Drogenverkauf, -erwerb, und -konsum zusammenhängende Aktivitäten von Drogenhändlern und -konsumenten stattfinden".
- Bedeutung 3: Der Anblick (das Bild), das sich dem unbeteiligten Betrachter an charakteristischen Orten bietet, die mit dem Drogenverkauf, -erwerb und -konsum zusammenhängen.

Dem Sprachgebrauch, der von uns in der ersten Projektphase interviewten Personen entsprechend, zeichnete sich noch eine vierte Variante ab, die aus der Bedeutung der Worte "Droge" und "Szene" allerdings nicht ableitbar ist:

- Bedeutung 4: Jener Personenkreis (die Akteure), der den Ort zum Szenenort macht. Also die am Szeneort regelmäßig anwesende Drogenkonsumenten und -händler, aber nicht solche Personen, die wegen dieser Kerngruppe ebenfalls mehr oder weniger regelmäßig am Szeneort anwesend sind, selbst aber weder Drogen verkaufen noch konsumieren, wie z.B. Streetworker, Drogenbetreuer, Exekutivbeamten etc.

Unsere Interviewpartner verwendeten den Begriff "Drogenszene" wechselweise im Sinne der Bedeutung 1 als "Ort" (S: "*Unter Szene verstehe ich einen Platz, wo sich viel abspielt und wo man alles kriegt.*"), im Sinne der Bedeutung 4 als "Akteure" (B: "*Drogenszene, im Sinne aller Leute, die mit Drogen zu tun haben.*") oder im Sinne der Bedeutung 2 als "Milieu", wodurch gleichzeitig örtliche und personelle Aspekte angesprochen werden. In der Mehrzahl der Fälle wurde das Wort "Drogenszene" abwechselnd mit mehreren Bedeutungen verwendet und häufig waren die Formulierungen auch so gehalten, daß man nicht eindeutig entscheiden konnte, welche Bedeutung jeweils gemeint war. Die einzige, der oben angeführten 4 Bedeutungen, die nie verwendet wurde, war die Bedeutung 3 ("Bild, das sich dem unbeteiligten Betrachter bietet.")

Abgesehen von der eben angesprochenen Mehrdeutigkeit des Begriffes "Drogenszene" gibt es noch eine Reihe weiterer Unschärfen und Mehrdeutigkeiten im Sprachgebrauch. So wird z.B. der Begriff "Drogenszene" mit unterschiedlichem Abstraktionsgrad verwendet - manchmal als allgemeiner Begriff, im Sinne einer - nur in der Einzahl

sinnvollen - Verallgemeinerung über alle in einer Region existierenden lokalen Drogenszenen (z.B. B: *“Aus Angst der Junkies vor der Polizei wird in Wien die offene Drogenszene immer kleiner.”* oder B: *“Die Wiener Straßenszene ist nur ein kleiner Ausschnitt der Drogenszene.”*) und manchmal als konkreter, regional präzisierter - sowohl in Einzahl als auch Mehrzahl verwendbarer - Individualbegriff (S: *“In Wien gibt es viele kleine Szenen, in jedem Bezirk.”*) Neben der Unterteilung in regionale Drogenszenen (wie *“Szene am Karlsplatz”, “Burggartenszene”* usw.) werden Drogenszenen auch noch nach der Art der dort bevorzugt gehandelten und konsumierten Drogenarten eingeteilt (S: *“Heroinsszene”, “Kokainszene”, “Cannabisszene”, “Tablettenszene”, “Ecstasyszene”* etc.)

Ein weiterer Aspekt des Begriffes “Drogenszene”, der hier zu diskutieren ist, ist der Grad an Öffentlichkeit. Manche Personen vertraten die Ansicht, daß der Begriff “Drogenszene” nur für öffentlich zugängliche Orte (Straßen, Plätze und öffentliche Lokale) bzw. Drogenkonsumenten und -händler, die dort verkehren, verwendet werden kann (B: *“Szene bezieht sich auf die Straßenszene, alles andere ist keine Szene.”*) Die Mehrzahl der Befragten bezog allerdings auch auf Orte mit eingeschränktem Zugang (Clubs, Clubbings, Jugendzentren, große Parties von Cliques) bzw. Drogenkonsumenten und -händler, die dort verkehren, mit ein (E: *“Die Kokainszene, das sind Prominente, die sich untereinander kennen, andere haben da keinen Zugang. Meist wird bei Parties, wo die Leute unter sich sind, konsumiert.”*) Aber auch ein sehr weiter “Drogenszene” Begriff, der alle Drogenkonsumenten - auch Einzelpersonen und kleiner Gruppen, die sich ausschließlich in Privatwohnungen treffen - einbezieht, ist weit verbreitet (E: *“Die Wiener Straßenszene ist nur ein kleiner Ausschnitt der Drogenszene, im Sinne aller Leute, die mit Drogen zu tun haben.”*)

Eine pragmatische Möglichkeit, in Zusammenhang mit dem Öffentlichkeitsgrad Klarheit zu schaffen ist, immer explizit zwischen

- offener Drogenszene (auf Straßen, Plätze und öffentliche Lokale),
 - halboffener Drogenszene (Clubs, Clubbings, bestimmte Tische in öffentlichen Lokalen, Jugendzentren, große Parties von Cliques) und
 - privater Drogenszene (Einzelpersonen und kleine Gruppen in privaten Wohnungen)
- zu unterscheiden.

Ein weiterer Punkt, der von verschiedenen Personen anders gesehen wird, betrifft die Frage, ob der Begriff “Drogenszene” ausschließlich durch das Vorhandensein einer Clique, im Sinne einer Kerngruppe von Personen, charakterisiert wird, die sich gegenseitig kennen und regelmäßig über längere Zeiträume am Szeneort aufhalten oder nicht. Nach ersterem Verständnis kann man nur dann von einem “Szeneort” sprechen, wenn dort über einen Großteil des Tages immer eine gewisse Anzahl von Drogenkonsumenten und -händlern anwesend sind, die sich gegenseitig kennen und jeweils einen längeren Zeitraum am Szeneort verbringen. (S: *“In der Szene kennen sich alle, sie haben alle Spitznamen.”* oder S: *“In Wien gibt es keine Szene mehr. Bei uns geht jeder auf mehrere Plätze nur zum Einkaufen, weniger um Leute zu treffen.”*) Nach dem zweiten Verständnis sind auch solche Orte als Szeneort zu bezeichnen, an denen sich phasenweise keine Drogenkonsumenten und -händler aufhalten - Orte also, an denen sich primär Personen treffen, die sich nicht oder kaum kennen, die sich nur sehr kurz zur Abwicklung von Geschäften an diesem Ort aufhalten und die zu diesem Zweck eine Reihe von unterschiedlichen (Szene-)Orten frequentieren. (S: *“Bei der Gumpendorferstraße ist nicht mehr viel los. Früher war das eine schnelle Verkaufsszene. Man ist gezielt hingefahren, um einzukaufen und hat sich nicht lange dort aufgehalten.”*)

Renn & Lange (1995) wiesen darauf hin, daß der Begriff “offene Drogenszene”, wie sich in ihrer internationalen Studie über die Drogenszene ergeben hatte, mitunter auch gänzlich anders verstanden werden kann - indem “offen” nicht als “sichtbar” sondern als “tolerant” interpretiert wird. Letzterem Begriffsverständnis entsprechend hätte das drogenpolitisch liberale Holland z.B. grundsätzlich eine “offene Drogenszene” während das drogenpolitisch eher repressive Schweden grundsätzlich keine “offene Drogenszene” hätte. Da sich in repressiveren Ländern meist kaum sichtbare Drogenszenen entwickeln können, während in liberaleren Ländern große Bereiche der Drogenszene offen sichtbar sind, ist bei vielen konkreten Aussagen die offene Drogenszene betreffend gar nicht möglich festzustellen, welches Begriffsverständnis der Aussage eigentlich zugrunde liegt. Wir finden es - wie auch Renn & Lange - zweckmäßiger den Begriff “offen” in diesem Zusammenhang ausschließlich als “sichtbar” zu interpretieren, und wir wurden im Rahmen der vorliegenden Untersuchung auch kein einziges Mal mit einem abweichenden Begriffsverständnis konfrontiert; es scheint uns aber trotzdem wesentlich darauf hinzuweisen, daß im internationalen Kontext auch ein gänzlich anderes Begriffsverständnis denkbar ist.

3.2 Szeneorte und deren Stellenwert

Bei der Beforschung versteckter Populationen, wie den in der Wiener Drogenszene verkehrenden Personen, ist es natürlich nicht möglich, alle Segmente repräsentativ zu erfassen. Ohne Frage werden jene Bereiche, zu denen von seiten der interviewenden Drogenbetreuer ein besserer Zugang bestand, stärker repräsentiert sein als solche

Regionen, zu denen sich nur zufällige Kontakte ergeben. Dem primären Einzugsgebiet der Beratungsstellen "Ganslwirt", "Streetwork", "Fix-und-Fertig" entsprechend sind die zentralen Drogenszenen um den Karlsplatz über das Wiental bis zum Westbahnhof in unserer Studie daher stärker repräsentiert als Stadtrandszenen. Ausnahmen diesbezüglich sind die Regionalszenen Simmering und Kagran, zu denen über jeweils einen Interviewer ein spezielles Naheverhältnis bestand.

In der zweiten Untersuchungsphase wurden die Interviewpartner danach gefragt, welche Szenenorte sie frequentierten, und anschließend welchen Stellenwert die einzelnen Szeneorte für sie hatten. Letzteres erfolgte anhand der fünfstufigen Skala "Das ist mein Stammplatz - bin regelmäßig länger dort - bin regelmäßig kurz dort - verkehre nur sporadisch dort - verkehre nie dort" erfaßt. An konkreten Szeneorten wurden vom Interviewer standardmäßig die Orte "Donauinsel", "Burggarten", "Stadtpark", "Karlsplatz", "Kettenbrücke", "Pilgramgasse", "Flohmarkt zwischen Kettenbrücke und Pilgramgasse", "Margaretengürtel", "Gumpendorferstraße" und "Westbahnhof" abgefragt. Darüber hinaus wurden die befragten Personen auch angehalten, eine beliebig große Anzahl von weiteren für sie relevanten Szeneorten anzugeben.

Neben den 10 vorgegebenen Orten wurden von den 150 Befragten der zweiten Untersuchungsphase noch 52 weitere Szeneorte angeführt.

- 21 davon waren Lokale,
- 19 waren Straßen oder öffentliche Plätze. Am häufigsten genannt wurden dabei "Umgebung Volkstheater" (10×), "Arbeitergasse" (7×), "Stephansplatz" (5×) und Kagran (4×).
- Außerdem wurden 4 verschiedene Einkaufszentren und eine Videothek erwähnt.
- 3 mal wurde die Umgebung von Drogenberatungsstellen genannt.
- die restlichen 4 Nennungen waren "illegale Feste", "Technofeste", "ein bestimmtes Jugendzentrum" und "ein bestimmter Schulhof³".

Die Häufigkeit, mit der die standardmäßig abgefragten Szeneorte angegeben wurden und welchen Stellenwert diese Orte für die einzelnen Befragten hatten, läßt sich aus Tab. 6 entnehmen. Der Szeneort, der von den befragten Personen am häufigsten frequentiert wurde, war der Karlsplatz: 69% der Befragten (=104 Personen) gaben an, den Karlsplatz zumindest gelegentlich als Szeneort zu frequentieren. Am zweit- und dritthäufigsten genannt wurden der Westbahnhof (von 61%) und der Flohmarkt (von 57%). Am seltensten frequentiert wurden von der vorliegenden Stichprobe der zweiten Untersuchungsphase die Gumpendorferstraße (28%), die Donauinsel (21%) und die Pilgramgasse (15%).

Der Karlsplatz ist auch jener Ort, der am häufigsten als Stammplatz bezeichnet wurde: 32% (=33 Personen) jener 104 Personen, die den Karlsplatz frequentierten, bezeichneten diesen als ihren Stammplatz. Gefolgt wurde der Karlsplatz diesbezüglich von der Gumpendorferstraße (21%), vom Margaretengürtel (19%) und vom Westbahnhof (18%). Am seltensten als Stammplatz bezeichnet wurden Pilgramgasse (4%), Kettenbrücke (5%) und Burggarten (5%).

3 Um welche Schule es sich dabei handelt, wurde allerdings nicht angegeben.

Tab. 6: Stellenwert ausgewählter Szeneorte für die befragten Personen

	Kontakt mit dieser Szene (Prozent bezogen auf alle Befragten) (n=150)	davon Stammplatz (Prozent bezogen auf alle, die diesen Ort frequentieren)
Karlsplatz	104 (69%)	33 (32%)
Westbahnhof	91 (61%)	16 (18%)
Flohmarkt (Samstag)	85 (57%)	12 (14%)
Burggarten	80 (53%)	4 (5%)
Stadtpark	79 (53%)	8 (10%)
Margaretengürtel	68 (45%)	13 (19%)
Kettenbrücke	57 (38%)	3 (5%)
Gumpendorferstraße	42 (28%)	9 (21%)
Donauinsel	31 (21%)	3 (10%)
Pilgramgasse	23 (15%)	1 (4%)

3.3 Versuch einer Beschreibung wichtiger regionale Szenen in Wien

Die nun folgende Beschreibung ist ein Versuch, unterschiedliche Szeneorte anhand von Angaben aus der ersten und zweiten Untersuchungsphase zusammenfassend zu beschreiben. Da die Szene immer in Bewegung ist, muß betont werden, daß diese Beschreibung der Situation im Erhebungszeitraum, Frühling und Frühsommer 1996 entspricht, und daß sich seit dieser Zeit unter Umständen bereits wieder große Veränderungen ergeben haben könnten.

- **Karlsplatz (U-Bahnhaltestelle, Untergrundpassagen, Resselpark):** Die Drogenszene am und um den Karlsplatz wird in den Medien am häufigsten genannt. Da die Polizei infolge eines eigenen Wachzimmers sehr präsent ist und eine zusätzliche Überwachung mit zahlreichen Videokameras stattfindet, werden am Karlsplatz vor allem Informationen ausgetauscht und Vermittlungen getätigt. Die direkte Warenübergabe findet nur selten dort statt. Obgleich man am Karlsplatz grundsätzlich alle Drogen beziehen kann, liegt der Schwerpunkt auf Medikamenten (S: *„Der Karlsplatz ist keine Szene sondern eine Apotheke.“*) Der Karlsplatz - als Medikamentenszene - wird von vielen Betroffenen als die *„tiefste Stufe“* apostrophiert, eine Beurteilung in der sich eine generelle Geringschätzung der Drogenabhängigen für Polytoxikomane und Medikamentenabhängige widerspiegelt (B: *„Der Karlsplatz ist nur die Spitze des Eisberges - das Tiefste“*.) Da die Abhängigen eher auffällig sind, gibt es einen starken Druck der Öffentlichkeit die Karlsplatzszene zu zerschlagen. Als Tablettenzene hat der Karlsplatz auch unter Junkies einen schlechten Ruf - der Karlsplatz gilt als das Letzte. Sogar ein Teil jener, die sich regelmäßig am Karlsplatz einfinden, um Tabletten zu kaufen, gibt Dritten gegenüber nicht zu, daß er immer wieder dort verkehrt.
- **Kettenbrückengasse (U-Bahnhaltestellen):** Die U-Bahnhaltestelle Kettenbrückengasse ist üblicherweise ein eher untergeordneter Szeneort, an dem eine ähnliche Klientel, wie am Karlsplatz verkehrt. Es ist primär eine Medikamentenszene an der sich auch manchmal Punks von der Pilgramgasse einfinden.
- **Pilgramgasse (U-Bahnhaltestellen und Areal des Flohmarktes):** Üblicherweise wird dieser Ort von Punks aus der ehemaligen Hausbesetzerszene dominiert, die sich durch exzessiven Alkohol-, Cannabis-, Tabletten- sowie in letzter Zeit zunehmend auch Heroinkonsum auszeichnen und abgeschlossene Cliques bilden (*„Pilgram Crew“*). An Wochentagen ist dieser Szeneort nicht sehr bedeutend. Einen hohen Stellenwert erhält er allerdings am Samstag, an dem dort regelmäßig ein Flohmarkt stattfindet. An diesem Tag findet sich dort neben der Punkszene regelmäßig auch noch ein Großteil der Karlsplatzszene und ein Teil der Margaretengürtelszene ein. Da sich am Tag des Flohmarktes die Drogenabhängigen und Flohmarktkunden in einer Art und Weise mischen, die die Schwellenangst bei nicht zur Szene gehörenden Gelegenheitskonsumenten reduziert, ist dieser Ort am Samstag auch für letztere attraktiv. In dieser besonderen Umgebung können sie, geschützt in der Masse, recht unauffällig Drogen erwerben. Der Umstand, daß sich am Samstag am Flohmarkt drei unterschiedliche Drogenszenen (*„Medikamentenszene Karlsplatz“, „Punkszene“, „Heroinszene Margaretengürtel“*), Gelegenheitsdrogenkonsumenten und der übliche Flohmarktbetrieb mischen, sowie der Umstand, daß dieser

Szeneort nur einmal in der Woche einen hohen Stellenwert erlangt, bewirkt, daß sich keine Kerngruppe von Drogenkonsumenten und -händlern, die sich gut kennen und zusammenhalten, etabliert hat. Man geht nur hin, um rasche Drogengeschäfte zu tätigen, und der Umstand, daß ein großer Teil der Geschäfte mit Unbekannten abgewickelt wird, bewirkt, daß nach Einschätzung der Süchtigen die Qualität der Drogen an diesem Szeneort besonders schlecht sei - man müsse ja keine Stammkunden bei Laune halten.

- Margaretengürtel (U-Bahnhaltestelle bis Schönbrunnerstraße und St. Johann-Park): Die Szene um die U-Bahnhaltestelle Margaretengürtel ist hauptsächlich eine Heroinszene, wobei allerdings auch Medikamente eine Rolle spielen. Bis Juni 1995 war die U-Bahnhaltestelle Margaretengürtel ein sehr bedeutender Szeneort - es waren permanent 30-40 Leute aus der Szene dort und auch der Ganslwirtbus war dort stationiert. Seit Juni 1995 tut sich dort nur mehr am Vormittag etwas, da die Szene von der Polizei aufgelöst wurde. Nun läßt sich eine Verlagerung dieser Szene zum Westbahnhof hin beobachten.
- Kreuzung Arbeitergasse/Gürtel: Dieser Ort war früher einmal ein wichtiger Szeneort, ist inzwischen aber nur noch von untergeordneter Bedeutung.
- Gumpendorferstraße (U-Bahnhaltestelle): Die Gumpendorferstraßenszene war ursprünglich eine schnelle Verkaufsszene, man ist gezielt hingefahren, um einzukaufen und hat sich nicht lange dort aufgehalten. Der Stellenwert dieser Szene hat in Folge von Polizeiaktionen allerdings analog zum Margaretengürtel stark abgenommen.
- Westbahnhof (Aufgang U3, Station der Linien 52 und 58, angrenzende Mariahilfer Straße stadtauswärts und Felberstraße): Der Westbahnhof war lange Zeit primär ein "Großumschlagsplatz für die untere Kokainszene", wobei es sich allerdings nach Einschätzung einiger Interviewter beim dort angebotenen "Kokain" häufig nicht um Kokain sondern um "Amphetamine" handelt. Seit der Polizeidruck auf die Heroinszene am Margaretengürtel und Gumpendorferstraße zugenommen hat, hat sich ein Teil der dortigen Szene ebenfalls zum Westbahnhof verlagert, was am Westbahnhof eine gewisse Vermischung der Heroinszene mit der "unteren Kokainszene" bewirkt hat.
- Die Szeneorte Margaretengürtel, Gumpendorferstraße, Kreuzung Arbeitergasse/Gürtel, Westbahnhof sollten unter einem zeitlichen Aspekt nicht ausschließlich isoliert dargestellt werden. Die genannten Szeneorte haben nämlich im Laufe der letzten Jahre unterschiedliche Bedeutung gehabt, da sich infolge von erhöhtem Polizeidruck mehrfach Verlagerungen der Szene ergaben. Wie wir anderenorts bereits ausgeführt haben, ergab sich nachdem sich um die U-Bahnhaltestelle Gumpendorferstraße eine starke, offene Drogenszene etabliert hatte, und der Polizeidruck auf diesen Szeneort wuchs, eine Wanderung der Szene zum Margaretengürtel, von dort zur Kreuzung Arbeitergasse/Gürtel, retour zum Margaretengürtel und zuletzt zum Westbahnhof.
- Burggarten: Die Burggartenszene ist primär eine offene Haschischszene, wobei auch fallweise Medikamente und LSD-Trips umgesetzt werden. Da sich die Haschischhändler wesentlich sicherer fühlen, wenn in ihrer Umgebung kein Handel mit Heroin oder Kokain stattfindet, der die Polizei anlocken könnte, werden Heroinhändler von den Cannabishändlern konsequent vertrieben und auch der offene Gebrauch von Heroin kaum geduldet. Die Klientel der Händler sind allerdings nur selten reine Cannabiskonsumenten. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um Heroinabhängige oder ehemalige Heroinabhängige im Substitutionsprogramm, die diesen Ort frequentieren, um weitgehend ungestört Haschisch rauchen zu können.
- Stadtpark: Die Stadtparkszene ist - wie die Burggartenszene - primär eine offene Haschischszene, wobei auch dort fallweise LSD-Trips umgesetzt werden. Der Ort - eine Bankreihe mitten im Park - ist weniger bekannt als die entsprechenden Bereiche im Burggarten. Auch hier spielt Heroin keine Rolle.
- Lokale im 1. Bezirk: Die meisten In-Lokale in der Innenstadt stellen Treffpunkte der gehobenen Kokainszene dar. Da die gehobene Kokainszene aus Personen besteht, die über erhebliche finanzielle Mittel verfügen, sich gegen unbekannte Dritte deutlich abgrenzen und äußerlich völlig unauffällig sind, ist das Ausmaß und die regionale Verteilung für Außenstehende kaum zu beurteilen. Auch die Polizei hat in der Regel nur wenig Einblick in die gehobene Kokainszene (E: "*Die gehobene Kokainszene ist für uns eine Überforderung. Ab einem gewissen Punkt bei der Fahndung fällt der Vorhang. Die Frage ist, wie weit man kommt.*") Unter Umständen würde diese Beurteilung durch die Polizei in Anschluß an die Verhaftung zahlreicher prominenter Kokainhändler und Konsumenten im Frühjahr 1997 - also nach Abschluß der vorliegenden Studie - deutlich anders ausfallen.
- Lokale im 5. Bezirk bis 7. Bezirk: Eine Reihe von Lokalen vom 5. bis zum 7. Bezirk stellen Treffpunkte der halboffenen Cannabisszene dar. Obwohl sich die private und halboffene Cannabisszene, im Gegensatz zur offenen Cannabisszene, üblicherweise stark gegen die Heroin-, Tabletten- und Kokainszene abgrenzt, gibt es in manchen

dieser Lokale auch einen schwunghaften Handel mit Heroin, Tabletten und Kokain.

- Donauinsel (Copa Kagrana): Im Sommer verlagert sich ein Teil der Heroin-, Tabletten-, Cannabis- und unteren Kokainszenen auf die Bereiche um die U-Bahnstation "Donauinsel" und ein Teil der gehobenen Kokainszene von den In-Lokalen des 1. Bezirkes in die In-Lokale der Donauinsel.
- Kagran (U-Bahnstation): An diesem Ort hat sich eine regionale Szene entwickelt, von wo aus der 21. und 22. Bezirk versorgt wird.
- EKZ-Simmering: An diesem Ort hat sich eine regionale Szene entwickelt, von wo aus der 11. Bezirk versorgt wird. Im EKZ-Simmering befindet sich die einzige offene Szene des 11. Bezirkes.
- Reumannplatz (U-Bahnstation): An diesem Ort hatte sich eine regionale Szene entwickelt, von dem aus der 10. Bezirk versorgt wurde. Zum Zeitpunkt der Befragung spielt der Reumannplatz allerdings keine große Rolle mehr.
- Auer-Welsbach-Park: Dieser, gegenüber vom technischen Museum gelegene Park, hat sich in der Zeit vor der Befragung zu einem Ort entwickelt, an dem sich die untere Kokainszene mit Kokain versorgte.
- Neben den genannten bedeutenderen Szeneorten gibt es kleine regionale Drogenszenen an U-Bahnhaltestellen, Straßenbahnhaltestellen, in zahlreichen Parks und in vielen Lokalen, über ganz Wien verstreut, an denen sich Drogenkonsumenten treffen und an denen ebenfalls mit Drogen gehandelt wird.

3.4 Cliques in der Drogenszene und Kerngruppen an Szeneorten

In der offenen Wiener Drogenszene, die der eigentliche Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist, sind geschlossene Cliques, die sich seit langem regelmäßig treffen und nach außen hin abgrenzen, eher selten. Weitgehend geschlossene Cliques findet man vor allem im privaten und halböffentlichen Bereich. Das betrifft z.B. die gehobene Kokainszene (E: *"Die Kokainszene im ersten Bezirk ist in sich geschlossen. Die Leute, die das nehmen, fallen sozial nicht auf, in jedem In-Lokal in der Innenstadt bekommt man Drogen."*), die Ecstasy konsumierende Clubbing Szene (Clubbing Organisator: *"Hauptsächlich halten sich dort Jugendliche aus gesicherten Elternhäusern auf oder Angestellte - gesicherter Mittelstand -, denn eine Party kommt ziemlich teuer. Eintritt ÖS 200.- und schicke Klamotten sind wichtig. Drogen werden genommen, um gut drauf zu sein: Ecstasy aber auch Speed⁴, Kokain und Cannabis. Das Ecstasy kommt aus Amsterdam, Rußland, Tschechei und Deutschland. Die Substanzen werden direkt bei den Parties verkauft. Die meisten wollen nur Spaß haben. Nur 5% bei unseren Parties sind total nüchtern. Heroin ist für sie nicht interessant. Alkohol ist eher selten."*) oder Cliques von Haschischrauchern in privater Umgebung. Bei Drogenszenen im privaten und halböffentlichen Bereich handelt es sich durchwegs um gesellschaftlich integrierte Personen, die genügend finanzielle Mittel zum Drogenerwerb besitzen, über soziale Kompetenz verfügen und äußerlich unauffällig sind. Wie es ein Polizeibeamter formulierte: *"Diese Süchtigen sind nicht interessant für den Staat, sie sind kein wirtschaftlicher Schaden. Es ist die gehobene Gesellschaftsschicht"*.

Nachdem diese Personen viel verlieren könnten, wenn sie öffentlich mit illegalen Drogen in Zusammenhang gebracht werden, versorgen sie sich eben über diskrete und verlässliche Quellen mit Drogen. Es gibt daher auch kaum Kontakte zur offenen Drogenszene. Dieser Struktur entsprechend ist es für die Sozialwissenschaft kaum möglich, mehr als einen sehr fragmentarischen Einblick in die Verhältnisse der privaten und halböffentlichen Drogenszene zu gewinnen. Quantitative und qualitative Aussagen über die private und halböffentliche Drogenszene, die ohnehin nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung sind, sind daher immer durch ein sehr hohes Maß an Unsicherheit geprägt.

Die einzige wirklich geschlossene Clique, in der offenen Drogenszene, auf die immer wieder hingewiesen wird, ist die sogenannte "Pilgram Crew": Das ist eine ursprünglich primär Alkohol, Haschisch und Medikamente, in letzter Zeit zunehmend aber auch Heroin konsumierende Gruppe von Punks, die aus der ehemaligen Hausbesetzerszene kommen, sich bevorzugt um die Stadtbahnhaltestelle "Pilgramgasse" aufhält und daher auch nach diesem Ort benannt werden. Die Punks heben sich eben sowohl vom Äußeren als auch von der Identität als Nachfolger der autonomen und Hausbesetzerszene immer noch deutlich von den anderen Gruppen ab. Interessant ist dabei, daß die Punks, die selbst von der Mehrzahl der Nicht-Punks in der offenen Drogenszene explizit abgelehnt werden, selbst eine neutrale bis positive Haltung den anderen gegenüber einnehmen. Letzteres könnte ein Grund dafür sein, daß diese ursprünglich vor allem Alkohol, Cannabis und Tabletten mißbrauchende Gruppe sich bezüglich ihres Drogenkonsumverhaltens immer mehr der polytoxikomanen Heroin/Kokain/Tablettenszene annähert. Das Ausmaß der

4 Szeneausdruck für Stimulanzien, meist Amphetamine. In der Wiener Szene ist aber vor allem der Ausdruck "Schnelle" gebräuchlich.

Ablehnung der Punks durch den Rest der polytoxikomanen Heroin/Kokain/Tablettenszene läßt sich aus zahlreichen Aussagen ablesen (S: *“Die Punks sind mir zu dreckig”* oder S: *“Die Punks sind ein arbeitsscheues Gesindel.”*) Ausführlich zu den Punks äußerte sich z.B. eine Opiat- und Medikamentenabhängige, die sich zur *“Karlsplatzfamilie”* zählte, über die sogenannte *“Pilgrampartie”* S: *“Die stehen dort und sagen: Ham’s a paar Schilling - so was könnt’ ich nicht! Ich pack’ das nicht, daß diese Leute an mir vorbeigehen - ich weiß, daß sie mich hören aber die dreh’n sich nicht um oder schieben bloß eine blöde Meldung. Das ist nicht mein Stil. Ich bin kein Punk. Ich bin ein normaler Bürger wie jeder andere und darum gehe ich auch nicht hin, zur Pilgramgasse.”*

In den anderen offenen Drogenszenen kennen sich jene Personen, die diesen Szeneort regelmäßig frequentieren zwar untereinander, aber die Beziehungen sind meist weder eng noch regelmäßig genug, um von Cliquen sprechen zu können. Um nachvollziehen zu können, warum sich in der offenen Drogenszene kaum Cliquen bilden, ist es von Bedeutung zu erfassen, welche Personen die offene Drogenszene frequentieren.

Den Kern der offenen Drogenszene bilden vor allem zwei Personenkreise, die auch den Charakter der regionalen Szeneorte prägen:

- psychisch und/oder sozial auffällige Personen, die in der Szene Sozialkontakte und eine Identität am Rande der Gesellschaft suchen (B: *“Der Karlsplatz ist vor allem ein Anziehungspunkt für Jugendliche. Sie haben oft keine funktionierende Familie und suchen dort eine Ersatzfamilie. Sie kennen niemanden und kommen dort schnell hinein!”*)
- Drogenabhängige, deren Drogenbedarf so groß geworden ist, daß sie sich die Aufrechterhaltung ihrer Sucht nur leisten können, wenn sie als Vermittler oder kleine Dealer selbst aktiv am Drogenhandel teilnehmen. (B: *“Die Szene gibt es nur, weil es Giftler gibt, die kein Geld mehr haben!”*)

Am Rand der Drogenszene stehen

- Abhängige, die plötzlich ohne Versorgung dastehen (z.B. weil ihr Dealer verhaftet wurde), und sie sich rasch Drogen besorgen müssen, um einen ungewollten Entzug zu vermeiden;
- Gelegenheitskonsumenten, die über keine privaten Bezugsquellen verfügen und dorthin gehen, wo allgemein bekannt ist, daß Drogen verkauft werden (S: *“In der Szene kaufen nur diejenigen ein, die sich nicht so auskennen, keinen privaten Dealer haben oder die schnell etwas brauchen. Es sind da viel höhere Preise.”*);
- selbst nicht abhängige kleine Zwischenhändler, die ihre Drogen über Vermittlung von Szenemitgliedern an die Endverbraucher bringen, (S: *“Jeder nigerianische Händler hat einen süchtigen österreichischen Vermittler, der die Leute aus der Szene kennt und die Kunden sammelt. Der Händler tritt mit dem Endverbraucher gar nicht direkt in Kontakt.”*).

Der recht hohe Grad an psychischer und sozialer Auffälligkeit in der Kerngruppe der offenen Szenen, der ständige Druck die Tagesdosis zu organisieren und systematische Aktivitäten der Polizei, um die Handelsstrukturen in der offenen Drogenszene aufzudecken, bewirken eben, daß sich kaum geschlossenen Freundescliquen bilden können. In der Heroin-, Tabletten- und unteren Kokainszene überwiegen lose Kontakte zwischen den Personen, die sich zur Szene zählen. Dauernde tragfähige Beziehungen und Solidarität sind in der offenen Drogenszene eher selten. Es handelt sich meist um Zweckfreundschaften und jeder mißtraut jedem (B: *“Beziehungen sind eher Zweckgemeinschaften und halten nicht lange.”* oder *“S: Die Szene hat keine sozialen Aspekte, man geht nicht hin, um Freunde zu treffen”* oder *“S: Du hast nur einen Freund, das Heroin!”* oder *“S: Keiner ist Dein Freund. Traue keinem, immer vorsichtig sein, immer kontrollieren!”* oder *“S: Auch die besten Freunde machen Linke mit mir. Zehnmal gut gekauft, einmal schlecht.”* oder *“S: Die Gier nach Gift ist stärker als die Freundschaft.”*)

3.5 Einstellung unterschiedlicher Drogenszenen zueinander und Status innerhalb der Szenen

3.5.1 Drogenszenen, die nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung waren

Wenn man über Status einzelner Personen in der offenen Drogenszene spricht, so muß man bedenken, daß es - wie bereits wiederholt ausgeführt - nicht nur eine Drogenszene sondern viele Szenen gibt. Einerseits unterscheiden sich diese Szenen nach der Art der verwendeten Substanzen, sowie dem sozialen Hintergrund der Szenemitglieder und andererseits gibt es ähnlich strukturierte Szenen, die infolge größerer räumlicher Distanz nur wenig Kontakt zueinander haben. Status wird primär innerhalb der verschiedenen Drogenszenen zugemessen und hat üblicherweise keine gruppenübergreifende Bedeutung.

Es gibt eine Reihe von wesentlichen Drogenszenen, die nicht der offenen Drogenszene zuzurechnen sind und die

demnach in der vorliegenden Untersuchung nicht erfaßt wurden. Das sind z.B.

- die "gehobene Kokainszene", die einer Gesellschaftsschicht angehört, die mit anderen Drogenszenen fast keine Berührungspunkte hat,
- die halboffene "Clubbingsszene", in der vor allem Ecstasy konsumiert wird, wo aber in geringerem Umfang auch Stimulanzien, Kokain und Haschisch konsumiert werden und die sich ebenfalls deutlich von den anderen Drogenszenen abgrenzt,
- die private Cannabisszene, die in gewissem Umfang auch mit anderen Halluzinogenen experimentiert, andere illegale Drogen vehement ablehnt und durch eine hohe Sympathie für alternative und kreative Lebensformen charakterisiert ist sowie
- eine Reihe von Alkoholszenen; das reicht von der Obdachlosenszene, über regionale Szenen von Kleinkriminellen bis zu feuchtfröhlichen Kegelklubs.

3.5.2 offene Drogenszenen, die Gegenstand der Untersuchung waren

Wenn von der offenen Drogenszene die Rede ist, wird häufig zwischen einer "Heroin-", einer "unteren Kokain-" und einer "Medikamentenszene" unterschieden. Wie die vorliegende Untersuchung deutlich machte, lassen sich zwischen den genannten drei Szenen in Wien aber keine klaren Grenzen ziehen. Die Übergänge sind fließend und polytoxikomane Konsummuster alle drei Substanzklassen betreffend überwiegen. Um Fehlinterpretationen vorzubeugen, ist es sinnvoller, von einer heterogenen "polytoxikomanen Heroin/Kokain/Tablettenszene" zu sprechen. In dieser Szene gibt es Teilgruppen, die generell oder phasenweise eine bestimmte Substanzgruppe bevorzugen, ohne in der Regel deswegen auf die anderen Substanzen zu verzichten. Häufig findet man im Laufe der jeweiligen Drogenkarriere starke Verschiebungen der Leitdrogen und Veränderungen der Konsummuster, die allerdings nicht nur in eine bestimmte Richtung gehen, sondern oft auch zyklisch erfolgen.

Die polytoxikomane Heroin/Kokain/Tablettenszene ist in der Regel charakterisiert durch eine Identität, die sich außerhalb der Gesellschaft und abgegrenzt von den meisten anderen Drogenszenen ansiedelt. Die gehobene Kokainszene, mit den sozial erfolgreichen Yuppies und die Clubbingsszene mit den wohlhabenden Teenagern werden durchwegs recht negativ erlebt und dargestellt. Wie bereits erwähnt, wird auch die "Pilgram Crew", der ursprünglich primär Alkohol, Haschisch und Medikamente konsumierenden Punks, trotz des Umstandes, daß sich diese im Konsumverhalten immer mehr an die polytoxikomane Heroin/Kokain/Tablettenszene annähern, äußerst negativ erlebt. Am negativsten ist die Einstellung den primär Alkohol mißbrauchenden Gruppen gegenüber. Vor allem ältere Junkies beurteilen häufig den Alkoholkonsum recht negativ (B: "*Viele lehnen Alkohol total ab, sie sagen, das ist nicht ihre Welle.*") Deutlich positiver ist nur die Einstellung zur privaten Cannabisszene, obwohl für die Mitglieder der polytoxikomanen Heroin/Kokain/Tablettenszene gleichzeitig außer Frage steht, daß jemand, der ausschließlich Haschisch raucht, nicht dazugehört, und daß man auch um die Ressentiments der privaten Haschischszene der polytoxikomanen Heroin/Kokain/Tablettenszene gegenüber weiß.

Im Burggarten und teilweise auch im Stadtpark hat sich eine "offene Cannabisszene" etabliert, die aber keinesfalls mit der privaten Cannabisszene verwechselt werden darf und mit dieser auch gar nichts gemein hat. Diese Szene setzt sich auf der Konsumentenseite primär aus Opiatabhängigen, ehemaligen Opiatabhängigen und Opiatabhängigen in Substitutionsprogrammen zusammen, die allerdings an den bezeichneten Orten fast ausschließlich Cannabis konsumieren. An diesen Orten wird darüber hinaus fast ausschließlich mit Cannabis gehandelt. Heroin- und Kokainhändler werden von den Haschischhändlern konsequent vertrieben und auch der offene Gebrauch von Heroin und Kokain wird dort kaum geduldet. Diese recht eigenartige Situation - auf der Konsumentenebene ist diese Szene ja weitgehend identisch mit der polytoxikomanen Heroin/Kokain/Tablettenszene - hängt nach Aussage einiger Beteiligter primär mit dem Sicherheitsbedürfnis der Cannabishändler zusammen. Die Haschischhändler wollen nämlich nicht, daß durch Heroin- und Kokainhandel verstärkt Polizei angelockt wird.

In der "polytoxikomanen Heroin/Kokain/Tablettenszene" gilt jener am meisten, der über besonders viele einschlägige Erfahrungen verfügt, und der darüber hinaus das Leben als Süchtiger gut im Griff hat: Diesem Prinzip entsprechend hat jener einen hohen Status,

- der eine lange Suchtkarriere hinter sich hat (B: "*Wer nur 6 Monate abhängig war, kennt sich nicht aus. Er ist noch im Kindergarten.*"), wobei die Qualität und Quantität der Erfahrungen über die Anzahl der Gefängnisaufenthalte, Überdosierungen mit Spitalsaufenthalt, die Menge die man verträgt, etc. bewertet werden (B: "*In der Szene gibt es Hierarchien. Es geht darum: Wer ist der bessere Junkie? Wer verträgt mehr? Wer auf 2 Gramm täglich ist, ist stolz darauf. Wer noch nie blau⁵ war, hat einen niedrigeren Status*" oder B: "*Sie sagen: Was Du warst noch nicht*

5 Szeneausdruck für "tiefe Bewußtlosigkeit infolge einer akuten Vergiftung"

im Hefen⁶?)

- der über preislich günstige und verlässliche Heroinbezugsquellen verfügt (B: *“Wer näher an der Quelle ist, d.h. größere Dealer kennt, hat höheren Status”*),
- der sozial geschickt ist und durch Drogenhandel gut verdient, was sich in modischer Kleidung und entsprechendem Lebensstandard manifestiert (B: *“Im Unterschied zur Alkoholszene schauen die Junkies gut aus, sie legen Wert darauf, daß sie die Kleidung oft waschen, sie stehlen sich auch gerne Kleidungsstücke.”* oder S: *“Die Zweite-Generation Jugendlichen⁷ am Karlsplatz sind auffallend modisch gekleidet, sie tragen oft Markenjeans.”*) Es gibt natürlich in der Szene auch Personen, die ihr Äußeres extrem vernachlässigen und - analog zu Sndlern im Alkoholbereich - alleine schon von der Erscheinung sehr auffällig sind. Für viele Junkies stellt allerdings ein gepflegtes und unauffälliges Aussehen einen Wert an sich dar. Dazu kommt natürlich auch, daß die unter Junkies weit verbreitete Prostitution durch ein gepflegtes Äußeres erleichtert wird;
- der nie in die Verlegenheit kommt, Medikamente statt Heroin nehmen zu müssen, weil er sich kein Heroin leisten kann. Medikamentenkonsum zusätzlich zum Heroinkonsum ist auch bei “erfolgreichen Heroinkonsumenten” in einem gewissen Umfang üblich, um bestimmte Wirkungen zu erzielen und wird grundsätzlich nicht negativ bewertet. Einen niedrigeren Status haben aber Personen, die immer wieder über längere Zeiträume Medikamente als Notlösung nehmen, weil sie nicht in der Lage sind, Heroin zu besorgen, und den niedrigsten Status haben Personen, die (fast) ausschließlich Medikamente nehmen (B: *“Wer nur auf Heroin ist, wird weit höher bewertet als die Polytoxikomanen.”* oder B: *“Mit Leuten, die nur auf Heroin sind, kann man mehr anfangen, als mit Leuten, die auch Medikamente nehmen.”* oder B: *“Heroinabhängige wollen nichts mit Leuten zu tun haben, die voll auf Tabletten sind.”*) Der niedrige Status des Medikamentengebrauchs in dieser Szene läßt sich anschaulich am Umstand ermessen, daß viele Opiatabhängige den Betreuern und Sozialarbeitern gegenüber nachhaltig beteuern, kaum je Medikamente zusätzlich zu Heroin zu nehmen und den Karlsplatz - als primäre Medikamentenszene - zu meiden, obwohl sie bald darauf vor den Augen dieser Betreuer am Geschehen des Karlsplatzes teilnehmen und auch immer wieder offensichtlich unter Medikamenteneinfluß stehend angetroffen werden.
- Da die Dauer der Karriere häufig mit dem Alter zusammenhängt, ist nicht verwunderlich, daß Ältere generell einen höheren Status haben als Jüngere (B: *“In der Szene gibt es eine Trennung nach Alter. Ältere und Jüngere mischen sich nicht gerne.”*)
- Zwei Elemente die hohen Status in der Szene bedingen, höheres Alter und wenig Medikamentenkonsum korrelieren aktuell in einer Art und Weise, daß sie sich hinsichtlich der Statuszuweisung gegenseitig verstärken. Während nämlich ältere Szenemitglieder den Medikamentenkonsum besonders geringschätzen und Heroin idealisieren, erfolgt der Einstieg in die Szene bei jüngeren Personen besonders oft über Tabletten. (B: *“Für die Älteren sind Tabletten oft das Letzte. Die Jungen nehmen alles, was ihnen ein lässiges Gefühl vermittelt und alles, was am Markt ist. Der Einstieg bei Jugendlichen erfolgt heute meist über Tabletten.”*)
- Nationalität und kultureller Hintergrund spielen hinsichtlich des Status eine vergleichsweise untergeordnete Rolle, obwohl es auch unter Junkies Ressentiment gegen andere Nationalitäten gibt. Inländer, Ausländer und Zweite-Generations-Jugendliche mischen sich in der Szene mehr, als das z.B. Jüngere und Ältere tun. Rechtsextremismus und deklariert rassistisches Gedankengut hat, im Gegensatz zu regionalen Jugendbanden, unter Junkies keinen hohen Stellenwert (B: *“In der Wiener Straßenszene sind Rechtsradikale nicht vertreten.”* oder B: *“Österreicher und Ausländer mischen sich in der Szene, es gibt eher keine getrennten Gruppen.”*)

3.6 Funktion der offenen und halboffenen Drogenszeneorte

Im wesentlichen erfüllt die Drogenszene für die zur Szene gehörenden Personen eine doppelte Funktion:

- einerseits eine soziale Funktion und
- andererseits eine ökonomische Funktion,

wobei die Schwerpunkte an verschiedenen Szeneorten ganz anders gelagert sein können.

(B: *“Der Karlsplatz hat für viele eine Wohnzimmerfunktion. Andere gehen hin, nur um zu verkaufen oder einzukaufen.”* oder S: *“Am Karlsplatz gibt es Sozialkontakt mit Freunden, am Westbahnhof wird nur gekauft und verkauft und man verschwindet sofort wieder.”*)

Die soziale Funktion besteht darin, daß sich mehr oder weniger geschlossene Clique von Drogenkonsumenten mit ähnlicher Problemlage treffen, Informationen austauschen und soziale Kontakte pflegen. (S: *“Ich gehe auch wegen der Atmosphäre in die Szene. Freunde treffen. Hören wie es dem und dem geht. Was er macht. Wer sitzt. Vor kurzem hab ich z.B. erfahren, daß sich ein Freund von mir eine Überdosis gegeben hat. Der hat das Leben nicht mehr gepackt!”*) Ganz besonders für Personen ohne festen Wohnsitz oder mit aversiven Wohnsituationen⁸ ist der Szeneort

6 Wiener Dialektausdruck für “Gefängnis”

7 in Österreich geborene Kinder von inzwischen eingebürgerten Ausländern

8 Z.B. bei Eltern oder Verwandten, die mit der Lebensweise der betreffenden Personen nicht einverstanden sind und daher einen großen Druck auf diese ausüben.

häufig ein Aufenthaltsort, an dem sie einen Großteil ihrer Zeit verbringen.

Die ökonomische Funktion besteht darin, daß sie dort einerseits ihren eigenen Drogenbedarf beziehen und andererseits Geschäfte abwickeln, um zu Geld oder Drogen zu kommen:

- Die Szene ist ein zentraler Ort für Handel mit Drogen und Vermittlung von Drogengeschäften, wobei aber üblicherweise nur mit sehr geringen Drogenmengen gehandelt wird und meist die konkrete Übergabe von Geld und Ware nicht am Szeneort selbst stattfindet. Grundsätzlich gibt es zwei Möglichkeiten den eigenen Drogenbedarf und den darüber hinaus gehenden Lebensunterhalt mittels Drogenhandel zu erwirtschaften:
 - Die Vermittlung von Drogengeschäften zwischen Drogenkäufern und nicht direkt am Szeneort anwesenden Drogenhändlern. (B: *“Der Vermittler fängt sich die Kunden. Er kennt die Süchtigen, und wenn er 5 Kunden vermittelt, bekommt er selber einen ‘Brief’. Süchtige und Vermittler treten in Kontakt. Der Dealer mit dem Stoff ist oft eine oder mehrere U-Bahnstationen weiter. Der Vermittler holt von dort den Stoff und die Übergabe erfolgt an einem dritten Ort.”*)
 - Der Verkauf von Drogen - teilweise in Kommission -, wobei diese üblicherweise mit anderen Substanzen gestreckt und mit Aufschlag verkauft werden. (B: *“Die Szene ist die unterste Ebene des Verkaufs. Das Heroin wird in Kommission übernommen, ein Teil wird selbst konsumiert, der Rest wird gestreckt und verkauft.”* oder B: *“Das häufigste Streckmittel ist Staubzucker. Strychnin ist als Streckmittel oft schon zu teuer. Ich habe einmal beobachtet wie jemand einfach Mauerputz verwendet.”*)
- In der Szene finden aber auch Geschäfte und Geschäftsvermittlungen statt, die nicht unmittelbar mit Drogen zu tun haben:
 - Der Verkauf von gestohlenen Waren. (S: *“Ich habe schon einmal Visitenkarten gedruckt mit der Aufschrift ‘Systemmanager’. Man konnte bei mir Waren bestellen, die ich dann stahl”, “Heute traf ich im Burggarten eine Frau, die Kurzstreckenfahrtscheine um den halben Preis verkaufen wollte”*)
 - Die Vermittlung von diversen Geschäften z.B. süchtige Prostituierten mit potentiellen Kunden, Hehlerei, etc. (B: *“Eine Möglichkeit, Geld zu verdienen, ist, Informationen zu vermitteln. Da gibt es z.B. den ‘Dirigenten’. Er sieht aus wie ein Vogel, ist selber clean und vermittelt Drogen, Mädchen und Buben.”*)

An manchen Szeneorten überwiegt der soziale Aspekt und an manchen Orten der ökonomische Aspekt. Letztere Orte (“schnelle Verkaufsszenen” an denen sich Drogenkonsumenten, -vermittler und -händler nur kurz zum Abschluß von Geschäften treffen) werden - wie wir bereits im Zusammenhang mit der Definition des Begriffs “Drogenszene” erläutert haben - von manchen Personen nicht der Drogenszene zugerechnet. Wir verstehen im vorliegenden Projekt allerdings den Begriff “Drogenszene” so weit, daß er auch schnelle Verkaufsszenen, die nicht als soziale Treffpunkte fungieren, umfaßt.

Der Eindruck den man anhand der qualitativen Auswertung der Aussagen gewinnen konnte, läßt sich auch durch die quantitative Auswertung bestätigen. Durchschnittlich gaben die von uns befragten Personen 2.25 Gründe an, warum sie die offene Drogenszene frequentieren (vgl. Tab. 7).

Der am häufigsten genannte Grund (von 63% der Befragten), warum Orte der offene Drogenszene aufgesucht werden, ist, daß die betreffenden Personen keine andere Möglichkeit zum Drogenbezug haben. An zweiter Stelle mit 51% Nennung lag die Bedeutung der Sozialkontakte in der Szene gefolgt von 33% der Befragten, die Szeneorte aufsuchen, um an wichtige Informationen zu gelangen. Drogenhandel/und die Vermittlung von Drogengeschäften (“Checken”) war für weitere 32% der Befragten von großer Bedeutung, 23% gaben an, sich außer an den Szeneorten nirgends wirklich wohl zu fühlen und 23% schließlich gaben an, Freude daran zu haben, durch ihre Anwesenheit an den Szeneorten “Spießbürger” zu schockieren (vgl. Tab. 7).

Tab. 7: Motivation die offenen Drogenszene aufzusuchen und Art des Drogenkonsums

	drogenfrei seit maximal 11 Monaten		Substitution seit maximal 74 Monaten		eher Spiegelkonsum		eher Rauschkonsum		gesamt			sign. Zusammenhang mit Alter
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	ges.	
habe keine anderen Drogenbezugsquellen	81%	33%	65%	56%	65%	56%	62%	56%	67%	53%	63%	n.sig.
wegen der Sozialkontakte in der Szene	38%	33%	58%	44%	49%	67%	60%	44%	51%	51%	51%	n.sig.
wegen wichtiger Informationen	38%	50%	39%	13%	33%	38%	25%	25%	33%	32%	33%	n.sig.
bin auf Checken ⁹ in Szene angewiesen	38%	33%	40%	44%	34%	7%	33%	22%	36%	23%	32%	n.sig.
habe keinen Ort, wo ich mich sonst wohl fühle	6%	17%	5%	50%	24%	38%	32%	25%	18%	34%	23%	n.sig.
es gefällt mir, Spießbürger zu schockieren	24%	17%	5%	13%	21%	33%	30%	50%	20%	30%	23%	eher Jüngere sig. 1%
Spaltensumme	225%	183%	212%	220%	226%	239%	242%	222%	225%	223%	225%	
gültige Werte	16	6	23	9	39	15	23	8	101	38	139	

Da jede Person zu jeder Frage Stellung beziehen konnte, können die Zustimmungsraten in jeder Zelle zwischen 0% und 100% variieren. Die Spaltensumme kann daher 100% um ein Vielfaches überschreiten. Um ein Beispiel zu geben: ein Wert von 225% in der Spaltensumme bedeutet demnach, daß in der entsprechenden Stichprobe im Durchschnitt 2,25 zustimmende Antworten gegeben wurden.

Bei der zufallskritischen Überprüfung der Unterschiede und Zusammenhänge (Pearson Korrelation), die in Tab. 7 dargestellt werden, ergab sich folgendes: Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen und auch keine Unterschiede in Relation zum Drogenkonsumstatus¹⁰ hinsichtlich der Motivation der Befragten zum Besuch der offenen Drogenszene. Hinsichtlich der Aussage, "Es gefällt mir, Spießbürger zu schockieren", gab es allerdings einen signifikanten Zusammenhang mit dem Lebensalter: Jüngere Personen stimmten dieser Aussage eher zu als ältere.

3.7 Die offene "Drogenszene" ist ständig in Bewegung

Von den Befragten wurde oft betont, daß die Szene ständig in Bewegung sei - wobei dieser Satz in mehrerlei Hinsicht zutrifft:

- Nicht zuletzt wegen gezielten Polizeiaktionen gegen größere Szeneorte kommt es laufend zu geographischen Verlagerungen und einer Zersplitterung größerer Szenen in kleinere Regionalszenen: Es entstehen neue Szeneorte, manche Szeneort gewinnen an Bedeutung und andere verlieren an Stellenwert. (B: "Es gibt derzeit die Tendenz, die offene Szene zu zerschlagen und daher gibt es immer weniger offene Szenen in Wien. Die Polizei treibt die Süchtigen von einem Platz zum anderen, das sogenannte Junkie-Jogging.") So erfolgte, nachdem sich um die U-Bahnhaltestelle Gumpendorferstraße eine starke Drogenszene etabliert hatte und nachdem der Polizeidruck auf diesen Szeneort wuchs, eine Wanderung der Szene zum Margaretengürtel, von dort zur Kreuzung Arbeitergasse/Gürtel, retour zum Margaretengürtel und zuletzt zum Westbahnhof.
- Die personelle Zusammensetzung der regionalen Szenen ändert sich rasch. (S: "Personen wechseln schnell. Nach 2-3 Monaten sind ganz andere Leute dort")
- Auch jene Personen, die sich bevorzugt an einem bestimmten Szeneort aufhalten - also zur Kerngruppe dieser Szene zu zählen sind, und die den Szeneort prägen, halten sich aus drei Gründen einen Großteil der Zeit nicht an diesem Szeneort auf.
 - Wer Drogen kaufen oder verkaufen möchte, kann in der Regel nicht starr an einem Ort bleiben. Häufig werden Geschäfte an einem Ort angebahnt und die konkrete Abwicklung erfolgt ganz wo anders. Nur so ist es möglich, regelmäßig Drogengeschäfte zu machen ohne je eine größere Menge bei sich zu haben. (B: "Süchtige und Vermittler treten in Kontakt. Der Dealer mit dem Stoff ist oft eine oder mehrere U-Bahnstationen weiter. Der Vermittler holt von dort den Stoff, und die Übergabe erfolgt an einem dritten Ort.")
 - Wenn sich an einem bestimmten Szeneort keine attraktiven Einkäufe oder Verkäufe anbieten, fahren die meisten Betroffenen zu anderen Szeneorten, um dort ihr Glück zu versuchen.

9 "Checken" ist eine Szeneausdruck für Drogenhandel und Vermittlung von Drogengeschäften.

10 Als "Drogenkonsumstatus" wird hier das Kategoriensystem "aktuell drogenfrei", "aktuell Spiegelkonsum", "aktuell Rauschkonsum" und "aktuell in einem Substitutionsprogramm" verstanden.

- Dazu kommt noch, daß Süchtige, auch wenn sie eine bestimmte Droge benötigen oder bevorzugen, durchwegs auch mit anderen Drogen dealen, um sich so die bevorzugte Droge finanzieren zu können. (S: *“Die meisten dealen mit mehreren Drogen und mit allem, was zu Geld zu machen ist.”*) Wer z.B. mit Tabletten handelt, um sich Heroin kaufen zu können, muß u.U. zum Verkauf der Tabletten den Karlsplatz und zum Einkauf des Heroins den Westbahnhof frequentieren. (S: *“Man geht an einen bestimmten Szeneort, je nach dem Stoff, den man gerade braucht oder haben will. Nicht immer an den gleichen Ort, sondern je nach dem, was man braucht.”*)

Vor allem der letztere Punkt - die tägliche Bewegung von Szeneort zu Szeneort, um Geschäfte zu machen - und dabei einer möglichen Observierung durch die Exekutive zu entgehen, erklärt, warum sich Szeneorte vor allem an Punkten entwickeln, die eine verkehrsgünstige Lage haben, und wo man Schutz vor Kälte und Wetter hat. Da der Großteil der Drogenabhängigen, die man zur offenen Drogenszene zählen kann, über kein eigenes Fahrzeug verfügt, bezieht sich das Wort *“verkehrsgünstig”* hier allerdings ausschließlich auf den öffentlichen Verkehr (S: *“Autos haben in unserer Welt keine Bedeutung. Ich bemerke sie erst, wenn ich die Straße überqueren möchte.”*) Die wesentlichsten Szeneorte sind daher U-Bahnhaltestellen und Parks sowie Lokale in U-Bahnnähe. (E: *“Wichtig für die Dealer ist, daß sie beweglich sind und schnell mittels U-Bahn verschwinden können”*)

Quantitativ läßt sich die hohe Mobilität der Szene (S: *“Wo es was gibt, da bin ich.”*) recht gut aus Tab. 8 erfassen. So gaben nur 8% der Befragten in der zweiten Untersuchungsphase an, bloß einen einzigen Szeneort zu frequentieren, während fast die Hälfte (49%) der Befragten angaben, insgesamt 5 oder mehr Szeneorte zu besuchen. In Einzelfällen wurden bis 9 verschiedene Szeneorte genannt.

Tab. 8: Einteilung nach Art des Szenekontakts und Anzahl frequentierter Orte

	Spalten- prozent ¹¹	Anzahl Szeneorte, die insgesamt frequentiert werden (Zeilenprozent)						
		nicht mehr in Szene	1 Ort	2 Orte	3 Orte	4 Orte	5 und mehr Orte	gesamt (Zeilen- prozent ¹²)
Ein oder mehrere Szeneorte sind mein Stammplatz	79 (53%)	0 (0%)	4 (5%)	9 (11%)	6 (8%)	9 (11%)	51 (65%)	79 (100%)
Ich verkehre regelmäßig und bleibe lange an einem oder mehreren Szeneorten	27 (18%)	0 (0%)	1 (4%)	2 (7%)	6 (22%)	5 (19%)	13 (48%)	27 (100%)
Ich verkehre regelmäßig und bleibe kurz an einem oder mehreren Szeneorten	17 (11%)	0 (0%)	3 (18%)	3 (18%)	6 (35%)	3 (18%)	2 (12%)	17 (100%)
Ich verkehre nicht mehr oder nur mehr selten in der Szene	27 (18%)	4 (15%)	4 (15%)	6 (22%)	3 (11%)	2 (7%)	8 (30%)	27 (100%)
Gesamt	150 (100%)	4 (3%)	12 (8%)	20 (13%)	21 (14%)	19 (13%)	74 (49%)	150 (100%)

Die Prozentangaben in der ersten Datenspalte, die mit *“Spaltenprozent”* gekennzeichnet sind, beziehen sich auf die Gesamtstichprobe, von 150 befragten Personen. Die restlichen Prozentangaben in den folgenden Spalten, die mit *Zeilenprozent* gekennzeichnet ist, beziehen sich auf jene Teilstichproben, deren Umfänge in der letzten Spalte der Tabelle angegeben werden.

Trotz dieser großen Mobilität zwischen unterschiedlichen Szeneorten hat aber ein relativ großes Segment der Befragten (53%) einen oder mehrere Orte, den/die sie selbst als Stammplatz/Stammplätze bezeichnen, sich also als Kerngruppe einer bestimmten regionalen Szene erleben.

3.8 Weitergabestrukturen und der Stellenwert von Informationen

Im Bereich des Heroinhandels meiden die selber nicht süchtigen Dealer, als letztes Glied einer häufig recht großen und international organisierten Bande, den direkten Kontakt zu den Endverbrauchern in der Drogenszene. Jeder

11 *“Spaltenprozent”* bedeutet, daß die Prozentangaben auf die Spaltensumme bezogen werden, sodaß sich pro Spalte 100% ergeben.

12 *“Zeilenprozent”* bedeutet, daß die Prozentangaben auf die Zeilensumme bezogen werden, sodaß sich pro Zeile 100% ergeben.

Dealer kennt einige wenige Abhängige, die als Zwischenhändler fungieren und aus ihrem Kontakt zum Dealer Kapital schlagen. (S: *“Nichtsüchtige Dealer sind in der Szene praktisch nicht bekannt.”* oder B: *“Die Szene kennt die nicht süchtigen Dealer nicht. Ein nicht süchtiger Dealer verkauft nur an ein bis zwei Leute, die das dann weiterverteilen.”*) Wer über eine solche, in der Szenesprache als *“Connection”* bezeichnete preisgünstige und qualitativ hochwertige Quellen verfügt, kann leicht gute Geschäfte machen und seinen Tagesbedarf ausschließlich durch Heroinhandel finanzieren. Die Weitergabe von Süchtigem zu Süchtigem erfolgt dann üblicherweise nachdem die Substanz mit einem ähnlich aussehenden Stoff (von Strychnin über Milchzucker und Kinderpuder bis Mauerputz) verlängert wurde, um so einen Gewinn zu erwirtschaften. In der weiteren Kette weiß daher niemand, durch wieviel Hände die Substanz gegangen ist, mit welchen Stoffen verlängert wurde und wie hoch der Reinheitsgrad des Heroins noch ist. Die Geschäfte werden häufig an einem Ort besprochen und die Übergabe erfolgt - aus Sicherheitsgründen - häufig an einem ganz anderen Ort. Der Stellenwert unbeteiligter Vermittler ist im Heroinhandel nicht so groß wie im Kokainhandel, auf den wir im übernächsten Absatz eingehen werden (S: *“Heroin geht meist ohne Vermittler. Die Dealer haben ein oder zwei Briefchen bei sich oder sie haben die Ware gebunkert”*¹³. *In letzterem Fall wird in der Szene nur die Kaufabsicht bekundet, die Übergabe findet woanders statt!*)

Bei Tabletten verkehren die Dealer direkt in der Szene und die Übergabe erfolgt vor Ort. Die Quelle sind neben einigen in der Szene bekannte Großanbietern, die ihre Geschäfte direkt oder über Mittelsmänner abwickeln, einerseits Abhängige, die über Ärzte, Rezeptfälschung oder Apothekeneinbrüche an Medikamente gelangt sind, die sie nun verkaufen wollen (S: *“Tablettenhandel geht meist ohne Vermittlung und Bunkern vor sich. Die Tablettendealer, die ich kenne, haben das Zeug vom Arzt verschrieben bekommen und verkaufen ohne Zwischenhandel.”*) und andererseits nicht-abhängige Personen, die über Ärzte zu Medikamenten gelangt sind und diese in der Szene zu Geld machen wollen (E: *“Auch Pensionisten verkaufen Medikamente am Karlsplatz”* oder E: *“Als ich in der Wachstube Karlsplatz war, wurde ein Pensionist aus dem Waldviertel aufgegriffen, der ein Jahr lang Codido® gesammelt hatte und hier zum Verkauf anbot.”*) Nachdem die Anbieter in der Regel für die Szene sichtbar sind, spielt der Zwischenhandel bei Medikamenten nur eine untergeordnete Rolle, die Versorgung ist allerdings nicht immer gewährleistet (S: *“Man muß die Zeiten genau einhalten und wissen, wenn die Leute von der Apotheke kommen. Oft sind mehr Leute da, die was wollen als solche, die was haben.”* oder S: *“Es gibt oft Engpässe bei Tabletten. Da stehen die Leute oft einen halben Tag unten und warten auf Tabs.”*) Im Frühsommer 1996 sind z.B. die Rohypnol® Preise stark gestiegen, was manche auf Engpässe bei Medikamenten zurückführen (S: *“In den letzten Monaten sind die Rohypnol® Preise stark gestiegen, weil einige Dealer weg sind”*), was andere aber wieder unabhängig vom Angebot interpretieren (S: *“Der Preis von Rohypnol® ist zwar stark gestiegen, aber das Angebot hat auf den Preis kaum Auswirkungen”*).

Die untere Kokainszene wird primär von Nigerianern beliefert, die die unterste Kette im Vertriebssystem darstellen. Die betreffenden Händler fahren mit der Straßenbahn an Szeneorten vorbei aber kommen dabei kaum direkt Kontakt zu Interessenten. Obwohl man die Nigerianer schon von Aussehen her leicht erkennen kann, ist man in der Regel auf österreichische Vermittler angewiesen. (S: *“Die Neger haben österreichische Vermittler, die ihnen die Leute bringen. Den Neger direkt zu fragen, hat gar keinen Sinn, weil die viel zu vorsichtig sind. Durch den Vermittler hat man aber auch mehr Sicherheit. Der kann nicht für zehn Leute einen Scheiß vermitteln, weil er sonst Schwierigkeiten kriegt.”* oder S: *“Die Neger müssen einen kennen - das ist ein Privileg. 90% brauchen einen Vermittler ohne den nichts läuft.”*) Die Verkaufsform als eingeschweißte Kugel (S: *“Die Schwarzen haben das Koka in Plastikkugeln eingeschweißt im Mund und können es bei einer Perlustrierung schlucken - die gehen im Magen nicht auf.”*) bewirkt auch, daß der Kunde grundsätzlich die Katze im Sack kaufen muß und die Qualität des erworbenen Kokains nicht nachprüfen kann (S: *“Man kann in die Kokakugeln nicht hineinschauen - wie z.B. in ein Heroinbriefchen - und weiß daher nie was man kauft.”*) Ein weiterer Unterschied zwischen dem Kokainverkauf und dem Heroinverkauf ist nach Auskunft der Interviewten, daß es üblich ist, mit den Kokainhändlern über den Preis zu feilschen, während beim Heroinverkauf ein Fixpreis üblich ist. (S: *“Beim Kokahandel ist ein gewisses Feilschen möglich - beim Heroin nicht”*)

Bei Cannabis in der offenen Szene überwiegt der Direktverkauf in kleinen Mengen, was wohl damit zusammenhängt, daß geringe Mengen Cannabis von der Öffentlichkeit weit weniger problematisch erlebt werden als z.B. geringe Mengen Heroin oder Kokain und damit auch das Risiko, wenn man erwischt wird, geringer ist. Um dabei nicht in Zusammenhang mit als gefährlicher erachteten Drogen gebracht werden zu können, werden dort von den Händler alle Personen konsequent vertrieben, die andere Drogen anbieten (S: *“Die Burggartenszene als reine Kifferszene”*¹⁴ *wird von den Händlern bestimmt. Heroinhändler werden eingeschnitten*¹⁵ oder S: *“Ich habe einmal gesehen, wie sie einen Heroinhändler verprügelt haben.”*)

13 Szeneausdruck für *“Verwahrung in einem leicht zugänglichen Versteck”*, wie z.B. in einem Park vergraben.

14 *“Kiffen”* ist eine Szeneausdruck für *“Haschischrauchen”*

15 Der Ausdruck *“eingeschnitten”* bedeutet im Szenejargon *“mit dem Messer verletzt”*.

Über die Strukturen in der privaten und halboffenen Kokainszene, sowie in der privaten Cannabisszene, können wir aus der vorliegenden Untersuchung keine Aussagen machen, da die entsprechenden Personenkreise nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung waren, und da wir auch keine indirekten Informationen zu diesen Bereichen sammeln konnten.

Zusammenfassend kann man sagen, daß der Stellenwert von Informationen und Kontakten ("Connections") sowohl in Zusammenhang mit Heroin als auch in Zusammenhang mit Kokain eine große Rolle spielt, während in Zusammenhang mit Tabletten und mit Cannabis der Direktverkauf überwiegt, und dementsprechend Informationen und Kontakte eine weit weniger wichtige Rolle spielen (S: *"Für Tabletten braucht man weniger Infos - nur daß man sie am Karlsplatz bekommt."*) Während im Heroinhandel Connections üblicherweise dazu benutzt werden, um sich seinen Eigenbedarf als Zwischenhändler zu finanzieren - der die gekaufte Ware mit Zusätzen streckt, um so einen Gewinn zu erzielen - bedeuten Connections im Kokainhandel die Vermittlung zwischen Interessenten und dem eigentlichen Händler ohne direkte Beteiligung am Geschäft - wobei man dann für die Vermittlung mit Drogen entlohnt wird.

3.9 Drogenkonsumstatus der befragten Szenemitglieder

Die von uns befragten Szenemitglieder wurden anhand der Drogenkonsumgewohnheiten in vier Kategorien unterteilt:

- Personen im Substitutionsprogramm
- zum Zeitpunkt des Interviews drogenfreie Personen
- Spiegelkonsumenten
- Rauschkonsumenten

Die Personen im Substitutionsprogramm waren zum Zeitpunkt des Interviews bis 74 Monate substituiert worden, die durchschnittliche Substitutionsdauer betrug 19 Monate, und 63% waren zum Zeitpunkt des Interviews bereits länger als 6 Monate im Substitutionsprogramm gewesen.

Bei den zum Zeitpunkt des Interviews drogenfreien Personen lag der letzte Drogenkonsum bis 11 Monate zurück, die durchschnittliche Dauer seit dem letzten Entzug betrug 4 Monate und nur bei 17% lag der letzte Entzug mehr als 6 Monate zurück.

Etwas mehr als die Hälfte (55%) der zum Zeitpunkt des Interviews drogenfreien Personen hatten den Drogenkonsum ohne therapeutische Hilfe beendet, bei den restlichen 45% war die Einstellung des Drogenkonsums mit therapeutischer Unterstützung erfolgt. Der relativ hohe Anteil der Personen, die es schafften einen längeren Zeitraum ohne therapeutische Unterstützung "drogenfrei" zu leben, kann als Indiz dafür gelten, daß Personen, die im Sinne eines "Maturing Out"¹⁶ aus der Sucht herausreifen und eine Motivation entwickeln den Drogenkonsum einzustellen auch ohne therapeutische Unterstützung eine Chance haben, ihre Sucht zu überwinden. Ein Umstand, auf den auch die von uns in der ersten Phase interviewten Personen immer wieder betont haben (B: *"Viele der Kids vom Karlsplatz haben oft nur eine Phase, wo sie Drogen konsumieren, kommen später aber wieder weg."* oder B: *"Die meisten sind später wieder aus der Szene weg."*) und für den auch Ergebnisse einer vor 10 Jahren gemachten Untersuchung an Opiatabhängigen (Uhl et al., 1988) sprechen. Daß die Erfolgsaussichten mit therapeutischer Hilfe größer sind, kann man allerdings angesichts des Umstandes vermuten, daß Personen, die die Abstinenz mit therapeutischer Unterstützung versucht hatten, bereits viel länger ohne Drogen gelebt hatten als jene, die diesen Schritt alleine versucht hatten. Die durchschnittliche Zeitdauer ohne Drogen (d.h. seit dem letzten Entzug) war bei Personen, die bei der Aufgabe des Drogenkonsums therapeutisch unterstützt worden waren, mit durchschnittlich 160 Tagen fast doppelt so lang wie bei jenen, die den Drogenkonsum ohne therapeutische Unterstützung eingestellt hatten (99 Tage).

Der relative Anteil der Personen pro Kategorie nach Drogenkonsumstatus ist bei Männern und Frauen in etwa gleich (Chi-Quadratstest, n.sig.), es gibt aber einen starken Zusammenhang zwischen Drogenkonsumstatus und Alter (sig. 1%): Das Durchschnittsalter ist in der Gruppe der Substituierten um 7 Jahre höher als bei den Rauschkonsumenten. - Ein Befund der angesichts des Umstandes, daß junge Personen mit kurzer Suchtkarriere wesentlich schwerer in ein Substitutionsprogramm aufgenommen werden als ältere, nicht weiter verwunderlich ist. Die geringfügigen Unterschiede im Durchschnittsalter zwischen Männern und Frauen (22 Jahre vs. 20 Jahre) konnten zufallskritisch nicht gesichert werden (vgl. Tab. 9).

Die Teilnahme in einem Substitutionsprogramm bedeutet in der Mehrzahl der Fälle nicht, daß ausschließlich die Substitutionsdroge genommen wird. Der Konsum illegaler Drogen und von Alkohol nimmt infolge der legalen

16 Als "Maturing Out" bezeichnet man das Herausreifen aus der Sucht nach Jahren der Abhängigkeit. Der Begriff geht auf Winick (1962) zurück.

Versorgung mit Ersatzdrogen zwar ab, ein vollständiger Verzicht auf "Beikonsum" anderer Drogen ist allerdings in der von uns befragten Personengruppe eher die Ausnahme als die Regel. 91% jener Befragten, die bereits länger als 6 Monate substituiert waren, gaben Beikonsum mit anderen Drogen innerhalb der letzten 6 Monate an und wenn man Alkohol und Cannabis nicht berücksichtigt, so macht der Beikonsum immerhin noch 82% aus. Das hohe Ausmaß des Beikonsums unter Substituierten, die die offene Drogenszene frequentieren, darf allerdings nicht auf Substitutionspatienten schlechthin generalisiert werden. Wie wir in einer Untersuchung über Substitutionspatienten in der Anfangsphase dieser Behandlungsform in Österreich (Uhl et al., 1992) feststellen konnten, liegt der Beikonsum beim durchschnittlichen Substitutionspatienten deutlich unter dem hier gefundenen Ausmaß.

Tab. 9: aktueller Drogenkonsumstatus, Alter und Geschlecht

Anzahl (Durchschnittsalter)	männlich	weiblich
Substitution seit maximal 74 Monaten	23 (28 Jahre)	9 (27 Jahre)
drogenfrei seit maximal 11 Monaten	18 (24 Jahre)	6 (24 Jahre)
aktuell eher Spiegelkonsum	40 (24 Jahre)	16 (22 Jahre)
aktuell eher Rauschkonsum	23 (22 Jahre)	9 (20 Jahre)
gesamt	104 (22 Jahre)	40 (20 Jahre)

Tab. 10: signifikante Unterschiede und Zusammenhänge zu Tab. 9

Art des Zusammenhanges	Test	Signifikanz
Drogenkonsumstatus × Geschlecht	Pearson Chi-Quadrat	n.sig.
Alter × Drogenkonsumstatus	2-Weg Varianzanalyse	1%
Alter × Geschlecht	2-Weg Varianzanalyse	n.sig.

Nur 15% der von uns befragten Personen gaben an, nie Drogen intravenös appliziert zu haben, und bei weiteren 18% lag die letzte intravenöse Applikation mehr als 6 Monate zurück. Da Unterschiede zwischen Männern und Frauen, die intravenöse Anwendung betreffend, nicht statistisch signifikant waren (Tab. 10), werden sie in Tab. 11 nicht extra ausgewiesen. Bei Personen in Substitutionsprogrammen und bei drogenfrei lebenden Personen ist der Anteil jener, die noch nie Drogen intravenös appliziert hatten, signifikant niedriger als bei aktuellen Drogenkonsumenten (Tab. 10).

Tab. 11: intravenöse Anwendung der Drogen und Art des Drogenkonsums

	Substitution seit maximal 74 Monaten	drogenfrei seit maximal 11 Monaten	eher Spiegel- konsum	eher Rausch- konsum	gesamt
nie i.v.	1 (4%)	2 (6%)	12 (22%)	6 (19%)	21 (15%)
vor 6 Monaten i.v.	9 (38%)	6 (19%)	3 (6%)	7 (23%)	26 (18%)
letzte 6 Monate i.v.	14 (58%)	24 (75%)	40 (73%)	18 (58%)	97 (68%)
gesamt	24 (100%)	32 (100%)	55 (100%)	31 (100%)	142 (100%)

Die Prozentangaben in der Tabelle beziehen sich jeweils auf die Anzahl gültiger Werte pro Spalte (Spaltenprozent).

Tab. 12: signifikante Unterschiede und Zusammenhänge zu Tab. 11

Art des Zusammenhanges	Test	Signifikanz
intravenöser Konsum × Geschlecht	Pearson Chi-Quadrat	n.sig.
intravenöser Konsum × Drogenkonsumstatus	Pearson Chi-Quadrat	1%

3.10 Alter beim Beginn des Drogenkonsums und Alter beim Einstieg in die Szene

In Kap. 2.2.2 (vgl. Tab. 1) haben wir bereits festgestellt, daß das Alter der von uns in der Phase 2 befragten

Szenemitglieder zwischen 15 und 42 Jahren variierte, wobei das Durchschnittsalter 24 Jahre betrug. Nach eigenen Angaben hatten die Befragten im Alter zwischen 9 und 27 Jahren mit dem Problemkonsum¹⁷ begonnen. Das durchschnittliche Alter bei erstem Problemkonsum wurde mit knapp 16 Jahren angegeben. In 18% der Fälle hatte der Problemkonsum bereits vor dem 14. Lebensjahr begonnen, in 2% sogar vor dem 12. Lebensjahr. Daraus ergibt sich, daß die Dauer der Karriere zwischen erstem Problemkonsum und dem Interview durchschnittlich 8 Jahre betragen hatte. Die maximale Drogenkarriere hatte 26 Jahre betragen. Nur bei einer einzigen Person lag der erste Problemkonsum noch nicht länger als ein Jahr zurück (vgl. Tab. 13).

Tab. 13: Beginn des Drogenkonsums und Alter beim Einstieg in die Szene

	Streubereich	Mittelwert
Alter	15-42 Jahre	24 Jahre
Beginn des Problemkonsums	9-27 Jahre	16 Jahre
Dauer des Problemkonsums bis Interview	bis 26 Jahre	8 Jahre
Alter beim ersten Szenekontakt	11-37 Jahre	19 Jahre
Dauer SzeneEinstieg bis Interview	bis 25 Jahre	5 Jahre
Dauer des Problemkonsums bis SzeneEinstieg	bis 18 Jahre	3 Jahre

Den ersten Kontakt mit der offenen Drogenszene war bei den von uns befragten Personen zwischen dem 11. Und dem 37. Lebensjahr erfolgt. Im Durchschnitt waren die Personen beim ersten Szenekontakt 19 Jahre alt gewesen. In 10% der Fälle war der erste Szenekontakt vor dem 14. Lebensjahr, in 1% der Fälle sogar vor dem 12. Lebensjahr erfolgt. Im Durchschnitt war der erste Szenekontakt 3 Jahre nach dem ersten Problemkonsum erfolgt, wobei die längste Zeit zwischen Beginn des Problemkonsums und erstem Szenekontakt 18 Jahre betrug. In 13% der Fälle war der erste Szenekontakt bereits im ersten Jahr des problematischen Drogenkonsums erfolgt und in keinem einzigen Fall vor oder gleichzeitig damit. Die Verführung zum regelmäßigen Drogenkonsum kann also in keinem einzigen Fall als Resultat eines Kontaktes mit der offenen Drogenszene bezeichnet werden (vgl. Tab. 13). Auf letztere Aussage, die Verführung durch die Szene betreffend, werden wir im nächsten Kapitel, das sich mit eben diesem Aspekt der offenen Drogenszene beschäftigt, noch ausführlich zurückkommen.

3.11 Szene und Verführung

Die große Gruppe der Szenemitglieder, die sich ihren Drogentagesbedarf als Vermittler oder kleine Händler verdienen, sind darauf angewiesen, regelmäßig Personen zu finden, mit denen sie Geschäfte machen können. Sie befinden sich dabei permanent in einer Zwickmühle. Personen, die zum Kern der Szene gehören, die u.U. die gleichen Zwischenhändler kennen und selber Drogengeschäfte vermitteln oder machen müssen, um ihren Drogentagesbedarf zu finanzieren, reichen als Kunden in der Regel nicht aus. Es ist daher unumgänglich nötig, den Kundenkreis zu erweitern. Konkret muß man solche Passanten ansprechen, die an einem Drogeneinkauf Interesse haben könnten. Wichtig ist dabei allerdings eine Vorselektion in dem Sinne, daß man Passanten, die mit Sicherheit nicht an einem Geschäft interessiert sind und die einen bei der Polizei anzeigen könnten sowie verdeckte Fahnder meidet. Nur so kann man das persönliche Risiko minimieren. Aus diesem Grund werden in Szenenähe vor allem echte Interessenten und Passanten, die ein gewisses neugieriges Interesse zeigen, sowie Personen, die sich über eine längere Zeit im Szenebereich aufhalten - z.B. weil sie auf jemanden warten - angesprochen (E: *„Manchmal werden Touristen am Karlsplatz gefragt, ob sie etwa kaufen wollen.“* oder E: *„Wenn man in der Passage steht und auf jemanden wartet, wird man angequatscht, ob man etwas kaufen möchte.“*) Wer den Szenebereich zielstrebig durchquert und sich nicht interessiert zeigt, wird daher eher nicht beachtet (B: *„Kinder der evangelischen Schule wurden nie von Sndlern und Giftlern belästigt. Die Süchtigen machen anderen Leuten nichts, sie bleiben lieber unter sich.“* oder S: *„Beim Dealen, da muß man unauffällig bleiben!“*)

Wie groß ist nun tatsächlich die Gefahr, daß unbeteiligte Personen, die sich in Szenenähe aufhalten, durch das Vorhandensein der Szene erstmals zum Drogenerwerb und -konsum verführt werden? Um diese Gefahr quantitativ abschätzen zu können, haben wir die von uns in der zweiten Studienphase interviewten Personen einerseits nach ihrem eigenen Zugang zur Drogenszene befragt (Tab. 14) und sie andererseits ersucht, zu beurteilen, inwieweit in der Regel unbeteiligte Personen durch die Existenz der offenen Drogenszene verführt werden (Tab. 15).

Alle von uns befragten Betreuer waren der Meinung, daß das von der Drogenszene ausgehende Verführungspotential für Nichtkonsumenten recht gering sei. Diese vertaten in diesem Zusammenhang die Ansicht, daß die Verführung

17 Als Problemkonsum wurde in diesem Zusammenhang "süchtiger Konsum", "fast täglicher Konsum", "häufige Rausche" und/oder ein Konsummuster, das gravierende gesundheitliche oder soziale Konsequenzen nach sich gezogen hatte, definiert. Problemkonsum ist also mehr als bloß gelegentliches probieren!

zum illegalen Drogenkonsum fast nur im Freundeskreis stattfindende, wo drogenerfahrene Jugendliche ihre noch unerfahrenen Freunde in die Welt der Drogen einführen und ihnen den ersten Konsum nahebringen. Nach dieser Meinung erfolgt die Kontaktaufnahme zur Szene erst dann, wenn bereits eigene Erfahrungen mit illegalen Drogen vorliegen. (B: "Verführung findet eher im Freundeskreis oder unter Schulkollegen statt, und nicht auf der Straße." oder B: "Die Verführung am Karlsplatz gibt es sicher nicht, der Einstieg erfolgt über Freunde und Schulkollegen - Du traust dich eh nicht." oder B: "Die Kids kommen meistens durch Bekannte zur Szene, "Probier einmal". Manche spricht es an, und sie bleiben dabei.")

Wie man Tab. 14 direkt entnehmen kann, spielte die Verführung durch das bloße Vorhandensein der offenen Szene für die vorliegende Stichprobe überhaupt keine Rolle. In 71% der Fälle erfolgte bereits der erste Szenekontakt gezielt mit der Intention, Drogen zu erwerben, bei 23% wurde die Szene gezielt aufgesucht, wenngleich zunächst noch ohne konkrete Kaufabsicht und nur in 8% der Fälle erfolgte der erste Szenekontakt für die betreffenden Personen eher zufällig. In allen Fällen - d.h. sowohl bei jenen wo der erste Szenekontakt ohne konkrete Kaufabsicht erfolgt war als auch in jenen Fällen, wo keine konkrete Kaufabsicht vorgelegen hatte - hatte der erste Szenekontakt erst nach dem Beginn des problematischen Drogenkonsums stattgefunden - der erste Szenekontakt kann also als in keinem einzigen Fall als ursächlich für den Beginn der Drogenkarriere aufgefaßt werden.

Tab. 14: erster Kontakt zur Drogenszene

	alleine (Gesamtprozent)	mit einem Freund (Gesamtprozent)	mit Freundesgruppe (Gesamtprozent)	gesamt
zufällig bei Szene vorbeigekommen	2 (1%)	1 (1%)	5 (4%)	8 (6%)
gezielt zur Szene gegangen, aber ohne direkte Kaufabsicht	8 (6%)	13 (9%)	12 (9%)	33 (23%)
gezielt zur Szene gegangen, um zu kaufen	29 (21%)	46 (33%)	25 (18%)	100 (71%)
gesamt	39 (28%)	60 (43%)	42 (30%)	141 (100%)

Die Prozentangaben in der Tabelle beziehen sich jeweils auf die Anzahl gültiger Werte (Gesamtprozent).

Deutlich anders stellt sich interessanterweise das Bild dar, wenn die Szenemitglieder ihre persönliche Sicht der potentiellen Verführung in der Szene beschreiben (Tab. 15). Nur 57% (32%+25%) waren der Meinung, daß in der Szene kaum Unerfahrene zum Kauf verführt/überredet werden, und 14% fanden sogar, daß Verführung von unerfahrenen Personen in der Szene oft vorkomme. Noch deutlicher fällt die Tendenz aus, wenn die Befragten beurteilen sollten, ob drogenunerfahrene Personen sich gezielt Drogen in der Szene besorgen. Hier fanden nur 9%, daß das nie oder kaum vorkomme und 33%, daß das oft der Fall sei.

Tab. 15: Wie oft kommt Verführung von Unbeteiligten durch die offene Drogenszene vor

	Kommt es vor, daß Unerfahrene zum Kauf verführt/überredet werden?	Kommt es vor, daß sich Unerfahrene gezielt etwas in der Szene besorgen?	Kommt es vor, daß Gelegenheitskonsumenten, die man nicht/kaum kennt, sich etwas in der Szene besorgen?
nie	47 (32%)	10 (7.2%)	3 (2%)
kaum	37 (25%)	16 (11.6%)	9 (7%)
manchmal	20 (14%)	36 (26.1%)	38 (28%)
immer wieder	21 (14%)	41 (29.7%)	41 (30%)
oft	21 (14%)	35 (25.4%)	44 (33%)
gesamt	146 (100%)	138 (100.0%)	135 (100%)

Die Prozentangaben in der Tabelle beziehen sich jeweils auf die Anzahl gültiger Werte pro Spalte (Spaltenprozent).

Wie man die Diskrepanz erklären soll, daß einerseits sehr viele Szenemitglieder glauben, daß von der offenen Szene durchaus ein relevantes Verführungspotential ausgehe, während es gleichzeitig keine einzige Person in der von uns interviewten Stichprobe gibt, die auf diese Art und Weise direkt über die offene Drogenszene zum Drogenkonsum verführt worden wäre, kann man aus der vorliegenden Untersuchung nur mutmaßen. Es ist denkbar, daß es sich bei

vielen Personen, die von den Szenemitgliedern als unerfahrene Neulinge erlebt werden, nicht wirklich um drogenunerfahrene Personen, sondern bloß um relativ unauffällige Drogenkonsumenten handelt, die die offenen Szeneorte sehr gezielt und mit Kaufabsicht aufsuchen (Tab. 15).

In den Medien wird immer wieder der Eindruck erweckt, daß Händler Drogen weiterschenken oder extrem billig verkaufen, um sich so einen Markt aufzubauen und später den so gewonnenen Kunden regelmäßig Drogen zum üblichen Preis verkaufen zu können. Diese Meinung wurde in der vorliegenden Untersuchung von einigen Polizisten vertreten. (E: *“Kinder werden verführt, sie bekommen die Drogen zuerst umsonst, solange bis sie abhängig sind.”* oder E: *“Kunden werden angeworben, am Anfang werden ihnen Drogen geschenkt, sobald sie süchtig sind - nach 3 Wochen - müssen sie zahlen.”*) Die eben genannte Meinung war unter den von uns befragten Personen allerdings eine seltene Minderheitsmeinung, der ein Großteil der von uns befragten Polizisten, Betreuer und Konsumenten energisch widersprach. (B: *“Die Zeitungen verbreiten Lügengeschichten, von Junkies auf der Donauinsel, die Fremden Spritzen geben, um sie süchtig zu machen.”* *“Wie sollen sich die Kinder die Drogen leisten können? Solche Geschichten werden erzählt, um sich Sündenböcke zu schaffen.”*)

Wenn man die konkreten Bedingungen in der Szene bedenkt, wie sie sich in unserer Untersuchung abzeichneten, so muß man sagen, daß es tatsächlich wenig plausibel erscheint, daß häufige Nichtkonsumenten durch Händler zum Konsum verführt werden, indem ihnen Drogen geschenkt oder fast geschenkt werden. Die kleinen Vermittler und Händler in der Szene, die den ganzen Tag unterwegs sind, um sich ihre Tagesration zu organisieren, planen weder langfristig, noch kommt es ihnen in den Sinn, Waren zu verschenken oder zu verschleudern. Häufig ist genau das Gegenteil der Fall: Unerfahrene Käufer werden betrogen, indem sie gar nichts oder wirkungsloses Zeug für ihr Geld erhalten. (S: *“Der Vermittler sagt, man soll beim Hauseingang warten, er holt den Stoff von der Wohnung, nimmt aber schon das Geld und haut damit durch den Hinterausgang ab.”* oder B: *“Häufig ist der Verkauf von Pseudostoff, z.B. Ascorbinsäure als Kokain, Staubzucker oder Mauerputz als Heroin, Pferdefutter oder Baumrinde als Haschisch.”*)

Nur bei Süchtigen, die nach einer erfolgten Abstinenzbehandlung wieder in der Szene auftauchen, scheint die Verführung durch geschenkte Drogen einen gewissen Stellenwert zu haben. (B: *“Die Klienten sagen immer wieder: ‘Komisch, wenn ich krache wie eine Semmel¹⁸ schenkt mir keiner etwas, aber wenn ich vom Entzug komme, kriege ich etwas geschenkt.’*”) Die Verführung von abstinenten ehemaligen Süchtigen in Form einer Einladung, stellt dabei sicher eine Sonderform dar. Man will einen Bekannten, der früher zur Subkultur gezählt hat und nun offiziell ausgestiegen ist, wieder in die Subkultur zurückholen - eine Praxis, die ja auch in Zusammenhang mit Alkohol weit verbreitet ist¹⁹.

3.12 Das Verhältnis zu Ausländern und der Stellenwert des Alters

Ausländer spielen unter den nicht abhängigen Zwischenhändlern (“Dealern”) und Großhändlern eine zunehmend größere Rolle. Der Stellenwert von Abhängigen, die sich im Ausland direkt mit größeren Mengen illegaler Drogen eindecken, es nach Österreich schmuggeln und einen größeren Vertriebsring aufziehen - eine Form des Handels, die ursprünglich einen hohen Stellenwert hatte (S: *“Damals holten wir uns zu dritt Heroin aus Amsterdam.”*) - verliert immer mehr an Bedeutung. Es gibt zwar immer noch eine Reihe von kleinen Direktimporteuren, die ihren Eigenbedarf günstig aus ehemaligen Ostblockländern importieren und in geringem Umfang auch damit handeln (E: *“Viele holen sich ihren Stoff selber aus der Tschechei. Er ist dort sehr günstig.”*); wer mit solchermaßen importierten Mengen in größerem Umfang handeln will, gerät allerdings rasch in Konflikt mit den marktbeherrschenden, gut organisierten Banden, die vom Ausland aus agieren und fliegt meist rasch auf. Ein gezielter Hinweis an die Polizei, und das Problem ist erledigt. (E: *“Die Täter an der Grenze sind nur zu fassen, wenn man irgendwelche Hinweise hat.”*) Der Großhandel und Zwischenhandel ist inzwischen fest in den Händen von ausländischen Banden, die straff organisiert sind, aggressiv gegen Konkurrenten auftreten und nur den unmittelbaren Kontakt mit den Letztverbrauchern und geringfügige Eigeninitiativen den regionalen Drogenkonsumenten überlassen (E: *“Die Ostmafia und vor allem die Türken haben die Szene übernommen.”* oder E: *“Derzeit kontrollieren die Jugoslawen den österreichischen Heroinmarkt. Sie sind sehr stark und gut organisiert. Die Österreicher sind nur kleine Vermittler. Früher waren es die Inder und Pakistani, später die Türken und jetzt die Jugoslawen.”* oder E: *“Tunesier sind nur die Laufburschen für Jugoslawen.”* oder E: *“Die Nigerianer dominieren den Kokainhandel. Sie arbeiten unter sich, als autonome Gruppe.”*)

18 “Krachen” ist ein Szeneausdruck für “unter Entzugssymptomen leiden”

19 Die Erfahrung mit der Alkoholikerbehandlung - z.B. im Anton Proksch-Institut - zeigt regelmäßig, daß sehr viele Menschen in unserer Gesellschaft einen großen Druck auf Alkoholabstinente ausüben, um diese zum “üblichen Alkoholkonsum” zu ermuntern, und daß sich viele auch vom Wissen, daß die betreffende Person alkoholkrank ist, nicht von diesem Vorhaben abhalten lassen.

3.13 Versorgung mit Drogen und Einfluß von Polizeimaßnahmen

Die von uns interviewten Personen wurden gefragt, wie sie die Versorgungslage mit Drogen erleben und ob sie meinen, daß Polizeierfolge einen merklichen Einfluß auf Angebot und Preis hätten. Dabei zeigte sich, daß die überwiegende Mehrzahl der Befragten (57%) der Meinung waren "wenn man Geld hat, ist immer alles zu kriegen". Weitere 15% meinten, daß die "Versorgungslage manchmal abreiße" und nur 28% (24%+4%) fanden, daß es bezüglich der Versorgung immer wieder schlechte Phasen gäbe (vgl. Tab. 16).

Tab. 16: Versorgungslage und Einfluß von Polizeimaßnahmen

	wenn man Geld hat ist immer alles zu kriegen	ganz selten reißt die Versorgung ab	es gibt immer wieder Phasen, in denen man nichts kriegt	Es gibt oft Phasen, in denen man nichts kriegt	gesamt
Polizeierfolge wirken sich überhaupt nicht aus	52 (67%)	7 (35%)	8 (24%)	2 (40%)	69 (51%)
Polizeierfolge wirken sich kaum aus	13 (17%)	5 (25%)	4 (12%)	0 (0%)	22 (16%)
Polizeierfolge wirken sich etwas aus	7 (9%)	3 (15%)	8 (24%)	1 (20%)	19 (14%)
Polizeierfolge wirken sich stark aus	5 (6%)	4 (20%)	12 (36%)	1 (20%)	22 (16%)
Polizeierfolge wirken sich sehr stark aus	1 (1%)	1 (5%)	1 (3%)	1 (20%)	4 (3%)
gültige Werte	78 (100%)	20 (100%)	33 (100%)	5 (100%)	136 (100%)

Die Prozentangaben in der Tabelle beziehen sich jeweils auf die Anzahl gültiger Werte pro Spalte (Spaltenprozent).

Ähnlich deutlich fiel auch die Beurteilung des Einflusses von Polizeimaßnahmen aus. 51% gaben an, daß Polizeimaßnahmen keinen irgendwie gearteten Einfluß auf die Versorgungslage hätte. 16% gaben an "kaum" einen Einfluß zu bemerken, weitere 14% gaben "etwas Einfluß" an und nur 19% meinten, daß Polizeimaßnahmen einen "starken" oder "sehr starken" Einfluß auf die Versorgungslage hätten (vgl. Tab. 16).

Die beiden genannten Beurteilungsdimensionen korrelieren recht hoch ($r=0.43$), was bedeutet, daß jene, die den Einfluß von Polizeimaßnahmen als stärker beurteilen, auch eher über eine schlechtere Versorgungslage klagen. Analysiert man den Zusammenhang mit dem Alter der Betroffenen, so zeigt sich, daß der Einfluß von Polizeimaßnahmen von älteren Süchtigen wesentlich geringer eingeschätzt wird als von jüngeren Süchtigen ($r=0.21$).

3.14 Szene und Gewalt

Immer wieder wurde von den Befragten angegeben, daß das Ausmaß an Gewalt in der Drogenszene seit Jahren kontinuierlich zunehme (B: "Gewalt ist in der Szene ein anerkanntes Mittel, viele Wickel werden mit Hilfe von Gewalt abgehandelt, zum Teil mit Messern." oder E: "Die Szene ist aggressiver geworden. Großteils haben sie Messer, teilweise auch Pistolen." oder S: "Die Gewalt in der Szene nimmt zu, wegen 5 Schilling sind schon Leute abgestochen worden.")

Einige führen die zunehmende Gewalt in der Szene unmittelbar auf die zunehmende Popularität von Tabletten zurück. (S: "Früher hat es kaum echte Gewalt gegeben. Kämpfe oder eine Messerstecherei waren eine Seltenheit. Das hängt aber stark mit den Medikamenten zusammen. Die Tabletten z.B. haben irrsinnig viel Gewalt in die Szene gebracht, weil die Leute einfach unkontrolliert herumrennen. Die haben ein Blackout und wissen nicht, was sie tun. Das Hirn ist abgeschaltet aber der Körper läuft normal weiter. Irgend ein Stoß kann da schon auslösen, daß du total aggressiv wirst. Wie wenn man auf einen Knopf drückt.")

Die Zunahme der Gewalt in der Drogenszene wird mit drei Entwicklungen in Zusammenhang gebracht:

- Die Gewaltbereitschaft in der Gesellschaft, ganz besonders unter Jugendlichen, ist gestiegen. (B: "Die Leute halten heute nicht mehr so zusammen wie früher. Vor allem die jungen Leute sind sehr aggressiv und brutal. Es gibt viel Raub, Mord und Totschlag.")
- Die langjährige Praxis Suchtgiftkonsumenten und -händler gemeinsam mit klassischen Kriminellen in Gefängnissen einzusperren, hat zu einem wechselseitigen Abbau der Vorurteile gegeneinander geführt.
 - Die klassischen Kriminellen, die ursprünglich Drogenkonsumenten und -händler vehement ablehnten, haben sowohl erkannt, daß man auch in der Suchtgiftbranche und Medikamentenbranche gute Geschäfte machen

kann als auch, daß es außer Alkohol noch eine Reihe von weiteren Drogen gibt, die man persönlich mißbrauchen kann.

- Die wegen Suchtgiftdelikten einsitzenden Personen, haben neben Anleitungen zur effizienteren Beschaffungskriminalität auch den milieuentsprechenden Umgang mit Gewalt gelernt.

Das Resultat dieser Entwicklung ist, daß der Anteil klassischer Krimineller unter den Drogen- und Medikamentenabhängigen ständig zunimmt, und daß die Hemmungen bei Drogenabhängigen ohne kriminellen Hintergrund, sich kriminell zu betätigen, abnehmen.

- Nachdem der Drogenhandel zusehends von internationalen Banden bestimmt wird, ergeben sich zwei Bereiche in denen Gewalt zunimmt:
 - Auf der Ebene des Handels werden Konkurrenten durch Hinweise an die Polizei, und wenn das nichts hilft, gewalttätig bekämpft. (E: *“Ein Drittel der Leute sind bewaffnet. Früher gab es keine Rivalitäten, heute gibt es ein Ringen um den Markt.”*)
 - Professionelle Händler in internationalen Banden sind weniger als selber Süchtige geneigt Drogenschulden als uneinbringbar abzuschreiben. Drogenschulden entstehen aber auf der letzten Ebene des Verkaufes regelmäßig dadurch, daß jemand Drogen in Kommission verkauft und dann zu viel für den Eigenbedarf abzweigt. Die Händler üben in diesen Fällen mit Gewalt und Gewaltandrohung Druck auf die Schuldner aus, und diese sind in der daraus resultierenden Verzweiflungslage weit eher bereit, sich das nötige Geld gewalttätig, z.B. durch Raubüberfälle, zu besorgen. (B: *“Die Gewalt kommt vom Streß, unter dem die Leute stehen, der Streß und die Lebenssituation sind schuld. Ausschlaggebend ist oft, daß sie sich Geld borgen und nicht mehr zurückgeben können.”*) Eine häufige Strategie, einem Gläubiger zu entkommen, wenn man von der Kommissionsware zuviel selbst verbraucht hat, ist es auch, diesen bei der Polizei zu denunzieren.

Ein weiterer Aspekt der Gewalt, der in diesem Zusammenhang noch angesprochen wurde, ist die sexuelle Gewalt, mit der nicht gemeldete süchtige Prostituierte - aber auch weibliche Süchtige, die sich nicht prostituieren, immer wieder konfrontiert werden. Ganz besonders häufig sind Vergewaltigungen bei Prostituierten, die wegen ihrer doppelten Illegalität (unangemeldete Prostitution und illegaler Drogenkonsum) kaum Anzeigen erstatten. (B: *“Vergewaltigung an Drogenabhängigen ist sehr häufig, vor allem bei der Prostitution, da diese illegal ist und so die Frauen überhaupt keine Rechte haben.”*)

Im Gegensatz zu amerikanischen Großstädten tangiert die zunehmende Gewalttätigkeit in der Drogenszene das Umfeld bis jetzt nur relativ wenig. (E: *“Die Gewalt ist intern, Passanten werden nicht angegriffen.”*)

Um neben der qualitativen Analyse der Antworten auch eine quantitative Analyse durchführen zu können, waren in der zweiten Untersuchungsphase zu diesem Thema 6 Skalierungen vorgesehen gewesen. Wir hatten gezielt nach folgenden drei Aspekten gefragt:

- “gewalttätige Beschaffungskriminalität (Raub) vor 5 Jahren und zum Interviewzeitpunkt”
 - “gewalttätiges Geldeintreiben vor 5 Jahren und zum Interviewzeitpunkt”
 - “gewalttätiger Kampf um den Markt vor 5 Jahren und zum Interviewzeitpunkt”
- und dabei die folgenden Kategorien angeboten
- “kommt nie vor”
 - “kommt kaum vor”
 - “kommt manchmal vor”
 - “kommt immer wieder vor” und
 - “kommt häufig vor”

Tab. 17: Gewalt in der Drogenszene beim Interviewzeitpunkt

	gewalttätige Beschaffungskriminalität (Raub)	gewalttätiges Geldeintreiben	gewalttätiger Kampf um den Markt
kommt aktuell nie vor	22 (16%)	26 (19%)	52 (41%)
kommt aktuell kaum vor	10 (7%)	22 (16%)	26 (20%)
kommt aktuell manchmal vor	16 (12%)	31 (23%)	11 (9%)
kommt aktuell immer wieder vor	31 (23%)	20 (15%)	17 (13%)
kommt aktuell häufig vor	55 (41%)	37 (27%)	21 (17%)
gültige Antworten	134 (100%)	136 (100%)	127 (100%)

Die Prozentangaben in der Tabelle beziehen sich jeweils auf die Anzahl gültiger Werte pro Spalte (Spaltenprozent).

Gewalttätige Beschaffungskriminalität wird von fast der Hälfte (41%) als häufiges Phänomen in der Drogenszene erlebt. Gewalttätiges Geldeintreiben wird von 27% und gewalttätiger Kampf um den Markt von 17% als häufig eingestuft (Tab. 17).

Da viele der Befragten noch nicht lange genug in der Szene verkehrten, um sich Aussagen über die Zeit vor 5 Jahren zuzutrauen, war der Vorher-Nachher-Vergleich nur bei einer begrenzten Zahl von Protokollen möglich. Betrachtet man - im Sinne des Vorzeichen-tests - nur jene Protokolle, in denen sich eine Veränderung der Beurteilung von vor 5 Jahren bis zum Interviewzeitpunkt ergeben hatte, so zeigt sich auch bei der quantitativen Betrachtung recht deutlich, daß von den Befragten insgesamt eher eine Verschlechterung als eine Verbesserung erlebt worden war (Tab. 18). Am stärksten ist dieser Effekt die Beschaffungskriminalität betreffend mit einem Verhältnis von 76% Verschlechterung vs. 24% Verbesserung (sig. 1%), dann kommt die Beurteilung das gewalttätige Geldeintreiben betreffend (67% vs. 33%; sig. 5%) und am geringsten ist dieser Effekt den gewalttätigen Kampf um den Markt betreffend (55% vs. 45%; n.sig.)

Tab. 18: Gewalt in der Drogenszene vor 5 Jahren und beim Interviewzeitpunkt

	gewalttätige Beschaffungskriminalität (Raub)	gewalttätiges Geldeintreiben	gewalttätiger Kampf um den Markt
Verbesserung	8 (24%)	14 (33%)	14 (45%)
Verschlechterung	26 (76%)	28 (67%)	17 (55%)
Signifikanz	sig. 1%	sig. 5%	n.sig.

Die Prozentangaben in der Tabelle beziehen sich jeweils auf die Anzahl gültiger Werte pro Spalte (Spaltenprozent).

Die oben gemachten Ausführungen über die von den Befragten im Verlauf der letzten 5 Jahre erlebten Veränderungen korrespondiert auch gut mit den Skalierungen die aktuelle Situation betreffend. Nur 16% hatten das Gefühl, daß gewalttätige Beschaffungskriminalität (Raub) in der Szene nie vorkomme, und 41% waren der Ansicht, daß das häufig vorkomme. Gewalttätiges Geldeintreiben in der Szene konnten sich nur 19% nicht vorstellen, während 27% der Meinung waren, daß diese Form der Gewalt häufig vorkomme. Am wenigsten hatten die Befragten das Gefühl, daß Gewalttätigkeit in Form eines Kampfes um Marktanteile eine Rolle spiele. 41% waren der Ansicht, daß das gar nicht vorkomme und nur 17%, daß das häufig vorkomme (Tab. 17).

3.15 Kriminalität und Prostitution

Bis vor einigen Jahren kostete ein Gramm Heroin auf der Straße für den Endverbraucher zwischen ÖS 3 000 und ÖS 4 000. Bei einem Tagesbedarf zwischen 1 und 2 Gramm Straßenheroin entsprach der Wert des von einem Heroinsüchtigen pro Monat verbrauchten Heroins ÖS 90 000.- bis ÖS 240 000.-. Seit infolge der Ostöffnung, der

Schwarzmarktpreis für Straßenheroin, auf ÖS 1 000.- und darunter gefallen ist, reduzierte sich die pro Monat benötigte Summe auf ÖS 30 000.- bis ÖS 60 000.-. Aber auch diese Größenordnung ist noch viel zu hoch, um von einem Durchschnittseinkommen beglichen werden zu können.

Trotz dieses erwähnten dramatischen Preisverfalles beim Straßenheroin ist ein unauffälliger Heroinabhängiger, auch wenn er einer geregelten Arbeit nachgeht, noch immer nicht in der Lage, seine Sucht ohne zusätzliche illegale Einkünfte zu befriedigen. (B: *“Es ist gar nicht so selten, daß Süchtige einem normalen Beruf nachgehen. Ein normales Gehalt reicht jedoch für die Sucht nicht aus, es muß daneben illegal Geld beschafft werden.”* oder B: *“Heroinabhängiger zu sein, ist ein einziger Wahnsinn. Man muß jeden Tag mehrere tausend Schilling aufstellen.”*) Abgesehen von einigen Superreichen, können nur Probierer und Gelegenheitskonsumenten ihren Herointagesbedarf ausschließlich aus legalen Einkünften bestreiten und darüber hinaus auch noch - indirekt, über die Handelsstrukturen - zur Finanzierung der Sucht von süchtigen Kleinhändlern beitragen.

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen ist die häufigste Form der illegalen Aktivität zur Finanzierung der Sucht die Vermittlung von Drogengeschäften und der direkte Handel damit. Da der Drogenhandel, analog zu einem Pyramidenspiel, nur zu einer Umverteilung des Geldes aber zu keiner echten Wertschöpfung führt²⁰, und da es nicht genügend Probierer und Gelegenheitskonsumenten gibt, um alle Süchtigen indirekt mitzufinanzieren, muß die Diskrepanz durch andere illegale Aktivitäten aufgebracht werden. Bei Frauen ist die wesentlichste illegale Haupteinnahmequelle neben dem Drogenhandel die Geheimplösterung, bei Männern kleinere Einbrüche und Diebstähle, wobei aber natürlich auch homosexuelle Prostitution bei Männern und Eigentumskriminalität bei Frauen einen relevanten Stellenwert aufweist (E: *“Bei Frauen ist Prostitution die Haupteinnahmequelle.”* oder E: *“Zur Begleitkriminalität gehören vor allem kleinere Einbrüche und Handtaschendiebstähle.”*)

Die Angaben der von uns befragten Szenemitglieder über die Einkommensquellen lassen sich auf zwei Arten auswerten. Erstens kann man ermitteln, wieviele Personen Einkünfte aus einer bestimmten Quelle beziehen (qualitativer Zugang) und zweitens kann man auswerten, wie hoch der Beitrag zum durchschnittlichen Gesamtbudget ist (quantitativer Zugang). Die Ergebnisse beider Auswertungsarten werden in Tab. 19 und Tab. 21 dargestellt. Dabei ergaben sich die folgende Resultate:

- Durchschnittlich wurden pro Person 2.09 Einkommensquellen angegeben (Die Summe der Prozentwerte beträgt 209%, vgl. Tab. 19)
- Fast zwei Drittel der von uns befragten Szenemitglieder (55%) lebten von Arbeitslosenunterstützung, Notstandshilfe, Frührente oder Sozialhilfeunterstützung, wobei Einkünfte aus dieser Quelle durchschnittlich 33% der den betreffenden Personen zur Verfügung stehenden Mitteln ausmacht (vgl. Tab. 19 und Tab. 21).
- Eine weitere wichtige Einkunftsquelle stellen Zuwendungen von Eltern und Verwandten dar: 37% erhalten von Eltern und Verwandten finanzielle Zuwendungen, und diese Zuwendungen stellen 14% des Durchschnittsbudgets der befragten Personen dar.
- Auch reguläre Arbeit hat bei den Befragten einen relativ großen Stellenwert: 32% der Befragten gaben an, einer Arbeit nachzugehen, und der Erlös macht durchschnittlich 22% der Gesamtbudgets aus.
- Eine finanzielle Unterstützung durch den Partner / die Partnerin gaben 17% der Befragten an, diese Einkommensquelle spielte allerdings quantitativ mit 4% am Durchschnittsbudget bloß eine relativ kleine Rolle.
- 21% der Befragten gaben an, einen Teil ihrer Lebensbedürfnisse durch Schuldenmachen zu bestreiten, quantitativ machen Schulden 6% des Durchschnittsbudgets aus.
- Drogenhandel, andere kriminelle Handlungen und Prostitution gaben 27% bzw. 14% bzw. 6% an, wobei die Einkünfte für 12% bzw. 5% bzw. 4% des zur Verfügung stehenden Durchschnittsbudgets stehen. Da es sich bei den drei genannten Einkommensquellen durchwegs um illegale Verhaltensweisen handelt²¹, ist allerdings damit zu rechnen, daß man von einer relevanten Dunkelziffer ausgehen muß und daß alle drei Kategorien tatsächlich einen wesentlich höheren Stellenwert haben, als er von den Befragten zugegeben wurde.

20 Der Handelsgewinn, der den erfolgreichen Kleinhändlern ermöglicht, ihre Sucht ohne zusätzliche illegale Aktivitäten zu befriedigen, wird von weniger erfolgreichen Konsumenten über höhere Preise ermöglicht.

21 Der Prostitution wird in der Mehrzahl der Fälle ohne behördliche Genehmigung nachgegangen.

Tab. 19: qualitativer Stellenwert bestimmter Einkommensquellen

Prozentsatz, die einen Teil des Einkommens aus der angeführten Quelle bestreiten	Substitution seit maximal 74 Monaten		drogenfrei seit maximal 11 Monaten		eher Spiegelkonsum		eher Rauschkonsum		gesamt			sign. Zusammenhang mit Alter
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	ges.	
Arbeitslose, Sozialhilfe, usw.	74%	67%	50%	67%	59%	40%	39%	50%	56%	53%	55%	eher ältere
Eltern, Verwandte	26%	33%	31%	17%	38%	53%	43%	50%	36%	42%	37%	eher jüngere
reguläre Arbeit	39%	22%	44%	17%	31%	33%	35%	13%	36%	24%	32%	eher ältere
Partner(in)	17%	33%	6%	0%	21%	13%	17%	25%	17%	18%	17%	
Schulden	13%	11%	13%	17%	28%	13%	22%	50%	21%	21%	21%	
Checken ²²	13%	11%	25%	0%	44%	20%	30%	25%	31%	16%	27%	
Kriminalität	9%	11%	0%	0%	21%	13%	30%	0%	17%	8%	14%	eher jüngere
Prostitution	0%	22%	0%	17%	0%	20%	9%	13%	2%	18%	6%	
Summe	191%	210%	169%	135%	242%	205%	225%	226%	216%	200%	209%	
gültige Werte	23	9	16	6	39	15	23	8	101	38	139	

Da jede Person zu jeder Frage Stellung beziehen konnte, können die Zustimmungsraten in jeder Zelle zwischen 0% und 100% variieren. Die Spaltensumme kann daher 100% um ein Vielfaches überschreiten.

Tab. 20: signifikante Unterschiede und Zusammenhänge zu Tab. 19

Art des Zusammenhanges	Test	Signifikanz
Checken ²³ × Geschlecht	Fisher's exakter Test	sig. 5%
Prostitution × Geschlecht	Fisher's exakter Test	sig. 1%
Arbeitslose, Sozialhilfe, usw. × Alter	biserielle Korrelation	sig. 1%
Eltern, Verwandte × Alter	biserielle Korrelation	sig. 1%
reguläre Arbeit × Alter	biserielle Korrelation	sig. 1%
Kriminalität × Alter	biserielle Korrelation	sig. 5%

Die Einkommensquellen wurden dabei auch in Hinblick auf die drei Variablen "Drogenkonsumstatus", "Geschlecht" und "Alter" analysiert. In quantitativer Hinsicht ergaben sich dabei die folgenden signifikanten Ergebnisse (Tab. 20): Infolge der teilweise recht geringen Stichprobenumfänge pro Teilgruppe, kann nicht verwundern, daß ein Großteil der Unterschiede und Zusammenhänge nicht statistisch signifikant wurden. Es ergaben sich bei der qualitativen Betrachtung keine zufallskritisch abgesicherten Unterschiede in Zusammenhang mit der Variable "Drogenkonsumstatus", aber es ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen und signifikante Zusammenhänge mit dem Alter. Wie man Tab. 19 entnehmen kann, ist Drogenhandel und Vermittlung von Drogengeschäften ("Checken") eher eine Domäne der Männer, die zu 31% angaben, einen Teil ihres Lebensunterhaltes auf diese Art und Weise zu bestreiten und Prostitution eher eine Domäne der Frauen, von denen 18% diese Form des Gelderwerbes angaben. Reguläre Arbeit sowie Arbeitslosenunterstützung, Notstandshilfe, Frührente oder Sozialhilfeunterstützung wird vor allem von älteren Personen angegeben, während Unterstützung durch Eltern und Verwandte und kriminelle Aktivitäten eher von jüngeren angegeben wurden.

22 "Checken" ist eine Szeneausdruck für Drogenhandel und Vermittlung von Drogengeschäften.

23 "Checken" ist eine Szeneausdruck für Drogenhandel und Vermittlung von Drogengeschäften.

Tab. 21: quantitativer Stellenwert bestimmter Einkommensquellen

durchschnittlicher Anteil am Lebensunterhalt	Substitution seit maximal 74 Monaten		drogenfrei seit maximal 11 Monaten		eher Spiegelkonsum		eher Rauschkonsum		gesamt			sign. Zusammenhang mit Alter
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	ges.	
Arbeitslose, Sozialhilfe, usw.	49%	40%	37%	57%	28%	21%	21%	30%	33%	33%	33%	eher ältere
Eltern, Verwandte	6%	14%	16%	8%	13%	13%	20%	28%	14%	16%	14%	eher jüngere
reguläre Arbeit	32%	13%	31%	17%	14%	27%	22%	13%	23%	19%	22%	n.sig.
Partner(in)	4%	17%	1%	0%	6%	3%	3%	4%	4%	6%	4%	n.sig.
Schulden	2%	2%	4%	2%	11%	2%	5%	13%	6%	4%	6%	n.sig.
Checken ²⁴	5%	6%	12%	0%	22%	9%	13%	8%	15%	6%	12%	n.sig.
Kriminalität	3%	1%	0%	0%	7%	7%	13%	0%	6%	3%	5%	n.sig.
Prostitution	0%	7%	0%	17%	0%	19%	3%	6%	1%	13%	4%	n.sig.
Summe	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
gültige Werte	23	9	16	6	39	15	23	8	101	38	139	

Die Prozentangaben in der Tabelle beziehen sich jeweils auf die Anzahl gültiger Werte pro Spalte (Spaltenprozent).

Tab. 22 signifikante Unterschiede und Zusammenhänge zu Tab. 21

Art des Zusammenhanges	Test	Signifikanz
Prostitution × Geschlecht	2-Weg-Kovarianzanalyse	sig. 1%
vom Partner × Drogenkonsumstatus	2-Weg-Kovarianzanalyse	sig. 5%
Arbeitslose, Sozialhilfe, usw. × Alter	Pearson Korrelation	sig. 1%
Eltern, Verwandte × Alter	Pearson Korrelation	sig. 1%

Bei der quantitativen Auswertung konnten zwei Unterschiede und zwei Zusammenhänge zufallskritisch abgesichert werden:

- Frauen beziehen durchschnittlich einen weit größeren Anteil ihres Lebensunterhaltes aus Prostitution, wobei nur ein Teil dieses Unterschiedes durch den Umstand zu erklären ist, daß Frauen öfter der Prostitution nachgehen.
- Frauen beziehen auch mehr finanzielle Zuwendungen von ihren Partnern als Männer von ihren Partnerinnen.
- Bei älteren Personen ist der Anteil von Arbeitslosenunterstützung, Notstandshilfe, Frührente oder Sozialhilfeunterstützung am Gesamtbudget bedeutender.
- Bei jüngeren Personen spielen Zuwendungen der Eltern und Verwandten eine wesentlichere Rolle.

4 Substanzspezifischer Teil

Ein wesentliches Ziel der Untersuchung war auch eine Orientierung bezüglich der Drogenkarrieren und der Gebrauchsmuster der Befragten. Dabei ging es grundsätzlich um Fragen auf verschiedenen Ebenen: Welche Substanzen werden genommen, wie werden sie beurteilt und welche Wirkung wird ihnen zugeschrieben. Dabei kam es in methodischer Hinsicht zu einer Verschmelzung von explorativem und ethnomethodologischem Zugang. In der folgenden Darstellung wird dementsprechend zwischen den Ergebnissen dieser verschiedenen methodischen Zugänge nicht unterschieden. Die ethnomethodologisch verstehbaren Aussagen werden illustrativ zum Einsatz gebracht, bisweilen wörtlich wiedergegeben. Zur Darstellung ist weiterhin zu sagen, daß Firmenbezeichnungen bestimmter Arzneimittel nur ausnahmsweise genannt werden, wenn die Art der direkten Aussage der Befragten hier keine Änderung zuläßt. Sonst wählen wir zur Beschreibung des Konsums/Mißbrauchs der registrierten Arzneimittel die Bezeichnung "Tablettengebrauch".

Die 150 in der zweiten Untersuchungsphase von uns befragten Drogenkonsumenten wurden nach 3 bestimmenden Bedingungen ihrer Drogenkarriere befragt:

- welche Drogen sie in der Anfangsphase ihrer Drogenkarriere in stärkerem Umfang verwendet hatten,
- welche Substanzen im Laufe ihrer gesamten Karriere eine wesentliche Rolle gespielt hatten und
- welche Drogen in den letzten 6 Monaten vor dem Interview eine wesentliche Rolle gespielt hatten.

Von Interesse bei der Erfassung waren eine Fülle von Aspekten die verwendeten Drogen betreffend, wie

- Beginn der Einnahme
- Dauer der Einnahme

24 "Checken" ist eine Szeneausdruck für Drogenhandel und Vermittlung von Drogengeschäften.

- Frequenz der Einnahme
- Dosierung
- Zugänglichkeit
- Verbreitung des Gebrauches in der Szene
- Bedeutung des Gebrauches in der Szene
- Gebrauchsbedingungen und Gebrauchsmuster
- Dosierungen und Überdosierungen
- Effekte und Nebeneffekte
- Gefahrenbereiche des Gebrauches
- Vergleich mit andern Substanzen
- Wirkungs- und Bedeutungszuschreibungen
- Status der Substanz und ihrer Gebraucher in der Szene
- subkulturelle Sprachmuster bezüglich der Substanzen und ihres Gebrauches.

Angesichts des Umstandes, daß der Großteil der von uns befragten Personen hochgradig polytoxikoman ist, was einerseits bedeutet, daß gleichzeitig eine Vielzahl unterschiedlichster Drogen konsumiert wurden und sich andererseits im Laufe der Drogenkarriere häufig recht unterschiedlichste Phasen ergeben hatten, war eine systematische Erhebung aller oben genannten Aspekte für alle verwendeten Drogen für alle relevanten Phasen in einem ein- bis zweistündigen Interview natürlich nicht möglich. Das Interview mußte sich daher auf die wesentlichsten Aspekte der für die entsprechende Person wesentlichsten Drogen quer durch die unterschiedlichen Phasen hinweg beschränken. Aus diesem Grund sind viele Ergebnisse, die qualitativ recht überzeugend festgestellt werden konnten aus der vorliegenden Erhebung quantitativ nicht exakt präzisierbar.

Das Motiv hinter der Fragensauswahl war, daß wir einen möglichst präzisen Eindruck über die Problemsubstanzen der Interviewten haben wollten. Aus diesem Grund waren die Interviewer angehalten worden, nachdrücklich darauf zu achten, daß die Fragen von den Interviewpartnern korrekt interpretiert wurden. Wir wollten weder, daß eindeutig polytoxikomane Drogenkonsumenten sich recht willkürlich auf eine bestimmte Substanzgruppe als "Leitdroge" festlegten, noch, daß jeder, der einmal Alkohol getrunken, Haschisch geraucht, eine bestimmte illegale Droge probiert oder Psychopharmaka genommen hatte, diesen Konsum hier automatisch als "regelmäßigen Konsum" oder "Problemkonsum" angeben würde. Wir wollten, daß der Gebrauch einer bestimmten Kategorie also nur dann festgehalten wird, wenn er regelmäßig und/oder in hohen Dosierungen stattfand.

Die Ergebnisse der Erfassung dieser Bedingungen werden in Tab. 23 dargestellt. Jene Stoffe, die in der Anfangsphase der Drogenkarrieren eine besonders wesentliche Rolle gespielt haben, sind Cannabis (65%), Alkohol (48%) und Tranquillizer/Hypnotika (41%). Bei rund einem Viertel der Befragten (26%) hat Heroin bereits von Anfang an eine wichtige Rolle gespielt.

Tab. 23 Wesentliche Drogen in verschiedenen Phasen der Drogenkarriere

	Anfang	gesamte Drogenkarriere	letzte 6 Monate
Cannabis	65%	85%	53%
Alkohol	48%	56%	33%
Tranquillizer / Hypnotika	41%	71%	37%
Heroin	26%	84%	53%
andere Halluzinogene ²⁵	19%	43%	11%
Stimulanzien	15%	35%	7%
Kokain	10%	52%	29%
andere Opiate ²⁶	5%	39%	17%
Schnüffelstoffe	3%	8%	1%
Ecstasy / Designerdrogen	2%	18%	11%

Da jede Person zu jeder Frage Stellung beziehen konnte, können die Zustimmungsraten in jeder Zelle zwischen 0% und 100% variieren. Die Spaltensumme kann daher 100% um ein Vielfaches überschreiten.

25 Da Hanfdrogen, die ja ebenfalls der Kategorie "Halluzinogene" zuzuordnen sind, in der Tabelle als "Cannabis" eigens ausgewiesen wurden, beinhaltet die Kategorie "andere Halluzinogene" vor allem "LSD".

26 Die Kategorie "andere Opiate" beinhaltet, da Heroin extra ausgewiesen wurde und da "Substitutionsdrogen, die legal im Rahmen einer Substitutionsbehandlung bezogen wurden" nicht erfaßt wurden, primär O-Tee (einen opiathaltigen Tee aus Mohnkapseln), Paracodein, Kodein, Morphinum und am Schwarzmarkt bezogene Substitutionsdrogen (primär "Methadon", "Mondidol", "Vendral", "und "Codidol").

In der mittleren Spalte der Tab. 23 ("gesamte Drogenkarriere") fallen die besonders hohen Prozentwerte auf, die ein stark polytoxikomanes Konsummuster dokumentieren. In den letzten sechs Monaten ergaben sich die höchsten Prozentwerte Cannabis und Heroin betreffend (jeweils 53%), gefolgt von Tranquilizern/Hypnotika (37%), Alkohol (33%) und Kokain (29%).

Auf die Frage, welchen Stellenwert die einzelnen Substanzgruppen für die Szene haben, welche Wirkungen den Stoffen zugeschrieben werden und wie die Substanzen beurteilt werden, werden wir nun detaillierter eingehen.

4.1 Drogenkonsum in den letzten 6 Monaten nach Drogenkonsumstatus

Bei der Betrachtung der Tab. 24 ist zu bedenken, daß das Zeitfenster für den Drogenkonsum 6 Monate betrug.

- Bei den zum Interviewzeitpunkt drogenfreien Personen spiegeln die Konsumangaben in den letzten 6 Monaten das Konsumverhalten vor dem letzten Entzug wieder und
- bei den Substituierten, die in 63% der Fälle bereits länger als 6 Monate substituiert waren, manifestiert sich in diesen Angaben "Beikonsum zur Substitutionsdroge". Letzteres geht aus einer Zusatzauswertung hervor, bei der die bis 6 Monate substituierten Personen mit den länger als 6 Monate substituierten Personen verglichen wurden und sich keine nennenswerten Unterschiede im Konsumverhalten 6 Monate vor dem Interview abgezeichnet hatte.

Tab. 24: Drogenkonsum in den letzten 6 Monaten nach Drogenkonsumstatus

In letzten drei Monaten wesentliche Rolle gespielt	Substitution seit maximal 74 Monaten	drogenfrei seit maximal 11 Monaten	eher Spiegelkonsum	eher Rauschkonsum	gesamt	sign. Zusammenhang mit Alter
Heroin	50%	46%	59%	56%	53%	n.sig.
Cannabis	38%	54%	52%	63%	53%	eher jüngere
Beruhigungs-/Schlafm.	50%	29%	34%	41%	37%	n.sig.
Alkohol	19%	38%	29%	53%	33%	n.sig.
Kokain	25%	25%	27%	41%	29%	n.sig.
andere Opiate	16%	0%	21%	25%	17%	n.sig.
Ecstasy/Designerdrogen	3%	17%	11%	19%	11%	eher jüngere
Halluzinogene	3%	4%	18%	16%	11%	eher jüngere
Speed ²⁷	0%	8%	7%	13%	7%	n.sig.
Schnüffelstoffe	0%	0%	0%	3%	1%	n.sig.
Summe	203%	221%	257%	328%	252%	n.sig.
Anzahl	32	24	56	32	144	

Da jede Person zu jeder Frage Stellung beziehen konnte, können die Zustimmungsraten in jeder Zelle zwischen 0% und 100% variieren. Die Spaltensumme kann daher 100% um ein Vielfaches überschreiten.

Tab. 25 signifikante Unterschiede und Zusammenhänge zu Tab. 24

Art des Zusammenhanges	Test	Signifikanz
Alkohol × Drogenkonsumstatus	2-Weg-Kovarianzanalyse	sig. 5%
Ecstasy/Designerdrogen × Alter	Pearson Korrelation	sig. 1%
Cannabis × Alter	Pearson Korrelation	sig. 5%
Halluzinogene × Alter	Pearson Korrelation	sig. 5%

Es ergaben sich keine statistisch gesicherte Unterschiede den Drogenkonsum der letzten 6 Monate betreffend zwischen Männern und Frauen. Bezüglich des Drogenkonsumstatus ergab sich, daß Rauschkonsumenten in hohem Ausmaß zu Alkohol tendieren, während Personen in Substitutionsprogrammen nur relativ selten Alkoholkonsum angaben. Darüber hinaus konnten wir statistisch absichern, daß Ecstasy/Designerdrogen, Cannabis und Halluzinogene bei jüngeren Personen eine größere Rolle spielen als bei älteren (vgl. Tab. 24).

4.1.1 Hanfdrogen

Hanfdrogen²⁸, mit denen bis zum 24 Lebensjahr mindestens 40% aller nach 1954 geborenen Wiener zumindest

27 Szeneausdruck für Stimulanzien, meist Amphetamine. In der Wiener Szene ist aber vor allem der Ausdruck "Schnelle" gebräuchlich.

28 Hanfdrogen (Cannabis) sind "Haschisch", "Marihuana" und "Haschischöl", wobei in Österreich Haschisch die weitaus größte Rolle

Probiererfahrungen gemacht haben (Uhl, 1992), spielen auch in der von uns untersuchten Drogenszene eine ganz besondere Rolle. 85% der befragten Personen gaben an, bereits Cannabis konsumiert zu haben, 53% hatten in den letzten 6 Monaten Cannabis konsumiert (vgl. Tab. 24), und Cannabiskonsum wurde von den Befragten fast durchgehend positiv erlebt. Während sich der Großteil der Betroffenen des Umstandes bewußt ist, daß für sie ein kontrollierter Umgang mit Alkohol, Opiaten, Kokain, Stimulanzien und Tranquilizern/Hypnotika nicht wirklich möglich ist, und daß darüber hinaus vom Gebrauch dieser Stoffe für sie ein körperliches und psychisches Risiko ausgeht, wird Cannabis in jeder Beziehung als harmlos erlebt und dargestellt (S: *“Cannabis ist so normal wie Tabak rauchen”* oder *“S: Shit²⁹ ist etwas ganz normales. Kein Kick aber trotzdem nicht schlecht.”*) Personen, die ausschließlich Cannabis konsumieren, werden nicht als *“Giftler³⁰”* erlebt und viele finden sogar, daß man Cannabis nicht als *“Droge im engeren Sinne”* bezeichnen kann. (S: *“Cannabis ist eigentlich gar keine Droge”*)

Auch bei den Personen, bei denen im Sinne eines *“Maturing Out³¹”* eine Einsicht in die Problematik des Drogenkonsums und das Suchtpotential psychoaktiver Drogen erfolgt war, wurde Cannabis - im Gegensatz zu Alkohol, Heroin, Kokain und psychoaktiven Arzneimitteln - als Droge erlebt, die auch von Alkohol-, Medikamenten-, Opiat- und/oder Kokainabhängigen unbedenklich genommen werden könne, weil die psychischen und körperlichen Auswirkungen gering seien und weil Cannabis auch von diesen Personen durchaus noch beherrschbar sei.

An diesem positiven Gesamteindruck ändert auch das Faktum nichts, daß einzelne Personen berichten Hanfdrogen nicht mehr gut zu vertragen und deswegen überhaupt nicht mehr oder nur mehr selten Cannabis zu konsumieren (S: *“Am meisten gefiel mir beim Haschisch das Lachen - die Blödelei. Jetzt rauche ich nur mehr selten, weil ich es nicht mehr gut vertrage. Ich bekomme starken Durst und werde schwindlig.”*)

Vereinzelt konnten wir in der Drogenszene noch Elemente einer *“68er”*-Cannabisideologie finden, die bei den heutigen Cannabis probierenden Jugendlichen nur mehr eine sehr untergeordnete Rolle spielt (vgl. Uhl et al., 1989) (S: *“Shit³² ist ein geistiges Erlebnis. Du bist sensibler und hörst besser. Die Phantasie ist angeregt. Ich zeichne gerne, wenn ich etwas geraucht habe.”*)

4.1.2 Ecstasy

Ecstasy (MDMA) ist eine aufputschende und bei üblicher Anwendung leicht halluzinogen wirkende Designerdroge, die gegenwärtig in der Clubbingszene eine wesentliche Rolle spielt, in der offenen Drogenszene aber bloß eine untergeordnete Rolle spielt (18% Konsumerfahrung, vgl. Tab. 24).

4.1.3 Halluzinogene

Aus der Gruppe der Halluzinogene spielt - abgesehen von Cannabis, das ja ebenfalls dieser Kategorie zuzuordnen ist, und der Designerdroge Ecstasy - nur LSD³³ in der Drogenszene eine wesentlich Rolle. 43% der Befragten haben irgendwann in ihrem Leben LSD genommen. Meist hat es sich dabei nur um gelegentlichen Konsum gehandelt. Damit liegt LSD hinsichtlich der Bedeutung für die Drogenszene sowohl quantitativ als auch qualitativ weit hinter Cannabis, Heroin, Kokain, psychoaktiven Arzneimitteln und Alkohol (vgl. Tab. 23). Personen, die auch mit weiteren Halluzinogenen, wie Meskalin³⁴, Myristicin³⁵, Muscimol³⁶, PCP³⁷, Psilocybin³⁸, Atropin³⁹ etc., experimentiert haben, stellten überhaupt nur eine verschwindende Minderheit unter den von uns befragten Personen dar (S: *“LSD und Pilze war unbeschreiblich - jedes mal voll super genial.”*) Für die meisten Szenemitglieder sind Halluzinogene infolge des

spielt.

29 Szeneausdruck für *“Haschisch”*

30 Szeneausdruck für *“Personen, die von illegalen Drogen (Suchtgiften) abhängig sind”*

31 Als *“Maturing Out”* bezeichnet man das Herausreifen aus der Sucht nach Jahren der Abhängigkeit. Der Begriff geht auf Winick (1962) zurück.

32 Szeneausdruck für *“Haschisch”*

33 Lysergsäure-Diäthylamid, der synthetisch erzeugte halluzinogen wirkende Wirkstoff des Mutterkornpilzes.

34 Meskalin ist der Wirkstoff des Peyote Kaktus und anderer südamerikanischer Kakteen.

35 Myristicin ist der halluzinogen wirksame Inhaltsstoff der Muskatnuß

36 Der halluzinogen wirkende Stoff im Fliegenpilz

37 vollsynthetische halluzinogene Droge, die als *“Engelstaub”* bekannt ist

38 Wirkstoff in halluzinogenen Pilzen

39 Atropin ist der halluzinogene Wirkstoff der Nachtschattengewächse: *“Stechapfel”, “Tollkirsche”, “Bilsenkraut” “Alraun”, etc.* die in den Hexensalben des Mittelalters eine wesentlich Rolle spielten

relativ geringen Stellenwertes in der offenen Drogenszene kein wesentliches Thema. Von der Minderheit, die sich näher mit Halluzinogenen auseinandergesetzt hat, kann der größere Teil Halluzinogenen überhaupt nichts abgewinnen (S: *“LSD hat eine arge Wirkung. Das ist nicht meines. Mir ist es immer schlecht drauf gegangen und ich kenne Leute die drauf hängengeblieben⁴⁰ sind.”* oder S: *“Das ist nicht das, was ich mir unter Drogen vorstelle, weil ich das nicht steuern kann. Mit Heroin kann ich dagegen umgehen.”*) und der kleinere Teil beurteilt Halluzinogene äußerst positiv (S: *“Mit LSD erreiche ich einen Level der ist unbeschreibbar. Ich habe nie schlechte Erfahrungen damit gemacht. Das ist die einzige Droge, die ich sicher immer nehmen werde.”*) Auch jene, die LSD sehr positiv erleben, kennen allerdings Personen, die auf einem LSD-Trip hängen geblieben sind - sie haben nur das Gefühl, daß ihnen etwas Vergleichbares nicht passieren könnte (S: *“LSD gefällt mir wegen der Optik⁴¹ und weil es mir damit einfach gut geht. Ein Freund von mir ist allerdings drauf hängengeblieben.”*)

4.1.4 Alkohol

Alkohol wird von 40% der österreichischen Gesamtbevölkerung in bedenklichem Ausmaß konsumiert. Diese 40% teilen sich auf in 5% Alkoholismus, 13% Alkoholmißbrauch (mehr als die von der WHO empfohlene Gefährdungsgrenze) und 22% bedenklichen Konsum (zwischen der von der WHO empfohlene Harmlosigkeitsgrenze und der Gefährdungsgrenze). Ungefähr jeder 10. Österreicher erkrankt im Laufe seines Lebens an Alkoholismus (Uhl & Springer, 1996).

Angesichts des hohen Stellenwerts, den die Droge Alkohol in der österreichischen Gesellschaft hat, kann nicht verwundern, daß Alkohol auch in der illegalen Drogenszene einen nicht unbedeutenden Stellenwert aufweist. (56% der von uns interviewten Szenemitglieder gaben an, in relevantem Umfang Alkohol konsumiert zu haben; vgl. Tab. 23).

Für manche Personen war Alkohol die erste Droge ihrer Drogenkarriere und häufig waren bereits die ersten Erfahrungen mit Alkohol recht exzessiv (S: *“Mit 16 habe ich 80%-igen Rum gefixt⁴²”* oder S: *“In der Berufsschule habe ich täglich vor der Schule Alkohol getrunken. Ich bin dann aus der Schule geflogen und meine Firma hat mich gekündigt.”*) Da es beim Alkoholkonsum, so wie er von Mitgliedern der Drogenszene betrieben wird, ausschließlich um die Rauschwirkung geht, spielt auch die Kombination “Alkohol mit Medikamenten” eine wesentliche Rolle (S: *“Tabletten habe ich anfangs zu Alkohol als Rauschverstärker genommen, später zur Beruhigung.”*)

Auch wenn in der späteren Drogenkarriere meist Heroin, Kokain und psychoaktive Medikamente dominierten, so spielte doch auch Alkohol häufig noch eine wesentliche Rolle. Immerhin hatten 33% angegeben, in den letzten 6 Monaten in relevantem Ausmaß Alkohol zu sich genommen zu haben.

Dem Alkohol besonders positiv gegenüber stehen die “Punks” (S: *“Alkohol nehme ich hauptsächlich um mehr Spaß zu haben. Da hat sich nicht geändert. Saufen - Schlafen - Abstürzen - früher habe ich auch gekotzt.”*) Besonders negativ wird Alkohol von vielen der sogenannten “Altjunkies” gesehen. Bei den Personen, bei denen eine Einsicht in die Problematik des Drogenkonsums und das Abhängigkeitspotential erfolgt ist (“Maturing Out⁴³”), wird Alkohol durchwegs, ähnlich wie Heroin, Kokain und psychoaktive Arzneimittel, als Droge gesehen, die von Substanzabhängigen grundsätzlich nicht beherrschbar ist.

4.1.5 Heroin

Aus den Aussagen der befragten Personen geht ganz deutlich hervor, daß die Mehrzahl reine Heroinkonsumenten aus unterschiedlichen Gründen idealisiert und Medikamentenkonsumenten geringschätzt, obwohl wie schon wiederholt erwähnt polytoxikomane Konsummuster beide Substanzklassen betreffend eigentlich die Regel sind. Heroin wird in der Szene zwar als Problemstoff erlebt, von dem man süchtig wird und wo man nie sicher weiß, was man am Schwarzmarkt an gefährlichen Beimengungen erhält (*“Beim Zeug⁴⁴ erwischt man oft Scheiße. Ich habe drauf schon drei Mal einen Schüttler⁴⁵ gehabt - daß sie mich ins Spital haben bringen müssen.”*), aber kaum jemand läßt sich zu stark kritischen Äußerungen dem Heroin gegenüber hinreißen. Personen, die offen behaupten, dem Heroin

40 Szeneausdruck für “starke und anhaltende psychische Veränderung infolge des Konsums”

41 Szeneausdruck für “optische Wahrnehmungsveränderungen”

42 Szeneausdruck für “in die Venen injizieren”

43 Als “Maturing Out” bezeichnet man das Herausreifen aus der Sucht nach Jahren der Abhängigkeit. Der Begriff geht auf Winick (1962) zurück.

44 Szeneausdruck für “Heroin”

45 Szeneausdruck für “Unverträglichkeitsreaktion”

nichts abgewinnen zu können (S: *“Ich hab’s so oft probiert, bis ich eingesehen habe, daß es mir nicht taugt. Ich habe nichts gespürt.”*), sind in der offenen Szene sehr selten. Häufig wird Heroin enorm idealisiert (S: *“Heroin gibt einem ein Gefühl von Wärme und Geborgenheit. Es ersetzt einem einen Freund oder eine Frau. Ich kann mich dem Heroin anvertrauen.”*) Während primäre Medikamentenkonsumenten und Alkoholabhängige als soziale Versager erlebt werden, die nicht in der Lage sind sich eine “Edeldroge” zu organisieren und einfach in die Betäubung flüchten, wird der typische Heroinkonsument üblicherweise als sozial integriert und aktiv dargestellt (S: *“Heroin habe ich wegen dem Turn⁴⁶ genommen. Ich war immer mit Leuten zusammen mit denen ich dann was unternommen habe”* oder S: *“Wenn ich mir drei Gramm Heroin reinhaue, liege ich nicht da und schlaf - aber wenn ich vier Tabletten schneid⁴⁷ habe ich ein Blackout und weiß nicht mehr was ich tue.”*)

Heroin wird einerseits als suchterzeugende Substanz und gleichzeitig als beherrschbar erlebt (S: *“Beim Heroinsniffen habe ich noch nie einen Absturz erlebt”* oder S: *“Ehe ich blau⁴⁸ werde, drücke ich am Anfang nur die Hälfte und dann sehe ich, ob es mir reicht. Ich bin ein vorsichtiger Junkie.”*) Auch das häufig vorkommende Erbrechen bei den ersten Konsumversuchen wird meist als nicht weiter schlimm erlebt (S: *“Anfangs mußte ich öfter erbrechen nach dem Konsum - das gehört halt dazu, mit dem habe ich mich abgefunden. Die Wirkung danach entschädigt dafür.”*)

4.1.6 Andere natürliche und synthetische Opiate

Bevor die orale Substitutionsbehandlung 1987 in Österreich als legitime Behandlungsmethode für langjährige Opiatabhängige offiziell anerkannt wurde, spielten in der Heroinszene vor allem O-Tee⁴⁹, Codein und Paracodein eine wesentliche Rolle zur Überbrückung von Versorgungsengpässen. Manche Opiatabhängige substituierten sich in dieser Zeit sogar dauerhaft mit diesen Substanzen. Mohnkapseln waren in Blumengeschäften relativ preisgünstig erhältlich und Codein sowie Paracodein konnte man sich über manche Ärzte verschaffen, die den Erlaß zur oralen Substitution des Gesundheitsministeriums in einer legalen Grauzone vorweg nahmen (Uhl et. al., 1992). Seit langjährige Opiatabhängige im Rahmen der oralen Substitutionsbehandlung Methadon auf Dauerbasis verordnet erhalten und mancherorts auch andere Opiate wie “Mundidol[®]”, “Codidol[®]”, etc. als Substitutionsdrogen verordnet werden, hat der Stellenwert von O-Tee, Codein und Paracodein am Schwarzmarkt stark abgenommen und der Stellenwert von “Methadon”, “Mundidol[®]” und “Codidol[®]” deutlich zugenommen. Ein kleiner Teil der Substitutionsdrogen, die den Bestimmungen entsprechend in einer Art und Weise an die Substituierten ausgegeben werden sollten, die eine mißbräuchliche Weiterveräußerung an Dritte verhindert, landen am Schwarzmarkt und spielen daher auch bei Personen, die nicht in einem oralen Substitutionsprogramm sind, eine gewisse Rolle.

Die Beurteilung von O-Tee war bereits zu Zeiten, wo diese Zubereitung in der Opiatszene eine bedeutende Rolle spielte, durchwegs recht negativ und an der Beurteilung dieser “inadäquaten Notlösung” hat sich bis heute nichts geändert. Erstens gibt es beim oralen Konsum von Opiaten keinen Flash⁵⁰, zweitens riecht und schmeckt diese Zubereitung eher unangenehm und drittens greift es bei regelmäßigem Konsum den Magen stark an. Auch in der vorliegenden Befragung ergaben sich zahlreiche Stellungnahmen, die den O-Tee in ein sehr negatives Licht rückten (S: *“Ich nehme O-Tee nur in absoluten Notlagen, weil das den Magen enorm angreift.”* oder S: *“Mir geht’s gut auf O-Tee aber es gibt da halt keinen Flash.⁵⁰”* oder S: *“O-Tee hasse ich wie die Pest - da wird mir schlecht und außerdem stinkt es.”*)

Die Möglichkeit der Methadonsubstitution wird mehrheitlich recht positiv gesehen. Daß es bei der oralen Applikation keinen Flash⁵⁰ gibt, wird von manchen Personen zwar bemängelt, aber jene, die die Wirkung selbst ganz negativ darstellen, sind in der Minderheit (S: *“Das Hepta⁵¹ hat mir nie das gebracht, was das Zeug⁵² gebracht hat. Es hat nicht so einen Flash⁵⁰ und schießen⁵³ kann man es auch nicht - wegen dem Sirup, mit dem es vermischt ist!”* oder S: *“Methadon vertrage ich nicht.”*)

Auch Mundidol[®], als weitere Ersatzdroge, stößt nicht nur auf offene Zustimmung in der Szene. (S: *“Beim Heroin spürst du im Magen ein Wärmegefühl. Jetzt geht es mir gut - jetzt ist alles leiwand. Beim Mundidol ist es ähnlich aber*

46 Szeneausdruck für “Rauschzustand”

47 Szeneausdruck für “einnehmen”

48 Szeneausdruck für “tiefe Bewußtlosigkeit infolge einer akuten Vergiftung”

49 Szeneausdruck für “für einen opiathaltigen Tee aus Mohnkapseln”

50 Szeneausdruck für das “euphorische Glücksgefühl, das unmittelbar nach dem Injizieren einer Droge eintritt”

51 Szeneausdruck für “Heptadon[®]” (= Methadon)

52 Szeneausdruck für “Heroin”

53 Szeneausdruck für “in die Venen injizieren”

es sticht und kribbelt am ganzen Körper“ oder “Mundido[®] ist auch nicht das Wahre. Es fängt zu kribbeln an, und es platzen einem fast die Adern im Kopf.”)

4.1.7 Kokain

Während Kokain vor einigen Jahren in der Drogenszene einen untergeordneten Stellenwert hatte und als teure Schickeriadroge galt, hat die Substanz inzwischen die Drogenszene erobert. Kokain wird dabei wegen drei Wirkungen genommen:

- als Ersatz für Heroin wegen der unmittelbaren Wirkung: “Flash⁵⁴“ nach der Injektion (S: *“Zu Koks kann ich nur sagen, daß es ein ur geiles Gefühl ist. Alles verstärkt sich - wird lauter. Das sind super Geräusche - ein tolles Dröhnen.”* oder S: *“Koks nimm ich wegen dem Kick - das ist wie ein Orgasmus.”*)
- als Wirkungsverstärker in Verbindung mit Heroin (“Speed-Ball”)
- als hochwertiger Ersatz für früher legal beziehbare Amphetamine (S: *“Mit Koks bist du total aufgedreht. Du nimmst alles stärker wahr - auch die Ängste.”*)

Aus den unterschiedlichen Wirkungskomponenten: “Flash⁵⁵“ und “Aktivierung“ ergeben sich Konflikte für Personen, die nur eine der beiden Wirkungen suchen (*Ich bin eher für die langsame Welle, nicht für das speedig⁵⁶ sein. Beim Kokain ist es mir nur um die Anfangseuphorie gegangen. Nach 10 bis 15 Minuten war mir das zu viel. Ich habe eine furchtbare Depression bekommen, und ich habe daher immer geschaut, daß ich Tabs oder Heroin im Sack habe für nachher.”*)

Die Mehrzahl der Personen, die die stimulierende Kokainwirkung nicht wollen aber Euphorie (Flash⁵⁷) suchen, bleiben dann primär beim Heroin (S: *“Kokain hat mehr Flash - Heroin wird da für mich sofort unwichtig. Wichtig ist Heroin dann nur, wenn ich schlafen gehen will. Nach 14 Tagen steht es mir aber dann bis daher. Da habe ich 10 Kilo abgenommen und solche Ringe unter den Augen. Dann reicht es mir wieder für einige Zeit!”*)

Auch wenn der Kokainpreis in den letzten Jahren dramatisch gesunken ist, so ist Kokain für die Konsumenten infolge der kürzeren Wirkdauer immer noch teurer als Heroin (S: *“Kokain gefällt mir besser als Heroin, aber das Problem ist, daß man viel früher wieder etwas braucht. Das wird zu teuer!”*)

4.1.8 Psychoaktive Arzneimittel in der Szene

Medikamente werden im Szenejargon in “Schnelle“ (Stimulanzien) und “Langsame“ (Hypnotika und Tranquilizer - in beiden Fällen fast ausschließlich Benzodiazepine) eingeteilt, wobei für Stimulanzien aber auch die englischen Bezeichnungen “Speed“ bzw. “Uppers“ verwendet werden und für Hypnotika/Tranquilizer die Bezeichnung “Downers“ gebräuchlich ist. Wird von “Tabs“, “Tabletten“ oder “Medikamenten“ ohne nähere Angaben gesprochen, so sind grundsätzlich Hypnotika und Tranquilizer gemeint - und in der Folge werden wir uns diesem, von unseren Interviewpartnern vorgegebenen Begriffsverständnis anschließen.

4.1.8.1 Stimulanzien

Seit Amphetamine und das über viele Jahre in der Szene gebräuchlichste Stimulans “Antapentan“ vom Markt gezogen wurde, werden vor allem die als Appetitzügler gebräuchlichen Arzneimittel “Adipex[®]“ und “Regenon[®]“ und illegal erzeugte Amphetamine und Amphetaminderivate verwendet. Nach in der Szene kursierenden Gerüchten soll auch ein Teil des in Kleinmengen als Kokain verkauften Pulvers in Wirklichkeit ein Amphetamin sein bzw. starke Amphetaminbeimengungen aufweisen. “Antapentan“ taucht aber in gewissem Umfang nach wie vor immer noch in der Szene auf.

Manche der Befragten gaben an, eher zufällig mit Stimulanzien und Kokain in Kontakt gekommen zu sein - teilweise um mit Appetitzüglern abzunehmen ohne die stimulierende Wirkung zu suchen - und dann gemerkt zu haben, daß ihnen damit das Leben leichter zu fallen schien und sie sich weniger müde und damit leistungsfähiger fühlten (S: *“Regenon[®] nahm ich anfangs wegen einem Schlankheitswahn. Als ich merkte daß es angenehm speedig⁵⁸ macht,*

54 Szeneausdruck für das “euphorische Glücksgefühl, das unmittelbar nach dem Injizieren einer Droge eintritt“

55 Szeneausdruck für das “euphorische Glücksgefühl, das unmittelbar nach dem Injizieren einer Droge eintritt“

56 Szeneausdruck für “hoch aktiviert“

57 Szeneausdruck für das “euphorische Glücksgefühl, das unmittelbar nach dem Injizieren einer Droge eintritt“

58 Szeneausdruck für “hoch aktiviert“

konsumierte ich es täglich und wurde psychisch abhängig davon.”)

Wenn regelmäßig Stimulanzien oder Kokain genommen werden, so ist es in der Regel bald nötig, Hypnotika/Tranquilizer oder Opiate zu nehmen, um vom hohen Aktivierungsniveau wieder herunterzukommen und schlafen zu können. Hypnotika/Tranquilizer und Opiate sind in diesem Fall die logische Folge des Stimulanziengebrauchs.

Es ist aber auch die umgekehrte Reihenfolge häufig anzutreffen. Viele Personen, die anfangs primär die Wirkung von Opiaten bzw. von Hypnotika/Tranquilizer gesucht haben benötigten in der Folge Stimulanzien, um ihren diversen Verpflichtungen und Drogengeschäften erfolgreich nachzugehen zu können.

In beiden Fällen entsteht ein Kreislauf von chemischer Aktivierung und Desaktivierung, der nach kurzer Zeit nur mehr schwer zu durchbrechen ist. Auch wenn der charakteristische Kreislauf von Stoffen zur Aktivierung und zur Desaktivierung bei beiden Personengruppen recht ähnlich erscheint, so ist doch die Motivationslage und Einstellung zu den Substanzen bei beiden Gruppen doch diametral unterschiedlich.

4.1.8.2 Hypnotika und Tranquilizer

An Hypnotika und Tranquilizern werden vor allem Benzodiazepinderivate wie “Rohypnol[®]”, “Somnubene[®]”, “Valium[®]”, “Lexotaniil” eingenommen. Ein in diesem Kontext ebenfalls häufig genanntes Psychopharmakon ist das anxiolytische Antidepressivum “Sinequan[®]”. Früher in der Szene sehr gebräuchliche Arzneimittel vom Barbituratyp, vor allem das Perdomal[®], spielen, seit diese in Österreich nicht mehr offiziell vertrieben werden, keine wesentliche Rolle mehr. Daß Barbiturate vom Markt verschwunden sind, wird nicht nur von Experten sondern auch von manchen Betroffenen positiv kommentiert (S: *“Ich täte heute kein Interview geben, wenn sie das Perdomal[®] nicht abgestellt hätten.”*)

Sowohl quantitativ als auch qualitativ nimmt “Rohypnol[®]” eine besondere Position ein. Wie die Sonderstellung von “Rohypnol[®]” zustande kam, ist zwar auch von vielen Konsumenten und Betreuern nicht ganz nachvollziehbar - das Faktum bleibt jedoch, daß dieses Firmenprodukt in der Szene als der “Mercedes unter den Beruhigungs- und Schlafmitteln” gehandelt wird - wie aus vielen Äußerungen unserer Interviewpartner hervorgeht. (B: *“Rohypnol[®] ist das beliebteste, am Schwarzmarkt am meisten gehandelte Medikament.”* oder S: *“Somnubene[®] ist zwar das gleiche wie Rohypnol[®], doch manche wollen es nicht, wegen dem anderen Markennamen.”* oder “S: *Somnubene[®] machen komplett zu - da habe ich Blackouts -, bei Rohypnol[®] in Maßen geht’s, und Valium[®] sind mir überhaupt zu schwach!”*)

Eine weitere auffällige und interessante Zuschreibung besteht darin, daß in der Szene viele Personen davon überzeugt sind, daß das österreichische Rohypnol[®] viel besser wirkt als ausländische Erzeugnisse und beklagen, daß man nur schwer an dieses hochwertige Produkt herankomme. Grundsätzlich ist zwar denkbar, daß in der Drogenszene auch Fälschungen oder Placebos verkauft werden, aber zumindest in einem Fall konnte gezeigt werden, daß es sich bei der Behauptung um eine reine Einbildung handelte. Ein ausländisches Lizenzprodukt, das von einem Tablettenabhängigen als völlig wirkungslos bezeichnet worden war, erwies sich in einer Analyse durch die Herstellerfirma, als bezüglich des Wirkstoffes völlig gleichwertig mit inländischen Erzeugnissen. Naheliegend ist daher, daß es sich bei manchen Aussagen z.B. (S: *“Die österreichischen Rohypnol[®]-Tabletten sind die stärksten, haben die beste euphorisierende Wirkung. Leider sind österreichische ‘Ro⁵⁹’ fast nicht mehr am Markt. Die Tabletten aus Bratislava - die Verpackung hat hinten eine blaue Aufschrift statt einer schwarzen oder die rosa Tabletten aus Frankreich wirken nicht euphorisierend.”*) in der Regel ebenfalls um Szenemythen handelt.

Hinsichtlich der Funktionen, die Tranquilizer und Hypnotika einnehmen, kann man grundsätzlich eine Reihe von Situationen unterscheiden:

- Die nicht-süchtige Verwendung zur Erzielung einer beruhigenden/schlafanstoßenden Wirkung
Gelegentliche oder phasenweise Einnahme von Tranquilizern und Hypnotika zur Beruhigung und/oder um schlafen zu können: So wie auch nicht süchtige Personen kommen auch Süchtige fallweise in psychische Krisen und setzen dann beruhigende Medikamente gezielt ein, um jene Wirkungen zu erzielen, für die das Präparat medizinisch zugelassen ist. (S: *“Ich habe oft eine innere Unruhe und da helfen Tabletten schon.”* oder S: *“Zum Muidol[®] nehme ich 3-5 Tabletten um das Schlafen zu erleichtern.”*)
- Die süchtige Verwendung zur Erzielung einer beruhigenden/schlafanstoßenden Wirkung
Da die regelmäßige Einnahme größerer Mengen von beruhigenden/schlafanstoßenden Medikamenten durchwegs

zu einer Gewöhnung und in der Folge zur Abhängigkeit führt, gibt es - wie die Erfahrung in Suchtbehandlungseinrichtungen, wie dem Anton-Proksch-Institut zeigt - eine Reihe von Personen, die von beruhigenden/schlafanstoßenden Medikamenten abhängig wurden, aber als psychosozial weitgehend unauffällige Spiegelkonsumenten lange Zeit kaum auffielen. Dieser Typ der unauffälligen, oft iatrogen verursachten Medikamentenabhängigkeit ist in der offenen Drogenszene allerdings kaum vertreten.

- Die Verwendung zur Kompensation von antagonistischen Drogenwirkungen
Wie bereits im letzten Kapitel betont, benötigen Personen, die regelmäßig Kokain oder Stimulanzien gebrauchen, in der Mehrzahl der Fälle beruhigende Substanzen, um die stimulierende Drogenwirkung zu kompensieren. Neben Alkohol, Cannabis und Heroin werden in diesem Zusammenhang recht häufig Tranquilizer und Hypnotika genommen: (S: *“Tranquilizer nehme ich nur, um vom Koka runter zu kommen, oder wenn ich komplett weich⁶⁰ sein will.”*) Da es sich um die Kompensation von antagonistischen Drogenwirkungen handelt, ergibt sich dabei häufig ein sich rasch aufschaukelnder Kreislauf von chemischer Aktivierung und Desaktivierung und in der Folge eine starke Abhängigkeit von den Substanzen.
- Die Verwendung als Entzugsmedikation
Das Leben der meisten Süchtigen ist durch eine regelmäßig wiederkehrende Abfolge von absichtlich eingeleiteten Entzügen und neuerlicher Dosissteigerung gekennzeichnet. Diese Entzüge erfolgen teilweise mit der Absicht, sich endgültig zu entziehen und teilweise um eine Dosisreduktion zu ermöglichen, wenn der Tagesbedarf zu hoch wurde. Manche dieser Entzüge erfolgen mit therapeutischer Unterstützung und manche werden ohne therapeutische Hilfe absolviert. Beruhigende Medikamente werden in diesen Fällen häufig als Entzugsmedikation zum Einsatz gebracht, wobei die Applikation ärztlich verordnet oder selbst verordnet sein kann.
- Die Verwendung zur Wirkungsverstärkung oder Modifikation
Tranquilizer eignen sich nach Aussage von zahlreichen Befragten zur Wirkungsverstärkung oder -veränderung bei Opiaten und Alkohol und werden auch oft als solche eingesetzt. (z.B.: *“Ich bin ein Morphintyp. Drum sagen mir Mundido[®] so zu. Der typische Morphinum Fläsch⁶¹ - ganz anders als bei Heroin - wird durch Tabletten noch verstärkt”* oder S: *“Zum O-Tee⁶² habe ich auch Tabletten genommen, weil dann der Tee stärker kommt - aber vielleicht war das auch nur eine Einbildung!”* oder S: *“Tabletten habe ich anfangs zu Alkohol als Rauschverstärker genommen”* oder S: *“2 Rohypnol[®] plus 3 Regenon, das ist ganz angenehm gewesen, so eine Art ‘Mittelwelle’ - nicht zu schnell und nicht zu langsam.”*)
- Die Verwendung von Medikamenten als Überbrücker bei Drogenengpässen
Um ungewollte Entzüge zu vermeiden, sind viele Personen, die bevorzugt Opiate, Stimulanzien oder Kokain nehmen, infolge von Geldmangel und/oder einer ungenügenden Versorgung immer wieder darauf angewiesen, Medikamente zur Überbrückung zu verwenden. Bei dieser Gruppe stellen Medikamente quasi Notlösungen dar, ohne die man zwar nicht auskommt, auf die man aber gerne verzichten würde, wenn die Versorgung mit Drogen ausreichend wäre. (S: *“Wenn der Entzug anfängt, versucht man, sich Medikamente zu besorgen.”*) Manche Personen dieser Teilgruppe haben immer Medikamente bei sich, als Sicherheit falls die Versorgung abreißt (S: *“Es ist ein gutes Gefühl, wenn man sie eingesteckt hat; nach dem Motto: ‘Heute brauche ich sie vielleicht nicht aber vielleicht morgen früh’. Ich weiß, mit 15 Tabletten kann es mir morgen sicher nicht schlecht gehen und vielleicht reicht es sogar bis übermorgen.”*)
- Die Verwendung von Medikamenten, um sich zu betäuben
Recht häufig in der Drogenszene ist auch die Verwendung von Medikamenten, um sich völlig zu betäuben. Die Personen, die die völlige Betäubung suchen, unterscheiden sich beträchtlich von jenen Personen, die Heroin bevorzugen (S: *“Als ich auf Tabletten war, habe ich mich oft wirklich zugemacht - daß ich nicht wußte, welches Datum ist.”*)
- Die Verwendung von Medikamenten als Rauschdrogen
Tranquilizer eignen sich auch im Sinne einer Art Wirkungsumkehr, um statt einer schlafanstoßenden Wirkung ein Highgefühl, d.h. eine stimulierend-euphorisierende Wirkung, zu erzeugen. In diesem Sinne haben Medikamente als Rauschdrogen einen eigenen zentralen Stellenwert. (S: *“Er gab mir 5 Tabletten und meinte: ‘Nimm das und du wirst stark und cool sein’. Ich wurde müde und bekam nichts mehr mit. Eigentlich war es Scheiße. Nach weiteren drei Einnahmen - weil die Freunde meinten, die Wirkung würde besser und dann gefalle es mir doch - fühlte mich wohl wie ein Baby und nahm dann bis zu 30 Stück pro Tag.”* oder S: *“Ab einer gewissen Dosis - ca. 10 Stück - wirken sie anregend.”* oder S: *“Je mehr ich nehme, um so munterer werde ich.”*) Auch der intravenöse Gebrauch der Tabletten kommt vor (S: *“Tabletten werden auch aufgekocht und gespritzt: Das hat eine sehr angenehme Wirkung. Du fühlst dich leicht und unbeschwert.”*)

Die eben gemachte Unterteilung nach Wirkfunktionen von Hypnotika und Tranquilizern ist idealtypisch zu verstehen und nicht als Klassifizierung des Medikamentenkonsum aufzufassen. Viele der von uns befragten Personen

60 Szeneausdruck für “völlig betäubt”

61 Szeneausdruck für das “euphorische Glücksgefühl, das unmittelbar nach dem Injizieren einer Droge eintritt”

62 Szeneausdruck für einen opiathaltigen Tee, der aus Mohnkapseln zubereitet wird

verwenden Medikamente - wie man auch bereits einigen Zitaten entnehmen konnte - auf unterschiedliche Arten und mit unterschiedlichen Intentionen, und alle nahmen neben Medikamenten auch noch illegale Drogen zu sich. Infolge des Preisverfalles bei Heroin und Kokain in den letzten Jahren, der auch den wenig finanzkräftigen Personen den gelegentlichen Konsum von Heroin und Kokain ermöglicht, und infolge der kontinuierlichen Annäherung von bestimmten durch typische Drogenkonsummuster charakterisierte Subkulturen innerhalb der offenen Drogenszene entstanden die polytoxikomanen und heterogenen Konsummuster, auf die wir schon wiederholt hingewiesen haben, und die die offene Wiener Drogenszene prägen. (S: *“Heute gibt es nicht mehr so viele, die nur auf Medikamenten sind. Es wird mit anderen Stoffen gemischt, wegen der billigeren Preise der anderen Stoffe.”*)

Aufgrund der methodischen Beschränkungen, denen unsere Studie unterlag, konnten wir keine strukturierten Erhebungen der Dosierungen und Applikationsweisen machen. Bei Personen, für die Medikamente einen zentralen Stellenwert zur Betäubung oder als Rauschdrogen einnahmen, ergab sich, daß bei regelmäßiger Einnahme Dosierungen zwischen 20 und 30 Stück pro Tag üblich sind (S: *“Die Dosis muß gesteigert werden, nach einiger Zeit auf 20-30 Tabletten.”*)

Im Vergleich zu Heroin wird die Medikamentenwirkung von Konsumenten z.B. folgendermaßen charakterisiert: S: *“Bei Tabletten gibt es keinen Anfangsflash⁶³. Wenn man weniger nimmt⁶⁴, entsteht ein Rauschzustand, wenn man mehr nimmt, schläft man ganz einfach”* oder S: *“Beim ‘H’⁶⁵ törnt man vom Anfang weg und wird dann aktiv. Bei Tabletten ist es umgekehrt, da ist man anfangs aktiv und schläft dann weg.”*

Als Gefahr wird immer wieder darauf hingewiesen, daß Heroinkonsumenten nach Tablettenkonsum oft nicht einschätzen können, wieviel Heroin sie vertragen und daß der Tablettengebrauch daher indirekt oft eine Mitschuld an Heroinüberdosierungen und Todesfällen trägt (S: *“Die meisten, die Tabletten nehmen, haben dann Schwierigkeiten, die Wirkung von Heroin einzuschätzen.”* oder S: *“Zuerst schaue ich, ob H da ist. Wenn keines da ist, stelle ich mir Roiperl⁶⁶ auf. Oft kommt dann noch einer mit ‘H’ und das nehme ich dann dazu. So bin ich schon oft blau geworden und in der Rettung aufgewacht.”*)

Unter Szenemitgliedern und deren Betreuern herrscht weitgehend die Überzeugung vor, daß Tabletten erheblich gefährlicher sind bzw. unangenehmere Auswirkungen zeitigen als Heroin (S: *“Du bekommst eine weiche Birne davon.”* oder S: *“Bei Tablettenkonsum setzt das Hirn aus.”* oder S: *“Es macht aggressiv, führt zu Erinnerungslücken und zur Kriminalität sowie zu Unzuverlässigkeit.”* oder S: *“Tabletten sind ein Alptraum.”*) Diese extrem negative Beurteilung von Beruhigungs- und Schlaftabletten im Vergleich zu Heroin führt wohl auch zu einem niedrigen Status, der Medikamentenabhängigen in der Szene zugemessen wird. Diese Verhältnisse finden in zahlreichen Äußerungen von Szenemitgliedern und deren Betreuern einen deutlichen Niederschlag. (B: *“Die Medikamentenabhängigen sind sehr langsam. Man muß sie ständig kontrollieren. Oft murmeln sie nur. Man muß dreimal nachfragen. Sie sind sehr fordernd und weisen Erinnerungslücken auf. Es macht sie im Hirn kaputt.”* oder B: *“Mit Leuten, die nur auf Heroin sind, kann man mehr anfangen, als mit Leuten, die auch Medikamente nehmen.”* oder S: *“Medikamente, die hauen dich zusammen.”* oder B: *“Die Leute werden auf Pulverl äußert unsympathisch und aggressiv, sie vergessen alles, man muß ihnen alles dreimal sagen.”* oder S: *“Die Tabletten zerfressen das Hirn wie Salzsäure.”*)

Personen, die Medikamente zusätzlich zu Heroin nehmen, geben diesen Beikonsum aus den genannten Gründen oft nicht zu. Wie bereits erwähnt, treffen Sozialarbeiter und Betreuer ihr Klientel immer wieder beim Medikamentenkauf am Karlsplatz oder unter Medikamenteneinfluß an, obwohl ihnen die betreffenden Personen versichert haben, ausschließlich Heroin und nie Medikamente zu nehmen. Teilweise werden sogar von Personen, die selbst immer wieder Medikamente nehmen, aggressive Gedanken den Medikamentenkonsumenten gegenüber geäußert. So vertrat z.B. jemand, der selbst immer wieder Benzodiazepine nimmt, einerseits um sich “zuzumachen” und manchmal aber auch um die Heroinwirkung zu verstärken, folgendes: S: *“Leute auf Tabletten sind sehr abstoßend. Am besten wäre es die gleich alle vor die nächste U-Bahn zu stoßen!”*

5 Gebrauchsmuster und Bewertungen der differenten Substanzen und Substanzgruppen in den Drogenszenen anderer Städte

1990 wurde in den Niederlanden eine Studie durchgeführt, die es sich zum Ziel gesetzt hatte, die

63 Szeneausdruck für das “euphorische Glücksgefühl, das unmittelbar nach dem Injizieren einer Droge eintritt”

64 Was ‘wenig’ und was ‘viel’ ist, hängt dabei von der erworbenen Toleranz der betreffenden ab. In der Regel ist das, was hier als ‘wenig’ bezeichnet wird, eine Dosis, die dem vielfachen der üblichen Wirkdosis für eine Durchschnittspersonen entspricht.

65 Szeneausdruck für “Heroin”

66 Szeneausdruck für “Rohypnol”

Tablettengebrauchsprofile von Polytoxikomanen in Rotterdam zu erfassen (Kaplan und de Vries, 1990). 1994 wurde in Basel eine Befragung Opiatabhängiger zur Medikamentengruppe der Benzodiazepine durchgeführt, um den Benzodiazepinmißbrauch in dieser lokalen Szene erfassen zu können (Ladewig und Simoni, 1994). 1995 wurden die Ergebnisse einer vergleichenden Studie aus Frankfurt und Amsterdam veröffentlicht (Kemmesies, 1995).

Alle diese Untersuchungen weisen ähnliche Strukturelemente auf wie die vorliegende Untersuchung der Wiener Drogenszene. Eine wirkliche Vergleichbarkeit ist allerdings nicht gegeben, da verschiedene methodologische Zugänge eingesetzt wurden, die Stichproben hinsichtlich Umfang und Auswahl differieren, verschiedene Themenschwerpunkte behandelt wurden, verschiedene Zielvorstellungen bestanden. Es ist aber möglich, gewisse Trends in relevanten Bereichen zu parallelisieren und zu diskutieren.

Die erste Niederländische Studie und die Basler Studie sind hinsichtlich ihrer Erhebungsschwerpunkte stärker auf den Substanzgebrauch konzentriert. Die Stichprobengröße der Niederländischen Studie umfaßte in zwei Projektanteilen insgesamt 153 Personen. In der Basler Erhebung wieder wurden verschiedene Populationen Opiatabhängiger in verschiedenen Settings mittels eines Fragebogens interviewt. An dieser Studie beteiligten sich schließlich insgesamt 254 Probanden. In der Vergleichsstudie zwischen Amsterdam und Frankfurt wurden in jeder Stadt 50 Abhängige interviewt.

Wie schon ausgeführt, waren die Fragestellungen in den beiden erstgenannten Studien sehr eingeschränkt und auf das Problem des Tranquilizergebrauchs in der Drogenszene konzentriert. Die grundsätzlich zu erhebenden Daten waren in diesen beiden Studien sehr vergleichbar:

Die leitende Fragestellung der Rotterdam-Studie (Kaplan und de Vries, 1990) lautete: Warum neigen polytoxikomane Personen dazu, in das Repertoire an Drogen, das sie gebrauchen, auch verschreibbare Arzneimittel, vorzugsweise Tranquilizer, aufzunehmen?

Um dieses Verständnis zu fördern, wurden Antworten auf verschiedene Teilfragen gesucht:

- Korreliert der Gebrauch von Tabletten mit der Qualität und Quantität anderer Suchtstoffe?
- Beschränkt sich das diesbezügliche Verlangen auf Benzodiazepine?
- Geben Benzodiazepine einen besonderen "Kick"?
- Sind die Effekte von Tabletten ähnlich oder gleichartig wie die Effekte des Heroin?
- Nehmen alle Polytoxikomanen Tabletten zusätzlich zu ihren primären Suchtstoffen zu sich?
- Ist es möglich, Charakteristika der Gebraucher und Gebrauchsmuster für Benzodiazepine zu identifizieren?
- Welche Gründe gibt es dafür, mehr Tabletten einzunehmen, als für den medizinisch kontrollierten Gebrauch vorgesehen ist?
- Wie sieht eine typische Drogenkarriere eines Polytoxikomanen aus?
- In welcher Phase der Drogenkarriere eines Polytoxikomanen gewinnt der Tablettengebrauch Bedeutung?

In der Basler Studie wurde der zentralen Frage der Verbreitung von Benzodiazepinen unter den Basler Opiatabhängigen nachgegangen. Zu diesem Zweck wurden folgende Dimensionen erhoben:

- Ausmaß und Verbreitung des Konsums in verschiedenen Populationen von opiatabhängigen Männern und Frauen
- Konsumgewohnheiten: Häufigkeit des Konsums, Kombinationen, Applikationsform
- Wirkungen; Wirkungszuschreibungen und persönliche Motivation für den Konsum
- Bekanntheit einzelner Medikamente der Benzodiazepingruppe, Präferenzen
- Komorbidität
- Herkunft der Medikamente

Die Ergebnisse der beiden Untersuchungen weisen gewisse Divergenzen, überwiegend jedoch Übereinstimmung auf. Sowohl in den Niederlanden wie auch in der Schweiz wurde der Tablettengebrauch als Konsumverhalten identifiziert, das von einer zahlenmäßig erheblichen Minorität der Opiatabhängigen betrieben wird. In beiden Ländern wurde der Tablettengebrauch als sekundäres Geschehen erfaßt. In beiden Ländern wurden bereits früher geäußerte Interpretationen (vgl. Ingold, 1989) bestätigt, daß Benzodiazepine für die Opiatabhängigen einige wichtige Funktionen zu haben scheinen:

- die medizinisch bekannte und gebräuchliche Funktion als Beruhigungs- und Schlafmittel,
- individuelle nicht an medizinische Verordnung gebundene Versuche, psychische Störungen (Ängste, Depressionen) oder psychosoziale Beeinträchtigungen in den Griff zu bekommen ("Selbstheilungsversuch"), bzw.
- den Streß, den das Leben in der Drogenszene mit sich bringt, besser bewältigen zu können.

In der Schweiz war der Gebrauch der Tabletten auch an die Qualität und Quantität der illegal zugänglichen Stoffe gebunden. Dieser Mechanismus spielte in den Niederlanden aufgrund der dort vorherrschenden Versorgungslage eine nur geringe Rolle.

In der holländischen Studie wird weiters die Möglichkeit diskutiert, daß der Übergang zur Einnahme von Tabletten in späten Phasen der Suchtkarriere das Bedürfnis der Abhängigen, in ihrer Sucht sozial integriert zu leben, widerspiegelt.

In der Bewertung der Substanzen ergab sich in beiden Städten eine gewisse Ambivalenz. Einerseits werden die Benzodiazepine als Medien der Selbstheilung und der Integrationsförderung anerkannt, andererseits haben sie wegen bestimmter Effekte unter den Gebrauchern einen üblen Ruf, der bisweilen auch die Gebraucher selbst einschließt. In der Basler Befragung wurden etwa als große Probleme die amnestische, enthemmende und aggressionsfördernde Wirkungskomponenten der Benzodiazepine bezeichnet. Einige Befragte waren sogar der Ansicht, daß das schlechte Image der Drogenabhängigen wesentlich von chronischen Benzodiazepinkonsumenten mitverschuldet sei. In der Niederländischen Studie ergaben sich in dieser Hinsicht interessante Differenzierungen. So waren zum Beispiel ethnische Unterschiede für die entsprechenden Bewertungen maßgeblich. Nur marokkanische Gebraucher bezeichneten die Stoffe als "Drogen des Vergessens". Und schrieben ihnen damit eine entsprechende Wirkung zu. Andere Gebraucher gaben hingegen an, diesen spezifischen Substanzeffekt zu kennen, in bestimmten Situationen zu schätzen und durch Veränderungen in der Dosierung selbst manipulieren zu können.

In der Studie, in der die Verhältnisse in Amsterdam und Frankfurt miteinander verglichen wurden, ließ sich erfassen, daß sowohl hinsichtlich der Life-Time-Prävalenz wie auch hinsichtlich des aktuellen Gebrauches die Bedeutung der Arzneimitteleinnahme in der deutschen Drogenszene wesentlich höher war als in der holländischen. Kemmesies führt diese Situation darauf zurück, daß die Sättigung der Amsterdamer Szene sowohl mit Heroin aufgrund des niedrigen Preisniveaus als auch mit Methadon aufgrund eines quasi schwellenlosen Zuganges wesentlich höher anzusetzen ist als in Frankfurt. Kemmesies: "Der ... höhere Medikamentenkonsum der in Frankfurt am Main Befragten kann als eine Art selbst-substitutiven Beigebrauches gewertet werden, um die (im Vergleich) geringe(re) Qualität des Heroins und etwaige Versorgungsengpässe aufgrund begrenzter finanzieller Mittel zu kompensieren. Die Beobachtung eines (selbst-)substitutiven Medikamentenkonsums - vor allem in der Frankfurter Stichprobe spiegelt auch den geringeren Versorgungsgrad im Bereich der Methadonsubstitution in Frankfurt am Main gegenüber Amsterdam wider."

Die Wiener Situation scheint in vielem vergleichbar, in einigen Parametern aber doch recht eigenständig zu sein. Ein wesentlicher Unterschied ist darin zu finden, daß für eine meßbare Minderheit der Wiener Drogenszene die Drogenkarriere mit der Einnahme von Tabletten beginnt, wodurch in der Gesamtübersicht, häufiger als in andern Szenen die Arzneimittel die "primären" Drogen repräsentieren. Auch in der Folge bleibt der kombinierte polytoxikomane Gebrauch von Heroin, Cannabisprodukten und Tabletten ein häufiges Gebrauchsmuster. Besonders interessant ist, daß der Beigebrauch von Tabletten in Wien bezüglich der Angaben über die Gebrauchsmuster der letzten 6 Monate vor der Befragung selbst den des Alkohols übersteigt. Diese Gestalt der Polytoxikomanie scheint für die Verhältnisse der Wiener Drogenszene recht typisch zu sein. Das geht auch aus einer historisierenden Darstellung ihrer Entwicklung hervor, die bereits früher durchgeführt wurde (Springer, 1990). Insofern unterscheiden sich die Angehörigen der Wiener Szene deutlich von ihren Schicksalsgenossen in Frankfurt, Basel, Amsterdam und Rotterdam, wo Kokain und Alkohol jene Substanzen sind, die am häufigsten neben dem Heroin Verwendung finden. Wohl auch aus diesem Grund ist in Wien die Kritik an diesen Substanzen schärfer und akzentuierter als in andern Szenen. Bei primär Benzodiazepinabhängigen, die diese Stoffe chronisch und hochdosiert mißbrauchen und bei chronisch polytoxikomanem Gebrauch, der Benzodiazepine prominent einschließt, treten unerwünschte Effekte eben deutlicher und häufiger in Erscheinung als in Szenen, wo nahezu ausschließlich sekundärer Tablettengebrauch betrieben wird und sich der Beigebrauch dieser Substanzen auf niedrigem Niveau hält. Sonst ist die Bedeutung des Gebrauches der Arzneimittel hinsichtlich der Gebrauchsmotivation, der positiven Zuschreibungen und der Beschreibung von Nebeneffekten auch in der Wiener Szene durchaus gleichsinnig mit den Angaben aus anderen europäischen Szenemilieus.

Am ähnlichsten zu den Wiener Verhältnissen gelagert, ist die Verteilung des Medikamentengebrauches in deutschen Drogenszenen. In dort untersuchten Stichproben ließ sich erheben, daß lediglich zwischen 8% (Frankfurt, Kemmesies, 1995) und 10% (Kreuzer, 1991) der Befragten niemals Medikamente zu sich genommen hatten. In der Frankfurter Studie betrug der Anteil an Beigebrauch dieser Stoffe zum Heroin 64%. Insofern sind auch für die Wiener Szene jene Risikobereiche anzunehmen, die Kemmesies in Frankfurt für den kombinierten Gebrauch definiert hat, wobei besonders das erhöhte Risiko, eine Überdosis einzunehmen, von Bedeutung ist.

6 Literatur

- Ingold, R. E. , Ingold, S. und Toussin, M.: Note on the Abuse of Prescription Drugs among Drug Abusers in France. In: Community Epidemiology Work Group Proceedings, 1989
- Kaplan, Ch. D. und de Vries, M. W.: Pill Use Profiles of Polydrug Addicts. Forschungsbericht, IPSE 1990
- Kemmesies, U. E.: Kompulsive Drogengebraucher in den Niederlanden und Deutschland. Berlin: VWB, 1995

- Kreuzer, A. , Römer-Klees, R. und Schneider, H.: Beschaffungskriminalität Drogenabhängiger. BKA-Forschungsreihe Bd. 24; Bundeskriminalamt Wiesbaden, 1991
- Ladewig, D. und Simoni, H.: Basler Befragung von Opiatabhängigen zur Medikamentengruppe der Benzodiazepine. Bericht zum Projekt "Benzodiazepinmißbrauch in der Drogenszene". Basel, 1994
- Renn, H.; Lange, K. J.: Stadtviertel und Drogenszene. Hamburg, 1995
- Springer, A.: Results of the Study of the Developments of Polysubstance Abuse in Vienna, Austria. in: Walburg, J. A.; Vermeulen, E. C. (Ed.): Working Group on the Influence of Sociocultural Factors in Drug Abuse. Papers presented at the Working Group on the Influence of Sociocultural Factors in Drug Abuse, 10-12 December 1990, Reims, 1990
- Uhl, A.: Ein Modell zur Schätzung der Drogenerfahrungsprävalenz nach Altersgruppen, Geschlecht, Bildung und Region auf der Basis der Konsumrepräsentativerhebung 1984. Wien. Z. Suchtforsch. , 15, 4, 11-17, 1992
- Uhl, A.; Springer, A.: Studie über den Konsum von Alkohol und psychoaktiven Stoffen in Österreich unter Berücksichtigung problematischer Gebrauchsmuster - Repräsentativerhebung 1993/94. Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz, 1996
- Uhl, A.; Springer, A.; Maritsch , F.; Pfersmann , V. Presslich, O.; Mayer, A. (1988): Opiatabhängigkeit: Eine katamnestische Untersuchung an opiatabhängigen Patienten nach stationärer Suchtbehandlung über den Zeitraum 1980/81 bis 1986/87. Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte, 2/88, Bundeskanzleramt, Wien
- Uhl, A.; Springer, A.; Maritsch, F.: Einstellung zu Cannabis und Cannabiskonsum - Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung. Wien. Z. Suchtforsch. , 12, 1/2, 27-44, 1989
- Uhl, A.; Springer, A.; Werner, E.; Warhanek, R.; Jaklitsch-Schmidt, E.: Substitutionsbehandlung in Österreich. Wien. Z. Suchtforsch. , 15, 2, 1992
- Winik, C.: Maturing Out of Narcotic Addiction. Bulletin on Narcotics, 14, 1-7, 1962