

Bericht zur Drogensituation 2011

Im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
und des Bundesministeriums für Gesundheit

Ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH



ÖBIG

Österreichisches Bundesinstitut
für Gesundheitswesen

Bericht zur Drogensituation 2011

Marion Weigl
Martin Busch
Alexander Grabenhofer-Eggerth
Elisabeth Türscherl
Charlotte Wirl

Projektassistenz:
Monika Löbau

Wien, im Oktober 2011

Im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht,
Lissabon, und des Bundesministeriums für Gesundheit, Wien

ISBN 978-3-85159-160-6

Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6,
1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Fax 513 84 72, Homepage: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:
Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier
ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Der „Bericht zur Drogensituation in Österreich“ wird jährlich im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums erstellt und befasst sich mit illegalen Drogen. Er bietet einen Überblick über aktuelle Entwicklungen bezüglich politischer und rechtlicher Rahmenbedingungen, über die epidemiologische Situation und Maßnahmen der Nachfragereduktion im Berichtszeitraum 2010/11. Ergänzend werden jährlich wechselnde Schwerpunkte behandelt, wobei dieses Jahr die Themen „Drogenbezogene Strategien und Gesundheitsversorgung in Haftanstalten“ sowie „Drogenkonsumierende Eltern und ihre Kinder“ gewählt wurden.

Zusammenfassung und Diskussion der wichtigsten Trends

Politischer und organisatorischer Rahmen

Im Jahr 2011 wurde die Kontrolle einzelner cannabinomimetisch wirkender Substanzen im Rahmen des Arzneimittelgesetzes auf verschiedene Substanzgruppen ausgeweitet. Das Budgetbegleitgesetz 2011 machte Änderungen des Suchtmittelgesetzes (SMG) notwendig, die sich vor allem auf gesundheitsbezogene Maßnahmen bezogen und u. a. dem Wunsch des Bundesministeriums für Justiz (BMJ) nach einem Einfluss auf die Kostenentwicklung in diesem Bereich entsprangen. Die Kostentragung für die stationäre Therapie (im Sinne des § 39 SMG) wurde auf sechs Monate beschränkt. In NÖ wurde der neue Suchtplan 2011–2015 beschlossen. Er basiert auf einem ganzheitlichen Ansatz und bezieht sich sowohl auf stoffgebundenes als auch stoffungebundenes Suchtverhalten. Der Kärntner Suchtplan wurde für den Zeitraum 2012–2016 fortgeschrieben. Schwerpunkte sind Schadensminimierung und Reintegrationsmaßnahmen im Bereich Arbeit sowie Präventionsmaßnahmen für Kinder in suchtblasteten Familien.

Drogenkonsum in der Bevölkerung

Zur Einschätzung der Drogensituation können neue Ergebnisse des Wiener Suchtmittel-Monitorings herangezogen werden. Ein Trend lässt sich nur für Cannabis ableiten, wo sich ein Anstieg der Lebenszeitprävalenz zeigt. Dies stützt die These, dass dem – bei der letzten österreichweiten Erhebung beobachteten – Rückgang der Prävalenzen ein methodisches Problem zugrunde liegt. Im Rahmen einer nationalen REITOX Academy wurde darum über methodische Fragen ausführlich diskutiert und Maßnahmen zur Verbesserung der Aussagekraft solcher Studien wurden erarbeitet.

Suchtprävention

Im Berichtszeitraum lag der Fokus auf der Umsetzung und Intensivierung bestehender Maßnahmen, v. a. im Bereich Familie. Evaluationen zeigen den Erfolg des Ansatzes, mit Hilfe von geschulten Moderatorinnen aus demselben sozialen Umfeld wie die Zielgruppe sonst schwer erreichbare Eltern anzusprechen. Im Bereich der Gemeinde bewähren sich maßgeschneiderte prozessorientierte Ansätze. In diesem Zusammenhang hat sich bestätigt, dass die Umsetzung von Programmen aus anderen Ländern genauer Analysen der jeweiligen Rahmenbedingungen und entsprechender Adaptierungen bedarf.

Problematischer Drogenkonsum

Es liegen keine neuen Prävalenzschätzungen für den problematischen Drogenkonsum vor. Laufende Arbeiten an der dafür verwendeten Datenbasis lassen einen Wert im oberen Bereich des Intervalls von 25.000 bis 37.000 Personen mit problematischem Drogenkonsum plausibel erscheinen (in Österreich in erster Linie polytoxikomaner Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten). Berichte aus Einrichtungen der Suchthilfe weisen auf einen zunehmenden Missbrauch von Benzodiazepinen und Mephedron hin, wobei Letzteres vor allem im Sommer 2010 eine große Rolle gespielt hat.

Drogenbezogene Behandlungen

Die Versuche, die Versorgungssituation in der Substitutionsbehandlung zu verbessern, waren bisher nur bedingt erfolgreich. Es gibt etliche Bezirke in Österreich, in denen keine zur Substitutionsbehandlung berechtigten Ärztinnen oder Ärzte praktizieren. Der Umgang mit Benzodiazepinen einschließlich der Entwicklung von Leitlinien für die Stabilisierung, Eingrenzung und Senkung des Benzodiazepinkonsums bei opiatabhängigen Personen in Erhaltungstherapie ist Gegenstand von Arbeitsgruppen auf Bundesebene und in Wien. In Wien stand zudem auch die Verhinderung des Missbrauchs von Substitutionsmitteln mit Hilfe eines Kooperationsmodells von Exekutive und Gesundheitswesen bzw. Suchthilfe im Vordergrund. Das zunehmende Wissen über spezifische Bedürfnisse verschiedener Zielgruppen bei gleichzeitig immer knapper werdenden Ressourcen erfordert von den Einrichtungen einen Balanceakt. Im Berichtszeitraum standen Suchtkranke mit Migrationshintergrund, ältere Suchtkranke und Jugendliche mit sehr riskantem Drogenkonsum im Mittelpunkt dieser Bemühungen.

Die aktuellsten Daten aus dem Behandlungsbereich bestätigen, dass Opiate nach wie vor als Leitdroge dominieren und Kokain hier eine untergeordnete Rolle spielt. Die Datenerfassung des Substitutionsregisters wurde umgestellt, derzeit erfolgen Maßnahmen zur Datenkonsolidierung. Grundsätzlich zeigt sich eine weiterhin zunehmende Inanspruchnahme von Substitutionsbehandlungen.

Gesundheitliche Zusammenhänge und Maßnahmen

In einem Teil der derzeit verfügbaren Datenquellen zur Prävalenz von Hepatitis C bei Personen mit i. v. Drogenkonsum lässt sich in den letzten Jahren eine Erhöhung der bereits bei 50 Prozent liegenden Infektionsraten beobachten. Da aber ein übergreifendes Monitoring in diesem Bereich fehlt, lässt sich weder verifizieren, ob es sich um einen verallgemeinerbaren Trend handelt, noch lassen sich Aussagen über die Hintergründe dieser Entwicklung machen. In diesem Zusammenhang sind die Ergebnisse einer Studie aus Tirol interessant, die zeigt, dass der Konsumalltag von Drogenkonsumierenden immer noch durch hohes Risikoverhalten geprägt ist. Die Ergebnisse einer HIV-Kohorten-Studie für 2010 lassen vermuten, dass die bisher aus den Behandlungseinrichtungen gemeldeten Prävalenzraten für HIV bei i. v. Drogenkonsumierenden ein zu positives Bild zeichnen.

Für das Jahr 2010 wurden 170 direkt suchtgiftbezogene Todesfälle verifiziert, 17 weitere Fälle konnten aufgrund des Fehlens der notwendigen gerichtsmedizinischen Befunde nicht bestätigt werden. Ergebnisse der Wiener Studie zu suchtgiftbezogenen Todesfällen bestätigen das hohe Überdosierungsrisiko nach einer Haftentlassung bzw. wenn keine Betreuung durch die Suchthilfe vorliegt. Maßnahmen, die darauf abzielen, möglichst viele drogenkonsumierende Personen in das Suchthilfesystem einzubinden und dort zu halten, können demnach einen wesentlichen Beitrag zur Verhinderung von Todesfällen leisten.

Soziale Zusammenhänge und Reintegration

Drogenabhängige bleiben unverändert von sozialen Problemen wie Obdach- und Arbeitslosigkeit, aber auch Verschuldung betroffen, wobei es durch gezielte Maßnahmen gelingen kann, diese Probleme zu reduzieren. Der Schwerpunkt lag im Jahr 2010 auf Verbesserungen bei der Vermittlung von geeigneten Arbeitsangeboten und von Angeboten zur Erarbeitung von Zukunftsperspektiven. Daneben wurden Aktivitäten zur Freizeitgestaltung und Tagesstrukturierung angeboten. Neue Wohnangebote sind geplant.

Drogenbezogene Kriminalität

Die suchtgiftbezogenen Anzeigen sind im letzten Jahr angestiegen, wobei die Vergehenstatbestände stärker zugenommen haben als die Verbrechenstatbestände. Die Anzeigen im Zusammenhang mit Ecstasy sind stark zurückgegangen, was zum Teil durch Anzeigen wegen Mephedron ausgeglichen wird. Ein starker Anstieg findet sich auch bei den gemeldeten vorläufigen Anzeigenzurücklegungen und bei den gemeldeten Alternativen zur Bestrafung. Von 2009 auf 2010 hat auch die Anzahl der Verurtei-

lungen zugenommen. Daten für die Anwendung des Prinzips „Therapie statt Strafe“ zeigen einen kontinuierlichen Anstieg für die letzten Jahre.

Drogenmärkte

Bei den Beschlagnahmungen dominiert Cannabis nach wie vor, im Bereich der Party- und Clubszene spielen jedoch sogenannte „Research Chemicals“ eine immer größere Rolle. Im letzten Jahr ist die Anzahl neuer Substanzen auf dem Markt sprunghaft angestiegen, was Prävention und Gesetzgeber vor große Herausforderungen stellt. Es konnte beobachtet werden, dass Produkte mit identischem Namen und Verpackung zumeist dieselbe Substanz enthalten. Daten zur Reinheit und Konzentration der in Österreich erhältlichen Substanzen zeigen wie in den vergangenen Jahren eine erhebliche Schwankungsbreite. Von *Check IT!* mussten bei den Substanzeanalysen in der Partyszene viele Warnungen wegen gefährlicher Inhaltsstoffe der untersuchten Proben ausgesprochen werden, u. a. wegen der Beimengung von Levamisol in Kokain und PMA in Speed. In als Ecstasy gekauften Tabletten war wie bereits im Vorjahr sehr häufig mCPP enthalten.

Schwerpunkt „Drogenbezogene Strategien und Gesundheitsversorgung in Haftanstalten“

Grundsätzlich besteht auch für den Strafvollzug das Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzip. Dessen vollständige Umsetzung ist jedoch innerhalb und außerhalb des Gefängnisses kaum möglich. Während eine Substitutionsbehandlung in jedem österreichischen Gefängnis möglich ist, bestehen große Unterschiede in deren Umsetzung. Maßnahmen zur Schadensminimierung in Haft werden zwar gesetzt, Möglichkeiten für den Nadel- und Sprizentausch fehlen jedoch. Als problematisch wird von Expertinnen und Experten auch die Beschränkung der Kostentragung durch das Bundesministerium für Justiz für die stationäre Therapie auf sechs Monate gesehen. Über konkrete Auswirkungen dieser neuen Regelung liegen jedoch noch keine Daten vor. Eine standardisierte Dokumentation von Untersuchungen und Behandlungen in Gefängnissen fehlt. Eine Überarbeitung verschiedener Richtlinien und die Entwicklung von Qualitätsstandards sind geplant.

Schwerpunkt „Drogenkonsumierende Eltern und ihre Kinder“

Drogenkonsumierende Eltern und ihre Kinder haben mit vielfältigen Problemen zu kämpfen, die sowohl medizinische als auch psychosoziale Folgen umfassen. Konkrete Daten liegen jedoch kaum vor. Diese Zielgruppe wurde aber in den letzten Jahren

stärker wahrgenommen, was zur Entwicklung verschiedener Maßnahmen sowie von Handlungskonzepten und Kooperationsleitfäden geführt hat. Diese Maßnahmen haben einerseits zum Ziel, gesundheitliche Auswirkungen auf das Neugeborene bzw. spätere Kind zu verhindern. Andererseits soll das erhöhte Risiko für die spätere Entwicklung einer Suchterkrankung bei den Kindern und erwachsenen Kindern verringert werden.

Inhalt

Kurzfassung	III	
Einleitung	1	
TEIL 1: Neue Entwicklungen und Trends		
1	Politischer und organisatorischer Rahmen	5
1.1	Rechtliche Rahmenbedingungen.....	5
1.2	Politische und administrative Rahmenbedingungen.....	7
1.3	Budgets und Finanzierungsregelungen.....	10
2	Drogenkonsum in der Bevölkerung	11
2.1	Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung.....	12
2.2	Drogenkonsum bei Jugendlichen.....	16
2.3	Drogenkonsum in spezifischen Gruppen.....	18
3	Suchtprävention	19
3.1	Universelle Suchtprävention	20
3.2	Selektive Suchtprävention.....	25
3.3	Indizierte Suchtprävention.....	27
3.4	Nationale und lokale Medienkampagnen	28
4	Problematischer Drogenkonsum.....	29
4.1	Prävalenz- und Inzidenzschätzungen.....	30
4.2	Charakteristika und Konsummuster auf Basis von Datenquellen außerhalb des Behandlungsbereichs	32
4.3	Intensive, regelmäßige, langdauernde und andere problematische Formen des Drogengebrauchs.....	33
5	Drogenbezogene Behandlungen.....	34
5.1	Strategie/Politik	35
5.2	Behandlungssysteme.....	39
5.3	Charakteristika und Konsummuster der Klientel drogenspezifischer Einrichtungen	48
5.4	Trends und Anzahl der betreuten Personen.....	53

6	Gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen.....	57
6.1	Drogenbezogene Infektionskrankheiten.....	58
6.2	Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen.....	62
6.3	Suchtgiftbezogene Todesfälle und Mortalität	63
7	Maßnahmen in Hinblick auf gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen.....	67
7.1	Prävention von suchtgiftbezogenen Notfällen und Reduktion von Todesfällen.....	67
7.2	Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten	69
7.3	Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen	72
8	Soziale Zusammenhänge und soziale Reintegration	74
8.1	Soziale Problemlagen und Drogengebrauch	75
8.2	Soziale (Re-)Integration.....	76
9	Drogenbezogene Kriminalität, Prävention drogenbezogener Kriminalität und Haft.....	82
9.1	Drogenbezogene Kriminalität.....	82
9.2	Prävention von drogenbezogener Kriminalität.....	85
9.3	Interventionen im System der Strafjustiz	86
9.4	(Problematischer) Drogenkonsum in Haft.....	88
9.5	Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft.....	88
9.6	Reintegration von Drogenkonsumierenden nach der Haft	89
10	Drogenmärkte	90
10.1	Verfügbarkeit und Angebot von Drogen.....	90
10.2	Sicherstellungen.....	91
10.3	Reinheit und Preis	92

TEIL 2: Schwerpunktthemen

11	Drogenbezogene Strategien und Gesundheitsversorgung in Haftanstalten	99
11.1	Vollzugssystem und Gefängnispopulation.....	99
11.2	Organisation der Gesundheitsversorgung im Gefängnis	105
11.3	Bereitstellung drogenbezogener Gesundheitsdienstleistungen im Gefängnis.....	106

11.4	Qualität der Dienstleistungen.....	110
11.5	Diskussion, methodische Einschränkungen und Informationslücken	112
12	Drogenkonsumierende Eltern und ihre Kinder	114
12.1	Häufigkeit und Charakteristika.....	114
12.2	Politische und rechtliche Rahmenbedingungen.....	120
12.3	Spezifische Maßnahmen für Drogenkonsumierende mit Kindern	121
	Quellenverzeichnis	129
	Anhang	157

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellen:

Tabelle 6.1: Daten zur Infektionsrate von Hepatitis B, Hepatitis C–Ab und HIV, 2010.....	59
Tabelle 10.1: Reinheit und Preis (in Euro pro Gramm*/Stück**) der diversen Drogen im Straßenverkauf, 2010	95
Tabelle 11.1: Belagszahlen österreichischer Justizanstalten und verwandter Einrichtungen jeweils zum Stichtag 1. 12.....	100
Tabelle 11.2: Anzahl jener Personen, die im Laufe des Jahres 2010 pro Monat in Haft waren.....	100
Tabelle 11.3: Zugangszahlen der österreichischen Justizanstalten nach Geschlecht und Alter, 2001 bis 2010.....	101
Tabelle 11.4: Zahlen zur Haftentlassenenhilfe in Österreich	103
Tabelle 11.5: Zahlen zur Bewährungshilfe in Österreich	104
Tabelle A1: Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittel-erfahrungen in der Gesamtbevölkerung in Österreich aus den Jahren 2004 bis 2011	161
Tabelle A2: Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittel-erfahrungen bei Jugendlichen in Österreich aus den Jahren 2001 bis 2007.....	162
Tabelle A3: Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 2001–2010	164
Tabelle A4: Anzahl der verifizierten direkt Todesfälle in Österreich nach Bundesland, 2001–2010	164
Tabelle A5: Anzahl der verifizierten direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Altersgruppen, insgesamt und nach Geschlechteranteil, 2001–2010.....	165
Tabelle A6: Verteilung der verifizierten direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Alter, 2010	166
Tabelle A7: Verteilung der verifizierten direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Bundesland, 2010	167

Tabelle A8:	Entwicklung der Aids-Erkrankungsfälle in Österreich nach Risikosituation, 2001–2010	168
Tabelle A9:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Ersttätern und Wiederholungstätern sowie Entwicklung der Gesamtanzeigen, 2001–2010	168
Tabelle A10:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) in Österreich nach Bundesland, 2001–2010	168
Tabelle A11:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 2001–2010	169
Tabelle A12:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes und Bundesland, 2010	170
Tabelle A13:	Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 2001–2010.....	171
Tabelle A14:	Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2010	171
Tabelle A15:	Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte, differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach Verurteilungsgrund und Art der Strafe, 2010	172
Tabelle A16:	Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 2001–2010	173
Tabelle A17:	Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, 2001–2010.....	173
Tabelle A18:	Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach der Menge, 2001–2010	174
Tabelle A19:	Inhaltsstoffe der von ChEck iT! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy in Tablettenform gekauften Proben in Prozent, 2001–2010	175
Tabelle A20:	Inhaltsstoffe der von ChEck iT! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als „Ecstasy“ bzw. MDMA in der Form „Pulver“, „Kapsel“ oder „Kristall“ gekauften Proben in Prozent, 2005–2010	176

Tabelle A21: Inhaltsstoffe der von ChEck iT! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als „Speed“ gekauften Proben, 2001–2010.....	177
Tabelle A22: Anzahl der dem BMG gemeldeten aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen und nach Bundesländern, 2010	177
Tabelle A23: Personen, die im Jahr 2010 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Geschlecht in Prozent.....	178
Tabelle A24: Personen, die im Jahr 2010 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Lebensunterhalt und Geschlecht in Prozent.....	179
Tabelle A25: Personen, die im Jahr 2010 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Lebensmittelpunkt und Geschlecht in Prozent.....	180
Tabelle A26: Personen, die im Jahr 2010 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach aktueller Wohnsituation und Geschlecht in Prozent.....	181
Tabelle A27: Personen, die im Jahr 2010 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdrogen und Geschlecht in Prozent.....	182
Tabelle A28: Personen, die im Jahr 2010 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum und Geschlecht in Prozent	183
Tabelle A29: Spritzentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote & nach Bundesländern, 2010.....	183
Tabelle A30: Aktuelle gesundheitliche Probleme bei Klientinnen und Klienten der Wiener Drogenhilfe (BADO), 2004–2009 in Prozent	184
Tabelle A31: Eigenständig werden, Schuljahr 2010/2011	185
Tabelle A32: plus, Schuljahr 2010/2011	186
Tabelle A33: movin, 2010.....	187
Tabelle A34: Ausgewählte suchtpreventive Interventionen für verschiedene Settings	188
Tabelle A35: Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 2009 nach fünf- bzw. 15-jährigen Altersgruppen und Geschlecht.....	190

Abbildungen:

Abbildung 1.1:	Überblick über die organisatorische Struktur des Drogenbereichs in Österreich	8
Abbildung 2.1:	Lebenszeiterfahrung der Wiener Bevölkerung mit illegalen Drogen 1993 bis 2011 in Prozent	12
Abbildung 2.2:	Lebenszeiterfahrung und Konsumprävalenz in den letzten drei Jahren bzw. in den letzten 30 Tagen der Wiener Bevölkerung in Prozent, 2011	13
Abbildung 2.3:	Prozentsatz der Wiener Bevölkerung, der die entsprechende Droge für gefährlich in ihrer Auswirkung hält, in Prozent (1993 bis 2011).....	15
Abbildung 2.4:	Prozentsatz der oberösterreichischen Bevölkerung, der die entsprechende psychoaktive Substanz für sehr gefährlich einschätzt, in Prozent (2009)	16
Abbildung 2.5:	Bekanntheit von Drogen und Konsumprävalenz (Lebenszeit) bei niederösterreichischen Jugendlichen zwischen 13 und 18 Jahre (2009) in Prozent	17
Abbildung 5.1:	Anzahl der Personen, die 2010 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung	49
Abbildung 5.2:	Leitdroge(n) der Personen, die 2010 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, in Prozent, nach Art der Betreuung	50
Abbildung 5.3:	Leitdroge(n) der Personen, die eine drogenspezifische längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, 2006 bis 2010 in Prozent.....	51
Abbildung 5.4:	Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2010 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, nach Substanzen und Geschlecht.....	51
Abbildung 5.5:	Vorwiegende Einnahmeform von Heroin 2006 bis 2010 nach Altersgruppen bei Personen, die eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, in Prozent	52
Abbildung 5.6:	Entwicklung der Zahl der jährlichen Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen, 2001–2010	53

Abbildung 5.7:	Lebenszeitbezogen erstmalige Substitutionsbehandlungen nach Alter, 2001–2010	55
Abbildung 5.8:	Entwicklung der bei der Erstbehandlung verwendeten Substitutionsmittel in den Jahren 2001–2010 in Prozent.....	56
Abbildung 6.1:	HCV- und HBV-Infektionsraten in DOKLI und ganslwirt 2006–2010	59
Abbildung 6.2:	Prozentanteil der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 2001–2010	64
Abbildung 6.3:	Altersverteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich, in Prozent, 2001–2010.....	65
Abbildung 7.1:	Spritzentausch und -verkauf in Österreich, 2005, 2007, 2009 und 2010.....	70
Abbildung 9.1:	Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen in Österreich, 2001–2010.....	83
Abbildung 9.2:	Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 2001–2010	85
Abbildung 9.3:	Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 2001 bis 2010	87
Abbildung 9.4:	Vergleichende, indexbezogene Entwicklung der suchtmittelbezogenen Anzeigen, Verurteilungen und Anwendungen der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 2001–2010.....	88
Abbildung 10.1:	Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften und psychotrope Stoffe enthaltenden Medikamenten in Österreich, 2001–2010	92
Abbildung 11.1:	Verurteilungen nach den §§ 27 und 28 SMG in Österreich, 2001 bis 2010	102
Abbildung 12.1:	Personen, die im Jahr 2010 eine längerfristige drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach ihren Angaben zu versorgungspflichtigen Kindern in Prozent	114
Abbildung 12.2:	Anzahl der Neugeborenen mit einem NAS laut ICD-10-Diagnose, 1999–2009.....	115

Karten:

Karte 5.1: Verteilung der zur oralen Substitutionsbehandlung berechtigten Ärztinnen und Ärzte, Stand Juni 2011	40
Karte 5.2: Spezialisierte stationäre Angebote zur Behandlung von Drogenabhängigen, 2011	41
Karte 5.3: Spezialisierte ambulante Angebote zur Beratung, Betreuung und Behandlung von Drogenabhängigen, 2011	42
Karte 7.1: Spezialisierte niederschwellige Einrichtungen zur Schadens- minimierung bei Drogenabhängigen, 2011	68
Karte 8.1: Spezialisierte Angebote der ambulanten und stationären Drogenhilfeeinrichtungen zur sozialen (Re-)Integration, 2011	77
Karte A1: Übersichtskarte mit Bundesländern, Landeshauptstädten und Bezirken	191

Einleitung

Der an der GÖG/ÖBIG eingerichtete REITOX Focal Point legt hiermit zum 16. Mal den „Bericht zur Drogensituation“ vor, der jährlich im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und des für Gesundheit zuständigen Ministeriums verfasst wird. Der REITOX Focal Point dient als zentraler Knotenpunkt eines drogenrelevanten Daten- und Informationsnetzes in Österreich und kooperiert in dieser Rolle eng mit den verantwortlichen Stellen auf Bundes- wie auf Länderebene sowie mit den Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe.

Der Bericht zur Drogensituation in Österreich befasst sich mit dem Bereich der **illegalen Drogen** und dient sowohl als landesinterner Bericht über die österreichische Situation als auch als nationaler Beitrag zur Darstellung der Drogensituation in der Europäischen Union (EU). Vergleichbare Berichte werden von den REITOX Focal Points in allen EU-Mitgliedstaaten und Beitrittskandidatenländern nach einer seitens der EBDD vorgegebenen Struktur verfasst. Sie stellen eine zentrale Grundlage für den Jahresbericht der EBDD zur Drogensituation in Europa dar (zuletzt: EBDD 2010). Der erste Teil des Berichts befasst sich mit den aktuellen Entwicklungen und Trends in Bezug auf die drogenpolitischen Rahmenbedingungen, die epidemiologische Situation und die gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Nachfragereduktion. Er baut auf den vorhergehenden Berichten auf (zuletzt: GÖG/ÖBIG 2010a) und bezieht sich auf den Berichtszeitraum Sommer 2010 bis Sommer 2011 bzw. hinsichtlich der Routinestatistiken auf das Jahr 2010. Im zweiten Teil werden ausgewählte Schwerpunktthemen ausführlicher behandelt. Im vorliegenden Bericht sind das die Themen „Drogenbezogene Strategien und Gesundheitsversorgung in Haftanstalten“ und „Drogenkonsumierende Eltern und ihre Kinder“. Ergänzend findet sich im Anhang eine Reihe von Tabellen mit detaillierten Informationen und Daten. Seitens des REITOX Focal Point werden jährlich für die EBDD standardisierte Tabellen und Fragebögen erstellt. Die entsprechenden Daten und Informationen sind in den vorliegenden Bericht eingeflossen, auf sie wird im Text verwiesen. Ein Überblick über alle „Standard Tables“ (= ST) und „Structured Questionnaires“ (= SQ) findet sich im Anhang C.

Der Bericht wurde auf Basis einer Vielfalt von Informationen und Daten erstellt, die der GÖG/ÖBIG von Fachleuten des Drogenbereichs zur Verfügung gestellt wurden. Von besonderer Bedeutung waren die von den Drogen- bzw. Suchtkoordinatoren übermittelten Berichte zu den einzelnen Bundesländern. Einzelne Fachleute haben darüber hinaus vertiefende Informationen und spezifische Daten zu Teilen des Berichts geliefert (vgl. dazu auch die Schwerpunktkapitel). Wir möchten uns bei allen dafür herzlich bedanken. Besonderer Dank gilt den Mitgliedern der beratenden Arbeitsgruppe des REITOX Focal Point Österreich, deren Anmerkungen und Ergänzungen zum Bericht eine wertvolle Unterstützung darstellten.

Teil 1

Neue Entwicklungen
und Trends

1 Politischer und organisatorischer Rahmen

Den zentralen Rahmen der österreichischen Drogenpolitik bildet das Suchtmittelgesetz (SMG, BGBl I 1997/112 v. 5. 9. 1997). Das SMG differenziert vorrangig nach Menge und – mit Ausnahme einer Sonderbestimmung zu Cannabis und psilocin-, psilotin- oder psilocybinhaltigen Pilzen – nicht nach Art des Suchtgifts und sieht ein breites Spektrum von Alternativen zur Bestrafung vor. Die wichtigsten drogenpolitischen Gremien auf Bundesebene sind die Bundesdrogenkoordination und das als Koordinationsgremium mit den Ländern dienende Bundesdrogenforum (vgl. Abb. 1.1). Den Bundesländern kommt aufgrund der föderalistischen Struktur des Gesundheits- und Sozialbereichs bezüglich der Gestaltung und Umsetzung drogenpolitischer Maßnahmen große Bedeutung zu. Alle neun Bundesländer verfügen über Drogenkonzepte bzw. Suchtpläne sowie über Drogen- bzw. Suchtkoordinatorinnen und -koordinatoren. Eine Darstellung der politischen und organisatorischen Rahmenbedingungen findet sich im SQ32.

Die Finanzierung drogenpolitischer Maßnahmen wird vor allem von den Ländern, den Sozialversicherungen und dem Bund getragen. Die in der EU forcierte COFOG-Klassifizierung¹ wird in Österreich nicht vollständig umgesetzt, gleichzeitig sind in den verschiedenen Budgets drogen- oder suchtspezifische Ausgaben kaum explizit als solche gekennzeichnet (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b). Daher können für Österreich keine aussagekräftigen Angaben über diesbezügliche Ausgaben getätigt werden.

1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Im Berichtszeitraum wurden mehrere Änderungen der rechtlichen Grundlagen vorgenommen. Hinsichtlich der Kontrolle von psychoaktiven Substanzen lag der Schwerpunkt der Änderungen auf den sogenannten „Research Chemicals“², wobei das Inverkehrbringen, der Import und das Verbringen von Räuchermischungen, die cannabinomimetisch wirksame Stoffe enthalten, vom Bundesminister für Gesundheit

1

COFOG ist die Classification of Functions of Government (Klassifikation der Ausgaben des Staates nach Aufgabebereichen) und umfasst zehn Abteilungen, die des Weiteren in Gruppen und Klassen unterteilt werden. In Österreich sind nur die Ausgaben nach den zehn COFOG-Abteilungen ohne Gruppen und Klassen verfügbar.

2

Damit werden neue synthetische psychoaktiv wirksame Substanzen bezeichnet, die in „Head Shops“ (kleine Läden, die Zubehör für die Cannabis-Szene und szenetypische Produkte anbieten) oder über das Internet, teilweise auch auf der Straße verkauft werden.

durch eine auf dem Arzneimittelgesetz basierende Verordnung verboten wurde. Damit soll eine Kriminalisierung der Konsumierenden verhindert und gleichzeitig der Handel mit den Substanzen unterbunden werden. Im Oktober 2010 wurde zunächst die Verordnung zu Räuchermischungen, die cannabinomimetisch wirksame Stoffe enthalten (BGBl II 2009/58 v. 3. 3. 2009; vgl. GÖG/ÖBIG 2009b), durch die Verordnung BGBl II 2010/341 v. 29. 10. 2010 auf weitere Substanzen ausgeweitet. Im Mai 2011 wurden schließlich auf Basis eines generischen Ansatzes Substanzgruppen per Verordnung erfasst (BGBl II 2011/158 v. 13. 5. 2011). Diese umfassen Naphthoyl-Indole, Naphthylmethyl-Indole, Naphthoylpyrrole, Naphthylmethyl-Indene, Phenylacetyl-Indole und Cyclohexyl-Phenole, wobei jeweils das chemische Grundgerüst einschließlich chemischer Substitutionen definiert wurde. Wird gegen das Verbot verstoßen, so ist mit Verwaltungsstrafen von bis zu 25.000 Euro, im Wiederholungsfall von bis zu 50.000 Euro zu rechnen.

Darüber hinaus wird im BMG ein Entwurf für eine umfassende Regelung zu „Research Chemicals“ vorbereitet (Schopper, p. M.). Auch hier soll der Fokus auf einem Verbot der Erzeugung und des Inverkehrbringens liegen, soweit dieses darauf abzielt, dass die Substanzen zwecks Entfaltung ihrer psychoaktiven Wirkung konsumiert werden. In diese Richtung geht auch ein Beschluss des Vorarlberger Landtages vom März 2011 (Neubacher, p. M.). Das Thema wurde auch in einer Arbeitsgruppe des Beirats für das Informations- und Frühwarnsystem über besondere Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum behandelt.

Eine weitreichende Veränderung im Bereich der gesundheitsbezogenen Maßnahmen nach dem SMG (§ 39) wurde durch das Budgetbegleitgesetz 2011 (BBG, BGBl I 2010/111 v. 30. 12. 2010) angestoßen. Die Kostentragung der Justiz für gesundheitsbezogene Maßnahmen im Rahmen der stationären Therapie wurde auf sechs Monate beschränkt (vgl. Kap. 9). Begründet wird dies mit dem Trend zu kürzeren Therapieangeboten und der Begrenzung der Ausgaben für diese Maßnahmen (vgl. Kap. 1.3), da diese von 2005 (4,61 Mio. Euro) bis 2009 (7,03 Mio. Euro) um 34 Prozent gestiegen sind. Die Regelung wurde bereits im Vorfeld von Fachleuten als zu unflexibel kritisiert. Welche Auswirkungen diese Einschränkung auf Rechtsprechung und damit auf die Anwendung des Prinzips „Therapie statt Strafe“ hat, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht absehbar. Weitere Änderungen im SMG, die durch das Budgetbegleitgesetz veranlasst wurden, sind unter anderem:

- » Es soll vom BMJ eine eigene ärztliche Einrichtung für die Beauftragung mit Stellungnahmen über Bedarf und Zweckmäßigkeit einer Therapie eingerichtet werden (§ 35 Abs 3).
- » Laut § 35 Abs 4 hat die Staatsanwaltschaft von der Begutachtung hinsichtlich der Notwendigkeit einer gesundheitsbezogenen Maßnahme abzusehen, wenn ausschließlich persönlicher Gebrauch von Cannabis, Pilzen und psychotropen Stoffen vorliegt.

- » In § 35 Abs 8 wird klargestellt, dass die Bestimmung über den Kostenbeitrag im Fall einer diversionellen Erledigung in § 388 Strafprozessordnung (StPO, BGBl 1975/631 v. 29. 7. 2011) auch auf die Diversion nach § 35 SMG anzuwenden ist.
- » Vor einem Aufschub des Strafvollzuges zum Zweck einer gesundheitsbezogenen Maßnahme muss laut § 39 Abs 1 die Staatsanwaltschaft gehört werden. Eine Stellungnahme über Bedarf und Zweckmäßigkeit kann wie in § 35 Abs 3 bei einer zu schaffenden eigenen ärztlichen Einrichtung eingeholt werden.
- » Ist der Bund zur Tragung der Kosten verpflichtet, so kann anstelle eines Behandlungsbeitrages ein Pauschalkostenbeitrag auferlegt werden (§ 41 Abs 2), der nach § 381 StPO zu bemessen ist.
- » Justizanstalten und andere Behörden des Strafvollzuges werden für den Erwerb, die Verarbeitung und den Besitz von Suchtmitteln ermächtigt, sofern diese für die gesetzlich vorgesehene ärztliche Betreuung benötigt werden (§ 6 SMG Abs 4b).

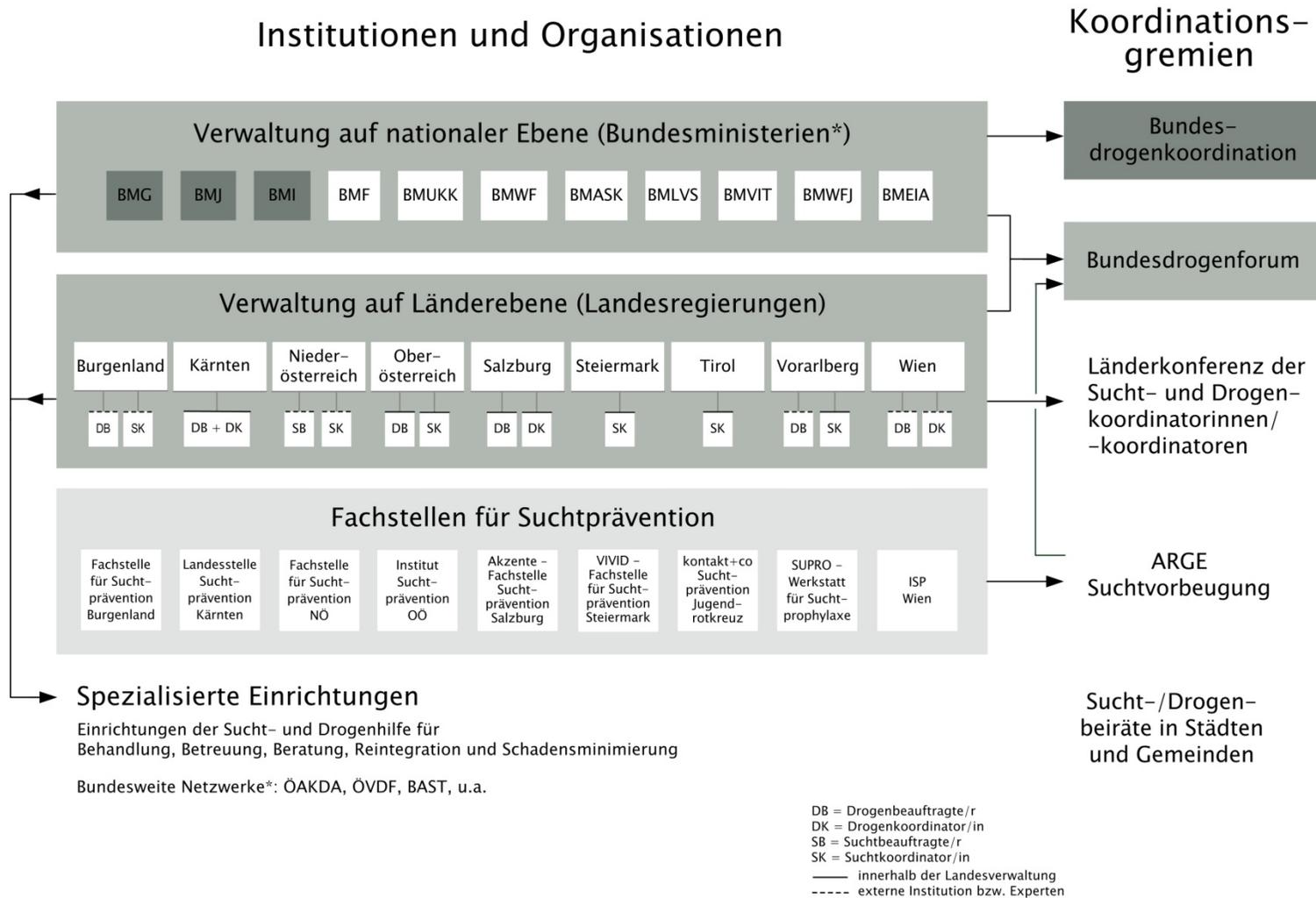
Aufgrund einer Novelle der Weiterbildungsverordnung orale Substitution im Juni 2011 (BGBl II 2011/179 v. 15. 6. 2011) erfolgt die Listenführung über die zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte durch die Bezirksverwaltungsbehörden auf einer beim BMG dafür geschaffenen Web-Applikation. Auf diese haben die betroffenen Berufskreise Zugriff, die damit bundesweit ein Überblick über die einschlägig qualifizierten Ärztinnen und Ärzte erhalten.

Weiters wurden im Berichtszeitraum mit der Novelle zur Psychotropenverordnung (BGBl II 2011/202 v. 28. 6. 2011) Erleichterungen für den Handel mit den in medizinisch-chemischen Laboratorien benötigten barbitalhältigen Pufferlösungen geschaffen.

1.2 Politische und administrative Rahmenbedingungen

Die politischen und administrativen Rahmenbedingungen wurden im Berichtszeitraum im Wesentlichen beibehalten. Das **Bundesdrogenforum** (vgl. Abb. 1.1) trat im Berichtszeitraum zweimal regulär zusammen (November 2010, April 2011). Auf der Tagesordnung standen unter anderem die Institutionalisierung des in § 23k der Suchtgiftverordnung vorgesehenen Ausschusses zum Thema Substitutionsbehandlung, Implikationen durch das neue Budgetbegleitgesetz für den Bereich der Alternativen zur Bestrafung (vgl. Kap. 1.1), die Obduktion suchtgiftbezogener Todesfälle und neue Regulierungsvorhaben (vgl. Kap. 1.1). Die vom Bundesdrogenforum eingerichtete *Arbeitsgruppe zur Förderungsgestaltung des Bundes für Drogeneinrichtungen* (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a) war weiterhin tätig, während andere nach Fertigstellung des *Handbuchs für die einheitliche Vollziehung des § 12 SMG* (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c) bzw. des *Positionspapiers zu Harm Reduction* (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a) beendet wurden.

Abbildung 1.1:
Überblick über die organisatorische Struktur des Drogenbereichs in Österreich



* siehe Abkürzungsverzeichnis

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Mit einer vom BMG geförderten Delphi-Studie sind die Vorarbeiten für die Erarbeitung einer nationalen Suchtpräventionsstrategie, wie im Regierungsübereinkommen 2008–2013 (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b) vorgesehen, angelaufen. Die Studie basiert auf einer umfassenden Definition von Prävention und berücksichtigt sowohl substanzgebundene als auch substanzungebundene Süchte.

Ebenfalls auf Basis des Regierungsübereinkommens wurde die Einführung einer bedarfsorientierten Mindestsicherung (BMS) in einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG (BGBl 2010/96 v. 7. 7. 2010) zwischen Bund und Ländern beschlossen. Die Leistungen (im Wesentlichen eine pauschalisierte finanzielle Unterstützung, Krankenversicherung inklusive E-Card, Unterstützungsmaßnahmen zur Reintegration in den Arbeitsmarkt) erhalten jene Personen, die über keine angemessenen eigenen Mittel verfügen. Ziel ist die Bekämpfung der Armut sowie die Einführung bundesweit einheitlicher Mindeststandards und harmonisierter landesgesetzlicher Regelungen in der Sozialhilfe. Die BMS ist auch für suchtkranke Personen zugänglich und relevant (vgl. Kap. 8.1).

In einigen Bundesländern (OÖ, Steiermark, Tirol) ist die **Adaptierung der drogen- bzw. suchtpolitischen Grundlagen** in Gange. Der Kärntner Suchtplan wurde für den Zeitraum 2012–2016 fortgeschrieben, wobei die Umsetzung von Schadensminimierung, die Verbesserung von berufsrehabilitativen Angeboten sowie die Prävention von Substanzmissbrauch und psychischen Störungen bei Kindern in suchtblasteten Familien als Schwerpunkte definiert wurden (Prehslauer, p. M.). Des Weiteren sollen Maßnahmen zur Verbesserung des Informationsstandes der Bevölkerung und zur Förderung der Inanspruchnahme suchtspezifischer Gesundheitsversorgungsangebote gesetzt werden. Diese Maßnahmen beinhalten neben Medienarbeit auch die Etablierung einer kostenlosen Telefonberatung, suchtspezifische Unterstützung für Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialsystems sowie einen Ausbau der Angehörigenarbeit.

In Niederösterreich (NÖ) wurde der neue Suchtplan 2011–2015 im Dezember 2010 beschlossen. Er baut auf den vier Säulen Suchtvorbeugung, Beratung und Therapie, soziale Integration sowie Qualitätssicherung und Dokumentation auf und besteht aus einem Positionspapier, in dem Grundhaltung und Leitlinien zum Thema Sucht erläutert werden, sowie einem Maßnahmenkatalog, der alle fünf Jahre modular überarbeitet werden soll (Fachstelle für Suchtprävention NÖ 2010). Die Grundhaltung basiert auf einem ganzheitlichen Ansatz, der sowohl auf die Persönlichkeit des Einzelnen als auch auf das gesellschaftliche Umfeld abzielt und sich an der Ottawa-Charta der WHO orientiert. In diesem Sinne beschränkt sich der NÖ Suchtplan weder auf illegale Substanzen noch auf stoffgebundene Süchte, sondern umfasst auch stoffungebundenes Suchtverhalten. Er hebt den Stellenwert der Gesundheitsförderung hervor und definiert als Ziel die Hebung der Lebensqualität. Menschen in verschiedenen Lebens- bzw. Problemsituationen sollen noch besser erreicht werden. Der Maßnahmenkatalog definiert jeweils die Grundsätze und Aufgaben der vier Säulen und sieht für die Jahre

2011–2015 Schwerpunkte mit verschiedenen Prioritäten vor (vgl. Kap. 3, 5, 8). Neu ist der Bereich der Qualitätssicherung und Dokumentation. Hier wird im Wesentlichen eine Ergänzung und Optimierung der bereits etablierten Dokumentation angestrebt, die zukünftig flexible Auswertungen unter anderem als Grundlage für einen regelmäßigen Suchtbericht ermöglichen soll.

In Salzburg wurde begonnen, das Drogenkonzept aus dem Jahr 1999 und das Rahmenkonzept für Suchtprävention aus dem Jahr 2001 zu evaluieren und die darin vorgeschlagenen Maßnahmen neu zu bewerten (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2011). Dazu wurden eigene Arbeitsgruppen eingesetzt.

Es gab im Berichtszeitraum keine **drogenpolitischen Weichenstellungen** in Hinblick auf neue Angebotsformen.

1.3 Budgets und Finanzierungsregelungen

Für den Berichtszeitraum sind keine Änderungen der Finanzierungsregelungen im Drogenbereich zu verzeichnen. Eine Darstellung der Finanzierung drogenspezifischer Behandlungen findet sich im letztjährigen Bericht (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a). Zu den öffentlichen Budgets können keine aussagekräftigen Angaben gemacht werden, da sie großteils nicht drogenspezifisch gegliedert sind. Für das Jahr 2011 wurden Kürzungen im Sozialbereich von bis zu 30 Prozent kolportiert. Diese Kürzungen werden von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich gehandhabt, sind aber auf jeden Fall auch für Suchtprävention und Suchthilfe relevant. Genauere Informationen sind jedoch nicht verfügbar.

Hinweise zu den Ausgaben der Justiz für gesundheitsbezogene Maßnahmen finden sich in den Erläuterungen zum Budgetbegleitgesetz 2011 (vgl. Kap. 9.3).

2 Drogenkonsum in der Bevölkerung

Die wichtigsten Datenquellen zum Drogenkonsum in der Bevölkerung stellen die 2004 und 2008 durchgeführten und vom BMG finanzierten Repräsentativstudien mit Fokus auf Alkohol, Tabak und Drogen dar (vgl. ST1). Die Fragebögen entsprechen im Drogen-Teil den Richtlinien der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD). Für den Bereich Schülerinnen und Schüler können Daten aus den ESPAD-Surveys (2003 bis 2007) herangezogen werden (vgl. ST2). In Wien reicht die Zeitreihe der Befragungen zum Drogenkonsum bis 1993 zurück (vgl. ST1). Daneben werden immer wieder regionale Surveys und Studien in bestimmten Settings durchgeführt. Für den Drogenkonsum in Jugendszenen können fallweise Daten der sekundärpräventiven Projekte *MDA basecamp* und *ChEck iT!* herangezogen werden.

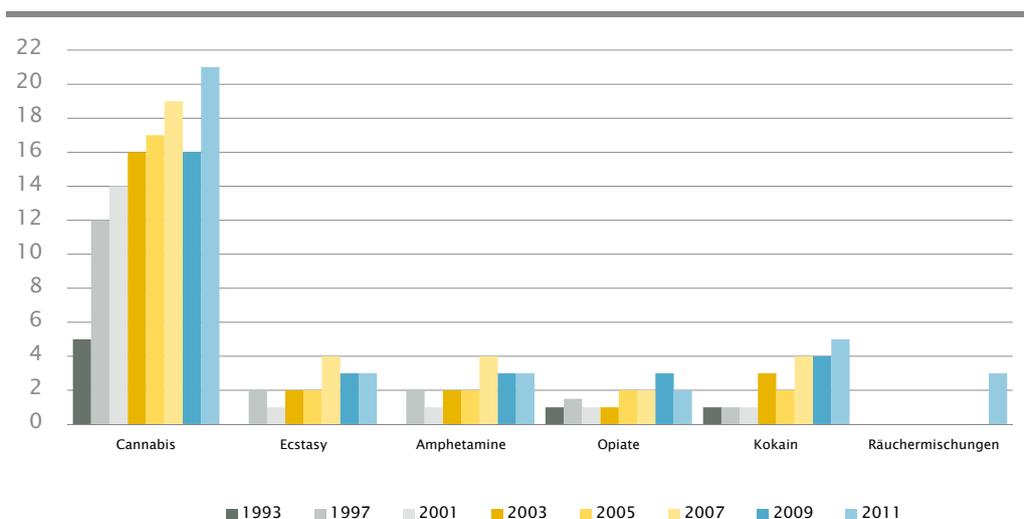
Bei der Prävalenz des Drogenkonsums wird unterschieden zwischen der Lebenszeitprävalenz (Droge wurde irgendwann im Leben konsumiert), der Jahresprävalenz (Droge wurde im letzten Jahr konsumiert) und der Monatsprävalenz (Drogenkonsum in den letzten 30 Tagen). Für Aussagen über aktuellen Konsum von Drogen können ausschließlich die Jahres- bzw. die Monatsprävalenz herangezogen werden.

Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen (Lebenszeitprävalenz) finden sich in Österreich am häufigsten bezüglich Cannabis mit Prävalenzraten von etwa 30 bis 40 Prozent bei jungen Erwachsenen. In den meisten Repräsentativstudien finden sich des Weiteren Konsumerfahrungen von rund 2 bis 4 Prozent für „Ecstasy“, Kokain und Amphetamine und von rund 1 bis maximal 2 Prozent für Opiate (vgl. Tab. A1 und A2). In den letzten Jahren wurde beim Probier- und Experimentierkonsum eine Verbreiterung des Substanzenspektrums festgestellt. In bestimmten Szenen und Gruppen von Jugendlichen finden sich dabei hohe Prävalenzraten für eine Reihe von unterschiedlichen Substanzen, darunter auch biogene Drogen und Schnüffelstoffe. Generell ist aber der Konsum von illegalen Substanzen bei den meisten Personen auf eine kurze Lebensphase beschränkt. Die wenigen verfügbaren Daten zum Konsum von Research Chemicals bzw. zu „Legal Highs“ in der Allgemeinbevölkerung sprechen trotz der großen medialen Aufmerksamkeit für eine geringe Einnahmeprävalenz.

2.1 Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung

Zum Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung wurden im Berichtszeitraum das auf Wien bezogene Suchtmittel-Monitoring 2011³ (IFES 2011) und der Oberösterreichische Bericht zum Drogenmonitoring 2009⁴ (Seyer et al. 2010) veröffentlicht.

Abbildung 2.1:
Lebenszeiterfahrung der Wiener Bevölkerung mit illegalen Drogen 1993 bis 2011
in Prozent



Die Originalformulierungen der Drogenkategorien lauten: Cannabis = Hanfprodukte wie z. B. Haschisch, Marihuana; Amphetamine = Amphetamine, Speed; Opiate = Opiate, z. B. Opium, Morphium, Heroin, Methadon; Räuchermischungen= Räuchermischungen wie z. B. Spice, Lava Red.

Anmerkung: Wenn ein Jahresbalken fehlt, wurde die Droge im entsprechenden Jahr nicht abgefragt.

Quelle: IFES 2011; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

3

Das Wiener Suchtmittel-Monitoring 2011 wurde März und April 2011 bei einer repräsentativen Stichprobe von 600 Personen (Stratified Multistage Clustered Random Sampling aus rezentem Adressmaterial des Institutes) in Form mündlicher Interviews an der Wohnadresse der Zielpersonen durchgeführt. Die Erhebung zu den Konsumerfahrungen findet im Auftrag der Wiener Sucht- und Drogenkoordination gemeinnützige GmbH seit 1993 alle zwei Jahre mit vergleichbarer Methodik statt.

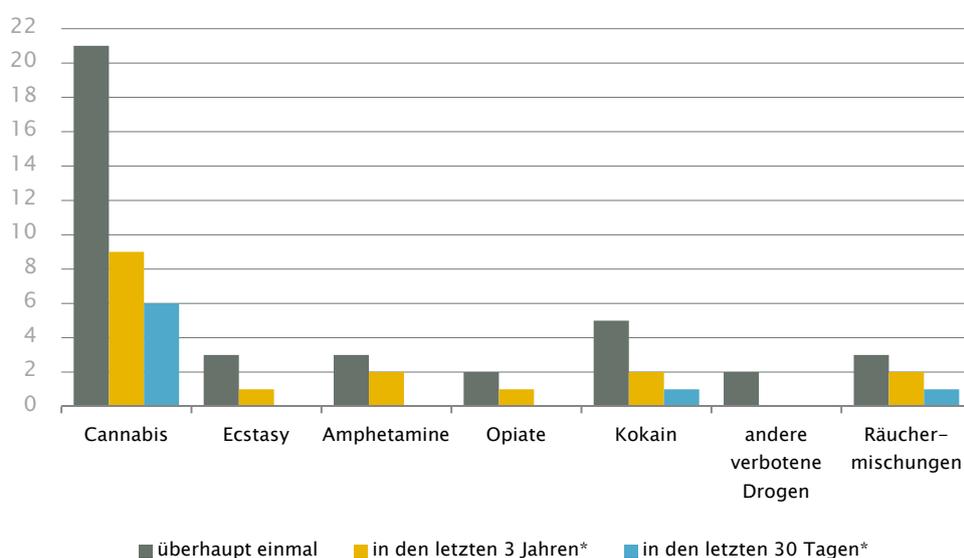
4

Im Rahmen des Drogenmonitorings des Instituts für Suchtprävention Linz wird alle drei Jahre eine oberösterreichweite repräsentative Bevölkerungsbefragung zum Thema Drogen und Sucht durchgeführt. Die aktuellste Erhebung erfolgte im Mai 2009 an 1.547 Personen im Alter ab 15 Jahren in Form von persönlichen Interviews. Es wird darauf geachtet, dass das Alter der Interviewten mit dem der Interviewer/innen übereinstimmt. Die Befragten wurden mittels Quotenplan nach Alter und Geschlecht ausgewählt.

Trendaussagen sind lediglich für Cannabis auf valider Basis zu treffen. Hier zeigt sich ein Anstieg der Lebenszeitprävalenz über die Jahre. Auch bei Kokain lässt sich – jedoch auf wesentlich niedrigerem Niveau – über die Jahre ein Anstieg der Lebenszeitprävalenz beobachten (vgl. Abb. 2.1). Konsumerfahrungen mit Räuchermischungen wie Spice, die medial ein großes Thema waren (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b), geben nur sehr wenige Wiener/innen an. Das Research-Chemical Mephedron wurde lediglich von zwei Personen (0,3 %) angegeben.

Abbildung 2.2:

Lebenszeiterfahrung und Konsumprävalenz in den letzten drei Jahren bzw. in den letzten 30 Tagen der Wiener Bevölkerung in Prozent, 2011



Die Originalformulierungen der Drogenkategorien lauten: Cannabis = Hanfprodukte wie z. B. Haschisch, Marihuana; Amphetamine = Amphetamine, Speed; Opiate = Opiate, z. B. Opium, Morphin, Heroin, Methadon; Räuchermischungen= Räuchermischungen wie z. B. Spice, Lava Red .

Anmerkung: * Wenn ein Balken zur Konsumerfahrung fehlt, liegt der Anteil unter 1 Prozent

Quelle: IFES 2011; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Interessant ist, dass sich im Gegensatz zur österreichweiten Erhebung 2008 (Uhl et al. 2009, vgl. GÖG/ÖBIG 2010a) die Altersgruppen kaum hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums unterscheiden. Diese liegt bei allen Altersgruppen im Intervall von 21 bis 25 Prozent. Lediglich Personen ab 60 Jahren haben zu einem geringeren Prozentsatz Cannabis konsumiert (14 %). 26 Prozent der Männer und lediglich 15 Prozent der Frauen berichten Cannabiserfahrungen. Bei allen anderen Drogen ist die Konsumprävalenz so gering, dass Aussagen zu Alters- und Geschlechtsunterschieden mit einer großen Unsicherheit behaftet sind. Es zeigt sich, dass fast nur Männer angeben, bereits Ecstasy, Räuchermischungen oder Amphetamine

konsumiert zu haben. Auch Kokain wird von Männern deutlich öfter angegeben als von Frauen.

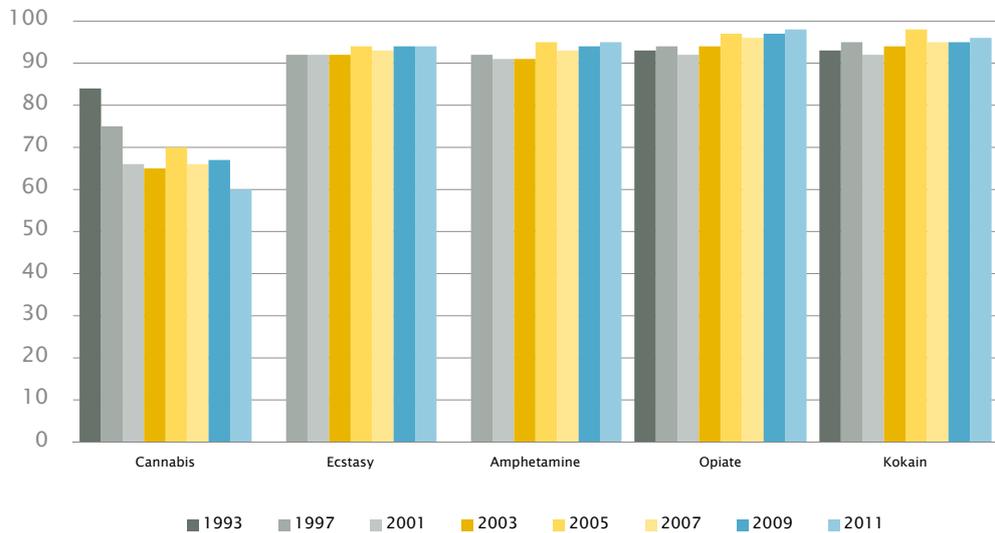
Abbildung 2.2 veranschaulicht, dass der Konsum illegaler Drogen (im Gegensatz zu Alkohol und Nikotin) in der Regel auf eine kurze Lebensphase beschränkt bleibt.

Das Ergebnis des Wiener Suchtmittel-Monitorings stützt die Hypothese, dass es sich beim Rückgang der Konsumprävalenzen, der bei der letzten österreichweiten Erhebung zum Drogenkonsum beobachtet wurde, insbesondere was Cannabis betrifft (Lebenszeitprävalenz Bevölkerungserhebung 2004: 20 %; Bevölkerungsbefragung 2008: 12 % – vgl. GÖG/ÖBIG 2009b), um ein methodisches Artefakt handelt. In einer im Herbst 2010 stattgefundenen nationalen REITOX Academy zum Thema Bevölkerungsbefragungen zum Drogenkonsum wurde diese Problematik unter Einbindung internationaler Expertinnen und Experten ausführlich diskutiert und wurden Maßnahmen zur Erhöhung der Aussagekraft solcher Studien erarbeitet.

Die im Oberösterreichischen Drogenmonitoring für 2009 erhobenen Prävalenzen stimmen im Wesentlichen mit jenen des Wiener Suchtmittel-Monitorings überein (z. B. Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums der Altersgruppe 15 bis 59 Jahre: 20 %; Ecstasy 3,5 %; vgl. Tab. A1). Im Jahr 2006 betrug die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums in Oberösterreich noch 27,6 Prozent, jene für Ecstasy 7,3 Prozent (Seyer et al. 2007). Der Unterschied zwischen 2006 und 2009 lässt sich durch einen Rückgang des Drogenkonsums nicht erklären und ist vermutlich auf Details des Erhebungsprozesses zurückzuführen.

Das Wiener Suchtmittelmonitoring ermöglicht auch, Veränderungen in der Risikowahrnehmung bzw. Gefährlichkeitseinschätzung von illegalen Drogen zu beobachten. Hier zeigt sich, dass im Gegensatz zu anderen illegalen Drogen die Gefährlichkeitseinschätzung von Cannabis über die Jahre abnimmt (vgl. Abb. 2.3).

Abbildung 2.3:
 Prozentsatz der Wiener Bevölkerung, der die entsprechende Droge
 für gefährlich in ihrer Auswirkung hält, in Prozent (1993 bis 2011)



Die Originalformulierungen der Drogenkategorien lauten: Cannabis = Hanfprodukte wie z. B. Haschisch, Marihuana; Amphetamine = Amphetamine, Speed; Opiate = Opiate, z. B. Opium, Morphium, Heroin, Methadon. Die Frage lautete: Für wie gefährlich in ihren Auswirkungen halten Sie dieses Mittel – für gefährlich oder für nicht so gefährlich?

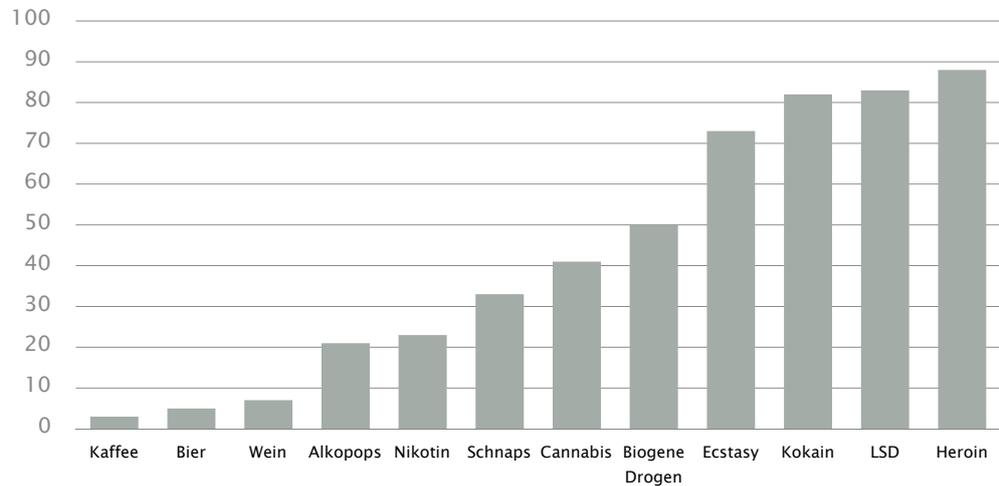
Anmerkung: Wenn ein Balken fehlt, wurde im entsprechenden Jahr die Gefährlichkeit der Droge nicht abgefragt.

Quelle: IFES 2011; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Ein Vergleich mit der Gefährlichkeitseinschätzung von legalen Substanzen ist auf Basis der Wiener Daten nicht möglich, da diese dort nicht abgefragt wird. Im Rahmen des oberösterreichischen Drogenmonitorings zeigt sich jedoch, dass die Gefährlichkeit legaler psychoaktiver Substanzen wesentlich geringer eingeschätzt wird als bei illegalen Substanzen.

Abbildung 2.4:

Prozentsatz der oberösterreichischen Bevölkerung, der die entsprechende psychoaktive Substanz für sehr gefährlich einschätzt, in Prozent (2009)



Die Originalformulierungen der Drogenkategorien lauten: Schnaps = Schnaps (Obstler, Whisky, Wodka, Cognac etc.); Cannabis = Hanf (Haschisch, Marihuana); biogene Drogen = biogene Drogen (z. B. Drogenpilze, Engelstrompete, Stechapfel).

Quelle: Seyer et al. 2010; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

2.2 Drogenkonsum bei Jugendlichen

Zum Drogenkonsum bei Jugendlichen wurde im Berichtszeitraum die 2009 durchgeführte „Erhebung zum Suchtverhalten von Jugendlichen in Niederösterreich“ veröffentlicht (Bittner et al. 2010)⁵. Auch im „Flash Eurobarometer“ „Youth attitudes on drugs“ (Europäische Kommission 2011a)⁶. finden sich einige österreichspezifische Ergebnisse zum Drogenkonsum Jugendlicher.

5

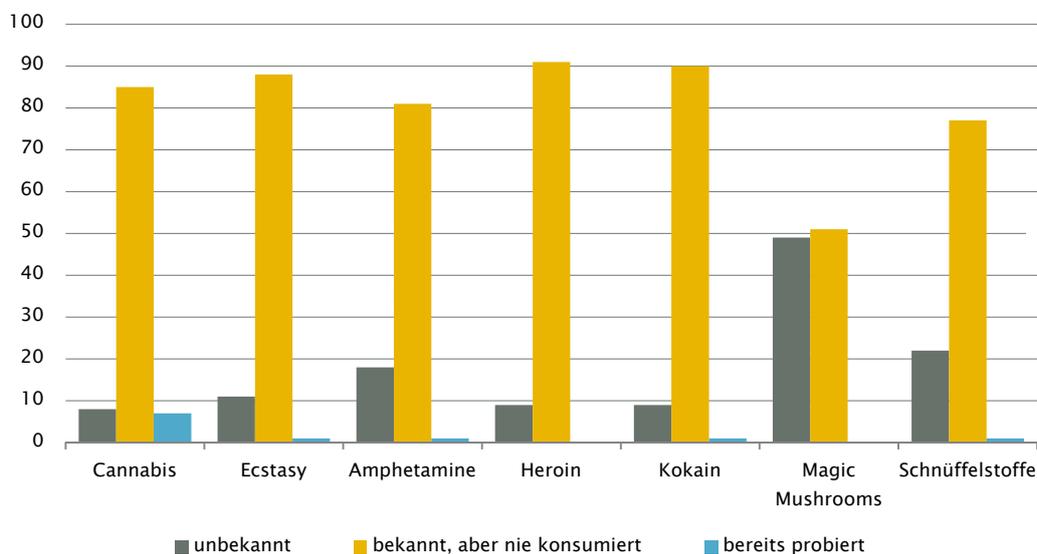
Die Erhebung zum Suchtverhalten Jugendlicher in Niederösterreich wurde im Zeitraum Juli bis August 2009 vom Marktforschungsinstitut market an 722 Befragten zwischen 13 und 18 Jahren, die mittels Quotenplan nach Altersgruppen, Geschlecht, Region unter Berücksichtigung von Erwerbsstatus/Bildungsstatus bzw. Migrationshintergrund ermittelt worden waren, in Form persönlicher Interviews durchgeführt. Der zugrunde liegende Fragebogen wurde in einer Arbeitsgruppe unter Einbindung des Zentrums für Soziales und Generationen und der Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung entwickelt.

6

Der „Flash Eurobarometer“ „Youth attitudes on drugs“ wurde zwischen 9. und 13. Mai 2011 an über 12.000 zufällig ausgewählten Personen im Alter von 15 bis 24 Jahren EU-weit mittels Telefoninterviews durchgeführt. In Österreich wurden 501 Personen befragt.

Abbildung 2.5:

Bekanntheit von Drogen und Konsumprävalenz (Lebenszeit) bei niederösterreichischen Jugendlichen zwischen 13 und 18 Jahre (2009) in Prozent



Die Originalformulierungen der Drogenkategorien lauten: Cannabis = Cannabis / Marihuana / Haschisch / Gras; Amphetamine = Aufputschmittel / Amphetamine / Speed.

Quelle: Bittner et al. 2010, GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

In Niederösterreich wurden der Bekanntheitsgrad unterschiedlicher illegaler Drogen und die Lebenszeitprävalenz des Konsums dieser Drogen erhoben. Die Lebenszeitprävalenz des Konsums von Cannabis liegt bei 6,8 Prozent. Bei allen anderen Drogen beträgt sie maximal 1 Prozent (vgl. Abb. 2.5). Vergleicht man die Prävalenz des Cannabiskonsums mit den im Rahmen der ESPAD-Studie 2007 (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a) erhobenen Werten, so zeigt sich eine große Diskrepanz (Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums bei Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Schulstufe in Ostösterreich ohne Wien: 18 %, Jahresprävalenz: 14 % und Monatsprävalenz: 6 %). Insgesamt machen die vermutlich aufgrund methodischer Unterschiede im Erhebungsdesign zurückzuführenden unterschiedlichen Prävalenzen in den österreichischen Surveys (vgl. Tab. A1, A2 und Kap. 2.1) eine Einschätzung der Gesamtsituation sehr schwierig.

Im „Flash Eurobarometer“ beträgt die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums bei den 15- bis 24-jährigen in Österreich 18 Prozent, die Letztjahresprävalenz 8 Prozent und die Prävalenz des Cannabiskonsums in den letzten 30 Tagen 2 Prozent. „Neue legale Substanzen, die wie illegale Substanzen wirken“ haben knapp 4 Prozent der Befragten bereits einmal probiert.

2.3 Drogenkonsum in spezifischen Gruppen

Es liegen keine neuen Studien zum Drogenkonsum in spezifischen Gruppen vor. Von *ChEck iT!* (vgl. Kap. 10.3) wurde eine Online-Befragung durchgeführt, deren Ergebnisse aber noch nicht publiziert sind.

19 Prozent der von *ChEck iT!* analysierten Proben enthielten „research chemicals“. Dies lässt den Schluss zu, dass solche Substanzen in der Partyszene neben Amphetaminen und Ecstasy zunehmend eine Rolle spielen (VWS 2011d; vgl. Kap. 10.3).

3 Suchtprävention

Entsprechend der EBDD-Klassifikation der Suchtprävention, die auch zunehmend in Österreich verwendet wird, ist dieses Kapitel in universelle, selektive und indizierte Prävention⁷ gegliedert (auch wenn von österreichischen Fachleuten zum Teil die Einteilung in Primär- und Sekundärprävention⁸ bevorzugt wird). Die Umsetzung von präventiven Maßnahmen erfolgt in Österreich im Einklang mit dem fachlichen Konsens zum Großteil auf lokaler bzw. regionaler Ebene, wobei die auf Länderebene angesiedelten Fachstellen für Suchtprävention (vgl. Abb. 1.1) eine zentrale Rolle einnehmen. Grundsätzlich wird ein hohes Maß an Langfristigkeit und Nachhaltigkeit der Präventionsmaßnahmen angestrebt, was in erster Linie durch Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren erreicht werden soll. Entsprechend dem erweiterten Suchtbegriff sind viele Maßnahmen nicht substanzspezifisch ausgerichtet und beziehen sich auch auf substanzungebundenes Suchtverhalten. Spezifische Aktivitäten bzw. Interventionen hinsichtlich legaler Substanzen (z. B. Raucherentwöhnungsangebote) sowie substanzungebundenes Suchtverhalten (z. B. 7-Punkte-Plan der ARGE Suchtvorbeugung zur Glücksspielprävention) gewinnen immer mehr an Bedeutung. Dies zeigt sich auch im neuen NÖ Suchtplan 2011–2015 und beruht auf der in diversen Studien und Erhebungen (vgl. Kap. 2.2) abgebildeten Lebensrealität der meisten Jugendlichen. Der Fokus dieses Berichtes liegt jedoch auf unspezifischen Maßnahmen bzw. auf solchen, die speziell auf illegale Substanzen ausgerichtet sind.

Neben einigen österreichweiten Standardprogrammen gibt es eine Vielzahl an regionalen Aktivitäten, die ebenfalls seit etlichen Jahren routinemäßig eingesetzt und weiter-

7

Universelle Prävention wendet sich an große Gruppen der Bevölkerung (z. B. Schulgemeinschaft, Gemeinde), die unabhängig von der individuellen Situation dieselbe Wahrscheinlichkeit der Entwicklung eines Substanzkonsums aufweisen.

Selektive Prävention zielt auf kleinere Gruppen ab, die aufgrund biologischer, psychologischer, sozialer oder umweltbezogener Risikofaktoren – unabhängig von der individuellen Situation – eine höhere Wahrscheinlichkeit der Entwicklung eines Substanzkonsums aufweisen als die allgemeine Bevölkerung (z. B. Kinder suchtkranker Eltern).

Indizierte Prävention soll einzelne Personen erreichen, die bereits frühe Zeichen eines Substanzkonsums bzw. eines mit Drogenkonsum assoziierten problematischen Verhaltens aufweisen und noch nicht die Kriterien für die Diagnose einer Abhängigkeit erfüllen, aber einem besonders hohen Risiko der Entwicklung eines Suchtverhaltens unterliegen. Voraussetzung ist, dass für diese Personen von medizinischem Fachpersonal bereits eine Diagnose für psychiatrische, soziale oder Verhaltensauffälligkeiten – die erwiesenermaßen einen Risikofaktor für die Entwicklung eines Suchtverhaltens darstellen, z. B. Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADHS) – gestellt wurde.

8

Primärprävention will das Entstehen einer Erkrankung verhindern, in diesem Fall einer Suchterkrankung, bevor ein Drogenkonsum bzw. –problem vorliegt. Sekundärprävention wendet sich an Personen mit Drogenkonsum, bei denen bereits Probleme vorliegen, aber noch nicht voll ausgebildet sind.

entwickelt werden (vgl. Tab. A31 bis A34). Beschreibungen laufender Präventionsmaßnahmen finden sich auf den Websites, in den Jahresberichten und Newsletters von Fachstellen, des BMUKK und des Fonds Gesundes Österreich (GÖG/FGÖ) sowie weiterer relevanter Einrichtungen, aber auch in früheren Berichten zur Drogensituation und im „Best practice portal“ der EBDD (siehe Quellenverzeichnis). Zusätzlich werden laufend neue Konzepte und Ansätze entwickelt, um die Qualität der Präventionsarbeit zu optimieren und auf die spezifischen Bedürfnisse der verschiedenen Zielgruppen bzw. auf die unterschiedlichen Settings besser eingehen zu können. Aus der Fülle an Aktivitäten auf regionaler Ebene können in diesem Bericht jedoch nur ausgewählte Beispiele beschrieben werden.

Wichtige Aufgaben der Fachstellen sind auch Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit, die (finanzielle) Unterstützung von suchtpreventiven Initiativen und die Organisation von Weiterbildungsveranstaltungen für Fachleute.

3.1 Universelle Suchtprävention

Einen Überblick über die Aktivitäten zur universellen Suchtprävention und deren Rahmenbedingungen gibt der SQ25. Ein wesentliches Implementierungssetting ist die **Schule**, wobei Suchtprävention im Rahmen des Unterrichtsprinzips Gesundheitsförderung⁹ gesetzlich verankert ist. Präventionsmaßnahmen an Schulen sollen unter Einbindung der gesamten Schulgemeinschaft sowie der regionalen suchtspezifischen Fachleute umgesetzt werden. In diesem Sinne werden laufend Suchtpräventionslehrgänge, Fortbildungsveranstaltungen, Unterrichtsmaterialien und Projekte sowie konkrete Unterstützung bei der Planung und Umsetzung suchtpreventiver Aktivitäten für alle Beteiligten angeboten. Ziele sind im Wesentlichen eine Sensibilisierung und gesundheitsförderliche Ausrichtung des gesamten Systems sowie eine Stärkung der Lebenskompetenzen bei Schülerinnen und Schülern. In höheren Altersgruppen ist häufig auch die Auseinandersetzung mit Konsumgewohnheiten und deren Reflexion das Ziel.

Im Bereich der universellen Suchtprävention gibt es große Überschneidungen mit Maßnahmen der Gewaltprävention und der Gesundheitsförderung. Daher wurden in den letzten Jahren diese Bereiche verstärkt miteinander kombiniert. Im Berichtszeitraum wurde der in Salzburg angesiedelten *KIS – Kontaktstelle für schulische Präventionsarbeit* neben den Aufgabenbereichen Suchtprävention und Gesundheitsförderung

9

Unter Gesundheitsförderung wird entsprechend der Ottawa-Charta der WHO ein Prozess verstanden, der darauf abzielt, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit, d. h. zu einem umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefinden, zu befähigen.

auch die schulische Gewaltprävention zugesprochen (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2011). Auf Bundesebene legt das BMUKK derzeit einen Schwerpunkt auf das Thema Gewaltprävention, wo im Rahmen der *Initiative Weiße Feder: Gemeinsam für Fairness und gegen Gewalt*¹⁰ auch Maßnahmen umgesetzt werden, die die sozialen Kompetenzen von Schülerinnen und Schülern fördern und das Schulklima positiv beeinflussen sollen und somit auch suchtpreventiv wirken können.

Der neue NÖ Suchtplan 2011–2015 (vgl. Kap. 1.2) beinhaltet den Ausbau von Maßnahmen zur Förderung der Lebenskompetenzen bei Kindern und Jugendlichen in Zusammenarbeit mit Schulen und schreibt diesen eine hohe Priorität zu (Fachstelle für Suchtprävention NÖ 2010).

Das Programm *Clever & Cool* des Instituts Suchtprävention OÖ wurde im Jahr 2010 evaluiert¹¹ (Hauer 2010, Hauer 2011). Die Ergebnisse zeigen, dass das Konzept sehr gut angenommen und als hilfreich beurteilt wird. Nach Ansicht der Lehrkräfte bewirkt das Programm positive Veränderungen bei den Schülerinnen und Schülern. 93 Prozent haben den Eindruck, dass das Klassenklima positiv beeinflusst werden konnte. Es gelang, im Rahmen des Programms wichtige Inhalte zu vermitteln. Zusätzlich wurde festgestellt, dass das Phänomen des „Schikanierens“ (Bullying) in den Schulen unterschätzt wird. Die einzelnen Module wurden sehr unterschiedlich beurteilt, dies galt besonders für jene mit einem hohen Anteil an Reflexionsarbeit. *Clever & Cool* wird u. a. in Kooperation mit dem Landespolizeikommando OÖ durchgeführt. Mit diesem wurde im März 2011 ein offizieller Kooperationsvertrag abgeschlossen, um die langjährige gute Kooperation abzusichern¹².

Da von verschiedenen Seiten festgestellt wurde, dass Kinder und Jugendliche mit höherem Risiko einer Suchtentwicklung häufiger in Haupt-, Mittel- und polytechnischen Schulen als in weiterführenden Schulen anzutreffen sind, werden vermehrt Programme für diese Schultypen angeboten. Zusätzlich werden Angebote nachgefragt, die auf die spezifischen Bedürfnisse von einzelnen Schulen abgestimmt werden. In OÖ wurde der erste Lehrgang zur bzw. zum *Koordinator/in für Suchtprävention*

10

<http://www.gemeinsam-gegen-gewalt.at/> (28. 6. 2011)

11

Die Evaluation wurde im Schuljahr 2009/10 mit einer Fragebogenerhebung nach jedem der elf Module und am Ende des Projektes durchgeführt. Die Lehrkräfte und Trainer/innen konnten zur Halbzeit und nach Abschluss des Projektes von ihren Erfahrungen berichten (ebenfalls mittels Fragebogen). Insgesamt standen Daten von 766 Schülerinnen/Schülern aus 33 Klassen, von 72 Trainerinnen/Trainern und 36 Lehrkräften zur Verfügung.

12

<http://praevention.at/news/index.php/action.view/entity.detail/key.814/nav.6/view.29/level.2/archiv.true/> (28. 6. 2011)

(GÖG/ÖBIG 2009b) von zwanzig Lehrkräften aus Berufsschulen abgeschlossen. Diese Koordinatorinnen und Koordinatoren sollen zukünftig suchtpreventive Aktivitäten an ihren Schulen koordinieren und als Drehscheibe zwischen den Berufsschulen und den Facheinrichtungen in der Region dienen (Institut Suchtprävention 2011).

In den Bereichen **Kindergarten** und **Familie** laufen die bestehenden Aktivitäten wie Fortbildungsmaßnahmen, Bereitstellung von Informationsmaterialien und Elternabende weiter. Immer mehr Maßnahmen setzen an den Erziehungskompetenzen der Eltern an. Diese haben auch eine hohe Priorität im neuen NÖ Suchtplan 2011–2015.

Das dreijährige Salzburger Projekt *Familienbande* (GÖG/ÖBIG 2009b) wurde im Berichtszeitraum evaluiert¹³. Die Ergebnisse der Evaluation sprechen dafür, dass die Ziele des Projektes im Wesentlichen erreicht wurden (Kral et al. 2011). Das erlebnispädagogische Teilprojekt *Rettet Fantasia*, bei dem die Sozialkompetenzen der Kinder im Vordergrund standen, wurde mit einem suchtpreventionsspezifischen Elternabend verbunden. Durch einen bebilderten Bericht zum Klassenereignis konnten auch jene Eltern motiviert werden, daran teilzunehmen, die sonst weniger erscheinen. Auch der Ansatz der *ElternTische* konnte den Zugang zu neuen Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern und Communities öffnen, allerdings zeigte sich, dass ein solcher Erfolg sehr von den ausgewählten Moderatorinnen bzw. Moderatoren abhängt. Jene aus derselben Community wie die Teilnehmer/innen haben eher Erfolg als andere Personen. Wichtig ist dabei ein langfristiger Zeithorizont, damit die Information durch Mundpropaganda gestreut und geeignete Moderatorinnen bzw. Moderatoren und Gastgeber/innen gefunden werden können. Aber auch die Themenwahl hat einen Einfluss auf die Motivation der Eltern: Während das Thema „Sucht“ für Eltern mit Migrationshintergrund attraktiv war, konnten deutsche und österreichische Eltern eher über das Thema „Pubertät“ motiviert werden. Durch den gut besuchten Elternkurs *Hilfe, mein Kind pubertiert!* wurden eher jene Eltern erreicht, die sonst auch Bildungsangebote nutzen. Sehr gut angenommen wurden geschlechtsspezifische „Low-budget“-Wochenendangebote für Väter und Söhne. Durch das Projekt hat sich nicht nur der Informationsstand der Teilnehmer/innen zu Suchtmitteln, Prävention und Schutzfaktoren verbessert, sie konnten auch bezüglich ihres Verhaltens den Kindern und Jugendlichen gegenüber bestärkt oder für Veränderungen motiviert werden. Ein Entwicklungspotenzial dieses erfolgreichen Projektes bestünde u. a. hinsichtlich Eltern mit Migrationshintergrund (vgl. Kap. 3.2) und weiteren Vater-Kind-Angeboten (Rögl, p. M.).

13

Die Evaluation basiert auf einer Fragebogenerhebung unter den teilnehmenden Eltern, ergänzt durch persönliche Interviews mit Moderatorinnen/Moderatoren der ElternTische und Lehrkräften aus den Klassen, die am Teilprojekt „Rettet Fantasia“ teilnahmen. Dazu wurden alle ElternTische und alle Elternabende, die im Oktober 2010 stattgefunden haben, herangezogen. Insgesamt lagen 243 Fragebögen von Elternabenden und 195 von ElternTischen vor. Im Januar 2011 wurde ein 1,5-tägiger Workshop zu einer Nutzwertanalyse durchgeführt, bei dem 37 Personen aus dem Projekt anwesend waren.

Suchtpräventive Maßnahmen für **Betriebe** zielen größtenteils darauf ab, die Entwicklung eines Suchtverhaltens bei Lehrlingen zu verhindern. Sensibilisierung, Reflexion und Handlungsanleitungen für die Verantwortlichen oder Bezugspersonen in Betrieben und Lehrlingshäusern sind Schwerpunkte dieser Maßnahmen. Aber auch das Verhindern einer Suchtentwicklung bei bzw. der Umgang mit suchtgefährdeten Erwachsenen im Arbeitsalltag ist Ziel mancher Interventionen, wobei hier das Thema Alkohol im Vordergrund steht. Der neue NÖ Suchtplan 2011–2015 schreibt auch diesen Maßnahmen eine hohe Priorität zu.

In Wien wurde im November 2010 unter dem Titel „Wenn Süchte den Arbeitsalltag beeinträchtigen. Lösungen und Strategien für Unternehmen“ eine Fachtagung durchgeführt, um suchtpreventive Angebote für das Setting Betrieb zu fördern (SDW 2011a). Im Rahmen des Projektes „SUPArb – Suchtprävention im arbeitsmarktpolitischen Kontext“ liegt der Schwerpunkt auf der Früherkennung von Suchterkrankungen. Bildungsinstitute können beim Institut für Suchtprävention Wien (ISP) ein Zertifikat beantragen, das sie dazu berechtigt, Fortbildungsveranstaltungen im Sinne des dafür entwickelten Curriculums anzubieten. Die Fortbildung soll wiederum Trainer/innen für arbeitsmarktpolitische Maßnahmen insofern schulen, als sie ausreichendes Wissen erlangen, um Suchterkrankungen zu erkennen und bei der Einbindung in Angebote der Suchthilfe zu unterstützen. Seit Beginn des Jahres 2011 ist der Verein Dialog zertifiziert und bietet die Basisseminare an.

In diesem Zusammenhang soll auch die Kampagne *I schau auf mi UND di* von Salzburger GKK und Arbeiterkammer erwähnt werden, die dafür sensibilisieren möchte, dass in Betrieben verstärkt auf die seelische Gesundheit junger Menschen geachtet wird (APA 2010). Ausgangspunkt war das hohe Ausmaß an Jugendlichen, die Psychopharmaka konsumieren. Präventive Maßnahmen zur seelischen Gesundheit, wie z. B. zur Förderung des Betriebsklimas, wirken sich jedoch auch hinsichtlich der Prävention von Suchtverhalten positiv aus. Von Akzent Fachstelle Suchtprävention Salzburg hingegen konnten im Berichtszeitraum in diesem Bereich aufgrund fehlender Mittel keine Aktivitäten mehr gesetzt werden (Rögl, p. M.).

Hinsichtlich der **außerschulischen Jugendarbeit** ist von keinen neuen Maßnahmen zu berichten.

Gemeindeorientierte Suchtprävention möchte neben einer Sensibilisierung der Bevölkerung konkrete, an der spezifischen regionalen Situation orientierte, präventive Maßnahmen entwickeln und umsetzen. Wichtig ist die Initiative aus einer Gemeinde heraus und die Adaptierung an die jeweiligen Bedürfnisse.

Die Erfahrungen des Instituts Suchtprävention OÖ mit einer Adaptierung des CTC-Konzeptes (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a) zeigen, dass der Transfer von Programmen/Konzepten in andere Länder jedenfalls einiges an Adaptierungen erfordert und unter

Umständen sogar an den unterschiedlichen Rahmenbedingungen scheitern kann. Im Fall von CTC sollte vor Beginn einiger gemeindeorientierter Suchtpräventionsprojekte eine CTC-Schülerbefragung an Schulen durchgeführt werden. Diese erwies sich einerseits aus strukturellen Gründen (Schulsystem, Schulstandorte), andererseits aufgrund der Formulierungen und Inhalte des Fragebogens (eher auf US-amerikanischen Schulalltag zutreffend) als nicht geeignet (Krenmayr, p. M.). Andere Teile des CTC-Konzeptes wiederum wurden als durchaus hilfreich für die zukünftige Planung von Präventionsangeboten gesehen. Dennoch wird zum gegenwärtigen Zeitpunkt der maßgeschneiderte, beratungs- und prozessorientierte Präventionsansatz entsprechend dem eigens entwickelten Leitfaden¹⁴ (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b) bevorzugt. Nichtsdestotrotz wird weiterhin mit dem European Network CTC zusammengearbeitet, um die eigenen Angebote weiterzuentwickeln. In diesem Sinne wurde im Berichtszeitraum in OÖ unter dem Titel *Wir setzen Zeichen* in sechs weiteren Gemeinden mit neuen gemeindeorientierten Präventionsprojekten begonnen (Institut Suchtprävention 2010). Das grundsätzliche Ziel dieser Projekte ist die Prävention von Suchterkrankungen und das Vermeiden von gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen bzw. eines gesundheitsschädlichen Umgangs mit Substanzen.

In der Steiermark wurden einige der gemeindeorientierten Suchtpräventionsprojekte abgeschlossen (Ederer, p. M.). Bei diesen Projekten bestätigte sich die enorme Bedeutung von einzelnen engagierten Personen für die Nachhaltigkeit der Projekte. In den Gemeinden, in denen solche Personen aktiv waren, bestehen einzelne Maßnahmen auch nach dem offiziellen Ende weiter (z. B. *Das Brucker Modell*, *Check an Angel* und *Friday Sports Night* in Bruck an der Mur).

Weitere Aktivitäten im Berichtszeitraum waren z. B. eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit in Vorarlberg, um das Verständnis von Suchtprävention in der Bevölkerung zu verbessern (Stiftung Maria Ebene 2011) und eine Ausweitung des EU-Projekts *Peer Drive Clean*, das 2008 in OÖ als Pilotprojekt gestartet (GÖG/ÖBIG 2009b) und inzwischen evaluiert wurde, auf andere Bundesländer.

In Kärnten gibt es seit ca. einem Jahr nach dem Vorbild von NÖ Informationsveranstaltungen beim Bundesheer, mit deren Hilfe stellungspflichtige Männer erreicht werden sollen (Drobesch-Binter, p. M.). Diese Veranstaltungen sind in Form eines Quiz aufgebaut, was die Diskussion der Antworten im Anschluss daran ermöglicht und von den jungen Männern gut angenommen wird. Gleichzeitig wird durch diese Vorgangsweise die Hemmschwelle gesenkt, Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen.

14

Zu finden unter <http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.481/view.496/level.4/> (29. 6. 2011).

Die in OÖ entwickelten akademischen Lehrgänge zur Sucht- und Gewaltprävention (GÖG/ÖBIG 2008c) wurden inzwischen erstmalig umgesetzt (Institut Suchtprävention 2011). Der erste Zertifikatslehrgang diente als Pilotversuch und wurde evaluiert¹⁵. Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl die Qualität der Referentinnen und Referenten als auch die Inhalte sehr positiv bewertet wurden. Allerdings waren Personen mit Vorkenntnissen mit dem Lehrgang weniger zufrieden als Personen ohne Vorkenntnisse. Auf Basis dieser Evaluationsergebnisse wurden die auf dem Zertifikatslehrgang aufbauenden Hochschul- bzw. Masterlehrgänge vor deren Umsetzung ab Mai 2011 adaptiert.

3.2 Selektive Suchtprävention

Einen Überblick über Maßnahmen der selektiven Prävention und deren Rahmenbedingungen bietet der SQ26. Grundsätzlich gibt es in Österreich Bestrebungen, die Aktivitäten zur selektiven Suchtprävention auszubauen. Dazu liegen bereits einige Ideen und Konzepte vor, deren Umsetzung wird jedoch erst in den kommenden Jahren erfolgen (u. a. aufgrund fehlender Ressourcen). Im Januar 2011 wurde in Tirol von kontakt+co mit den AMS-Betreuerinnen und -Betreuern eine Situationserhebung durchgeführt, die gezeigt hat, dass ca. sechs Prozent der **in AMS-Maßnahmen betreuten Jugendlichen** einen problematischen Konsum legaler (v. a. Alkohol) oder illegaler Substanzen (v. a. Cannabis) aufweisen (Kern, p. M.) und Probleme in den Kursmaßnahmen oder in der Weitervermittlung haben. Davon befindet sich lediglich ca. ein Prozent in Beratung oder Behandlung. Um die AMS-Berater/innen im Umgang mit dieser Thematik zu unterstützen, wurde ein Handlungsleitfaden erarbeitet und wurden Schulungen zu *Motivational Interviewing* angeboten. Dieser Leitfaden enthält eine klare Grundhaltung zur Arbeit mit drogenkonsumierenden Jugendlichen, die diesen auch vermittelt werden kann. Bei Fehlverhalten gibt es spürbare Konsequenzen, die mit dem Auftrag des AMS, alle Jugendlichen in Maßnahmen zu halten, kompatibel sind. Im Problemfall ist eine formale und standardisierte Information der Eltern vorgesehen.

Angebote für **Kinder aus suchtbelasteten Familien** werden dieses Jahr im Kapitel 12 beschrieben.

Weitere zielgruppenspezifische Suchtvorbeugung findet sich vor allem im **Freizeitbereich**, mit dem Ziel der Vermittlung eines kritischen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen (Risikokompetenz) sowie von Alternativen zum Substanzkonsum. Ein

15

Dazu wurde eine Längsschnittstudie mit interaktivem Fragebogen durchgeführt und durch teilnehmende Beobachtungen und deren Protokolle ergänzt. Vgl. auch <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/unter-EDDRA> (29. 6. 2011).

relevantes Setting dafür ist die Club- und Partyszene. Maßnahmen zur Vermittlung von Rausch- und Risikokompetenz für Jugendliche sollen laut NÖ Suchtplan 2011–2015 zukünftig verstärkt angeboten werden.

Migration kann mit einem höheren Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung verbunden sein. Dennoch ist zu beachten, dass im Sinne der selektiven Prävention vor allem jene Gruppen an Migrantinnen und Migranten als Zielgruppe gesehen werden, die aufgrund ihrer derzeitigen Lebensumstände und sozialer Faktoren vulnerabler sind und im Rahmen von universeller Suchtprävention nicht ausreichend erreicht werden.

Die im Herbst 2010 in Alt Lengbach, NÖ, abgehaltene Jahrestagung der ARGE Suchtvorbeugung befasste sich mit dem Thema *Migration und Suchtvorbeugung*. Dabei wurden einerseits theoretische Hintergründe zum Thema Migration beleuchtet, andererseits konkrete Erfahrungen aus der Praxis anhand von Modellprojekten diskutiert. Diese Auseinandersetzung stellt eine wichtige Basis für die Entwicklung von Angeboten für spezifische Zielgruppen mit Migrationshintergrund in den kommenden Jahren dar. Als ein Modellprojekt wurde das Gesundheitsförderungsprojekt *Gesundheit kommt nach Hause*¹⁶ des Vereins beratungsgruppe.at präsentiert, das speziell an der Zielgruppe Mütter mit Migrationshintergrund ausgerichtet ist und in Wien und NÖ umgesetzt wird. Ziel des Projektes ist die Vermittlung von ganzheitlichem gesundheitsbezogenem Wissen mit Hilfe von geschulten Gesundheitstutorinnen. Die Evaluation¹⁷ zeigt, dass die Zielgruppe der bildungs- und sozialbenachteiligten Mütter mit türkischem Migrationshintergrund durch diesen Ansatz sehr gut erreicht werden kann (Reiter 2011). Als essenziell für den Erfolg des Projektes beschrieben werden die Vertrauensbasis durch Gesundheitstutorinnen aus der Community, das Know-how der Trainer/innen bei der Schulung der Gesundheitstutorinnen, die Anleitung und Begleitung dieser während der Umsetzung, das speziell entwickelte Material, die Rahmenbedingungen und vor allem der wertschätzende Zugang. Von Frankl (p. M.) wurde zudem berichtet, dass sich das Projekt auch sehr positiv auf die Gesundheitstutorinnen selbst auswirkt. Diese entwickeln mehr Selbstvertrauen und beginnen in der Folge, ihr eigenes Entwicklungspotenzial zu nutzen.

Ein ähnlicher Ansatz wurde im Salzburger Projekt *Familienbande* (vgl. Kap. 3.1) eingesetzt, wo im Berichtszeitraum erste *ElternTische* mit türkischen Müttern stattfanden

16
<http://www.gekona.at/index.php?SID=57> (5. 8. 2011)

17
Dazu wurde eine Fokusgruppe mit drei Gesundheitstutorinnen, Interviews mit der Projektleitung sowie eine teilnehmende Beobachtung an einer Schulungseinheit durchgeführt. Ergänzend lagen Feedbacks der 113 Teilnehmerinnen nach jedem Schulungsblock sowie wöchentlich geführte Reflexionshandbücher und Selbstbewertungsbögen der acht Gesundheitstutorinnen vor.

(Rögl, p. M.). Dieser Ansatz wurde nun auch vom Institut Suchtprävention in OÖ gewählt (im Zusammenhang mit dem gemeindeorientierten Projekt *Wir setzen Zeichen* in Wels). Das Pilotprojekt *MammaMia* für Mütter mit Migrationshintergrund¹⁸ wird seit Februar 2011 umgesetzt. Von zwölf ausgebildeten Moderatorinnen werden Gesprächsrunden mit mindestens sechs Müttern in der jeweiligen Muttersprache organisiert. Vorgesehen sind mindestens vier Gesprächsrunden, die sich in der ersten Phase des Projekts mit dem Thema „Kinder stark machen“ beschäftigen. Die Moderatorinnen erhalten eine geringfügige Aufwandsentschädigung sowie ein Abschlusszertifikat für ihre Tätigkeit. Auch hier zeigt sich schon nach kurzer Laufzeit der Erfolg dieses Ansatzes. Der Aufbau von Wissen, das Training von sozialen und kommunikativen Fähigkeiten und der Austausch in neuen Netzwerken gibt den beteiligten Müttern Sicherheit im Alltag. Diese können wiederum ihr Wissen und ihre Fähigkeiten in ihr soziales Umfeld einbringen.

Aus Wien wird berichtet, dass die Umsetzung der im Rahmen von SUPMIG (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a) konzipierten Veranstaltungen für Vertreter/innen der türkischsprachigen Community neue Zugänge in der Kommunikation und Kooperation erfordert (Verein Dialog 2011). Auch wenn einige Schulungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wie Imamen und muslimischen Religionslehrerinnen/–lehrern durchgeführt werden konnten, sind weitere Schritte für die Umsetzung der Projektziele erforderlich. Daher wird an der Thematik auch in Zukunft weitergearbeitet.

3.3 Indizierte Suchtprävention

Indizierte Prävention entsprechend der EBDD-Definition (vgl. Einleitung Kap. 3) wird in Österreich bisher kaum umgesetzt. Maßnahmen für spezifische Zielgruppen basieren großteils auf sozialen Faktoren im Sinne einer selektiven Prävention. Maßnahmen, die aufgrund des Verhaltens Einzelner gesetzt werden, basieren üblicherweise nicht auf einer zusätzlichen medizinischen Diagnose (vgl. EBDD-Definition), sondern ausschließlich auf Risiko- bzw. Suchtverhalten und damit zusammenhängenden Verhaltensauffälligkeiten. Maßnahmen zur Früherkennung und -intervention, die aufgrund von Substanzkonsum (der noch keine Abhängigkeitsmerkmale aufweist) gesetzt werden, werden als ein Teilbereich der indizierten Suchtprävention definiert. Im Berichtszeitraum wurden keine neuen Maßnahmen umgesetzt. Aus Vorarlberg wurde im Zusammenhang mit dem Programm *Choice* (GÖG/ÖBIG 2010a) berichtet, dass immer mehr Jugendliche und deren Bezugspersonen oder -systeme das Kriseninterventions-

18

<http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.18/view.549/level.3/> (28. 6. 2011)

angebot (Beratung und Coaching) in Anspruch genommen haben (Stiftung Maria Ebene 2011).

3.4 Nationale und lokale Medienkampagnen

In Österreich werden aufgrund eines Konsenses mit den entsprechenden Fachleuten keine Medienkampagnen zu illegalen Substanzen durchgeführt. Es gibt Medienkampagnen lediglich im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit einzelner, meist gemeindeorientierter Projekte bzw. als Bewusstseinskampagnen zu legalen Substanzen. Im Frühling 2011 wurde beispielsweise die Informationskampagne *echt cool* des BMG¹⁹ gestartet, die Materialien zum Thema Nikotin und Alkohol für Volks- und Hauptschulen zur Verfügung stellt.

19

http://bmg.gv.at/home/Presse/Presseunterlagen/Kampagnen/_echt_cool_Informationsoffensive_an_Volksschulen_gegen_Alkohol_und_Zigaretten (25. 3. 2011)

4 Problematischer Drogenkonsum

Die bislang gültige Definition von problematischem Drogenkonsum der EBDD lautet „injizierender Konsum oder länger dauernder bzw. regelmäßiger Konsum von Opioiden, Kokain und/oder Amphetaminen“²⁰. Derzeit wird jedoch auf europäischer Ebene eine Erweiterung dieser Definition (z. B. um den problematischen Cannabiskonsum) diskutiert. Die Definition des problematischen Drogenkonsums in Österreich deckt sich weitgehend mit jener der EBDD. Betont wird jedoch, dass in erster Linie das Konsumverhalten und nicht Substanzen als solche problematisch oder unproblematisch sind. Als problematisch wird Drogenkonsum dann bezeichnet, wenn dieser mit körperlichen, psychischen und/oder sozialen Problemen einhergeht. Ausschließlich rechtliche Probleme reichen nicht aus, um Drogenkonsum als problematisch zu bezeichnen (vgl. z. B. GÖG/ÖBIG 2008b).

Seit 1993 werden in Österreich Prävalenzschätzungen von problematischem Drogenkonsum mittels des Capture-Recapture-Verfahrens (CRC) durchgeführt (vgl. Uhl und Seidler 2001). Als Datenbasis werden Anzeigen im Zusammenhang mit Opiaten (vgl. Kap. 9.1), das Substitutionsregister (vgl. Kap. 5.4) und die suchtgiftbezogenen Todesfälle (vgl. Kap. 6.3) herangezogen. Für die Interpretation der Ergebnisse wichtige Zusatzinformationen stammen aus der einheitlichen Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI; vgl. Kap. 5.3).

Traditionell spielt der polytoxikomane Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten, die häufig intravenös (i. v.) konsumiert werden, in Österreich eine zentrale Rolle. Eine wichtige Erkenntnis der letzten Jahre ist, dass bei jungen Opiatkonsumierenden die nasale Applikation überwiegt und ein Umstieg auf den i. v. Konsum in vielen Fällen erst im Lauf der Drogenkarriere geschieht (Busch und Eggerth 2010). Neben der Gruppe von Personen mit Leitdroge Opiate existiert im Behandlungsbereich die weitere zahlenmäßig relevante Gruppe der Personen mit Leitdroge Cannabis. Ein großer Teil dieser Gruppe befindet sich jedoch aufgrund einer Auflage in Betreuung (vgl. GÖG/ÖBIG 2011a).

Aktuelle Schätzungen machen eine Prävalenzrate von 25.000 bis maximal 37.000 Personen mit problematischem Opiatkonsum – in den meisten Fällen im Rahmen des polytoxikomanen Konsums – für Gesamtösterreich plausibel (vgl. ST7 und ST8). Somit wären vier bis sieben Personen pro 1.000 Österreicherinnen und Österreicher in der Altersgruppe 15 bis 64 Jahre von dieser Problematik betroffen.

20

www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/pdu (15. 7. 2010)

Allerdings sind Prävalenzschätzungen für problematischen Drogenkonsum aufgrund ihrer Komplexität mit einer Reihe von methodischen Problemen verbunden, die die Aussagekraft stark einschränken. Die Ergebnisse stellen daher immer nur grobe Annäherungen dar und müssen vorsichtig interpretiert werden. Im Vergleich zu den illegalen Drogen wird die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit in Österreich auf fünf Prozent der Bevölkerung ab 15 Jahre geschätzt (Uhl et al. 2009). Demnach sind in Österreich insgesamt 350.000 Personen als Alkoholiker/innen zu bezeichnen.

4.1 Prävalenz- und Inzidenzschätzungen

Wissenschaftliche Schätzungen zur Prävalenz des problematischen Konsums liegen in Österreich nur für Opiate bzw. für den polytoxikomanen Konsum mit Beteiligung von Opiaten vor. Die aktuellsten, das Jahr 2009 betreffenden Schätzungen wurden im letztjährigen Bericht zur Drogensituation ausführlich diskutiert (GÖG/ÖBIG 2010a). Aufgrund von Problemen der Datenqualität („Ghost Case“-Problematik²¹) kann nur das relativ große Intervall von 25.000 bis 37.000 Personen mit problematischem Drogenkonsum unter Beteiligung von Opiaten angegeben werden. Bei den im Rahmen von eSuchtmittel²² durchgeführten Datenkonsolidierungsmaßnahmen konnte festgestellt werden, dass der „Ghost Case“-Anteil im Substitutionsregister vermutlich etwas geringer ist als befürchtet (vgl. Kap. 5.4). Für die Prävalenzschätzung bedeutet dies, dass ein Wert im oberen Bereich des Intervalls 25.000 bis 37.000 plausibel ist.

Setzt man die Prävalenzschätzungen von 2009²³ in Bezug zu anderen Daten aus dem Drogenmonitoring, so kommt man zu folgenden Aussagen:

- » Zwischen 27 und 52 Prozent der Personen mit problematischem Drogenkonsum (mit Beteiligung von Opiaten) befanden sich 2009 in Substitutionsbehandlung (unter der Annahme, dass sich im Jahr 2009 etwa 10.000 bis 13.000 Personen in Substitutionsbehandlung befanden; vgl. Kap. 5.4).

21

Bei Fehlen des Betreuungsendes geht die entsprechende Klientin bzw. der entsprechende Klient über die Jahre weiter als in einer laufenden Behandlung befindlich (= „Ghost Case“) in die Statistik ein.

22

Im Rahmen des Projekts eSuchtmittel wird unter anderem das Substitutionsregister des BMG auf Onlinebasis gestellt. Dabei werden auch wichtige Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Daten implementiert.

23

Die nun nachfolgenden Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2009 (aktuellste verfügbare Prävalenzschätzung). Es ist aber davon auszugehen, dass sich die Werte in den letzten zwei Jahren nicht massiv geändert haben.

- » Zwischen 0,5 und 0,7 Prozent der Personen mit problematischem Drogenkonsum (mit Beteiligung von Opiaten) verstarben 2009 an einer Überdosierung (186 suchtgiftbezogene Todesfälle mit Beteiligung von Opiaten bzw. unbekannter Art).
- » Zwischen 11 und 17 Prozent der Personen mit problematischem Drogenkonsum (mit Beteiligung von Opiaten) wurden im Jahr 2009 nach dem SMG angezeigt (4.180 Personen).

Neben der Prävalenz des problematischen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opiaten interessiert aus epidemiologischen Gründen auch die Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums. Während in früheren Jahren davon ausgegangen wurde, dass beide Prävalenzraten etwa gleich ausfallen (Opiatkonsum = injizierender Konsum), hat die Analyse der Konsummuster auf Basis von Behandlungsdokumentationssystemen (BADO, DOKLI) anderes ergeben (vgl. Kap. 5.3 bzw. Busch und Eggerth 2010). Es zeigt sich, dass nur knapp die Hälfte der Personen mit Leitdroge Opiate die injizierende Applikation als vorwiegende Einnahmeform angibt. Überträgt man diese Angaben auf alle Personen mit problematischem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten, so ist in Österreich von etwa 12.500 bis 18.500 Personen mit vorwiegend injizierendem Konsum auszugehen. Bei diesen Zahlen dürfte es sich aber um eine Obergrenze handeln, da anzunehmen ist, dass Personen mit injizierendem Konsum eine größere Wahrscheinlichkeit aufweisen, eine drogenspezifische Betreuung zu beginnen (schwerere Drogenproblematik).

Aus Wien wird in den letzten Jahren ein Anstieg des Missbrauchs von Benzodiazepinen bei Personen in Substitutionsbehandlung berichtet. Unter den verwendeten und missbrauchten Benzodiazepinen stechen zwei Hauptgruppen hervor (Flunitrazepam und Oxazepam – Springer et al. 2008; vgl. Kap. 5.1 und 6.2).

Aus Graz wurde von der niederschweligen Drogeneinrichtung Kontaktladen eine starke Veränderung der Konsummuster eines Teils des Klientels in Richtung des bis August 2010 legal erhältlichen Mephedron (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a; vgl. Kap. 9.1 und 10) berichtet, wobei der teilweise exzessive intravenöse Mephedronkonsum auch nach der Illegalisierung der Droge andauerte. Als besonders problematisch werden die damit verbundenen starken körperlichen und psychischen Folgerscheinungen wie entzündete Venen, allgemeiner körperlicher Verfall, Depressionen, Schlafstörungen und das sehr stark ausgeprägte Verlangen nach Drogen geschildert (Caritas, Diözese Graz-Seckau, 2011; vgl. auch Kap. 7.2.). Der Mephedron-Boom scheint mittlerweile jedoch nachgelassen zu haben (Ederer p. M; Zeder, p. M.). Dennoch bleibt abzuwarten, ob sich hinsichtlich dieser Droge längerfristige Problemkonsummuster entwickeln. Aussagen über Prävalenz und Inzidenz lassen sich derzeit noch nicht machen. Neben diesen Informationen aus Graz wurde auch aus Vorarlberg der Konsum von Mephedron berichtet (Neubacher, p. M.).

4.2 Charakteristika und Konsummuster auf Basis von Datenquellen außerhalb des Behandlungsbereichs

Analysen zu den Konsummustern von nach § 12 SMG begutachteten Personen²⁴ liegen aus Salzburg und Kärnten vor (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2011, Drogenkoordination des Landes Kärnten 2011a). Wie in den Vorjahren zeigt sich in Salzburg, dass bei dieser Personengruppe der Konsum von Cannabis im Vordergrund steht (90 % von 546 Begutachtungen). Auf Kokain, „Ecstasy“, „Speed“ und Opiate beziehen sich jeweils 8 bis 15 Prozent und auf Halluzinogene 2 Prozent der Begutachtungen. 69 Prozent der Begutachtungen wurden wegen des Konsums einer Substanz, 21 Prozent wegen des Konsums von zwei Substanzen und 9 Prozent wegen des Gebrauchs von drei oder mehr Substanzen durchgeführt. In Kärnten wurden 2010 insgesamt 837 amtsärztliche Begutachtungen durchgeführt, bei denen in 457 Fällen eine Drogenproblematik festgestellt wurde. Auch hier betrifft der weitaus größte Teil Personen mit Leitdroge Cannabis (70 %; Opiate: 21 %; Alkohol: 5 %; alle anderen Drogen jeweils unter 3 %).

Im Rahmen des SDDCARE-Projekts (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a, vgl. Kap. 8.2) wurden sowohl mittels einer Sekundäranalyse von Behandlungsdaten als auch mittels qualitativer Interviews von Betroffenen die Konsummuster älterer Drogenkonsumierender untersucht. Die Autorinnen und Autoren kommen zu dem Schluss, dass sich „Generationseffekte“ zeigen. Über 35-Jährige bevorzugen eher Opioide als jüngere Drogenkonsumierende. Die älteste Gruppe der über 50-Jährigen hingegen greift hingegen verstärkt zu anderen, zum Teil legalen Substanzen. Letztere Entwicklung wird dadurch erklärt, dass mit steigendem Alter eine Tendenz zu einem weniger „auffälligen“ Konsumverhalten besteht. Insbesondere die qualitativen Interviews zeigen mannigfaltige Veränderungen der Konsumgewohnheiten über die Lebensspanne auf, wobei der Beginn einer Substitutionsbehandlung oft Initiator starker Veränderungen ist (Eisenbach-Stangl und Spirig, 2010; Eisenbach-Stangl. et al., 2010).

24

Personen, bei denen ein begründeter Verdacht auf Suchtgiftmissbrauch besteht und die aufgrund einer Anzeige, der Meldung einer Schulleitung, einer Militärdienststelle oder der Führerscheinbehörde hinsichtlich des Bedarfs einer gesundheitsbezogenen Maßnahme begutachtet werden.

4.3 Intensive, regelmäßige, langdauernde und andere problematische Formen des Drogengebrauchs

Zu intensiven, regelmäßigen, langdauernden und anderen problematischen Formen des Drogengebrauchs liegen neben den bereits in Kap. 4.1 und 4.2 referierten Daten keine weiteren Informationen vor.

5 Drogenbezogene Behandlungen

Einrichtungen, die drogenspezifische Beratung, Betreuung und Behandlung anbieten, finden sich in Österreich fast flächendeckend. An insgesamt rund 200 spezialisierten Einrichtungen wird stationäre oder ambulante Behandlung bzw. Beratung im Zusammenhang mit Sucht und illegalen Substanzen durchgeführt (GÖG/ÖBIG-eigene Erhebungen). Angebote zur drogenspezifischen Beratung, Betreuung und Behandlung werden sowohl durch spezialisierte Einrichtungen als auch im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung bereitgestellt (z. B. psychiatrische Krankenhäuser, psychosoziale Dienste, niedergelassener Bereich). Die stationären Angebote stehen Personen aus ganz Österreich, aber auch aus dem Ausland offen. Die Substitutionsbehandlung hat sich zur zahlenmäßig wichtigsten Behandlungsform entwickelt, wobei es laufend Bestrebungen zur Verbesserung gibt.

In Österreich wird großer Wert auf die Diversifikation der Behandlungsmöglichkeiten gelegt. In diesem Sinne war im letzten Jahrzehnt im stationären Bereich eine Entwicklung von Langzeit- zu Kurzzeittherapie und generell eine Flexibilisierung der Therapieangebote durch den Aufbau von Modulsystemen zu beobachten. Substitutionsbehandlungen werden auch stationär angeboten, Entzugsbehandlungen auch ambulant. Die meisten Angebote der Suchtberatung und -behandlung sind nicht auf bestimmte Substanzen ausgerichtet bzw. werden zunehmend auf legale Substanzen und stoffungebundene Süchte (z. B. Angebote für Spielsüchtige) ausgeweitet. Getrennte Angebote finden sich aber nach wie vor für legale und illegale Substanzen, vor allem im stationären Bereich. Spezifische Angebote (z. B. für Kokain- oder Cannabis-Konsumierende in der Suchtberatung) ergänzen das Spektrum, wo es notwendig ist. Um auf die individuellen Bedürfnisse und Lebensumstände von Suchtkranken besser eingehen zu können, steht auch in der Substitutionsbehandlung eine Reihe von verschiedenen Substanzen zur Verfügung. Da das Ziel das Schaffen eines durchgängigen Betreuungsnetzwerks ist, beinhalten die meisten Angebote auch diverse Vorbereitungs- und Nachbetreuungs-, Freizeit- und Reintegrationsmaßnahmen (vgl. Kap. 8.2) sowie Maßnahmen für spezielle Zielgruppen (z. B. Jugendliche, Personen mit psychiatrischer Komorbidität). Einen Überblick über das Drogenhilfesystem bieten ST24, SQ27 und die Karten 5.1, 5.2 und 5.3. Die Angebote werden auf den Websites, in den Jahresberichten und Newsletters der Einrichtungen, aber auch in früheren Berichten des ÖBIG und im „Best practice portal“ der EBDD ausführlich beschrieben (siehe Quellenverzeichnis).

Auch im Bereich der Suchtberatung und -behandlung werden die bestehenden Angebote zunehmend auf legale Drogen und auf stoffungebundene Süchte ausgeweitet bzw. durch entsprechende Maßnahmen ergänzt (z. B. Nikotin-Entwöhnungsprogramme und Angebote für Spielsüchtige), die in diesem Bericht nicht dargestellt werden können.

Daten zur Beschreibung der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe liefert seit 2006 die einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI), an der sich die meisten relevanten Drogeneinrichtungen Österreichs beteiligen (vgl. ST3 und ST TDI). Die Datenerfassung inkludiert alle seitens der EBDD definierten Fragen. Zusätzlich werden auf freiwilliger Basis Daten zu Infektionskrankheiten (ebenefalls gemäß den Richtlinien der EBDD) und ICD-10-Codes erfasst. Eine weitere Datenquelle stellt das Substitutionsregister dar, das seit 1989 am BMG geführt wird (vgl. ST3 und ST TDI). Hinsichtlich Charakteristika der Klientinnen und Klienten werden nur Geschlecht, Alter und Bundesland des Lebensmittelpunkts erhoben. Eine weitere wichtige Datenquelle stellt die Basisdokumentation der Einrichtungen des Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerkes (BADO) dar.

5.1 Strategie/Politik

Die Behandlungsstrategien sind in den **Drogen- bzw. Suchtkonzepten oder -plänen** der Bundesländer bzw. in den relevanten Gesetzestexten festgelegt. Im Berichtszeitraum wurde ein neuer Suchtplan 2011–2015 für NÖ beschlossen und der Suchtplan für Kärnten für den Zeitraum 2012–2016 fortgeschrieben (vgl. Kap. 1.2). Hinsichtlich Behandlung relevant sind die im Maßnahmenteil des NÖ Suchtplans enthaltenen Pläne zur Schaffung neuer Therapieangebote für Kinder und Jugendliche sowie zum flächendeckenden Ausbau von Angeboten für Angehörige (Fachstelle für Suchtprävention NÖ 2010). Aber auch die Versorgung von opioidabhängigen Personen mit einer Substitutionsbehandlung im niedergelassenen Bereich soll wieder verbessert werden. Mit etwas geringerer Priorität versehen ist das Ziel, die bestehenden Angebote für verschiedene spezifische Zielgruppen zu adaptieren. Auch im Bereich der Beratung/Behandlung berücksichtigt der neue NÖ Suchtplan 2011–2015 einen umfassenden Ansatz (vgl. Kap. 1.2) und enthält als weiteres Ziel die Entwicklung von Maßnahmen für substanzungebundenes Suchtverhalten.

Hinsichtlich neuer **Verordnungen** ist aus dem Berichtszeitraum lediglich von einer Änderung der Weiterbildungsverordnung zu berichten (vgl. Kap. 1.1), die die Führung der Liste der zur Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Personen qualifizierten Ärztinnen und Ärzte auf einer beim BMG dafür geschaffenen Web-Applikation betrifft.

Die Bemühungen zur Verbesserung der **Versorgungssituation hinsichtlich der Substitutionsbehandlung** opiatabhängiger Personen wurden im Berichtszeitraum fortgesetzt, waren jedoch nicht immer erfolgreich. So hat die Anzahl der niedergelassenen und zur Substitutionsbehandlung berechtigten Ärztinnen und Ärzte in manchen Regionen weiterhin abgenommen. In NÖ z. B. praktizieren von ca. 305 (vor der 1. Weiterbildungsverordnung) nur mehr 50 (Hörhan (p. M.)). Die Karte 5.1 zeigt, dass in sechs Bundesländern in mindestens einem Bezirk keine zur Substitutionsbehandlung berech-

tigte Ärztin / kein dazu berechtigter Arzt praktiziert. Es bleibt den Patientinnen bzw. Patienten zum Teil nichts anderes übrig, als auf Behandlungsmöglichkeiten in anderen Regionen auszuweichen. Der Verein Dialog beispielsweise berichtet von einem hohen Anteil an Klientinnen bzw. Klienten aus NÖ (Verein Dialog 2011). In Graz (Steiermark) ist die Situation so angespannt, dass der Ausfall eines niedergelassenen Arztes im Jahr 2010 zu einem Versorgungseingpass in der Substitutionsbehandlung geführt hat (Ederer, p. M.). Übergangsmäßig erfolgen nun Indikation und Weiterbehandlung in der Drogenambulanz der Landesnervenklinik Sigmund Freud (LSF). Zukünftig soll dies durch eine interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle übernommen werden, die neben Indikationsstellung und Weiterbehandlung auch eine Case-Management-Funktion haben und einen niederschweligen Zugang zur Substitutionsbehandlung gewährleisten soll. Als unzureichend wird auch die Situation hinsichtlich der Aus- und Fortbildung bezeichnet: Eine suchtspezifische Ausbildung erfolgt nur an der Drogenambulanz des LSF.

Ein Weg in diese Richtung sind **Honorarvereinbarungen** zwischen Ärztekammern und Gebietskrankenkassen (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a). In Salzburg konnte im Jahr 2010 auf der Grundlage der Beratungen im Arbeitskreis für Substitution eine Einigung über die Finanzierung der Substitutionstherapie in den Drogenberatungsstellen St. Johann im Pongau und Zell am See durch einen Pauschalbetrag der Salzburger Gebietskrankenkasse pro Klient/in und Quartal erzielt werden (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2011). Auch die weiteren Rahmenbedingungen für eine Substitutionsbehandlung in diesen Beratungsstellen wurden geklärt (Rezepturbefugnis, personelle Aufstockung der Sozialarbeit), dennoch finden sich nach wie vor kein/e Ärztin bzw. Arzt dafür. In NÖ gibt es weiterhin keine eigene Honorarposition für die Substitutionsbehandlung (Hörhan, p. M.).

Eine weitere Strategie ist die **Diversifizierung des Behandlungsangebots** (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a). In Salzburg wurde in dieser Hinsicht mit der Substitutionsstelle für Opiatabhängige (SUST) vereinbart, dass in Abhängigkeit von der Stabilität der Klientinnen und Klienten zwei Behandlungsvarianten angeboten werden: die umfassende multiprofessionelle Betreuung inklusiver täglicher Abgabe des Substitutionsmittels in der SUST sowie die weniger intensive Variante mit individuell festgelegten Terminen für die Begleitbetreuung und Verordnung eines Dauerrezeptes durch die SUST (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2011). Die Abgabe des Substitutionsmittels erfolgt im zweiten Fall durch die Apotheke.

Um den **Missbrauch von Substitutionsmitteln** (vgl. Kap. 9.1) einzudämmen, wurde von der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) ein Kooperationsprojekt ins Leben gerufen, an dem die Exekutive, die Gesundheitsbehörde der Stadt Wien (MA 40), der Gesundheitsdienst der Stadt Wien (MA 15) und das Institut für Suchtdiagnostik (ISD) beteiligt sind. Dieses Projekt wurde im Bereich Karlsplatz getestet und aufgrund des Erfolges Anfang 2011 auf ganz Wien ausgeweitet (SDW 2011a). Folgende Vorgangswei-

se wurde vereinbart: Bei einer Anzeige wegen Verdachts auf Handel mit Substitutionsmitteln wird die Meldung beschleunigt an die MA 40 und von dort ebenfalls beschleunigt an die MA 15 übermittelt. Bei suchtkranken Verdächtigen wird anschließend auch das ISD informiert. Befindet sich die verdächtige Person in Substitutionsbehandlung, so wird von der/dem zuständigen Amtsärztin bzw. Amtsarzt die/der verschreibende Ärztin bzw. Arzt kontaktiert und die Mitgaberegulierung sowie die Einnahme des Substitutionsmittels so gestaltet, dass ein Abzweigen erschwert bzw. verhindert wird. In diesen Fällen müssen Morphin-Kapseln in der Apotheke geöffnet, in ein Glas Wasser geleert und vor Ort ausgetrunken werden, auch alle anderen Substitutionsmittel müssen in der Apotheke kontrolliert eingenommen werden. Allfällige Urlaubsmittgaben sind besonders sorgfältig zu prüfen. Besteht außerdem der Verdacht, dass extrem hohe Dosen von Benzodiazepinen verschrieben und Teile davon für den Handel abgezweigt wurden, so soll auch diese Problematik mit der/dem behandelnden Ärztin bzw. Arzt besprochen werden. Die im Rahmen dieser Vorgangsweise gesetzten Maßnahmen werden durch die MA 15 dokumentiert. Angezeigte Personen, die selbst konsumieren, werden in das ISD zur suchtdiagnostischen Begutachtung eingeladen. Eine standardisierte Ergebnisauswertung erfolgt durch die SDW.

Die in Wien im Jahr 2008 begonnene Auseinandersetzung mit dem **Missbrauch von Benzodiazepinen** bei opiatabhängigen Personen in Erhaltungstherapie (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b) läuft nach wie vor. Seit 2010 beschäftigt sich auch ein beim BMG eingerichteter Ausschuss zur Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Personen mit dieser Problematik. Die Erarbeitung von Leitlinien für die Stabilisierung, Eingrenzung und Senkung des Benzodiazepinkonsums und einer adäquaten Therapie evtl. bestehender psychiatrischer Erkrankungen für diese Personengruppe ist im Laufen. Von der SDW (2011a) wird zum aktuellen Stand der Diskussionen und der vorgeschlagenen Empfehlungen berichtet, dass Hinweise und Erfahrungsberichte einen ansteigenden Konsum von Benzodiazepinen generell bzw. als Beikonsum während einer Substitutionsbehandlung sowie die Verschreibung von hohen Dosen vermuten lassen (vgl. Kap. 4). Zusätzlich wird von Rezeptfälschungen berichtet. Diskutiert werden daher folgende Empfehlungen:

- » In der Behandlung von polytoxikomanen Suchtkranken sollten keine Dosen von Benzodiazepinen verordnet werden, die höher als die zugelassenen therapeutischen Dosen sind. Höhere Dosen sollten langfristig reduziert werden. Die Verordnung von Dosen, die höher als die zugelassenen therapeutischen Dosen sind (= „off label“-Verordnung), ist verbunden mit einer höheren Verantwortung der verschreibenden Ärztinnen und Ärzte, einer höheren Haftung und der Verpflichtung zur Begründung und Dokumentation dieser Vorgangsweise.
- » Die Verordnung von Opioiden und Benzodiazepinen bzw. anderen psychotropen Arzneimitteln sollte aus einer Hand und nur von einer/einem suchtmmedizinisch ausgebildeten Ärztin bzw. Arzt erfolgen. Bei Betreuung durch mehrere Ärztinnen

und Ärzte verschiedener Fachrichtungen ist eine gegenseitige Information über die jeweiligen Verordnungen nötig.

- » Bei der Behandlung von polytoxikomanen Klientinnen und Klienten sollte ein längerfristiger Therapieplan vorliegen. Eine kurzfristige Verschreibung für offensichtlich suchtkranke Personen sollte nur nach strenger Indikationsstellung bzw. Rücksprache mit der/dem substituierenden Ärztin bzw. Arzt erfolgen.
- » In den Fällen, in denen ein Kassenrezept für die Verordnung von Benzodiazepinen verwendet werden kann, ist die Ausstellung eines Privatrezeptes unzulässig.
- » Aufgrund der suchtfördernden Wirkung sowie der Pharmakokinetik von Flunitrazepam und eines damit zusammenhängenden Risikos für Überdosierungen bei polytoxikomanen Patientinnen und Patienten wird die Verordnung dieses Wirkstoffes abgelehnt. Eine Umstellung auf eine möglichst niedrige Erhaltungsdosis an Oxazepam, Diazepam oder Clonazepam wird empfohlen.
- » Bei einem erhöhten Bedarf an Benzodiazepinen sollte eine psychiatrische Abklärung und bei Bedarf eine Therapie inklusive Verschreibung von Psychopharmaka anstelle der Verordnung von Benzodiazepinen erfolgen.
- » Ambulante Entzugsbehandlungen von Benzodiazepinen sollen durch Fortbildungsmaßnahmen gefördert werden.
- » Für einen Teil der Klientinnen und Klienten kann ein Monatsbedarf von Benzodiazepinen definiert und über das Automatische Bewilligungssystem der Sozialversicherungsträger (ABS) eingereicht werden. Diese Bewilligung kann nur einmal pro Monat erfolgen und wird durch das ABS dokumentiert. Der Tagesbedarf für diesen Zeitraum soll analog zur Abgabe des Substitutionsmittels in der Apotheke abgeholt werden.

Eine Studie²⁵ zur Erweiterung bestehender Substitutionsangebote (Meidlinger 2011) bestätigt, dass die Mehrheit der Befragten einen Bedarf zu einer Diversifikation der existierenden Angebote sieht und sowohl ein intravenöses Angebot als auch eine ärztliche Verordnung von Diacetylmorphin befürwortet. Zielgruppe wären Personen, die intravenös konsumieren bzw. vom System nicht gehalten oder erreicht werden. Als Voraussetzung wird, abgesehen vom politischen Willen, eine fachlich fundierte Aufklärung gesehen, die zu gesellschaftlicher Akzeptanz des Angebots führt.

25

Dafür wurden elf leitfadengestützte Einzelinterviews mit Fachleuten unterschiedlicher Einrichtungen der Suchthilfe in Wien und Tirol durchgeführt. Die Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring.

5.2 Behandlungssysteme

Einen Überblick über die Verteilung von Ärztinnen und Ärzten, die zur Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Personen berechtigt sind, gibt Karte 5.1. Darin wird einerseits das Verhältnis der mit Stand Juni 2011 berechtigten Ärztinnen und Ärzten zum gesamten Potenzial dargestellt (d. h. zu jenen Ärztinnen und Ärzten, die aufgrund ihrer Fachrichtung für die Durchführung einer Substitutionsbehandlung geeignet wären²⁶). Dabei ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Ärztinnen und Ärzte mit einer Berechtigung zur Substitutionsbehandlung neue Patientinnen und Patienten aufnehmen (dies wird z. B. aus NÖ berichtet). Aufgrund der derzeitigen Datenlage kann auch kein Bezug zum tatsächlichen Bedarf an Substitutionsbehandlung hergestellt werden. Andererseits enthält die Karte Informationen zur Aufteilung der Ärztinnen und Ärzte in jene, die sowohl zur Einstellung als auch zur Weiterbehandlung berechtigt sind, und diejenigen, die nur weiterbehandeln dürfen.

Einen Überblick über spezialisierte Einrichtungen des Suchthilfesystems (ausgenommen jener, die ausschließlich auf Alkoholabhängigkeit ausgerichtet sind) geben die Karten 5.2 und 5.3. Das Erfassen einzelner Einrichtungen ist, wie auch Eisenbach-Stangl et al. 2009 am Beispiel Wiens feststellen, aufgrund der vielfältigen Organisationsformen nicht einfach. Manche Einrichtungen der Wiener Suchthilfe befinden sich sogar außerhalb Wiens. Zusätzlich müsste berücksichtigt werden, dass Drogenabhängige auch in nichtspezialisierten Einrichtungen behandelt werden (z. B. Abteilungen für Psychiatrie in Spitälern). Die Karten stellen einen Versuch dar, die regionale Verfügbarkeit von Suchtberatung und -behandlung sichtbar zu machen und gleichzeitig die Übersichtlichkeit zu wahren. Die ausgewählten drogenspezifischen Angebote sind nach Gemeinden aufgeschlüsselt.

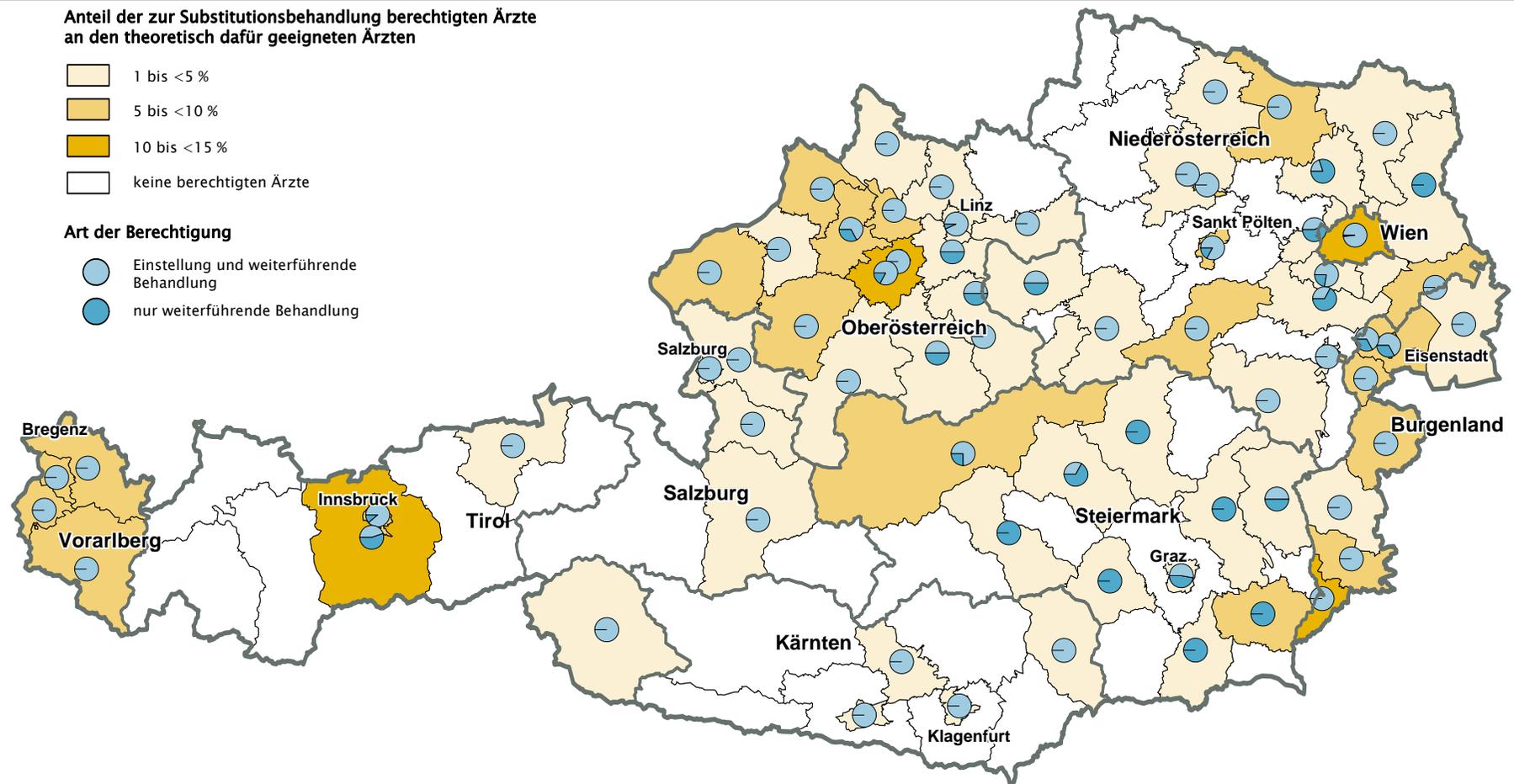
Die **Kapazitäten** des österreichischen Suchthilfesystems werden laufend ausgebaut, reichen jedoch noch immer nicht aus. Dies zeigt sich an den Wartelisten und Wartezeiten, die je nach Einrichtung und Angebot bis zu mehreren Wochen oder Monaten betragen können. Die Situation ist regional sehr unterschiedlich, so wird z. B. von teilweise mehrmonatigen Wartezeiten für die Aufnahme in die Therapiestation Carina oder Lukasfeld sowie von einer sehr hohen Auslastung, auch im Bereich der Substitutionsbehandlung, in den drei Beratungsstellen berichtet (Stiftung Maria Ebene 2011).

26

Für die vorliegende Abbildung wurden jene Personen ausgewählt, die laut der Österreichischen Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer entweder Allgemeinmediziner/innen sind oder einen Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie (Additivfach Neuropädiatrie) haben. Es wurden die Angaben aus dem Jahr 2010 zu den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und deren erste Ordinationsadresse verwendet. Die Angaben der substitutionsberechtigten Ärztinnen und Ärzte stammen aus der beim BMG geführten Liste (LISA).

Karte 5.1:

Verteilung der zur oralen Substitutionsbehandlung berechtigten Ärztinnen und Ärzte, Stand Juni 2011



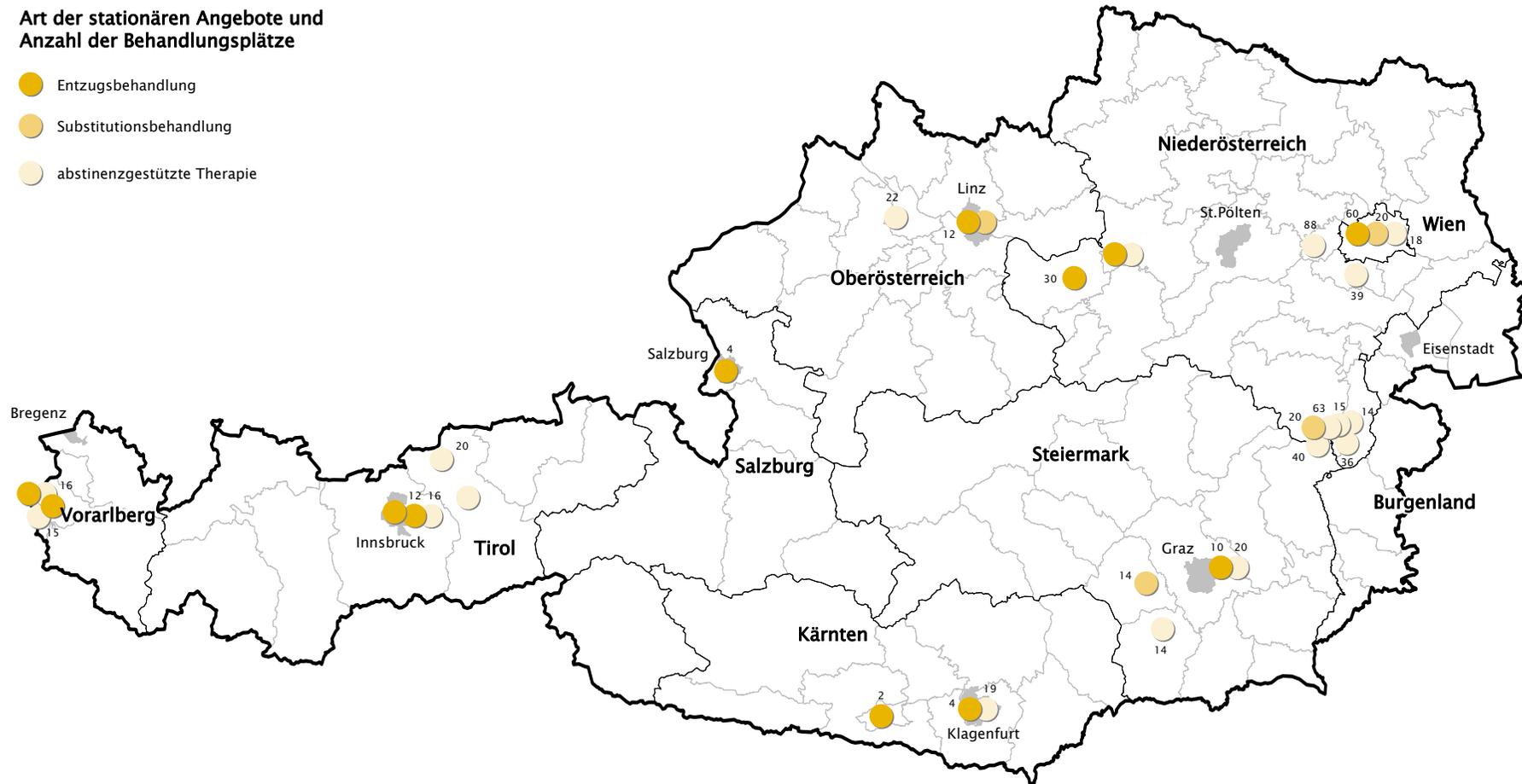
Quelle: BMG (betreffend LISA) und Ärzteliste der ÖÄK; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Karte 5.2:

Spezialisierte stationäre Angebote zur Behandlung von Drogenabhängigen, 2011

Art der stationären Angebote und Anzahl der Behandlungsplätze

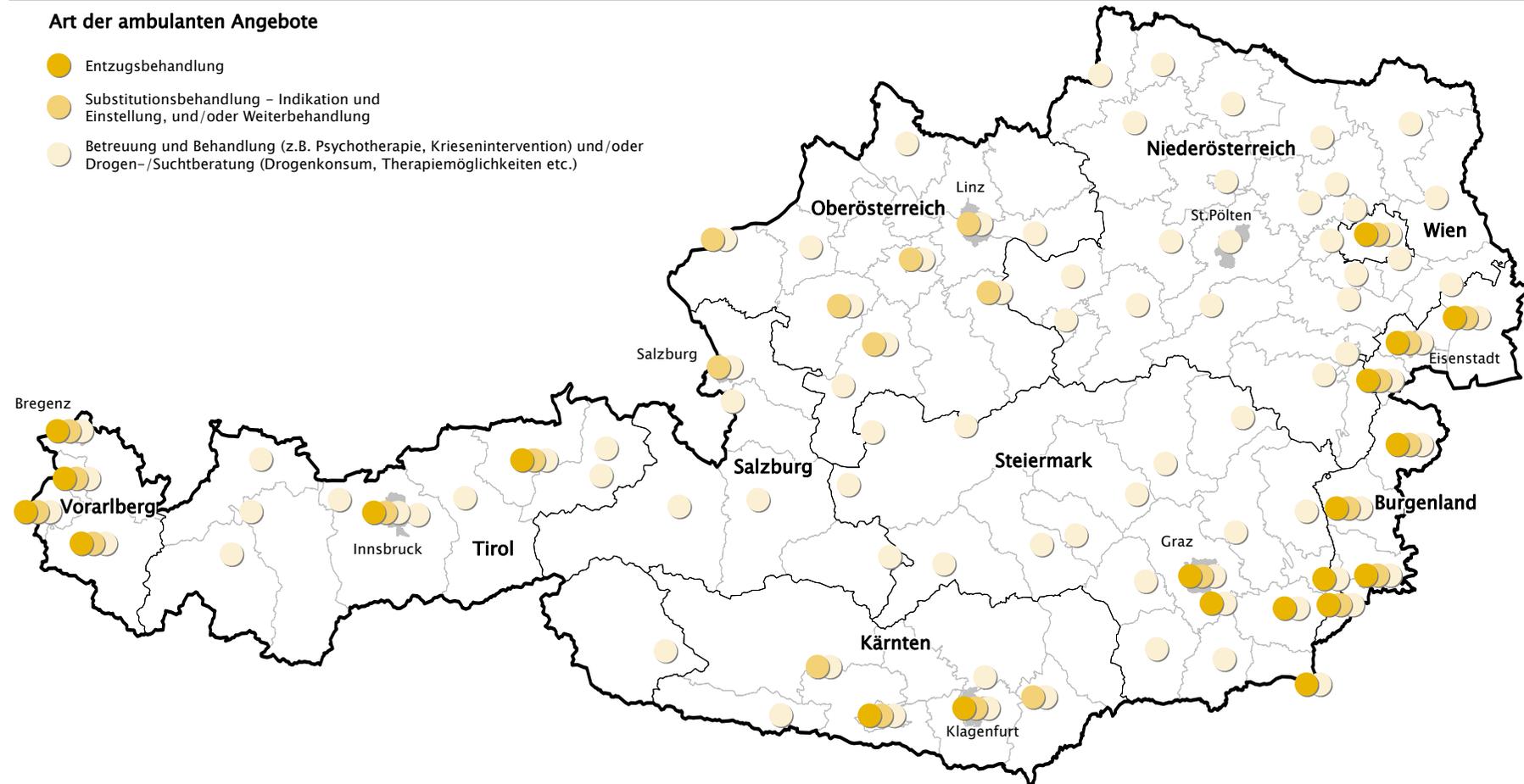
- Entzugsbehandlung
- Substitutionsbehandlung
- abstinenzgestützte Therapie



Quelle: GÖG/ÖBIG unter Einbindung der Sucht- und Drogenkoordinationen der Länder; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Karte 5.3:

Spezialisierte ambulante Angebote zur Beratung, Betreuung und Behandlung von Drogenabhängigen, 2011



Quelle: GÖG/ÖBIG unter Einbindung der Sucht- und Drogenkoordinationen der Länder; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Vom Verein Dialog wird berichtet, dass im Jahr 2010 in allen Beratungsstellen zeitlich befristete Aufnahmestopps notwendig waren (Verein Dialog 2011). Um diese besser planen zu können, wurde ein Instrument entwickelt, das wöchentlich aufgrund der aktuellen Auslastung und der verfügbaren Ressourcen die möglichen Neuaufnahmen für die Folgewoche ermittelt. Als eine weitere Folge der hohen Auslastung wird eine intensivere Reflexion der Behandlungspläne notwendig, um besonders stabile Klientinnen und Klienten auch an weniger spezialisierte Einrichtungen vermitteln zu können. Trotz knapper Ressourcen stieg die Anzahl der vom Verein Dialog insgesamt betreuten Angehörigen von 2009 auf 2010 um ca. 23 Prozent. In Salzburg konnten wiederum trotz unveränderter Bettenzahl für die stationäre Behandlung Wartezeiten bei der Aufnahme verhindert werden (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2011). Als Grund dafür wird zwar auch die gute Kooperation zwischen Universitätsklinik und Drogenberatungsstellen angegeben, die Durchführung von Entzugsbehandlungen in psychiatrischen Krankenhäusern anderer Bundesländer trug dazu aber ebenfalls wesentlich bei. Dies ist nur in jenen Fällen möglich, wo bereits eine Drogentherapie vereinbart wurde und die dafür vorgesehene Einrichtung eine Kooperationsvereinbarung mit einem psychiatrischen Krankenhaus hat.

Im Burgenland konnten in den letzten Jahren die Ressourcen so weit aufgestockt werden, dass nun in allen Beratungsstellen des Psychosozialen Dienstes Burgenland GmbH (PSD) mindestens einmal wöchentlich eine fachärztliche Beratung angeboten werden kann (Miksch, p. M.). Alle Beratungsstellen des PSD sind seit April 2010 als §-15-Einrichtungen nach SMG anerkannt. In Salzburg konnte das Beratungsangebot in den Beratungsstellen in St. Johann im Pongau und in Tamsweg geringfügig erweitert werden (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2011). Seit 2010 wird in den Beratungsstellen in St. Johann im Pongau und in Zell am See in geringem Ausmaß auch ärztliche Beratung angeboten. Im Dezember 2010 wurde der *Verein Suchtberatung Tirol* neu gegründet (Kern, p. M.). Die Haupttätigkeit des Vereins erstreckt sich auf die Beratung und Betreuung von Personen mit einem problematischen Konsum von illegalen Substanzen.

In Vorarlberg wurde im Frühling 2011 mit dem Neubau einer Entzugsstation bei der Therapiestation Lukasfeld begonnen (Neubacher, p. M.). Der Erweiterungsbau der Therapiestation Carina, an dessen Bauprozess die Klientinnen und Klienten aktiv beteiligt waren (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a), wurde im Mai 2011 eröffnet²⁷. Handwerkliches Gestalten ist Teil des Behandlungskonzeptes der Therapiestation Carina und soll einerseits den Mut und Willen vermitteln, das eigene Leben zu gestalten, andererseits wirkt sich dies positiv auf die Beziehung zwischen Therapeut/in und Klient/in aus.

27

<http://www.mariaebene.at/admin/web/carina.php?textID=6821&katID=200> (20. 5. 2011)

Von manchen Einrichtungen wird versucht, über neue Angebote **neue Zielgruppen** zu erreichen bzw. das bestehende Angebot **spezifischer auf die Zielgruppen auszurichten**. Allerdings muss hier eine Balance gefunden werden zwischen immer mehr sehr spezialisierten Angeboten für verschiedene Zielgruppen und den verfügbaren Rahmenbedingungen (Ressourcen). Dieses Ausbalancieren wird mit zunehmendem Wissen über die spezifischen Bedürfnisse verschiedener Zielgruppen relevant. Im Berichtszeitraum wurde diese Auseinandersetzung v. a. zu den Zielgruppen ältere Suchtkranke und Suchtkranke mit unterschiedlicher ethnischer Herkunft geführt. Hinsichtlich letzterer Zielgruppe wird von der Drogenberatung des Landes Steiermark (2011) von einem neuen Kooperationsprojekt berichtet, bei dem durch eine rasche und geregelte Zusammenarbeit mit Dolmetscherinnen/Dolmetschern des *Verein Omega – Transkulturelles Zentrum für psychische und physische Gesundheit und Integration* die muttersprachliche Betreuung von Suchtkranken mit Migrationshintergrund gewährleistet werden soll. Grund für den *Dolmetschpool* war der steigende Bedarf an Beratungen und Therapien für nicht-deutschsprachige Klientinnen und Klienten in der Drogenberatung.

Hinsichtlich älterer Suchtkranker (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b und 2010a) liegen inzwischen weitere Empfehlungen vor. Demnach bedarf es adäquater Versorgungskonzepte für die medizinische Versorgung, die mit psychosozialer Unterstützung gekoppelt sein sollte (Eisenbach–Stangl und Spirig 2010). Erforderlich v. a. für jene, die den Drogenkonsum kontrollieren und reduzieren möchten, sind flexible und individuell abgestimmte Behandlungsprogramme. Es wird außerdem empfohlen, bei der Planung den Versorgungsbedarf im ländlichen und kleinstädtischen Raum zu berücksichtigen. Zusätzlich sollte sowohl das Verhältnis von Männern zu Frauen (4:1) gleichzeitig aber auch deren individuelle Bedürfnisse nicht vergessen werden.

Als neue Zielgruppe können jugendliche Mephedron–User/innen angeführt werden, die nicht nur im niederschweligen Bereich (vgl. Kap. 7), sondern auch im Bereich der Suchtberatung im Jahr 2010 Thema waren. Der Verein Dialog (2011) sieht hier neben der medizinischen und psychosozialen Betreuung einen Bedarf an Aufklärung über Wirkungsweisen, mögliche Risiken und Gefahren einzelner Substanzen. Zusätzlich benötigt werden ambulante und stationäre Hilfsangebote für Jugendliche mit psychiatrischen Störungsbildern, die im Verein Dialog vermehrt anzutreffen sind. Von b.a.s. (2011) wird berichtet, dass v. a. die Weitervermittlung dieser Jugendlichen zu medizinischen Behandlungsangeboten sowie die Beratung und Information von Eltern und anderen Angehörigen notwendig war.

Das Spezialangebot für Jugendliche an der Integrativen Suchtberatung (IS) Gudrunstraße wurde im Berichtszeitraum evaluiert, erste Ergebnisse wurden bei der Tagung des

Vereins Dialog im Herbst 2010²⁸ präsentiert. Dabei zeigte sich, dass aufgrund des Ausmaßes an Belastungsfaktoren bei den betreuten Jugendlichen ein rascher, niederschwelliger und unkomplizierter Zugang erforderlich ist. Gleichzeitig braucht es aber auch ausreichend Zeit für den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses. Bei einem Teil der Jugendlichen steht die Sicherung des Überlebens im Vordergrund, was auch eine Substitutionsbehandlung einschließt. Ein nachgehendes Setting zur Betreuung ist hilfreich und Flexibilität unbedingt notwendig. Bei einer weiteren Gruppe von Jugendlichen wurde festgestellt, dass zwar noch kein problematischer Konsum vorliegt, aber in deren Umfeld Probleme bestehen. Die Vermittlung zu anderen, passenderen Hilfsangeboten wäre notwendig, gestaltet sich zum Teil jedoch sehr schwierig (Verein Dialog 2011). Das Angebot *girrrls action* wurde evaluiert und aufgrund der positiven Ergebnisse in den Regelbetrieb übernommen.

Der Verein b.a.s. bietet seit dem Frühling 2011 Online-Beratung an²⁹. Die entsprechenden Mitarbeiter/innen wurden zu Online-Beraterinnen und -Beratern ausgebildet, das Angebot orientiert sich an professionellen Kriterien. Anonyme Online-Beratung wird als sinnvolle Ergänzung der bestehenden Angebote gesehen, die suchtkranken Personen und ihren Angehörigen die Kontaktaufnahme erleichtert. Der Austausch per E-Mail kann bereits einen Reflexionsprozess einleiten und somit Lösungen ermöglichen, kann aber auch die Motivation für eine persönliche Beratung in der Beratungsstelle erhöhen.

Hinsichtlich der Angehörigenarbeit in NÖ wird derzeit einerseits an einem Konzept gearbeitet, das die Angebote stärker bündeln soll, andererseits werden Qualitätsstandards für diesen Bereich entwickelt (Hörhan, p. M.). Auch Selbsthilfegruppen sollen stärker etabliert werden.

In der Therapiestation Carina lag im Jahr 2010 der Schwerpunkt der inhaltlichen Auseinandersetzung auf Traumatisierungen in der frühen Kindheit, in der Folge wurde ein neues Diagnostikum zur differenzierten Erfassung komplexer Traumatisierungen aufgenommen. Die letzte Katamnesestudie³⁰ der Therapiestation Carina (Stiftung Maria

28

<http://www.30dialoge.at/dialog-der-generationen-fachtagung/> (2. 3. 2011)

29

http://www.suchtfragen.at/default.asp?id=news_details&snr=60 (30. 5. 2011)

30

Die 49 Klientinnen und Klienten des Behandlungsjahres 2009 wurden ein Jahr nach Abschluss der Therapie telefonisch kontaktiert. Der auf Basis eines Fragebogens der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS) entwickelte und kontinuierlich adaptierte Fragebogen wurde entweder direkt ausgefüllt oder zugesendet. Als Ausschöpfungsquote ergaben sich 53 Prozent, d. h., 26 Personen konnten erreicht und befragt werden.

Ebene 2010) zeigt, dass im Jahr 2009 63 Prozent der Klientinnen und Klienten ihre Therapie erfolgreich abschließen konnten, während ca. ein Drittel die Therapie abgebrochen hat oder entlassen wurde. Dieser Anteil blieb über die letzten vier Jahre relativ unverändert. Als Abstinenzquote wurden 61 (illegale Substanzen) bzw. 39 Prozent (Alkohol) errechnet, wobei ausschließlich die nach einem Jahr erreichten Personen herangezogen wurden. Werden die nicht erreichten Personen berücksichtigt und als rückfällig betrachtet, so liegen die Abstinenzquoten bei 33 (illegale Substanzen) bzw. 29 Prozent (Alkohol). Rund 90 Prozent nahmen Nachsorgeangebote an, über 90 Prozent berichteten von einer Verbesserung ihrer Lebensqualität im Vergleich zur Zeit vor der Therapie. Ihren Therapieerfolg schätzen 65 Prozent als gut oder sehr gut ein, 81 Prozent sind mit ihrer Therapie zufrieden oder sehr zufrieden. 35 Prozent befinden sich ein Jahr nach der stationären Therapie in einer Substitutionsbehandlung.

An der Therapiestation Lukasfeld ist im Jahr 2010 die durchschnittliche Aufenthaltszeit gestiegen, der Trend zu einer Abnahme der regulären Abschlüsse hat sich fortgesetzt (Stiftung Maria Ebene 2011). Das wird unter anderem auf die teilweise sehr jungen Klientinnen und Klienten sowie auf den zunehmenden heimlichen Konsum von nicht nachweisbaren Substanzen im Haus zurückgeführt. Als weiterer möglicher Faktor wird der Anstieg der Abbruchrate in der Gruppe jener Klientinnen und Klienten genannt, die Therapie statt Strafe in Anspruch nehmen. Dies wird auf die fehlenden kurzfristigen Konsequenzen vor Gericht zurückgeführt. Ein letzter Faktor könnte der Anstieg der Leitdroge Opiate sein. Als positiv für die Einrichtung wird bewertet, dass die meisten Klientinnen und Klienten, die die Therapie abgebrochen haben oder entlassen wurden, diese zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufnehmen wollten.

Zur **Qualitätssicherung** in der Suchtbehandlung gibt es laufend verschiedenste Aktivitäten, einerseits werden Handlungsanleitungen und Weiterbildungsveranstaltungen durchgeführt, andererseits werden Maßnahmen in den Einrichtungen bzw. auf organisatorischer Ebene gesetzt. In NÖ ist Qualitätssicherung und Dokumentation als neuer Bereich in den NÖ Suchtplan 2011–2015 aufgenommen worden (vgl. Kap. 1). Eine landesweit einheitliche Suchtdatenbank für Dokumentations- und Analysezwecke ist in diesem Zusammenhang geplant. Die in NÖ bestehenden Qualitätssicherungsmaßnahmen wurden analysiert und für ausreichend befunden (Hörhan, p. M.). An einer standardisierten Schnittstelle, die unter Berücksichtigung des Datenschutzes eine bessere Übergabe von Klientinnen und Klienten zwischen verschiedenen Suchthilfeeinrichtungen ermöglicht, wird gearbeitet.

In Kärnten wurde ein *Koordinationssteam – ambulante Drogenhilfe* gebildet, in dem die Leiterinnen und Leiter aller ambulanten Einrichtungen vertreten sind (Prehslauer, p. M.). Aufgabe dieses Teams ist es, die Diversifizierung der ambulanten Angebote sowie die Sicherstellung der Nahtlosigkeit der Betreuung zwischen den einzelnen Einrichtungen bzw. zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor zu koordinieren.

Im Jahr 2010 wurden in Wien der Produktkatalog der stationären Therapieleistungen und der Erhebungsbogen zur multidimensionalen Diagnostik (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a) evaluiert und optimiert (SDW 2011a). Zusätzlich wurde das Konzept eines mehrdimensionalen Dokumentationssystems – unter Berücksichtigung von Produktkatalog und multidimensionaler Diagnostik (MD) – entwickelt, das die bisherige BADO ablösen soll. Eine wesentliche Neuerung im Vergleich zum bestehenden System ist die Erfassung von erbrachten Leistungen. In diesem Zusammenhang sollen auch zeitliche Behandlungsverläufe von pseudonymisierten Klientinnen und Klienten darstellbar sein. Auf diese Weise sollen Aussagen über die Leistungserbringung sowie die Effektivität von Therapieansätzen und den Einsatz von Ressourcen möglich werden. Ein weiterer Aspekt ist die Dokumentation der Leistungserbringung an verschiedenen Zielgruppen. Das Wiener Pilotprojekt der Begutachtung durch das ISD, das eine zweite Meinung³¹ vorsieht, wurde 2010 in den Regelbetrieb übernommen und ausgeweitet. Für Personen, die eine Langzeittherapie am API, im Schweizer Haus Hadersdorf oder im Grünen Kreis beginnen wollen und dafür einen Antrag auf Förderung durch die SDW stellen, muss diese zweite Meinung eingeholt werden.

Im Berichtszeitraum wurde wieder eine Reihe von **Veranstaltungen** organisiert, die die fachliche Auseinandersetzung mit bestimmten Themen bzw. den Austausch unter Fachleuten fördern sollen, hier aber nicht vollständig aufgelistet werden können. Bei der API-Tagung zum Thema *Transkulturelle Suchtbehandlung – Gegenwartssituation und Zukunftsvision* im Januar 2011 in Wien wurde die Transkulturalität in verschiedenen Zusammenhängen beleuchtet und deren Bedeutung für die Suchthilfe diskutiert. Die 2. Studientage zum Thema *Komplexe Suchtarbeit* der Caritas Graz im März 2011 setzten sich mit den verschiedenen Aspekten und Modellen eines Suchthilfeverbands auseinander. Beim *14. Substitutions-Forum* im April 2011 in Mondsee stand das Thema Substitutionsbehandlung und komorbide Erkrankungen im Vordergrund, diskutiert wurde aber auch die aktuelle Situation der Substitutionsbehandlung³². Vom Verein Dialog wurde im Rahmen der Aktivitäten zum dreißigjährigen Bestehen (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a) im Herbst 2011 eine Tagung³³ zum Thema *Dialog der Generationen* organisiert. Dabei wurden Erfahrungen in der Arbeit mit Jugendlichen sowie notwendige Angebote für ältere Suchtkranke, aber auch für Suchtkranke mit Migrationshintergrund diskutiert.

31

Diese soll vor der Inanspruchnahme einer von der SDW geförderten stationären Therapie eingeholt werden und dient der Überprüfung und Bestätigung der Indikation.

32

<http://www.drogensubstitution.at/news/detail/artikel/substitutions-forum-mondsee-9-und-10-april-2011.htm> (1. 8. 2011)

33

<http://www.30dialoge.at/dialog-der-generationen-fachtagung/> (2. 3. 2011)

5.3 Charakteristika und Konsummuster der Klientel drogenspezifischer Einrichtungen

Mit dem Klientenjahrgang 2010 sind zum fünften Mal Daten des österreichweiten „Dokumentationssystems der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen“ DOKLI verfügbar³⁴.

Aus den im Rahmen von DOKLI erfassten Einrichtungen der Drogenhilfe in Österreich liegen Daten von insgesamt 3.802 Personen vor, die im Jahr 2010 eine **längerfristige ambulante Betreuung** begonnen haben. 1.589 dieser Klientinnen und Klienten begaben sich erstmals in ihrem Leben in eine drogenspezifische Betreuung. Eine längerfristige **stationäre Betreuung** haben 1.469 begonnen, bei 257 dieser Klientinnen und Klienten handelt es sich um ihre erste längerfristige drogenspezifische Betreuung. Neben diesen in drogenspezifischer Behandlung im klassischen Sinn befindlichen Personen wurden im DOKLI 754 Personen erfasst, die eine **niederschwellige Begleitung**, und 6.896 Personen, die eine drogenspezifische Betreuung in Form eines **kurzfristigen Kontakts** in Anspruch genommen haben. Generell entsprechen die für das Jahr 2010 erhobenen Daten jenen der Vorjahre.

Etwa ein Fünftel der betreuten Personen mit Ausnahme jener in stationären Settings, wo der Anteil 7 Prozent beträgt, ist unter 20 Jahre alt. Zwischen 48 (niederschwellige Begleitung bzw. kurzfristige Kontakte) und 61 Prozent (langfristige stationäre Betreuungen) der Klientel sind in der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre zu finden (vgl. Abb. 5.1, Tab. A23).

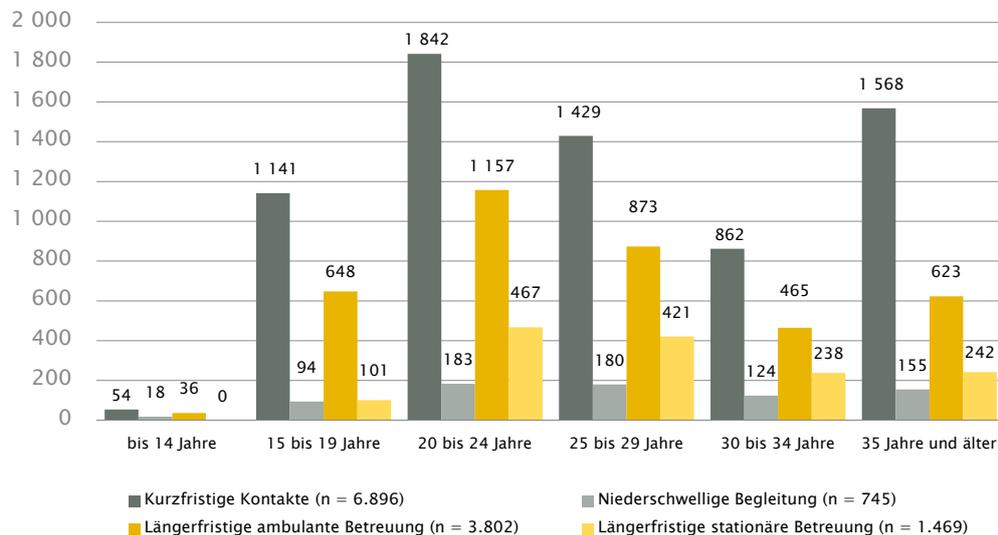
In allen betrachteten Settings beträgt der Anteil der betreuten Frauen zwischen 21 und 29 Prozent.

34

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu bedenken, dass Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten auf Einrichtungsebene zwar ausgeschlossen werden können, Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die 2010 in mehreren Einrichtungen betreut wurden, hingegen aufgrund des aggregierten Charakters der Daten nicht zu verhindern sind. Wie hoch der Anteil an solchen Mehrfachbetreuungen ist, kann nur vermutet werden. Ein grober Richtwert ist dem Wiener BADO-Bericht zu entnehmen, da in diesem Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die im Referenzzeitraum in mehreren Drogeneinrichtungen betreut wurden, über einen Identifier eruiert werden können. Im Jahr 2009 wurden 16 Prozent der in der BADO erfassten Klientinnen und Klienten in mehr als einer Einrichtung betreut (13 % in zwei Einrichtungen, 3 % in mehr als zwei; vgl. GÖG/ÖBIG 2011a, IFES 2010). Allerdings ist davon auszugehen, dass die Verfügbarkeit von Drogeneinrichtungen in Wien aufgrund der räumlichen Konzentration höher ist als in ländlichen Gebieten und daher der Anteil an Doppelzählungen für Gesamtösterreich möglicherweise etwas geringer ausfällt.

Abbildung 5.1:

Anzahl der Personen, die 2010 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung



Quelle: GÖG/ÖBIG 2011a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2010; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

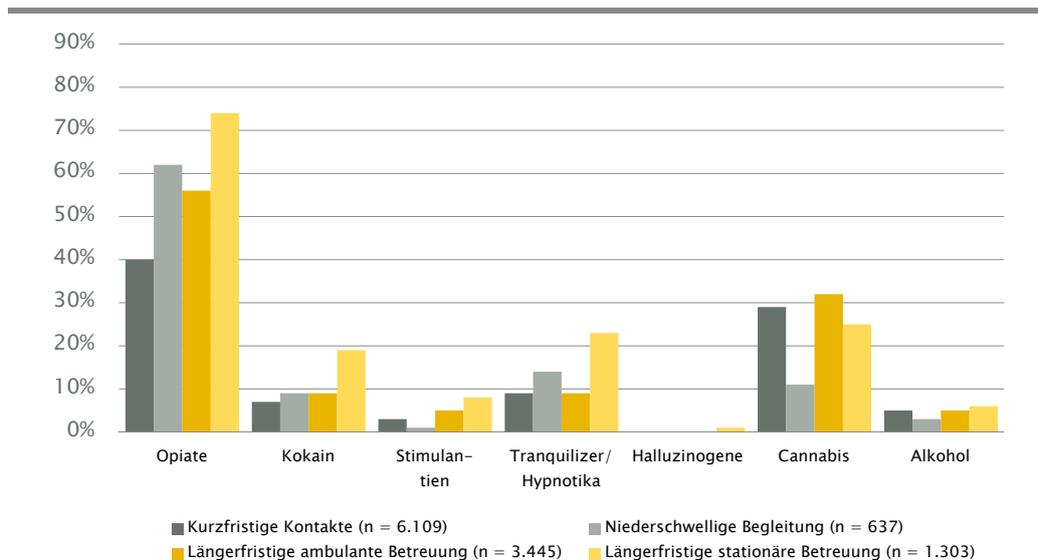
Opiate dominieren im klassischen Behandlungsbereich (längerfristig ambulant bzw. stationär) als Leitdroge³⁵. Kokain spielt als Leitdroge nur eine sehr untergeordnete Rolle (vgl. Abb. 5.1 und Tab. A27). Es zeigt sich damit, dass in Österreich im Gegensatz zu manchen EU-Ländern Opiate die zentrale Rolle beim behandlungsrelevanten Drogenkonsum spielen (vgl. z. B. EBDD 2010). Der Prozentsatz von Cannabis als Leitdroge beträgt je nach Setting zwischen 11 und 32 Prozent. Dies ist allerdings zum

35

Im Rahmen der DOKLI-Drogenanamnese wird zunächst danach gefragt, welche Drogen jemals konsumiert wurden. Danach werden die entsprechenden Drogen hinsichtlich der aktuellen Drogenproblematik als Leitdrogen, Begleitdrogen, Drogen, bei denen lediglich Probierkonsum vorliegt, und nicht behandlungsrelevante Drogen klassifiziert. Unter Leitdroge ist jene Droge zu verstehen, die der Klientin / dem Klienten aus deren/dessen subjektiver Sicht die meisten Probleme verursacht. Dabei bezieht sich die Problemdefinition – angelehnt an ICD-10 – auf psychosoziale und gesundheitliche und nicht auf rein rechtliche Problemstellungen. In der Regel ist die Leitdroge auch jene Droge, die zur aktuellen Betreuung geführt hat. Kann sich die Klientin / der Klient nicht für eine bestimmte Droge als Leitdroge entscheiden, so können auch mehrere Drogen angekreuzt werden. Unter Begleitdrogen sind jene Drogen zu verstehen, welche die Klientin / der Klient zusätzlich zu der/den Leitdroge/n im letzten halben Jahr konsumiert hat und die der Klientin / dem Klienten ebenfalls Probleme bereiten. Probierkonsum ist anzukreuzen, wenn die Droge im letzten halben Jahr fallweise konsumiert wurde und kein schädlicher Gebrauch bzw. keine Abhängigkeitsproblematik vorliegen. Nicht behandlungsrelevanter Konsum ist anzukreuzen, wenn die Droge bereits länger als ein halbes Jahr fallweise konsumiert wird, aber kein schädlicher Gebrauch bzw. keine Abhängigkeitsproblematik vorliegt, oder wenn die Droge früher konsumiert wurde und im letzten halben Jahr vor der Betreuung nicht (GÖG/ÖBIG 2011a).

Teil durch die Tatsache zu relativieren, dass der Anteil von Personen mit Therapieauf-
lage in der Gruppe mit Cannabis als alleiniger Leitdroge sehr hoch ist.

Abbildung 5.2:
Leitdroge(n) der Personen, die 2010 eine drogenspezifische Betreuung
begonnen haben, in Prozent, nach Art der Betreuung



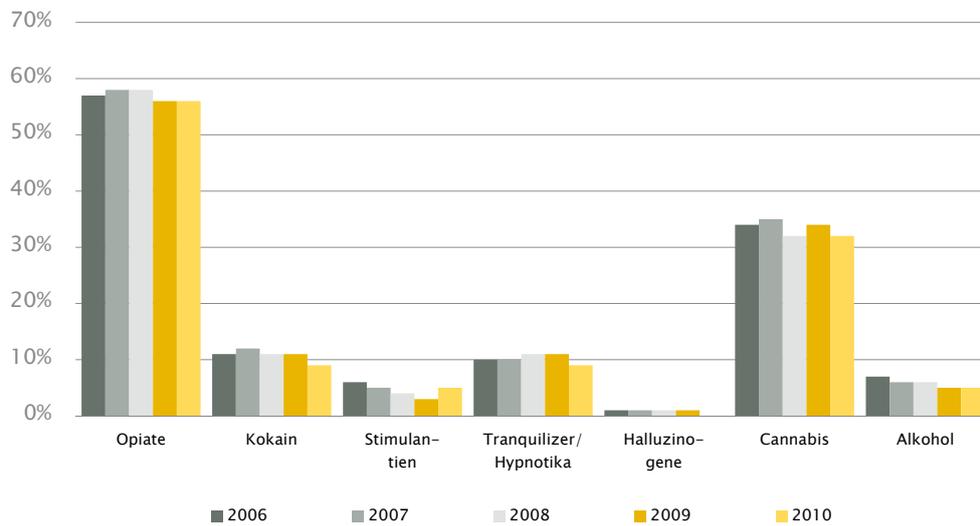
Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Quelle: GÖG/ÖBIG 2011a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2010; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Hinsichtlich der Konsummuster der DOKLI-Klientel hat sich in den letzten fünf Jahren kaum etwas geändert (vgl. Abb. 5.2)

Weiterführende Informationen zum Alter beim Erstkonsum und zur vorwiegenden Einnahmeform liegen nur für längerfristige ambulante und stationäre Betreuungen vor. Hinsichtlich des Altersmedians beim Erstkonsum zeigt sich, dass dieser bei den meisten Drogen zwischen 16 und 20 Jahren liegt. Nur bei Cannabis und Schnüffelstoffen (15 Jahre) und Alkohol (14 Jahre) lässt sich ein geringeres Alter beim Erstkonsum feststellen. Wie in den Vorjahren weisen Frauen bei fast allen Drogen ein niedrigeres Einstiegsalter auf als Männer (vgl. Abb. 5.3). Zur Detailanalyse dieser und anderer Geschlechterunterschiede sei auf das Schwerpunktkapitel des letztjährigen DOKLI-Berichts verwiesen (GÖG/ÖBIG 2009a bzw. GÖG/ÖBIG 2010a).

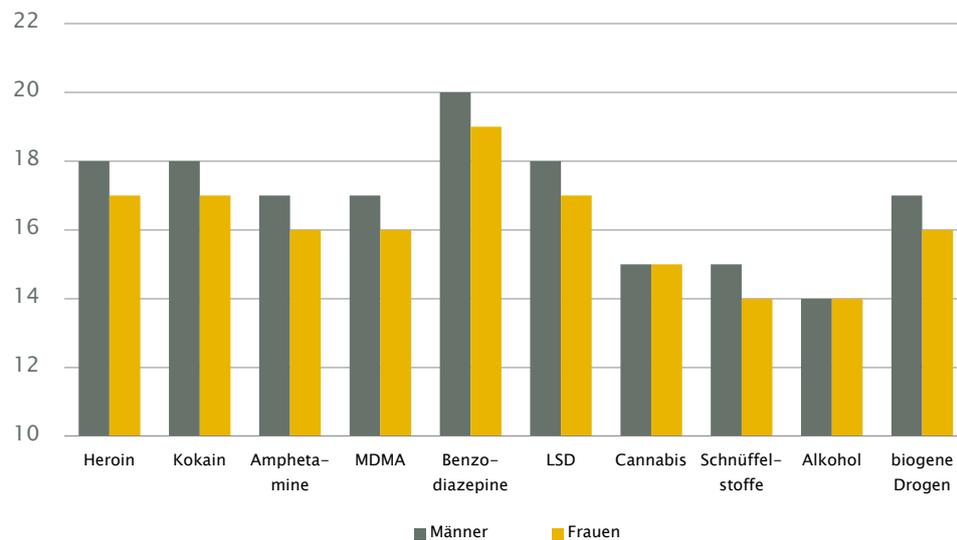
Abbildung 5.3:
Leitdroge(n) der Personen, die eine drogenspezifische längerfristige ambulante
Betreuung begonnen haben, 2006 bis 2010 in Prozent



Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Quelle: GÖG/ÖBIG 2011a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2010; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Abbildung 5.4:
Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2010 eine längerfristige ambulante
Betreuung begonnen haben, nach Substanzen und Geschlecht

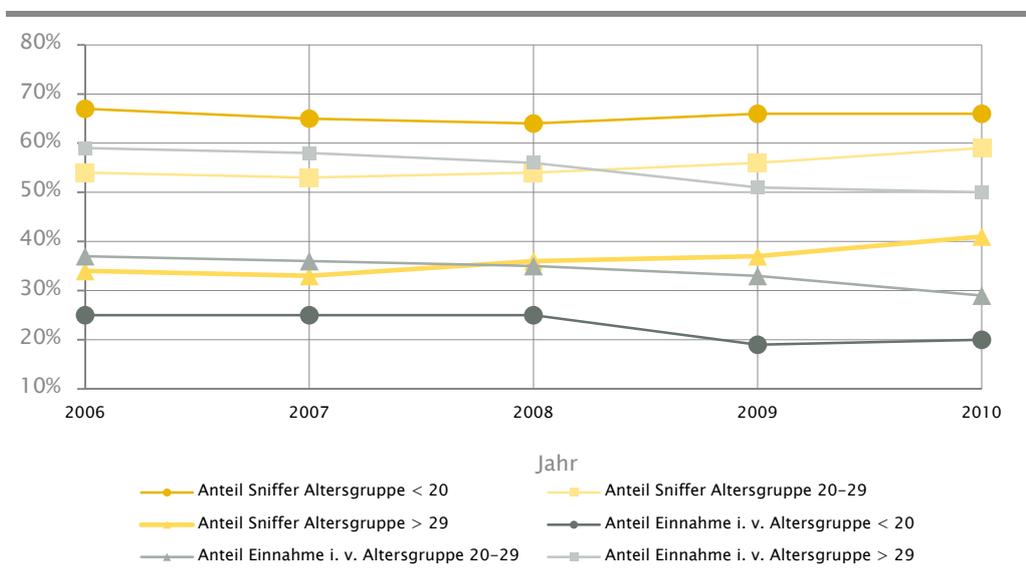


Quelle: GÖG/ÖBIG 2011a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2010; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Insgesamt rund die Hälfte der Klientinnen und Klienten in stationärer bzw. längerfristiger ambulanter Betreuung ist zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung (Substitutionsbehandlungen, die erst im Zuge der Betreuung begonnen werden, wurden nicht erfasst). Im niederschweligen Bereich beträgt der entsprechende Anteil 76 Prozent. Der Prozentsatz der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen nimmt in allen Settings mit dem Alter der Klientinnen und Klienten zu.

Das auch aus Sicht der Schadensminimierung (vgl. Kap. 7) relevante Ergebnis hinsichtlich der großen Bedeutung des Sniffens beim Heroin- bzw. Opiatkonsum bestätigt sich auch bei den DOKLI-Daten 2010.

Abbildung 5.5:
Vorwiegende Einnahmeform von Heroin 2006 bis 2010 nach Altersgruppen bei Personen, die eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG 2011a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2010; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Bei Personen in längerfristiger ambulanter Betreuung stellt Sniffen (55 %) die am öftesten genannte vorwiegende Einnahmeform von Heroin dar, gefolgt von injizierendem Konsum (34 %). Im stationären Bereich betragen die entsprechenden Werte 42 bzw. 48 Prozent. Der Anteil der Personen mit vorwiegender Einnahmeform „Injizieren“ nimmt mit dem Alter der Klientel zu (vgl. Abb. 5.5). Dieses interessante Ergebnis wurde im Rahmen des Schwerpunktkapitels des DOKLI-Berichts 2008 (GÖG/ÖBIG 2008a bzw. Busch und Eggerth 2010) vertiefend analysiert. Es zeigte sich, dass ein nicht unerheblicher Teil von Heroinkonsumierenden über die nasale Applikation in den Konsum einsteigt und erst nach einiger Zeit (wenn überhaupt) auf den intravenösen

Drogenkonsum umsteigt. Zu Möglichkeiten hinsichtlich präventiver Maßnahmen, die sich daraus ergeben, siehe GÖG/ÖBIG 2008a.

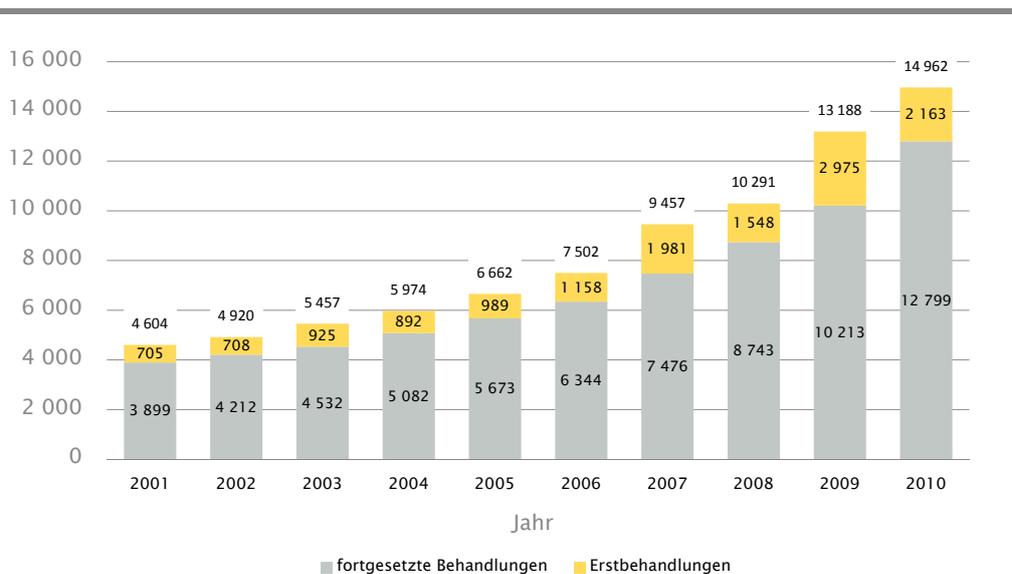
Abbildung 5.5 verdeutlicht, dass der „Sniffer-Anteil“ seit Start der DOKLI-Aufzeichnungen über die Jahre in den älteren Altersgruppen tendenziell zugenommen hat. Offenbar schaffen es tendenziell mehr Heroinkonsumierende, lange Zeit nicht von der nasalen zur intravenösen Heroineinnahmeform zu wechseln.

5.4 Trends und Anzahl der betreuten Personen

Da DOKLI erst seit 2006 existiert, lassen sich hinsichtlich Trends nur wenige Aussagen machen (vgl. Kap. 5.3). Eine weit zurückreichende Zeitreihe liegt bezüglich des Monitorings der Substitutionsbehandlungen vor.

Abbildung 5.6:

Entwicklung der Zahl der jährlichen Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen, 2001–2010



Anmerkung: **Fortgesetzte Behandlungen** sind Behandlungen, die vor dem jeweiligen Jahr begonnen wurden, oder wiederholte Behandlungen von Personen, die früher schon einmal in Substitutionsbehandlung waren. **Erstbehandlung** bedeutet, dass die entsprechenden Personen bisher noch nie in Substitutionsbehandlung waren. Diskrepanzen zu den in den Vorjahren referierten Zahlen (GÖG/ÖBIG 2010a) sind durch Korrekturmaßnahmen des BMG zu erklären.

Quelle: BMG; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Das nationale Monitoring der Substitutionsbehandlungen wird vom BMG wahrgenommen und basiert auf den Meldungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte³⁶. Diese Meldungen sind nicht immer lückenlos und erfolgen oft nicht zeitgerecht (vgl. ÖBIG 2003, GÖG/ÖBIG 2010c), dennoch sind daraus grobe Eindrücke sowohl bezüglich der quantitativen Entwicklung als auch bezüglich der Charakteristika der Klientinnen und Klienten zu gewinnen (vgl. Abb. 5.6).

Ein wesentliches Manko hinsichtlich der Datenqualität stellte die „Ghost Case“-Problematik dar (vgl. Kap. 4.1). Um dieses Problem in den Griff zu bekommen, wurden vom BMG im Jahr 2007 umfangreiche Korrekturmaßnahmen, basierend auf Nachfragen bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, durchgeführt. Es ist auch davon auszugehen, dass die am 1. März 2007 in Kraft getretene Novelle der Suchtgiftverordnung (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b) die Meldepraxis massiv verbessert hat. Aufgrund dieser Korrekturen und Neuerungen ergeben sich einige Änderungen zu den in den Vorjahren referierten Zahlen. Der Anstieg der Zahl der gemeldeten Behandlungen und insbesondere der Erstbehandlungen vom Jahr 2006 zum Jahr 2007 ist vermutlich größtenteils auf die Erhöhung der Coverage (Vollständigkeit) der Meldungen zurückzuführen. Der massive Anstieg der Erstbehandlungen im Jahr 2009 (vgl. Abb. 5.7) dürfte durch die Verlagerung der Meldepflicht zu den Bezirksverwaltungsbehörden zu erklären sein (Nachmeldung bereits in Behandlung befindlicher Personen, die fälschlicherweise als Erstbehandlungen aufscheinen). Ob die Zahl der insgesamt in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen (14.962) der Realität entspricht, kann nicht verifiziert werden. Unter der Annahme, dass nun alle laufenden Behandlungen gemeldet werden, aber noch nicht alle „Ghost Case“-Fälle bereinigt wurden, müsste die Zahl der tatsächlich Behandelten jedenfalls niedriger liegen. Die Datenerfassung des Substitutionsregisters wurde im Rahmen des Projekts eSuchtmittel auf Onlinebasis umgestellt. Dabei wurden auch umfangreiche Maßnahmen zur Sicherung der Datenqualität implementiert. Konsolidierte Daten werden voraussichtlich 2012 (für das Jahr 2011) vorliegen. Im Rahmen der laufenden Datenkonsolidierung konnte auch festgestellt werden, dass der „Ghost Case“-Anteil vermutlich etwas geringer als befürchtet ist.

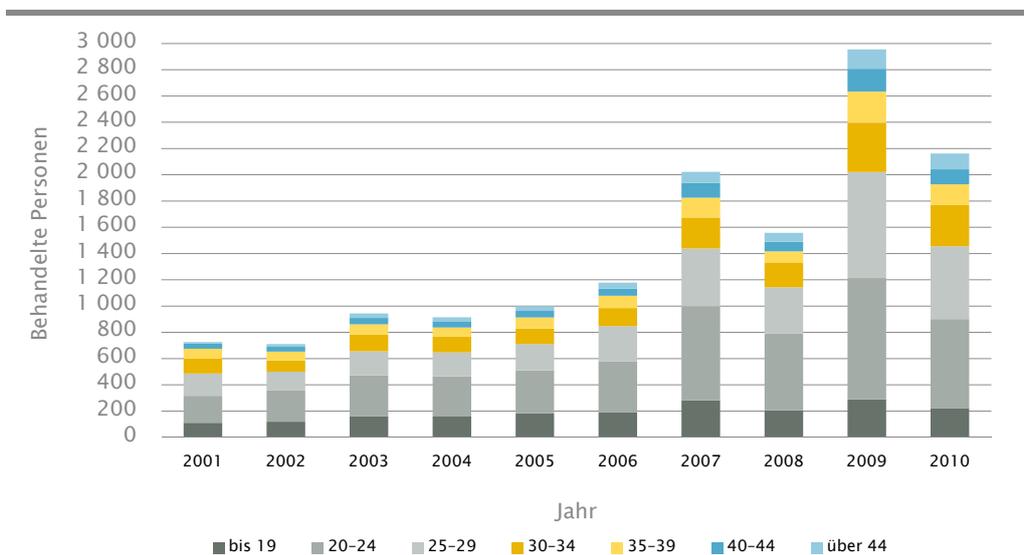
Aufgrund der in diesem Abschnitt dargestellten methodischen Probleme können derzeit nur wenige epidemiologische Aussagen gemacht werden. Die zunehmende Akzeptanz und Inanspruchnahme von Substitutionsbehandlungen zeigt sich an der jährlich steigenden Zahl der Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen (Abb. 5.6). Der Anteil der Frauen beträgt wie in den Vorjahren etwa ein Viertel. Weiterführende Analysen nach Alter und Bundesland sind aufgrund

36

Seit dem Jahr 2009 erfolgt die Meldung an das Substitutionsregister durch die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde.

der Veränderung der Coverage inhaltlich nicht sinnvoll. Eine Auflistung der gemeldeten Behandlungen nach Bundesland findet sich in Tab. A22.

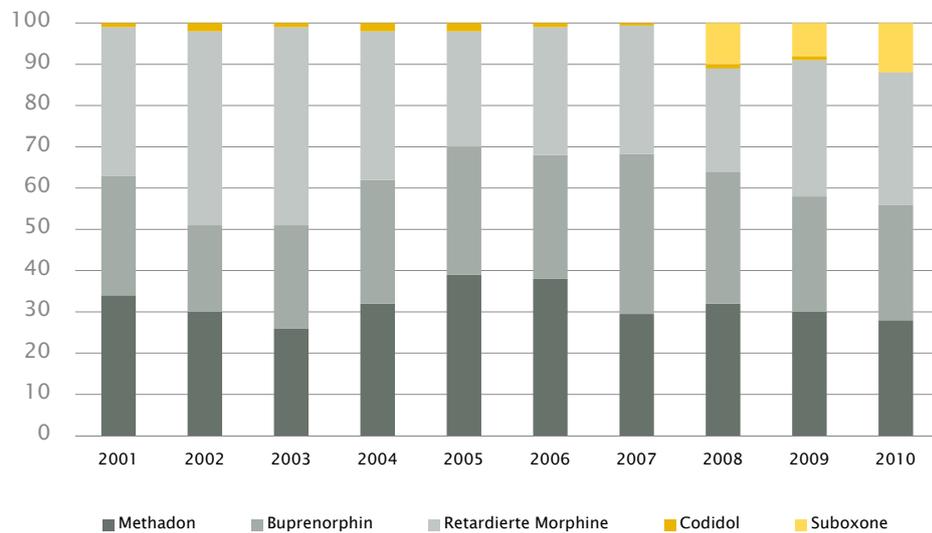
Abbildung 5.7:
Lebenszeitbezogen erstmalige Substitutionsbehandlungen nach Alter, 2001–2010



Quelle: BMG; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Auch die Analyse nach bei der Erstbehandlung verordnetem Substitutionsmittel ist mit Vorsicht zu interpretieren, da ein Teil der Behandlungen aufgrund der oben erläuterten Gründe fälschlicherweise den Erstbehandlungen zugerechnet wird. Hinsichtlich der verordneten Substitutionsmittel haben sich im Vergleich zum Vorjahr kaum Veränderungen ergeben (vgl. Abb. 5.8). Wie auch in den Vorjahren ergeben aber die Auswertungen der DOKLI-Daten ein anderes Bild. Es muss allerdings auf die bereits erläuterten Einschränkungen der Vergleichbarkeit (andere Klientengruppe) hingewiesen werden (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b). Bei im DOKLI dokumentierten Klientinnen und Klienten, die sich zu Beginn der Betreuung in Substitutionsbehandlung befinden, wird Morphin in Retardform am häufigsten eingesetzt (45 % bei den längerfristig ambulant betreuten, 64 % bei den niederschwellig begleiteten bzw. stationär betreuten Personen); mit Methadon werden 16 bis 30 Prozent der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen behandelt und mit Buprenorphin nur 3 bis 20 Prozent (GÖG/ÖBIG 2011a). Buprenorphin wird verstärkt bei der jüngeren Klientel verschrieben.

Abbildung 5.8:
Entwicklung der bei der Erstbehandlung verwendeten Substitutionsmittel
in den Jahren 2001–2010 in Prozent



Quelle: BMG; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Eine Aktualisierung der 2009 auf Basis von DOKLI und Substitutionsbehandlungen vorgenommenen Schätzung aller in drogenspezifischer Betreuung befindlichen Personen (Ergebnis für 2008: 17.000; vgl. GÖG/ÖBIG 2009b) wurde aufgrund der oben erläuterten Probleme hinsichtlich der Datenqualität im Substitutionsregister nicht vorgenommen. Allerdings dürfte sich die Zahl im Laufe von zwei Jahren wohl nicht massiv geändert haben.

6 Gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen

Infektionskrankheiten, insbesondere HIV und Hepatitis, sind in Hinblick auf die Übertragungsgefahr bei intravenösem Substanzkonsum für Drogenkonsumierende von besonderer Relevanz.

Ein Überwachungssystem (Meldepflicht, Surveillance) besteht lediglich für Hepatitis C, wobei jedoch von einer Unvollständigkeit der Meldungen ausgegangen werden kann und die Daten daher kaum Aussagekraft besitzen (ÖBIG 2006). Daten zum Impfschutz hinsichtlich Hepatitis A und B können dem Gesundheitsbericht Österreich 2009 (GÖG/ÖBIG 2009c) entnommen werden. Auswertungen bezüglich der speziellen Gruppe der i. v. Konsumierenden basierend auf den genannten Datenquellen sind nicht möglich, da diese Gruppe nicht gesondert ausgewiesen ist. Während für HIV-Infektionen kein Surveillance-System existiert, sind Aids-Erkrankungen meldepflichtig. Die Meldungen (inklusive des vermuteten Ansteckungswegs) fließen in die jährliche Aids-Statistik des BMG ein. Seit Einführung der hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) hat diese Form der Statistik an Bedeutung verloren, da nur mehr wenige Aids-Fälle gemeldet werden (in erster Linie Endstadien, Therapieversager und sehr spät diagnostizierte Fälle; Klein, p. M.). Wichtige Informationen liefert auch die österreichische HIV-Kohorte, die 2001 startete und bis 1. 1. 2010 insgesamt 4.553 HIV-Infizierte erfasst hat (z. B. AGES 2010).

Die Datenlage zu Infektionskrankheiten bei Personen mit i. v. Konsum kann als sehr schlecht und nicht repräsentativ bezeichnet werden (vgl. ST9). Es liegen lediglich Daten von Samples aus dem Behandlungsbereich bzw. aus der niederschweligen Betreuung vor. Die beiden wichtigsten Datenquellen stellen das Behandlungsdokumentationssystem DOKLI und die im Rahmen des freiwilligen Testangebots der Wiener niederschweligen Einrichtung ganslwirt erfassten Daten dar. Für beide Datenquellen ist anzumerken, dass nicht die gesamte Klientel getestet wird und davon ausgegangen werden kann, dass die Testmotivation in einigen Fällen nicht unabhängig vom Infektionsstatus ist (z. B. wird sich eine Person, die bereits über eine HIV-Infektion Bescheid weiß, nicht erneut testen lassen). Dieser Bias liegt zwar bei den suchtgiftbezogenen Todesfällen nicht vor, allerdings findet der Infektionsstatus hinsichtlich Hepatitis C und HIV nicht in allen Obduktionsgutachten Erwähnung, und es ist zu vermuten, dass diese Gruppe einen besonders risikoreichen Drogenkonsum aufweist. Das Fehlen eines verlässlichen Monitoringsystems zu drogenassoziierten Infektionskrankheiten stellt ein großes Manko dar und macht Trendaussagen sehr unsicher.

Psychiatrische Komorbidität im Kontext der Drogenabhängigkeit steht in Österreich weiterhin im Blickpunkt. Es gibt dazu zwar keine Routinedaten, jedoch eine Vielzahl von Daten und Berichten aus dem Behandlungsbereich.

Seit 1989 werden in Österreich vom BMG Daten zu suchtgiftbezogenen Todesfällen gesammelt. Bei direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen kann ein unmittelbar kausaler Zusammenhang zwischen Tod und Suchtgiftkonsum angenommen werden, die Personen verstarben an einer akuten Intoxikation (Überdosierung). Allerdings besteht weiterhin das bereits im letztjährigen Bericht zur Drogensituation ausführlich dargestellte Problem des Rückgangs von Leichenöffnungen einschließlich toxikologischer Untersuchungen, die bei Verdacht auf Überdosierung mit Suchtgiftbeteiligung für die Verifizierung und Analyse einer Überdosierung ausschlaggebend sind (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a). Daten zu drogenbezogenen Todesfällen finden sich in ST5, ST6 und ST18.

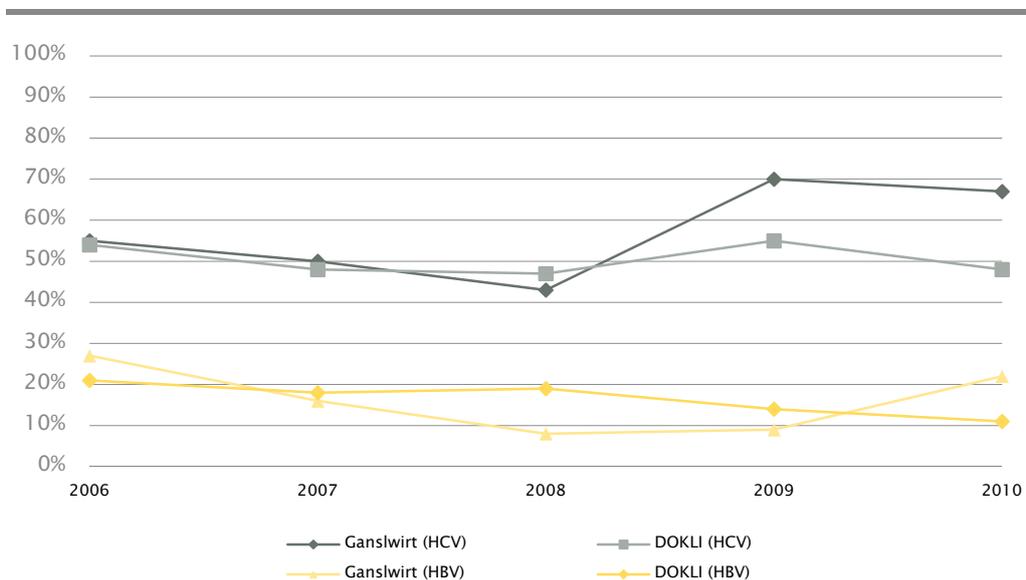
6.1 Drogenbezogene Infektionskrankheiten

Lag die HIV-Prävalenzrate in der Gruppe der Personen mit i. v. Konsum Anfang der 1990er Jahre noch bei zirka 20 Prozent, bewegt sie sich seither auf niedrigerem Niveau (0 % bis 5 %), wobei einzelne Datenquellen auch eine etwas höhere Rate referieren (z. B. suchtgiftbezogene Todesfälle 2009: 5 % bis 12 %; vgl. GÖG/ÖBIG 2010a). Die Prävalenzrate für Hepatitis B streut in den verfügbaren Datenquellen im Berichtsjahr von 0 Prozent bis 36 Prozent. In den meisten Fällen kann ausgeschlossen werden, dass die positiven Befunde auf eine vorangegangene Impfung zurückzuführen sind (siehe auch Fußnoten zu Tabelle 6.1). Die Hepatitis-C-Antikörper-(HCV-Ab-)Prävalenz hatte sich in den letzten Jahren bei rund 50 Prozent eingependelt. 2010 lag sie bei 38 bis 73 Prozent. Rezent gibt es bei der Betrachtung der beiden wichtigsten Datenquellen Anzeichen für einen Anstieg (vgl. Tab. 6.1 und Abb. 6.2).

Abbildung 6.1 zeigt die Entwicklung der Hepatitis-B- und -C-Rate der letzten fünf Jahre entsprechend den beiden größten zur Verfügung stehenden Datenquellen. Bedenklich stimmt der Anstieg der HCV-Rate in beiden Datenquellen ab 2008. Allerdings kann aufgrund der Datenqualität bzw. des Erhebungssettings nicht verifiziert werden, ob es sich um einen verallgemeinerbaren Trend handelt. Um gesicherte Aussagen über die Prävalenz von Infektionskrankheiten bei Personen mit Drogenproblemen tätigen zu können, wäre eine Verbesserung des nationalen Monitorings dringend erforderlich (z. B. in Form einer repräsentativen Sero-Prävalenzstudie).

Bezüglich der HCV-RNA zeigt sich, dass ein hoher Prozentsatz der HCV-Ab-Positiven auch einen chronischen Verlauf entwickelt. Es besteht jedoch auch hier eine große Streubreite der HCV-RNA-Prävalenz bei den HCV-Ab-Positiven (Lukasfeld: 47 %, Marienambulanz: 52 %, DOKLI: 65 % und ganslwirt: 69 %). Bezüglich der HCV-Genotypisierung gibt es im Berichtsjahr weder nationale Daten noch Einzelmeldungen.

Abbildung 6.1:
HCV- und HBV-Infektionsraten in DOKLI und ganslwirt 2006–2010



Anmerkung: Legende zu den Datenquellen siehe Tabelle 6.1

Quelle: ST 9; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle 6.1:
Daten zur Infektionsrate von Hepatitis B, Hepatitis C-Antikörper und HIV, 2010

Datenquelle	HBV-Rate	HCV-Antikörper-Rate	HIV-Rate
Therapiestation Lukasfeld	0 % (0/58) ¹	38 % (22/58)	0 % (0/58)
Sozialmedizinische Beratungsstelle ganslwirt	22 % (20/91) ²	67 % (82/122)	1 % (1/125)
Caritas Marienambulanz	36 % (40/111) ³	73 % (81/111)	0 % (0/111)
DOKLI	11 % (32/305)	48 % (202/425)	1 % (3/411)
Suchtgiftbezogene Todesfälle (Intoxikationen) 2010	nicht erfasst	21 % (33/161) ⁴	3 % (4/161) ⁴
		43 % (33/76) ⁴	5 % (4/75) ⁴

- 1 Dieser Prozentsatz bezieht sich auf Personen, bei denen Antikörper gegen Hepatitis B nachgewiesen wurden und die laut Anamnese nicht gegen Hepatitis B geimpft waren.
- 2 Dieser Prozentsatz bezieht sich auf Personen, die gesichert Kontakt mit Hepatitis B hatten (entweder HBsAG positiv oder HBcAK positiv und Anamnese/Vorbefunde).
- 3 Dieser Prozentsatz bezieht sich auf Personen, bei denen sowohl HBVc- als auch HBVs-Antikörper nachgewiesen wurden. Ausgeschlossen wurden Personen mit einer alleinigen antiHBVs-Positivität, da diese auf eine HBV-Impfung zurückzuführen ist.
- 4 Nur in 75 bzw. 76 von 161 Gutachten zu den direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen fand der Infektionsstatus von HCV-Antikörper bzw. HIV Erwähnung. In den restlichen Fällen wird nicht deutlich, ob der Infektionsstatus nicht erhoben oder aufgrund eines negativen Ergebnisses im Gutachten nicht erwähnt wurde. Die beiden angegebenen Prozentsätze stellen somit die Ober- bzw. Untergrenze der Prävalenzraten zu HCV-Antikörper und HIV dar.

Quellen: ST9; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

Anamnestisch erhobene Daten zu den drogenbezogenen Infektionskrankheiten finden sich für Wien in der Darstellung der aktuellen gesundheitlichen Probleme im BADO-Bericht (vgl. Tab. A30, IFES 2010). Die Selbstauskunft der Klientinnen und Klienten der Wiener BADO weist auf eine Prävalenz chronischer HCV von 26 Prozent hin und auf eine Prävalenz chronischer HBV von 2 Prozent. Diese Raten entsprechen in etwa den Vorjahren. Auch die HIV-Prävalenz liegt laut Selbstauskunft der Klientinnen und Klienten weitgehend stabil bei 4 Prozent, ist jedoch deutlich höher als bei den meisten in Tabelle 6.1 aufgelisteten Datenquellen (IFES 2010). Die Betroffenheit der Klientinnen und Klienten mit einer Hepatitis-C-Erkrankung steigt nahezu linear mit dem Alter an: Beträgt die Prävalenz bei den unter 21-Jährigen noch 6 Prozent, so steigt sie bei den über 30-Jährigen auf 40 Prozent an. Eine Unterscheidung zwischen einem positiven HCV-Antikörpernachweis und einem positiven HCV-RNA-Status ist aufgrund der Erhebungsart (Selbstauskunft der Klientinnen und Klienten) nicht möglich.

Laut dem „17th Report of the Austrian HIV Cohort Study“ (AHIVCOS)³⁷ (AGES 2010) haben insgesamt 384 der 2.430 Mitglieder (16 %) der „aktuellen Kohorte“ (= alle Personen, die im Zeitraum Juli bis Dezember 2010 eine Kontrolluntersuchung der CD4-Zellen durchgeführt haben) ihre HIV-Infektion über intravenösen Drogenkonsum erworben. In Österreich leben nach Schätzung der Aids Hilfe Wien³⁸ 12.000 bis 15.000 Menschen mit dem HI-Virus. Andere Schätzungen gehen von 9.000 Betroffenen aus (z. B. Aidshilfe Salzburg³⁹). Das AHIVCOS-Studienteam schätzt die Zahl der Betroffenen auf 6.600. Unter der Annahme, dass die „aktuelle Kohorte“ hinsichtlich des Ansteckungswegs „intravenöser Drogenkonsum“ nicht systematisch verfälscht (gebiast) ist, müssten in Österreich je nach Schätzung der Zahl der HIV-Positiven zwischen 1.056 und 2.400 Personen leben, die sich über intravenösen Drogenkonsum mit dem HI-Virus infiziert haben. Setzt man dies in Bezug zur geschätzten Anzahl der Personen mit

37

Die österreichische HIV-Kohorten-Studie (AHIVCOS) startete im Jahr 2001 in fünf österreichischen HIV-Behandlungszentren (AKH Wien, Otto-Wagner-Spital Wien, AKH Linz, LKH Graz West). Seit 2008 nehmen auch das LKH Salzburg und das LKH Klagenfurt an der Studie teil. Für die Studie wurde eigens die Software „HIV Patient Management System“ entwickelt. Bis 1. 1. 2010 wurden insgesamt 4.553 HIV-Infizierte in die Kohorte aufgenommen. Das Studienteam geht davon aus, dass in etwa zwei Drittel aller in ART-Behandlung befindlichen HIV-positiven Personen und etwa 60 Prozent aller HIV-positiven Personen ohne ART in der Kohorte erfasst sind. Insgesamt wird die Anzahl der Personen mit HIV in Österreich vergleichsweise relativ niedrig auf etwa 6.600 geschätzt. Als „aktuelle Kohorte“ werden jene 2.430 Personen bezeichnet, die im Zeitraum Juli bis Dezember 2010 eine Kontrolluntersuchung der CD4-Zellen durchgeführt haben. Im Rahmen der Studie wird neben dem vermutlichen Ansteckungsweg und soziodemografischen Charakteristika eine Fülle medizinischer Parameter erhoben (AGES 2010).

38

<http://www.aids.at/index.php?id=15> (22. 7. 2011)

39

<http://www.aidshilfe-salzburg.at/?page=15> (22. 7. 2011)

i. v. Drogenkonsum (12.500 bis 18.500; vgl. Kap. 4.1), so erscheinen die in Tabelle 6.1 aus den Drogenbetreuungseinrichtungen referierten HIV-Raten als sehr niedrig. Mögliche Erklärungsansätze sind, dass ein Großteil der über intravenösen Drogenkonsum mit dem HI-Virus infizierten Personen den Drogenkonsum aufgibt oder in anderen, nicht dem Drogenhilfssystem im engeren Sinne zuzurechnenden Einrichtungen betreut wird. Auch der Usus, dass bei bereits früher festgestellter HIV-Positivität kein erneuter HIV-Test durchgeführt wird und damit diese Personen in der Statistik nicht aufscheinen, könnte diese Diskrepanz zum Teil erklären. Die Werte in Tabelle 6.1 aus dem Betreuungssetting wären damit eher als (Erstdiagnosen-)Inzidenz denn als Prävalenz zu verstehen.

In der AHIVCOS werden auch Daten zu Ko-Infektionen mit Hepatitis B und Hepatitis C erfasst. Während in der gesamten aktuellen Kohorte die Ko-Infektionsrate mit chronischer Hepatitis B 3 Prozent und mit chronischer Hepatitis C 15 Prozent beträgt, machen die entsprechenden Raten bei Personen mit Ansteckungsweg i. v. Konsum 6 Prozent bzw. 66 Prozent aus. Ko-Infektionen insbesondere mit Hepatitis C stellen demnach bei HIV-positiven Personen mit Ansteckungsweg i. v. Konsum ein großes Problem dar.

Die Meldungen der kontinuierlichen nationalen Statistik der Aids-Erkrankungsfälle zeigen, dass i. v. Konsum mit vier Nennungen (13 %) als Risikosituation an letzter Stelle nach heterosexuellen Kontakten (n = 11) und homosexuellen Kontakten (n = 5) steht. Elf Fälle werden 2010 unter „Anderes/Unbekannt“ gemeldet (BMG 2011; vgl. Tab A8). Hinsichtlich der Aids-Todesfälle nach Risikosituation und Jahr wird ersichtlich, dass von insgesamt 22 gelisteten Todesfällen acht Personen (36 %) mit Ansteckungsweg i. v. Konsum betrafen (BMG 2011).

Daten zu weiteren drogenrelevanten Infektionen liegen nur hinsichtlich der Tuberkulose (Tbc) vor. Von 216 Tbc-Angaben im DOKLI-Datensatz (vgl. Kap. 5.3) ist keine Person Tbc-positiv diagnostiziert worden, drei Fälle wurden bereits früher erhoben. Diese Zahlen belegen, dass Tbc bei den vom Drogensystem erfassten Personen weiterhin kein Problem darstellt. Die Tbc-Impfquote basiert auf den Daten von 391 Personen. Auch die diesjährigen Daten bestätigen die geringe Durchimpfungsrate bei Tbc, die wie in den letzten Jahren bei fünf Prozent lag (GÖG/ÖBIG 2009a; GÖG/ÖBIG 2010b, GÖG/ÖBIG 2011a).

Zum Hepatitis-A-Impfstatus liegen im DOKLI-Datensatz Angaben von 521 Personen, zum Hepatitis-B-Impfstatus von 622 Personen vor. Die **Durchimpfungsrate** von 27 Prozent bei Hepatitis A bzw. von 33 Prozent bei Hepatitis B ist als niedrig zu bezeichnen. Es lässt sich aber erkennen, dass bei Personen unter zwanzig Jahren eine höhere Impfquote besteht als in den anderen Altersgruppen (vgl. GÖG/ÖBIG 2011a). Anzumerken ist jedoch, dass die genannten Zahlen weniger etwas über einen bestehenden Impfschutz als vielmehr über eine vorangegangene Impfung aussagen (GÖG/ÖBIG 2009a). Ein Vergleich mit der Durchimpfungsrate der Allgemeinbevölke-

rung zeigt, dass diese in etwa jener der i. v. Drogenkonsumierenden entspricht (GÖG/ÖBIG 2009c), und das, obwohl i. v. Drogenkonsumierende eine spezielle Zielgruppe für Hepatitis-A/B-Impfungen darstellen.

6.2 Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen

In der Statistik der Wiener BADO geben 63 Prozent der erfassten Personen aktuelle gesundheitliche Probleme an⁴⁰. Neben chronischer Hepatitis C (26 %) nennen die Klientinnen und Klienten der Wiener Drogeneinrichtungen die Diagnose „Zahnprobleme“ (19 %) am häufigsten. Diesem Anteil folgen Angaben über Magen- bzw. Darmprobleme (13 %), psychiatrische Probleme (14 %) und andere Erkrankungen (13 %). Hinsichtlich der Häufigkeit der Angaben zu den einzelnen gesundheitlichen Problemen hat sich, wie in Tab. A30 ersichtlich ist, in den vergangenen fünf Jahren kaum etwas verändert. Allgemein ist festzustellen, dass Frauen in einem etwas höheren Maße als Männer angeben, mit gesundheitlichen Problemen konfrontiert zu sein (67 % vs. 61 %). Diese Differenz bezieht sich vor allem auf Magen- bzw. Darmprobleme und auf psychiatrische Erkrankungen. Hinzu kommen bei 11 Prozent der weiblichen Klientel gynäkologische Probleme (IFES 2010).

Hinweise zu psychiatrischer Komorbidität finden sich auch in den DOKLI-Daten (vgl. Kap. 5.3). Bei 120 der 201 Personen (51 %) mit gültigen Angaben zumindest einer nichtsuchtspezifischen ICD-10-Diagnose liegen eine psychische und eine Verhaltensstörung vor. Es handelt sich dabei um affektive Störungen (z. B. Depression), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie um neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (GÖG/ÖBIG 2011a).

Die Statistik der Themen, die in den Beratungsgesprächen des ganslwirts angesprochen werden, zeigt, dass in 31 Prozent der Gespräche psychische Gesundheitsprobleme und in 26 Prozent physische Probleme thematisiert werden (Drogenkonsum: 31 %; Wohnen: 77 %; VWS 2011b; vgl. Kap. 8.2). Bei Streetwork in Wien wurde die psychische Gesundheit in etwa der Hälfte der durchgeführten Beratungs- und Betreuungsgesprächen thematisiert (VWS 2011c) und bei TaBeNo Süd in etwa einem Drittel der Gespräche (VWS 2011k). Eine ungenügend diagnostizierte und behandelte psychiatrische Komorbidität wird auch als eine Wurzel des sich in den letzten Jahren verstärkenden Benzodiazepinmissbrauchs bei Personen in Substitutionsbehandlung gesehen (SDW 2011a; vgl. Kap. 4.1 und 5.1).

40

Angaben zu den gesundheitlichen Problemen beziehen sich ausschließlich auf Angaben der Klientinnen und Klienten und basieren weder auf gezielten diagnostischen Fragestellungen noch auf ärztlichen Befunden.

Neben der psychiatrischen Komorbidität und den gesundheitlichen Folgen der bereits erläuterten Infektionskrankheiten sind auch **somatische Krankheiten** und Schädigungen infolge chronischer Toxineinwirkung bzw. infolge der oft problematischen Lebensverhältnisse von intravenös Konsumierenden anzuführen.

Jährlich analysiert wird die körperliche Komorbidität (begleitende Organerkrankungen), basierend auf den Befunden (makroskopische und mikroskopisch-histologische Untersuchungsergebnisse der inneren Organe) der gerichtsmedizinischen Gutachten zu direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen. Diese zeigen wie in den Vorjahren eine ausgeprägte körperliche Organschädigung der Suchtgiftkonsumierenden. Bei den meisten indirekt suchtgiftbezogenen Todesfällen⁴¹ erlagen die Opfer (21 Personen) Krankheiten wie z. B. Myokarditis, Leberzirrhose (teilweise bedingt durch Hepatitis C) oder Krebs. Drei Personen verstarben an Aids. Drei Personen kamen bei einem Unfall ums Leben. Zwei Personen begingen Suizid (nicht durch eine Suchtgiftvergiftung) GÖG/ÖBIG (2011b). Eine Person verstarb an einer Butangasvergiftung, hatte jedoch auch Kokain konsumiert.

Aussagen über die Prävalenz psychiatrischer bzw. somatischer Komorbidität können u. a. aufgrund mangelnder Repräsentativität der angeführten Samples nicht gemacht werden. Die Daten sind lediglich als eine Beschreibung der Häufigkeiten zu verstehen. Interpretationen in einem politischen, rechtlichen, ökonomischen oder sozialen Zusammenhang sind demnach ebenfalls nicht durchführbar.

6.3 Suchtgiftbezogene Todesfälle und Mortalität

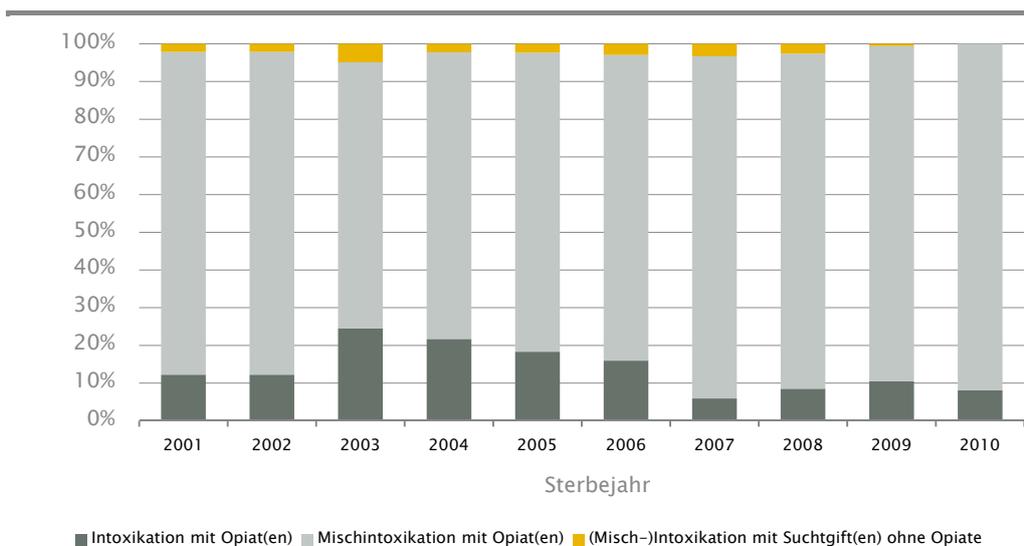
Bei den suchtgiftbezogenen Todesfällen wird zwischen den direkt und den indirekt suchtgiftbezogenen Todesfällen unterschieden (genaue Methodologie vgl. GÖG/ÖBIG 2011b). Insgesamt wurden für das Jahr 2010 170 Fälle auf Basis von Obduktionsbefunden als direkt suchtgiftbezogene Todesfälle verifiziert. Diese Zahl kann jedoch nur als Untergrenze angesehen werden. Tatsächlich könnten es unter Berücksichtigung auch jener gemeldeten Verdachtsfälle, in denen nur ein Totenbeschauschein (äußere Befundung der Leiche) vorliegt, zwischen 170 und 187 Fälle sein. Eine genaue Trendaussage ist – wie bereits im Vorjahr (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b) – aufgrund der hohen Anzahl an Personen (17), bei denen keine Obduktion durchgeführt wurde, nicht möglich.

41

Bei indirekt suchtgiftbezogenen Todesfällen ist die Todesursache nicht eine akute Intoxikation mit Beteiligung eines Suchtgifts. Aufgrund einer suchtgiftbezogenen Vorgeschichte ist aber eine Beziehung zwischen Tod und Suchtgiftkonsum denkbar. Da eine Klassifizierung nur möglich ist, wenn ein entsprechender Verdacht gemeldet wird, ist von einer unvollständigen Datenlage auszugehen (vgl. GÖG/ÖBIG 2007a).

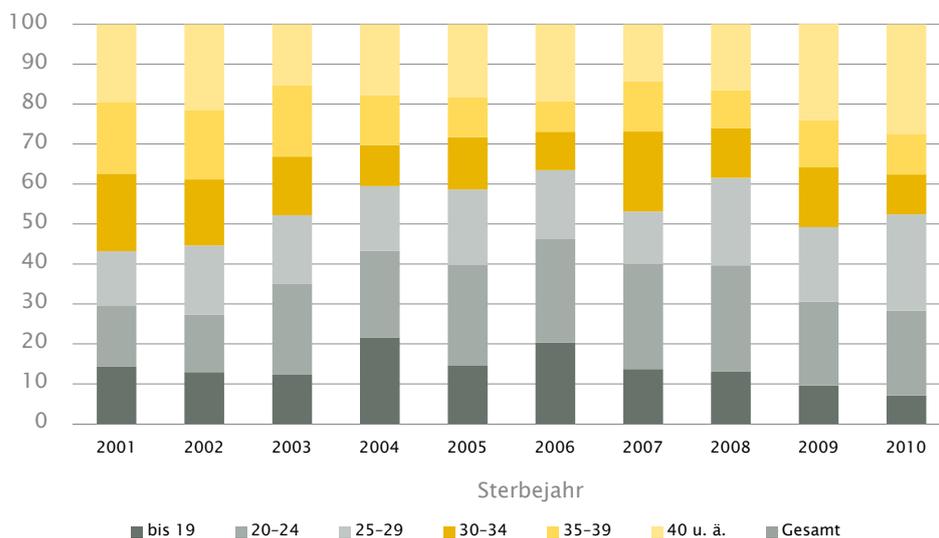
Bei 11 Prozent der suchtgiftbezogenen Todesfälle wurden toxikologisch ausschließlich illegale Drogen festgestellt (eine Droge allein oder mehrere Drogen in Kombination). Zusätzlich nachgewiesen wurden in 53 Prozent der Fälle auch psychoaktive Medikamente, in 12 Prozent der Fälle auch Alkohol und zu 24 Prozent beides – Alkohol und psychoaktive Medikamente. Wie in den Vorjahren zeigt sich ein starkes Überwiegen der Mischintoxikationen unter Beteiligung von Opiaten (vgl. Abb. 6.2). Zu den am häufigsten vorgefundenen Opiaten zählen Morphin und Heroin, gefolgt von sonstigen Opiaten und Methadon (GÖG/ÖBIG 2011b). Kokain und Amphetamine wurden lediglich in 29 bzw. 9 Fällen vorgefunden. Der Anteil reiner Opiatintoxikationen liegt mit rund 8 Prozent im langjährigen Schnitt (2007: 6 %, 2008: 8 %, 2009: 11 %). Polytoxikomane Konsummuster unter Beteiligung von Opiaten, bei denen die sich teilweise potenzierende Wirkung unterschiedlicher Substanzen schwer kontrollierbar ist, sind nach wie vor stark verbreitet und stellen ein erhebliches gesundheitliches Risiko dar (vgl. Kap. 4).

Abbildung 6.2:
 Prozentanteil der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 2001–2010



Quelle: GÖG/ÖBIG 2011b; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Abbildung 6.3:
 Altersverteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich,
 in Prozent, 2001–2010



Quelle: GÖG/ÖBIG 2011b; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Der gruppierte Median⁴² des Sterbealters betrug im Jahre 2010 29,0 Jahre. Somit liegt der Median im Schwankungsbereich der Jahre zuvor (2007: 28,3; 2008: 25,7; 2009: 29,2). Der Anteil der Gruppe der Personen unter zwanzig Jahren ist mit 7 Prozent niedriger als in den letzten Jahre und der niedrigste beobachtete Anteil in den letzten zehn Jahren (2007: 14 %; 2008: 13 %; 2009: 10 %; vgl. Abb. 6.2). Der Anteil der Frauen an den direkt an den Folgen des Drogenkonsums verstorbenen Personen entspricht mit 18 Prozent dem langjährigen Durchschnitt.

Von der Wiener Studie zu suchtgiftbezogenen Todesfällen⁴³ liegen nun erste konkrete Ergebnisse vor. Diese bestätigen einerseits die bereits in der jährlichen Statistik der

42

Der gruppierte Median ist jener Wert, bei dem 50 Prozent der Fälle niedriger und 50 Prozent der Fälle höher liegen.

43

Im Rahmen der Studie wurden insgesamt 198 Obduktionsgutachten von suchtgiftbezogenen Todesfällen aus den Jahren 2005 bis 2007 in Wien und Niederösterreich analysiert und in Bezug zu Daten aus dem Wiener und dem niederösterreichischen Sucht- und Drogenhilfsnetzwerk gestellt. Zusätzlich ausgewertet wurden Datensätze von den Kooperationspartnerinnen/-partnern wie Gesundheitsbehörde, Rettung, Justiz und Krankenhäusern. Die Erforschung der konkreten Todesumstände soll dazu dienen, Risikoprofile zu erstellen und auf diesen basierend Präventionsstrategien zu entwickeln.

suchtgiftbezogenen Todesfälle ermittelten Risikofaktoren Mischkonsum, Drogenkonsum in privaten Räumlichkeiten, schlechter allgemeiner Gesundheitszustand bzw. geschädigte Organe aufgrund des langdauernden Drogenkonsums (vgl. z. B. GÖG/ÖBIG 2011b). Andererseits ergeben sich aber auch einige neue Aspekte. Als ein wichtiger Risikofaktor erweisen sich Haftentlassungen. Ein Drittel der insgesamt 74 Personen mit Hafterfahrung verstarb innerhalb eines Monats nach der Enthaftung. Als Ursache dafür wird ein hohes Überdosierungsrisiko wegen der stark verringerten Opiat-Toleranz angenommen. Die Analyse der Entlassungsdiagnosen der Wiener Rettung und der BADO-Daten ergab, dass in vielen Fällen neben der Suchterkrankung auch eine schwere psychische Erkrankung vorlag. In der Mehrzahl der untersuchten Drogentodesfälle war der oder die Verstorbene unmittelbar vor dem Ableben nicht in das Drogenhilfssystem eingebunden (SDW 2011a; vgl. Kap. 7.1 und 11.3).

7 Maßnahmen in Hinblick auf gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen

Unter Maßnahmen in Hinblick auf gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen wird eine Vielfalt von Interventionen gefasst. Diesbezügliche Angebote liegen in Österreich schwerpunktmäßig im Bereich von drogenrelevanten Infektionskrankheiten und bieten vorwiegend niederschwellige Unterstützung im Sinne von Schadensminimierung an. Spritzentausch, Hepatitis-Impfungen, Informationen zu Safer Use / Safer Sex sind gängige Angebote von niederschweligen Einrichtungen und aufsuchenden Angeboten (Streetwork). Die Behandlung von gesundheitlichen Folgen wird hauptsächlich vom allgemeinen Gesundheitssystem abgedeckt (z. B. Notfallmedizin, Psychiatrie), in zunehmendem Maße auch im Rahmen von Sprechstunden von (Fach-)Ärztinnen und Ärzten in niederschweligen Einrichtungen. Die vorliegenden Informationen und Daten stammen vorwiegend aus Jahresberichten einzelner Einrichtungen bzw. von den Sucht- und Drogenkoordinationen der Länder.

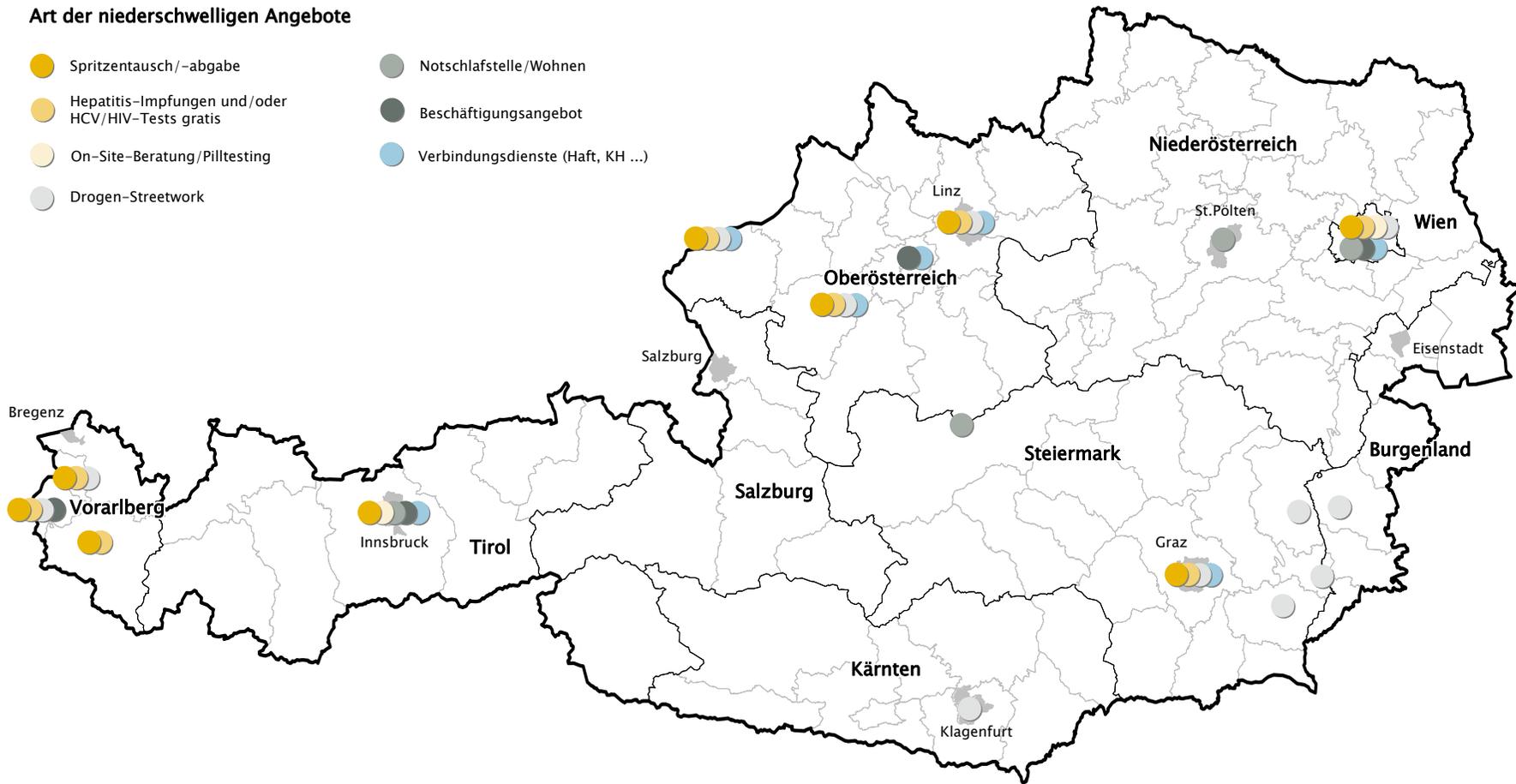
7.1 Prävention von suchtgiftbezogenen Notfällen und Reduktion von Todesfällen

Auf Bundesebene stellen Maßnahmen zur Reduzierung von suchtgiftbezogenen Todesfällen und Schadensminimierung nach wie vor ein wichtiges Thema dar. Das von einer Steering Group erarbeitete Positionspapier zur Schadensminimierung (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a) wurde vom Drogenforum angenommen und wird in die nationale Suchtstrategie (vgl. Kap. 1.2) einfließen. Die Umsetzung des Prinzips Schadensminimierung in allen Bereichen der Suchthilfe ist auch ein Ziel der Fortschreibung des Kärntner Suchplans (Prehslauer, p. M.) In Wien wurde im Juli 2010 mit der Broschüre „Wiener Drogenpolitik Harm Reduction“ ein Überblick über die Angebote der Schadensminimierung gegeben (SDW 2010b).

Konkrete Initiativen zu suchtgiftbezogenen Notfällen bzw. Todesfällen bestehen vor allem im niederschweligen Bereich der Drogenhilfe auf Einrichtungsebene bzw. vereinzelt auch auf Länderebene. Informations- und Beratungsleistungen wird hierbei ein großer Stellenwert zugeschrieben. Eine zentrale Rolle spielt jedoch auch die Notfallhilfe, z. B. Kriseninterventionen und Observationen (VWS 2011b, VWS 2011c).

Die Wiener Studie zu drogenbezogenen Todesfällen, auf deren Basis präventionsrelevante Risikoprofile erstellt werden sollen, zeigt unter anderem, dass Haftentlassene aufgrund der verringerten Opiattoleranz ein hohes Überdosierungsrisiko aufweisen (vgl. Kap. 6.3) und somit eine relevante Zielgruppe darstellen.

Karte 7.1: Spezialisierte niederschwellige Einrichtungen zur Schadensminimierung bei Drogenabhängigen, 2011



Quelle: GÖG/ÖBIG unter Einbindung der Sucht- und Drogenkoordinationen der Länder; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Einen Überblick über spezialisierte Einrichtungen zur Schadensminimierung bei Drogenabhängigen in Österreich gibt – nach Gemeinden aufgeschlüsselt – die Karte 7.1.

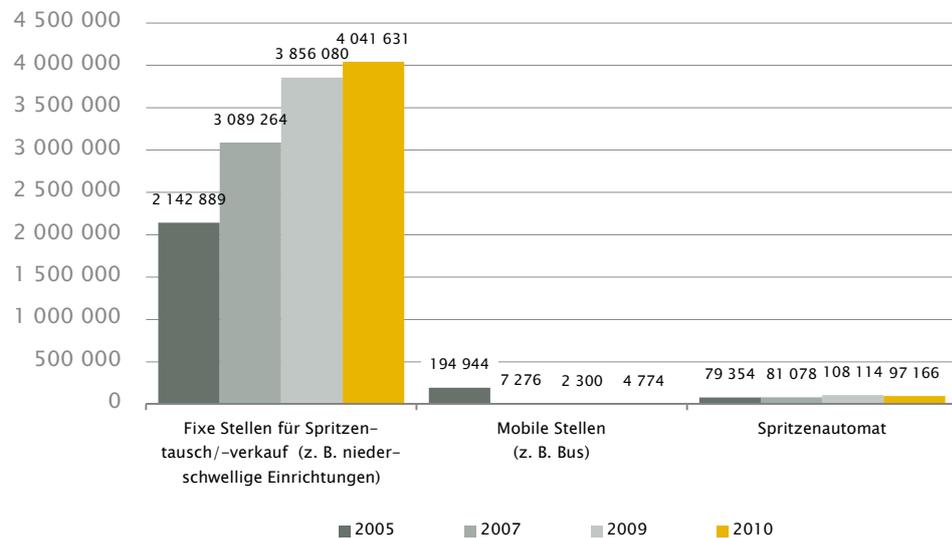
7.2 Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten

Die Infektionsprophylaxe ist eine wesentliche Aufgabe von niederschweligen Einrichtungen und aufsuchenden Angeboten, wobei v. a. dem **Spritzentausch und –verkauf** ein hoher Stellenwert zukommt. Neben den gängigen bundesländerspezifischen Programmen zum Spritzentausch und –verkauf gibt es in Österreich die Möglichkeit, Spritzen und Nadeln in Apotheken und bei Automaten zu erwerben.

Trotz der aufgrund der Umbauarbeiten am Karlsplatz vorgenommenen strukturellen Änderungen im niederschweligen Bereich in Wien (kein Spritzentausch durch Streetwork am Karlsplatz mehr, Erweiterung der räumlichen Kapazitäten des ganslwirts, Spritzentausch im Rahmen der temporären Einrichtung TaBeNo-Süd; vgl. ausführlich GÖG/ÖBIG 2010a) ist die Anzahl der getauschten Spritzen in Wien in etwa gleich geblieben (2009: 2.846.993; 2010: 2.817.160). Bei den Klientenkontakten aufgrund von Spritzentausch war jedoch 2010 ein Rückgang von 23 Prozent im Vergleich zu 2009 zu beobachten. Dies bedeutet, dass pro Spritzentauschkontakt mehr Spritzen getauscht wurden. Da die Klientenkontakte ein wichtiges Element der niederschweligen Arbeit darstellen, werden die Hintergründe im Rahmen einer Evaluationsstudie analysiert (VWS 2011a). Ab dem dritten Quartal 2012 werden die Einrichtungen ganslwirt und TaBeNo-Süd in der neuen sozialmedizinischen Drogenberatungsstelle am Gumpendorfer Gürtel zusammengeführt (Lochner, p. M.)

In Abbildung 7.1 wird deutlich, dass österreichweit die Gesamtzahl der abgegebenen bzw. verkauften Spritzen im Vergleich zu den beiden vorangegangenen Erhebungsjahren nur mehr leicht gestiegen ist. Im Rahmen von fixen Spritzenabgabestellen, hauptsächlich in niederschweligen Einrichtungen, wurden österreichweit im Jahr 2010 4.138.797 Spritzen bzw. Nadeln an Drogenkonsumierende abgegeben (vgl. Tab. A29; ST10). Spritzenautomaten sind mittlerweile in fünf Bundesländern im Einsatz. Die Gesamtzahl der Spritzenautomaten in Österreich (15) ist im Vergleich zum Vorjahr gleich geblieben (vgl. Tab. A29, GÖG/ÖBIG 2010a).

Abbildung 7.1:
 Spritzenaustausch und -verkauf in Österreich, 2005, 2007, 2009 und 2010



Anmerkung: In Vorarlberg und der Steiermark sind die im Rahmen der Straßensozialarbeit ausgegebenen Spritzen aus datentechnischen Gründen bei den fixen Stellen inkludiert.

Quelle: ST 10; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Der Kontaktladen in Graz berichtet einen starken Anstieg der getauschten Spritzen im Vergleich zum Vorjahr um 93.000 Spitzensets auf nunmehr 451.433 und führt das unter anderem auf das exzessive Konsumverhalten hinsichtlich Mephedron zurück (vgl. Kap. 4.2). Zusätzlich zum Spritzenaustausch wurde 2010 vom Kontaktladen im Rahmen der Hepatitiskampagne „Gib den Löffel (nicht) ab“ ein Löffeltauschprogramm implementiert. Weitere Elemente der Kampagne sind Informationsweitergabe durch Vorträge, Informationsmaterialien, Ausbildung von drogenabhängigen Personen als Multiplikatorinnen/Multiplikatoren (Peer Education Program), die Kooperation mit Justizanstalten zur Infektionsprophylaxe und Mitarbeiterschutz und eine abschließende Evaluation. Zielgruppen des Projekts waren einerseits Mitarbeiter/innen der steirischen Suchthilfe und andererseits suchtkranke Personen (Caritas, Diözese Graz-Seckau, 2011). Während das Programm insgesamt sehr gut angenommen wurde, stellten Mephedronkonsumierende aufgrund ihrer „intensiven Konsummuster“ und ihres „Durcheinanderseins“ eine schwer erreichbare Zielgruppe dar (Zotter, p. M.).

Von der in den drei Drogeneinrichtungen der Caritas in Tirol im Juli 2008 durchgeführten Hepatitis-Erhebung liegt nun der Endbericht vor.⁴⁴ 79 Prozent der Befragten haben schon einmal einen HIV-Test gemacht (Ergebnis: 73 % negativ, 3,2 % positiv, 1,6 % unbekanntes Ergebnis, 22,6 % Antwortverweigerung). 87 Prozent haben bereits einen HCV-Test gemacht (Ergebnis: 23 % negativ, 55 % positiv, 8 % unbekanntes Ergebnis, 16 % Antwortverweigerung). Knapp die Hälfte der Befragten gab an, gegen Hepatitis A/B geimpft worden zu sein. 29 Prozent der Befragten sagten aus, im letzten Monat eine gebrauchte Spritze verwendet zu haben, wobei dieser Anteil bei den Frauen signifikant höher ist. Wird das letzte Jahr als Bezugszeitraum herangezogen, erhöht sich der Anteil der Personen, die „needle sharing“ angeben, auf etwa die Hälfte der Befragten. Die Autoren schließen aus den Ergebnissen der Studie, dass der Konsumalltag in der Realität immer noch fern ab von Safer-Use-Leitlinien ist, und fordern flächendeckende Hepatitis-A/B-Impfprogramme und bessere Möglichkeiten, zu sterile Spritzen zu gelangen, insbesondere im ländlichen Raum (Spritzenautomaten). Auch der geschlechtsspezifische Aspekt sollte bei schadensminimierenden Maßnahmen verstärkt Berücksichtigung finden (Dietmann et al. 2010).

Viele Opioidabhängige konsumieren über lange Zeit Heroin nasal und steigen erst im Verlauf ihrer Suchtkarriere auf den i. v. Drogenkonsum um (Busch und Eggerth 2010; vgl. Kap. 5.3). Diese Verhaltensweise könnte ein Handlungsfenster für niederschwellige Maßnahmen zur Verhinderung des Umstiegs auf i. v. Konsum darstellen.

Eine weitere wesentliche Maßnahme im Bereich Prävention und Behandlung drogenbezogener Infektionskrankheiten stellen **Hepatitis-Impfprojekte** dar, die jedoch nur in einigen Einrichtungen der Drogenhilfe angeboten werden. Das Impfangebot ist in den meisten Fällen an eine kostenlose Statusbestimmung hinsichtlich HIV und Virushepatitis geknüpft. Beispielsweise wurden im Zeitraum 1995 bis 2010 im ganslwirt (Wien) bei 1.341 i. v. Konsumierenden eine serologische Abklärung hinsichtlich der Sinnhaftigkeit einer Hepatitis-A/B-Impfung durchgeführt, auf der basierend 1.027 Personen eine Impfung empfohlen wurde. Von diesen haben 77 Prozent mit der Immunisierung begonnen und 45,5 Prozent alle drei Teilimpfungen erhalten (Haltmayer und Schütz, p. M.).

44

Im Rahmen der Hepatitis-Erhebung wurden 62 Personen (41 Männer, Durchschnittsalter: 33,6 Jahre; 21 Frauen, Durchschnittsalter: 29,8 Jahre) per Fragebogen zum Thema Safer Use und Infektionskrankheiten befragt. Es handelt sich ausschließlich um i. v. Drogenkonsumierende, wobei 34 % der Befragten aussagten, mehrmals täglich, 26 % täglich, 18 % zwei- bis sechsmal pro Woche, 9,8 % weniger als einmal pro Woche i. v. konsumiert zu haben. 11,5 % gaben an, in den letzten vier Wochen nichts konsumiert zu haben. Die Befragung war zwar anonym, um jedoch die mehrfache Befragung ein und derselben Person zu verhindern, wurden am Fragebogen die Initialen und das Geburtsjahr vermerkt. Dies dürfte den teilweise hohen Anteil an Antwortverweigerung mitbedingt haben.

Die **Behandlung von Infektionskrankheiten** bei Drogenkonsumierenden rückt österreichweit zunehmend in den Blickpunkt. Eine wesentliche Voraussetzung für ein Gelingen der Behandlung stellen multiprofessionelle Netzwerke dar, die die Drogenhilfe mit medizinischen Versorgungsstrukturen verknüpfen. So ist in Wien die Behandlung von Drogenkranken mit Hepatitis B oder C in sämtlichen gastroenterologischen Ambulanzen der Wiener Krankenanstalten Routine.

Seit Anfang 2011 existiert ein neues Angebot der Wiener niederschweligen Drogen-einrichtung ganslwirt in Kooperation mit der Immunambulanz des Otto-Wagner-Spitals (OWS). Zielgruppe sind HIV-positive Personen, denen es nicht gelingt, die Spezialambulanzen des AKH oder des OWS (in der erforderlichen Regelmäßigkeit) aufzusuchen. Blutabnahme, Befundauswertung und Interpretation (in Abstimmung mit den Spezialistinnen/Spezialisten des OWS) erfolgen im ganslwirt. Neben der Erstabklärung werden auch halb- und vierteljährliche Kontrolluntersuchungen vorgenommen. Zusätzlich wurde das Testangebot um einen HIV-Antikörper-Schnelltest erweitert (Haltmayer und Schütz, p. M.).

Im Mai 2011 fand in Wien ein Vortrag des Harm-Reduction-Experten Heino Stöver zum Thema „Überblick und Erfahrungen mit Drogenkonsumräumen in Deutschland und Europa“ statt, dessen Ziel es war, eine öffentliche fachliche Diskussion zum Thema Konsumräume in Wien zu initiieren (APA 2011).

7.3 Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen

Versorgungsangebote hinsichtlich **psychiatrischer Komorbidität** sind weiterhin Bestandteil in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Die Angebote unterscheiden sich kaum von denen aus den Vorjahren (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b und 2010a).

Interventionen und Maßnahmen, die auf allgemeine **gesundheitliche Aspekte** der Drogenkonsumierenden abzielen, sind in allen Betreuungs- und Behandlungsbereichen der Drogenhilfe integriert und je nach Setting ausgerichtet. Vor allem im niederschweligen Bereich umfasst dieses Angebot u. a. auch Wundversorgung, Gesundheitsinformationen oder Hygienearbeit.

Spezifische gesundheitsfördernde Angebote für Frauen sind weiterhin fixer Bestandteil der niederschweligen Drogenhilfe (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b). Die Angebote umfassen Beratung und Unterstützung hinsichtlich **frauenspezifischer Themen** (z. B. Beschäftigungsprostitution, Gewalterfahrungen), die meist in einem klar abgegrenzten Setting stattfinden.

Die im Rahmen des SDDCARE-Projekts durchgeführten Interviews mit älteren Drogenkonsumierenden ergeben, dass diese Gruppe zwar eine sehr hohe Krankheitsbelastung aufweist (akute oder chronische Erkrankungen wie Hepatitis, Zahnerkrankungen etc.), oft aber nicht in professioneller Behandlung steht. Die Autorinnen und Autoren beschreiben diese Gruppe als „behandlungsfern“ bzw. auch aufgrund ihrer Marginalisierung als „behandlungsscheu“. Nur etwa ein Drittel der Interviewten wurde in Drogeneinrichtungen betreut. Es besteht Handlungsbedarf, für diese Zielgruppe adäquate Angebote zu schaffen. (Eisenbach-Stangl und Spirig, 2010; vgl. Kap. 4.2)

Die Angebote zur **Fortbildung** wurden im Berichtszeitraum weitergeführt. In der Steiermark wurden in Kooperation von Hepatologie und Streetwork Informationsveranstaltungen zu Infektionskrankheiten und Infektionsprophylaxe in Haftanstalten durchgeführt (Ederer p. M.; vgl. Kap. 11.3) Im Herbst 2011 beginnt ein neuer Lehrgang zur Pflege von Suchtkranken⁴⁵ am API.

45

<http://www.api.or.at/typo3/news/2011-06-08.html> (8. 8. 2011)

8 Soziale Zusammenhänge und soziale Reintegration

Als Quellen für das vorliegende Kapitel standen zur Verfügung im Wesentlichen das österreichische Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe (DOKLI), Jahresberichte von Einrichtungen der Suchthilfe und ähnlicher Institutionen, Informationen der Sucht- und Drogenkoordinationen der Länder sowie wissenschaftliche Publikationen. Angaben zum Thema liefern auch der SQ28 sowie Karte 8.1, die spezialisierte Angebote der österreichischen Drogenhilfeeinrichtungen zur sozialen (Re-)Integration darstellt. Die ausgewählten Angebote sind nach Gemeinden aufgeschlüsselt.

In Österreich sind nach einer im Jahr 2006 stattgefundenen Erhebung⁴⁶ (BAWO 2009) bei Betreuungseinrichtungen insgesamt etwa 37.000 Personen wohnungslos (Doppelzählungen möglich). Dabei handelte es sich um etwa 31.000 Erwachsene und etwa 6.000 Minderjährige, die von den entsprechenden Einrichtungen im Rahmen von Delogierungsprävention, ambulanten Hilfen und (teil-)stationärer Wohnbetreuung betreut wurden. Von Arbeitslosigkeit waren im Jahr 2010 etwa 190.000 Personen (internationale Definition) betroffen; das entspricht einer Arbeitslosenquote von 4,4 Prozent⁴⁷. Sozialhilfe bezogen im Jahr 2009 etwa 174.000 Personen⁴⁸.

Die wichtigsten sozialen Probleme von Drogenkonsumierenden betreffen – wie auch schon in den Vorjahren – besonders Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit und Schulden; dies gilt im Wesentlichen für schwer Drogenabhängige aus der Straßenszene.

Maßnahmen zur sozialen (Re-)Integration von (ehemals) Drogenabhängigen wenden sich sowohl an Klientinnen und Klienten nach einer Abstinenztherapie als auch an Personen mit bestehendem Drogenkonsum. In Österreich kommt Maßnahmen dieser Art traditionell große Bedeutung zu, besonders im Hinblick auf die Bereiche Wohnen, Arbeit und (Aus-)Bildung. Diese Maßnahmen erfolgen teilweise im Rahmen der Behandlungskette innerhalb einzelner Modulmodule. Die unterschiedlichen (auch

46

Für das Jahr 2006 wurde von der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAWO 2009) im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz eine quantitative und qualitative Erhebung bei den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe bzw. bei nahestehenden Einrichtungen wie z. B. ambulanten Frauenberatungsstellen durchgeführt.

47

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/arbeitsmarkt/arbeitslose_arbeitssuchende/arbeitslose_internationale_definition/index.html (7. 8. 2011)

48

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/sozialhilfe/index.html (7. 8. 2011)

niederschwellig) Angebote stehen nach einer Therapie oder suchtbegleitend zur Verfügung. Suchtkranke können auch an ausgewählten anderen Maßnahmen im Bereich Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit und Freizeitgestaltung teilnehmen. Immer mehr an Bedeutung gewinnt die vernetzte Zusammenarbeit von Einrichtungen, um eine bessere Versorgung der Klientinnen und Klienten zu erreichen.

8.1 Soziale Problemlagen und Drogengebrauch

Weiterhin ist die soziale Situation der vom österreichischen Drogenhilfssystem erfassten Personen relativ zur Gesamtgesellschaft eindeutig schlechter (Wohnsituation, Schulbildung, Erwerbstätigkeit und Einkommen). Daraus folgt aber keineswegs, dass eine Drogenproblematik in erster Linie bei sozial Benachteiligten auftritt. Es bedeutet zunächst nur, dass diese Gruppe eher vom Drogenhilfssystem erfasst wird als Personen, die (noch) über soziale und finanzielle Ressourcen verfügen (vgl. Kap. 5.3).

Betrachtet man den DOKLI-Klientinnen- und Klientenjahrgang 2010 (vgl. Kap. 5.3), so zeigt sich, dass der Anteil der Erwerbstätigen im stationären Bereich (8 %) weiterhin am geringsten ist (2009: 9 %). Hier geben auch die meisten Personen an, arbeitslos zu sein (2010: 44 %). Besonders im Bereich der längerfristigen ambulanten Betreuung sind weiterhin deutlich weniger Frauen als Männer erwerbstätig (Frauen: 26 %, Männer: 31 %). Im Vergleich zum letzten Klientenjahrgang deutlich gesunken ist der Anteil der Erwerbstätigen unter den Personen in niederschwelliger Begleitung (2009: 17 %, 2010: 10 %). Arbeitslosigkeit wird von Frauen weitaus seltener genannt, sie beziehen jedoch öfter Sozialhilfe als Männer (vgl. Tab. A24).

Während im Klientenjahrgang 2009 etwa die Hälfte der Personen in niederschwelliger Begleitung angab, in einer gesicherten Wohnsituation zu leben, beträgt dieser Wert für den Klientenjahrgang 2010 nur noch etwas mehr als ein Drittel (36 %) und hat sich damit deutlich verschlechtert. Aus der Gruppe der längerfristig betreuten Personen geben dagegen etwa 90 Prozent diese Wohnsituation an (vgl. Tab. A26).

Hinsichtlich höchster abgeschlossener Schulbildung sowie Zusammensetzung der von der Wiener BerufsBörse betreuten Personen zeigte sich für 2010 kein Unterschied zu den im Bericht des Vorjahres referierten Werten (GÖG/ÖBIG 2010a; GÖG/ÖBIG 2011a). 2010 erhielt ein Fünftel der von der BerufsBörse Betreuten Ausbildungsmaßnahmen, und 7 bzw. 4 Prozent konnten im ersten bzw. zweiten Arbeitsmarkt, 3 Prozent bei geringfügiger Beschäftigung, untergebracht werden (Wiener BerufsBörse 2011).

Großen Einfluss auf die finanzielle Situation der Bezieher/innen hatte im Bereich der Sozialhilfe die Umstellung auf die bedarfsorientierte Mindestsicherung (BMS), die mittlerweile in allen österreichischen Bundesländern außer Oberösterreich eingeführt

wurde (vgl. Kap. 1.2). Aufgrund des kurzen Geltungszeitraums der BMS ist es noch nicht möglich, diesbezügliche Erfahrungen zu berichten.

8.2 Soziale (Re-)Integration

Maßnahmen im Zusammenhang mit sozialer (Re-)Integration sind in den Bereichen Arbeit und Ausbildung, Wohnen und Freizeit angesiedelt (vgl. auch Karte 8.1). Bezüglich **Arbeit** stehen diese Aktivitäten in Form von niederschwellig zugänglicher, tageweiser Beschäftigung, aber auch als über einen längeren Zeitraum mögliche Tätigkeiten zur Verfügung. Aus dem Ausbildungsbereich liegen keine Informationen über neue Angebote vor. Die überwiegende Mehrheit der im Vorjahresbericht (GÖG/ÖBIG 2010a) präsentierten Angebote zur sozialen (Re-)Integration wurde weitergeführt bzw. durch Folgeprojekte (z. B. *Standfest II*) abgelöst. Informationen, die über zusätzliche bzw. neue Maßnahmen im Bereich vorliegen, werden im Folgenden dargestellt.

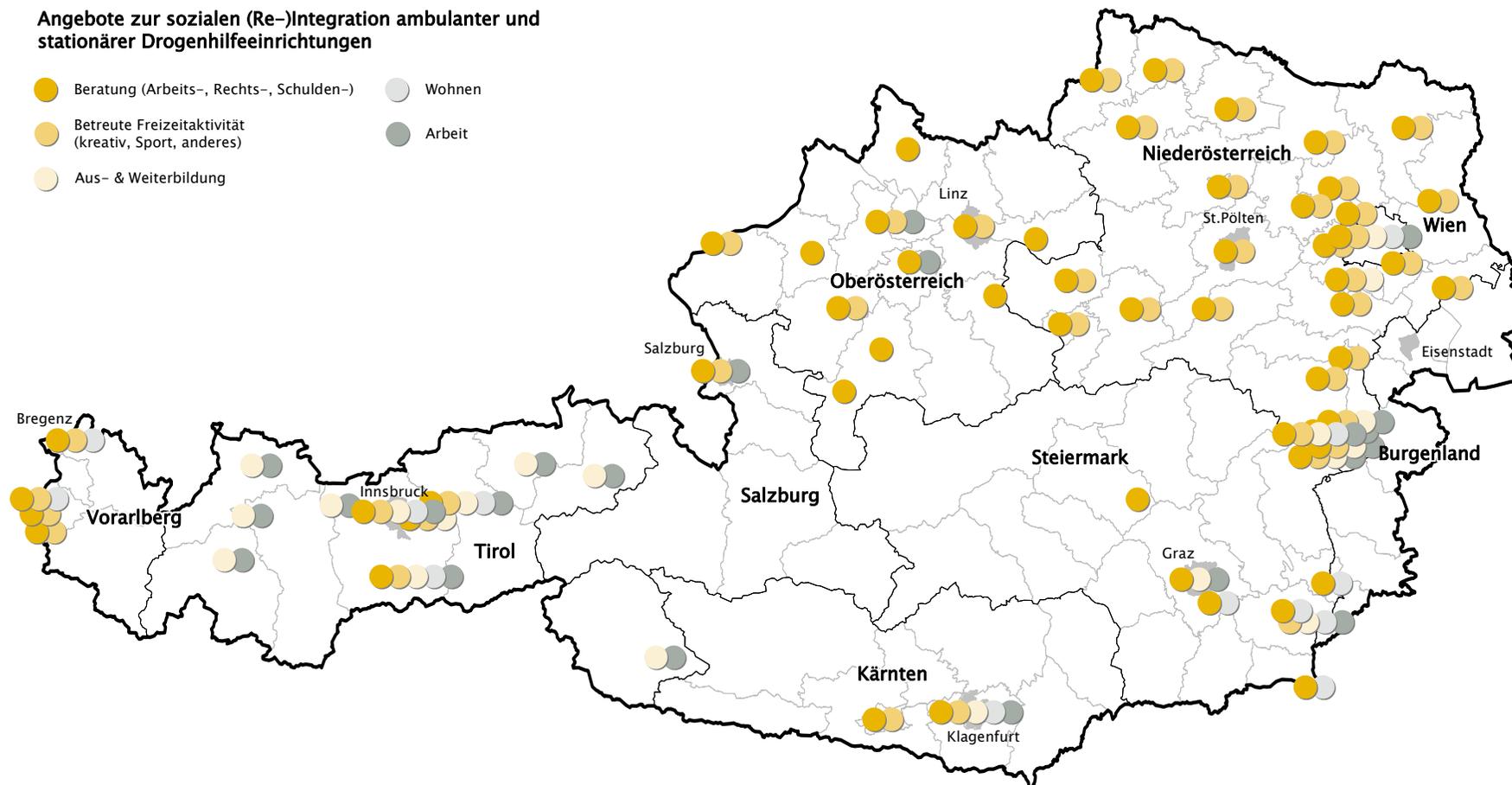
Das Thema soziale Integration wird auch in einem eigenen Kapitel des neu erschienenen NÖ Suchtplans 2011–2015 behandelt (vgl. Kap.1.2). Dabei wird festgehalten, dass Integration im Sinne sozialer Inklusion verstanden werden sollte. Der Inklusionsgedanke soll durch Schaffung entsprechender Strukturen noch stärker als bisher in der Suchtarbeit NÖ verankert werden, und zwar in den Bereichen Bildung und Beschäftigung, Wohnen sowie Freizeit und Begleitung (Fachstelle für Suchtprävention NÖ 2010).

Im Rahmen des Projekts *Sucht und Beschäftigung* (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a) wurde 2010 ein Pilotprojekt gestartet, in dem die abklärenden Erstgespräche auf die Geschäftsstellen des AMS in den niederösterreichischen Regionen verlegt wurden. Dieses Vorgehen ermöglicht eine bessere Erreichbarkeit und eine Verringerung der Zutrittsschwelle (Verein Dialog 2011).

Speziell für Jugendliche mit Suchtproblematik wurde im Auftrag des AMS Niederösterreich im Herbst 2010 ein Berufsorientierungskurs veranstaltet. Das LIMES (Leben im erfolgreichen Stil) genannte Projekt hatte den Aufbau und die konsequente Umsetzung eines strukturierten Tages- bzw. Kursablaufs zum Ziel. Die Erarbeitung von Zukunftsperspektiven sollte der Vorbereitung einer Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt dienen. Zusätzlich wurde im Rahmen von LIMES die Möglichkeit einer „Schnuppertherapie“ angeboten. Bei Annahme des Therapieangebots wurde das Aufnahmeverfahren für stationäre Therapie erleichtert und verkürzt, eine ambulante Therapie konnte sofort angetreten werden (Grüner Kreis 2010).

Karte 8.1:

Spezialisierte Angebote der ambulanten und stationären Drogenhilfeeinrichtungen zur sozialen (Re-)Integration, 2011



Quelle: GÖG/ÖBIG unter Einbindung der Sucht- und Drogenkoordinationen der Länder; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Das 2009 beendete Beschäftigungsprojekt *Standfest I* (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a) wurde vom Projekt *Standfest II* abgelöst. Zielgruppe von *Standfest II* sind befristet arbeitsunfähige Personen sowie Personen, die nach einer Phase der Arbeitsunfähigkeit dem Arbeitsmarkt erneut zur Verfügung stehen oder die über die Wiener BerufsBörse vermittelt werden und einen spezifischen Unterstützungsbedarf haben. Auch das Institut für Suchtdiagnostik (ISD) weist nach einer Abklärung im Zuge der Arbeitsfähigkeitsuntersuchung Personen zu. Ein wichtiges Merkmal des Projekts ist die intensive Zusammenarbeit mit anderen spezialisierten arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen im Rahmen der Suchthilfe Wien. Teilnehmer/innen, die schon länger dem Arbeitsmarkt fern sind, können in Zusammenarbeit mit den sozialökonomischen Betrieben *gabarage* und *fix und fertig* ein Arbeitstraining als Teil des Kurses in Anspruch nehmen.

Bei *fix und fertig* kam es im Lauf des Jahres 2010 zu einer deutlichen Veränderung der Förderstruktur. Der größte Teil der Förderungen wird nun von der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) bestritten, während sich das Arbeitsmarktservice nur noch in Form von Lohnkostenzuschüssen für die Transitarbeitskräfte beteiligt. Aufgrund der geänderten Förderstruktur konnte die Verweildauer der Klientinnen und Klienten im Betrieb von neun auf zwölf Monate erhöht werden, was positive Auswirkungen für alle Beteiligten nach sich zieht (Teambuilding, Reduktion der Fluktuation etc.; VWS 2011f).

In Graz bietet das Projekt *Offline* Beschäftigung für suchtkranke Menschen und stellt ein niederschwelliges Beschäftigungs- und Qualifizierungsangebot für suchtkranke Menschen (Alkohol, illegale Substanzen) zur Verfügung. Dabei berücksichtigen die Arbeitszeiten das Konsumverhalten, und es gibt keine Altersbeschränkung. Die fallweise oder laufend geringfügige Beschäftigung bei *Offline* ist auf maximal neun Monate befristet. Das Projekt wird von der Santner Privatstiftung der Firma Anton Paar finanziert und von der Caritas der Diözese Graz-Seckau durchgeführt⁴⁹ (Ederer, p. M.).

Im Rahmen des Projekts *VIVA-Therapiegarten* in Klagenfurt wird klientenzentrierte Gesundheitsförderung u. a. durch Gartenarbeit praktiziert, die suchtkranke Menschen bestmöglich bei der Genesung unterstützen soll. Der Garten wurde vom Orden der Elisabethinen kostenlos zur Verfügung gestellt und wird von April bis Oktober zweimal in der Woche von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern – Klientinnen und Klienten der Drogenberatung VIVA und des Ambulatoriums für Drogenkranke Klagenfurt – bewirtschaftet. Das Beschäftigungsangebot gibt Tagesstruktur und trägt wesentlich zur psychosozialen Stabilisierung der Teilnehmer/innen bei, die für ihre Arbeit ein therapeutisches Taschengeld (fünf Euro pro Stunde) erhalten. Die Ernte kann von den Klientinnen und Klienten nachhause mitgenommen werden bzw. wird jeden Donners-

49

http://www.caritas-steiermark.at/fileadmin/user/steiermark/fotos__pdf__medien/Hilfe_und_Einrichtungen-/fuer_Menschen_in_Not/Arbeit/OFFline/Flyer_Projektinfo2011.pdf (7. 7. 2011)

tag bei einem gemeinsamen Mittagessen gekocht und verspeist. Die getrockneten Kräuter werden jeweils am Tag der offenen Tür verkauft. Der VIVA-Garten wird von manchen Klientinnen und Klienten den ganzen Sommer über, von anderen nur kurzfristig zur Beschäftigung genutzt. Von April bis Oktober 2010 waren 14 Klientinnen und Klienten zu Gruppen von zwei bis vier Personen zweimal in der Woche im VIVA-Garten tätig (Drogenberatung VIVA 2010; Kulterer, p. M.)

In den Empfehlungen⁵⁰ im Rahmen ihrer Publikation fordern Eisenbach-Stangl und Spirig (2010) die Förderung der materiellen Absicherung der älteren Drogenkonsumentinnen und -konsumenten. Dafür schlagen sie die Förderung der (Re-)Integration dieser Personengruppe in das Erwerbsleben vor. Sollte das nicht mehr möglich sein, könnten nicht diskriminierende Betätigungsangebote in Tages- und Nachbarschaftshilfezentren entwickelt werden, die den Alltag strukturieren und zu kleine Einkünften verhelfen. Sowohl die (Re-)Integration in das Erwerbsleben als auch die Inanspruchnahme der Betätigungsangebote könnte mit Schuldenberatung gekoppelt werden.

Analog zum Bereich Arbeiten gilt auch für Maßnahmen betreffend den Bereich Wohnen, dass einerseits niederschwellig zugängliche Notschlafstellen zur Verfügung stehen, die Übernachtungsmöglichkeiten für einzelne Tage bieten. Andererseits existieren Angebote, die darauf abzielen, den Betroffenen Wohnmöglichkeiten oder Wohnungen zur langfristigen Benützung zu vermitteln.

Laut DOKLI-Bericht (GÖG/ÖBIG 2010b) und wie in Kap. 8.1 referiert, lebt die Hälfte der in niederschwelliger Betreuung befindlichen Personen in einer unsicheren Wohnsituation⁵¹, weshalb Angeboten zum Thema **Wohnen** besondere Bedeutung zukommt.

In Wien bietet die temporäre Einrichtung TaBeNo-Süd am Wiedner Gürtel Grundversorgung, Überlebenshilfe und Krisenintervention für suchtkranke Personen. Die Klientin-

50

Die Publikation von Eisenbach-Stangl und Spirig (2010) dokumentiert das europäische Forschungsprojekt „Senior Drug Dependents and Care Structures – SDDCare“, das aus Mitteln der Europäischen Union gefördert und zwischen 2008 und 2010 in vier Ländern (Deutschland, Österreich, Polen und Schottland) durchgeführt wurde. Ziel des Projekts war, das Wissen über Lebenssituation und Gesundheit von älteren drogenabhängigen Frauen und Männern zu verbessern und Grundlagen für ihre Versorgung im Alter zu erarbeiten. Das Projekt bestand aus fünf lose miteinander verbundenen Teilstudien, in deren Rahmen u. a. Interviews mit älteren Drogenabhängigen sowie Expertinnen und Experten geführt wurden.

51

Dagegen geben etwa 90 Prozent aus der Gruppe der längerfristig betreuten Personen an, in einer gesicherten Wohnsituation zu leben. Bei der Interpretation der Angaben zur Wohnsituation ist aber zu beachten, dass „gesichert“ nicht unbedingt bedeutet, dass keine Probleme hinsichtlich des Wohnens bestehen (z. B., wenn die Klientin oder der Klient aufgrund ihrer/seiner Suchterkrankung mangels anderer Alternativen bei den Eltern wohnt).

nen und Klienten können das dort vorhandene Tageszentrum, die Notschlafstelle (2010 im Monatsschnitt: 20 Nächtlungen pro Tag) oder die Notfallambulanz (im Monatsschnitt von November und Dezember 2010: 20 Behandlungen pro Tag; ein Drittel davon Frauen) in Anspruch nehmen. Da etwa die Hälfte der Klientel über keine gesicherte Unterkunft verfügt, stand bei TaBeNo-Süd – ebenso wie beim Ganslwirt – das Thema Wohnen mit etwa 80 Prozent deutlich im Vordergrund der Beratungs- und Betreuungsgespräche, gefolgt von den Themen Konsum, Gesundheit und finanzielle Situation, die jeweils etwa 30 Prozent ausmachten (VWS 2011b, VWS 2011k; vgl. auch GÖG/ÖBIG 2010a und Kap. 6.2).

Die Tagesstätte für unstete und obdachlose Personen des Kärntner Caritasverbandes unterstützt und begleitet wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Personen. Die Klientel besteht in der Mehrzahl aus Männern (Frauenanteil: 15 %) und weist u. a. psychosoziale Schwierigkeiten oder Suchterkrankungen auf. Eine Vergrößerung des Anteils junger Obdachloser zwischen 18 und 30 Jahren kann beobachtet werden (Kärntner Caritasverband 2011).

Die Caritas der Diözese Graz-Seckau plant, ihr bisher bestehendes Wohnangebot, angemietete Wohnungen für Obdachlose, auch auf Suchtkranke auszuweiten. Es wird geschätzt, dass in Graz 320 bis 340 Personen Bedarf für dieses Angebot haben (Ederer, p. M.).

In Kooperation mit dem Fonds Soziales Wien sollen im Bereich der Alten- und Pflegedienste neue externe Wohnstrukturen (Wohngemeinschaften und betreutes Wohnen) für (ehemalige) ältere Drogenkonsumentinnen und -konsumenten entstehen. Sie werden etwa 50 Betten umfassen und den Bedarf der Klientel optimal abdecken, wobei Aufnahmekriterien und Hausordnung eher niederschwellig sein sollen (Spirig et al. 2010a)⁵².

Auch im **Freizeitbereich** gibt es sowohl niederschwellig und einmalig stattfindende Angebote als auch Aktivitäten, die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken und teilweise An- bzw. Abmeldung durch die Teilnehmer/innen erfordern. Die Angebote sind in den Bereichen Sport, Kunst/Kultur/Kreativität und gemeinsames Erleben angesiedelt, wobei sich der Stellenwert von Kunst, Kultur und zunehmend auch jener von kreativen Tätigkeiten vergrößert hat. Die meisten der angebotenen Maßnahmen

52

Im Rahmen einer Publikation von Eisenbach-Stangl und Spirig (2010; vgl. auch Kap. 11.1) führten Spirig et al. (2010a) elf Interviews mit Feldexperten aus den Bereichen stationäre bzw. ambulante Drogenbehandlung, niederschwellige Versorgung, Gefängnis sowie soziale Dienste für Drogenabhängige durch. Ergänzend wurden Personen aus dem Bereich der Alten- und Pflegedienste sowie der administrativen Ebene befragt.

stehen jedoch nicht allen Interessierten, sondern nur den Klientinnen und Klienten der jeweiligen Einrichtungen – teilweise im Rahmen einer Therapie – zur Verfügung.

So hat der Ganslwirt 2010 einmal im Monat einen Mal- und Kreativworkshop angeboten, dessen Ziel es war, eine befriedigende Freizeitgestaltung zu ermöglichen und die kreativen Potenziale der Klientinnen und Klienten zu fördern. Im Berichtsjahr haben 78 Personen an elf Veranstaltungen teilgenommen (VWS 2011b).

Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich in Graz hat 2010 wieder monatliche Freizeitaktionen durchgeführt, um (ehemals) suchtkranke Personen zu Bewegung als gesundheitsförderndem Element zu motivieren. In diesem Rahmen nahmen an zehn Freizeitaktionen (Kinobesuch, Volleyball, Fußball, Schifahren, Bogenschießen) 32 Personen teil. (Caritas Diözese Graz-Seckau 2011).

9 Drogenbezogene Kriminalität, Prävention drogenbezogener Kriminalität und Haft

Datenquellen für das vorliegende Kapitel lieferten die Bundesministerien für Gesundheit, für Inneres und für Justiz sowie die Gerichtliche Kriminalstatistik bei der Statistik Austria. Weitere Informationen entstammen Jahresberichten der Einrichtungen der Drogenhilfe sowie Angaben der Sucht- und Drogenkoordinationen der Länder. Zusätzliche Grundlage bilden ST11 und SQ31. Eine wichtige Basis für Maßnahmen der Strafverfolgungsbehörden (vgl. dazu auch Kap. 11) stellt das Suchtmittelgesetz (SMG) dar, in dem zwischen Suchtgiften, psychotropen Stoffen und Drogenausgangsstoffen unterschieden wird. Substanzen, die dem jeweiligen Begriff zugeordnet werden, sind im Suchtmittelgesetz aufgelistet. Ebenfalls dort erwähnte Vergehenstatbestände (§ 27 SMG) betreffen den unerlaubten Umgang mit Suchtgift, Verbrechenstatbestände, die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a). Eine ausführliche Darstellung der am 1. Jänner 2008 in Kraft getretenen Novellierung des Suchtmittelgesetzes und der damit verbundenen Änderungen kann dem Bericht von 2008 (GÖG/ÖBIG 2008c) entnommen werden.

Wie bereits in den Vorjahren ausgeführt und auch vom zuständigen Ressort betont (BMI 2011), erlaubt die Anzeigenstatistik nur bedingt Rückschlüsse auf die Entwicklung von Konsum und Missbrauch illegaler Drogen, da sie in erster Linie Ausmaß und Schwerpunktsetzung der Maßnahmen der Sicherheitsbehörden widerspiegelt.

Die Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz ist 2010 im Vergleich zu den beiden Vorjahren angestiegen und befindet sich etwa auf dem Niveau von 2006. Bei den SMG-spezifischen Verurteilungen nach Vergehenstatbeständen (§ 27) kommt es – nach einem Rückgang im Zeitraum 2006 bis 2009 – wieder zu einem Anstieg der Zahlen.

Analoges gilt für die Zahl der Verurteilungen nach Verbrechenstatbeständen (§ 28), die seit 2006 jährlich um etwa 5 Prozent abgenommen, von 2009 auf 2010 jedoch um 14 Prozent zugenommen haben. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass im vorliegenden Bericht sämtliche Anzeigen nach den Straftatbeständen §§ 28 SMG bzw. 28a SMG als „Verbrechen“ bezeichnet werden, Anzeigen nach § 27 als „Vergehen“.

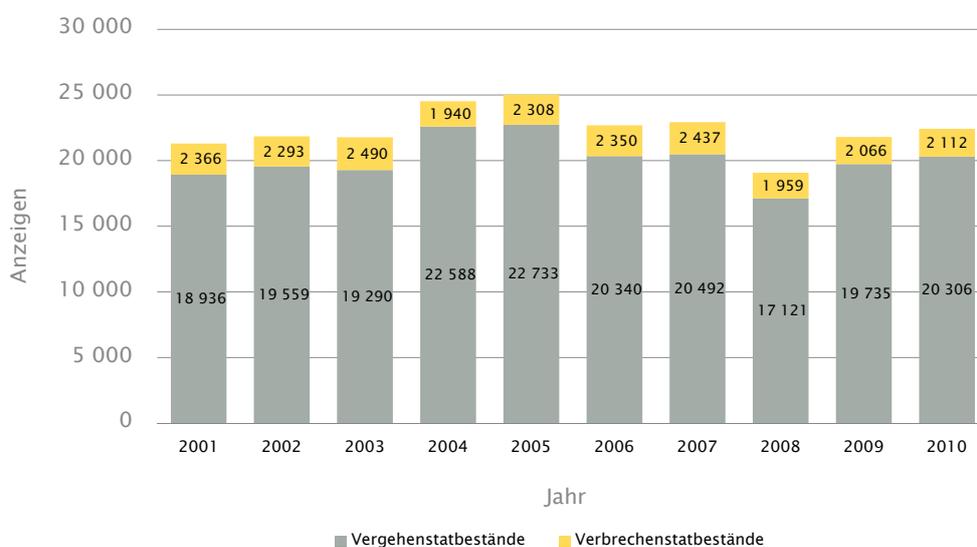
9.1 Drogenbezogene Kriminalität

Die Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (SMG) betrug im Jahr 2010 23.853 (2009: 22.729; vgl. auch Tab. A9) und zeigt damit einen höheren Wert als in den beiden Jahren davor. Insgesamt 22.418 (2009: 21.801) Anzeigen bezogen sich auf Suchtgifte, der Rest auf psychotrope Stoffe. Differenziert man nach

der Art der Anzeige (vgl. Abb. 9.1), so kam es 2010 zu einem weiteren Anstieg der Zahl der Anzeigen sowohl bei den Vergehens- (unerlaubter Umgang mit Suchtgift – § 27 SMG) als auch bei den Verbrechenstatbeständen (Vorbereitung von Suchtgifthandel – § 28 SMG bzw. Suchtgifthandel – § 28a SMG). Damit hat sich die Zahl der Anzeigen bei Verbrechenstatbeständen im Vergleich zu 2009 um etwa zwei Prozent, jene bei Vergehenstatbeständen um etwa drei Prozent erhöht.

Abbildung 9.1:

Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen in Österreich, 2001–2010



Anmerkung: Die Differenz zur Gesamtzahl der Anzeigen ergibt sich durch nicht zuordenbare Anzeigen.

Quelle: BMI/.BK; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Unterscheidet man nach involvierten Substanzen (vgl. Tab. A11, Abb. 9.2), so finden sich im Vergleich zum Vorjahr Rückgänge bei allen Substanzen außer für Heroin und Opiate, suchtgifthaltige Medikamente sowie psychotrope Substanzen bzw. Medikamente⁵³. Während die Entwicklung der Anzeigen, die suchtgifthaltige Medikamente betreffen, seit 2006 – mit Ausnahme von 2008 – einen in etwa konstanten Wert zeigte, ist für 2010 im Vergleich zu 2009 ein Anstieg um 16 Prozent zu verzeichnen. Ebenso hat die Anzahl der Anzeigen wegen psychotroper Medikamente insgesamt zugenommen. Das stimmt auch mit Meldungen überein, wonach der Konsum bzw. Missbrauch von Benzodiazepinen in den letzten Jahren stark angestiegen ist. Auch zeigt sich ein

53

Psychotrope Medikamente sind Medikamente, die auf die Psyche einwirken.

starker Anstieg im Zusammenhang mit dem Konsum/Missbrauch von Medikamenten (Stimulanzien, Amphetaminen, Antidementiva und Antidepressiva), die zur Leistungssteigerung eingesetzt werden (SDW 2011a; Österreichische Apothekerkammer 2011). Ein deutlicher Rückgang auf 40 Prozent des Vorjahreswerts ist für Ecstasy zu verzeichnen, was zum Teil durch Mephedron ausgeglichen wird. Im Zusammenhang damit sei darauf hingewiesen, dass im vorliegenden Bericht erstmals Mephedron (MMC) getrennt ausgewiesen wird. MMC – bis dahin legal erhältlich – fällt seit August 2010 unter das Suchtmittelgesetz (SMG) (vgl. Kap. 4.1, 5.1, 10.1, 10.2).

Die Anzeigenzahlen auf Bundesländerebene zeigen im Vergleich zum Vorjahr eine ähnliche – jedoch weniger einheitliche – Entwicklung wie die Zahlen auf Bundesebene. Während z. B. die Zahl der Anzeigen betreffend Heroin und Opiate in Kärnten (+120 %), Oberösterreich (+40 %), Wien (+26 %) und Vorarlberg (+17 %) zum Teil stark angestiegen sind, sind sie in den übrigen Bundesländern gleich geblieben (S) oder sogar zurückgegangen (B, NÖ, ST, T). Die Anzeigenzahlen für suchtgifthältige Medikamente sind in Kärnten und Wien im Vergleich zum Vorjahr stark angestiegen. In NÖ ist diesbezüglich ein wesentlicher Rückgang zu verzeichnen. Anzeigen betreffend psychotrope Medikamente haben in fast allen Bundesländern teilweise stark zugenommen. Zum Teil wesentliche Rückgänge im Vergleich zum Vorjahr zeigen sich für alle Bundesländer außer Vorarlberg bezüglich Ecstasy. Die im aktuellen Bericht erstmals ausgewiesene Substanz Mephedron zeigt hohe Zahlen für NÖ, ST und Wien. Dabei ist zu bedenken, dass die entsprechenden Anzeigen lediglich im Zeitraum August bis Dezember 2010 stattgefunden haben (vgl. Tab. A12).

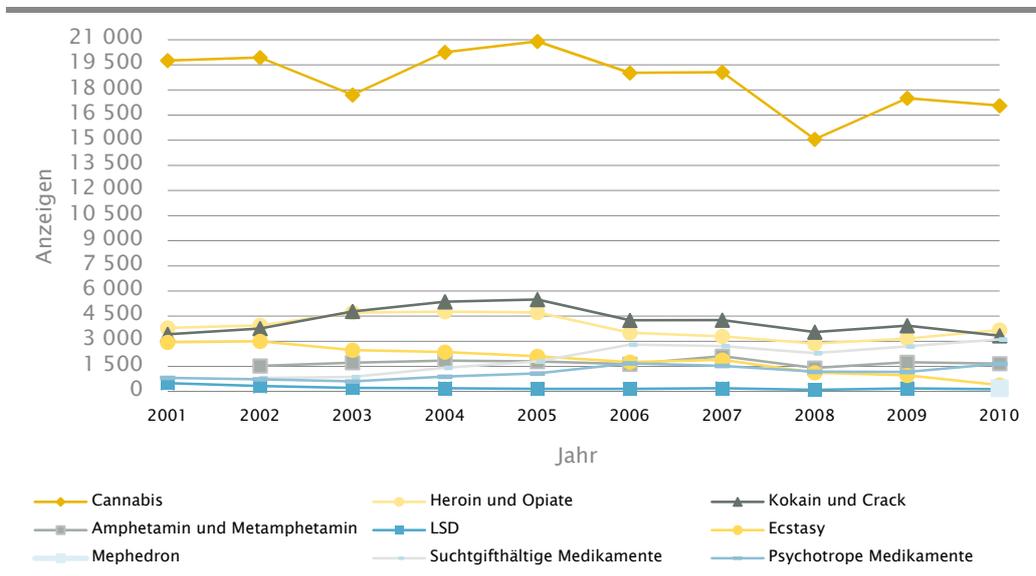
Den 23.853 Anzeigen standen im Jahr 2010 insgesamt 2.075 (2009: 2.775) Festnahmen im Zusammenhang mit Suchtmittelerhebungen gegenüber, wobei es zu Letzteren allerdings keine genaueren Aufschlüsselungen gibt (Arten der Vergehen, Substanzen etc.).

Detaillierte Angaben zur Verurteilungsstatistik können im vorliegenden Bericht dem Schwerpunktkapitel 11.1 sowie Kap. 11 des Berichts aus 2008 (GÖG/ÖBIG 2008c) entnommen werden.

Ein Vergleich der Entwicklung von Anzeigen, Verurteilungen und Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung findet sich in Kap. 9.3 des aktuellen Berichts.

Zur Beschaffungs- und Begleitkriminalität liegen weiterhin weder Daten noch Studien vor.

Abbildung 9.2:
Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz
in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 2001–2010



Quelle: BMI/.BK; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

9.2 Prävention von drogenbezogener Kriminalität

Neben einer Reihe von präventiven Einzelinitiativen auf Länder- und Einrichtungsebene gewinnen Maßnahmen zur Erhöhung von Sicherheitsgefühl und Wohlbefinden im öffentlichen Raum zunehmend an Bedeutung.

So zielen die Maßnahmen der Sucht- und Drogenkoordination Wien im Bereich „Öffentlicher Raum und Sicherheit“ darauf ab, für sozial marginalisierte Personen den Zugang zu Hilfe zu verbessern. Weitere Ziele sind, ein sozial verträgliches Verhalten dieser Gruppe im öffentlichen Raum zu erreichen und dort das subjektive Sicherheitsgefühl der Bevölkerung zu steigern (SDW 2011a). In diesem Zusammenhang haben *HelpU* (am Karlsplatz) und *SAM* (drei Teams) ihre Tätigkeiten fortgesetzt (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a).

Um die Akzeptanz der Tageszentren ganslwirt und TaBeNo-Süd (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a) zu erhöhen, suchtkranke Menschen in der Umgebung zu erreichen und potenzielle Probleme oder Konflikte im Umfeld des Zentrums schnell und pragmatisch zu lösen, wurde gemeinwesenorientierte Sozialarbeit eingerichtet. In deren Rahmen werden seit dem Frühjahr 2010 ein- bis zweimal täglich die Parks und Straßen rund um das Tageszentrum aufgesucht und Kontakte mit Klientinnen und Klienten sowie mit Anrainerinnen und Anrainern hergestellt (VWS 2011b, VWS 2011k).

Zur Erhöhung der Sicherheit im Straßenverkehr werden neue Drogen-Vortestgeräte, die im Rahmen von Verkehrskontrollen zum Einsatz kommen, geprüft. In Wien sollen Tests klären, ob die sogenannte Frenzel- oder Nystagmusbrille⁵⁴ ein geeignetes Instrument zur Unterstützung der Exekutive im Straßenverkehr darstellt. Im Frühjahr 2011 wurden vom Kuratorium für Verkehrssicherheit im Straßenverkehr Erhebungen bezüglich der Erprobung der Frenzelbrille durchgeführt (Pilgerstorfer, p. M.).

9.3 Interventionen im System der Strafjustiz

In Österreich ist die Anwendung von Alternativen zur Bestrafung – hier besonders der Aufschiebung des Strafvollzugs im Rahmen des Prinzips „Therapie statt Strafe“ – gesetzlich vorgesehen.

Im Zusammenhang mit der Umsetzung der rechtlichen Rahmenbedingungen liegen Informationen zur Anwendung der gesetzlich vorgeschriebenen Alternativen zur Bestrafung vor (vgl. dazu ausführlich ÖBIG 2004). Ergänzend zu den Verurteilungen (vgl. dazu Kap. 11.1) werden in Abb. 9.3 und in Tab. A16 die Daten bezüglich der vorläufigen (probeweisen) Anzeigenzurücklegungen (§ 35 SMG), der Verfahrenseinstellungen (§ 37 SMG) und des Aufschiebens des Strafvollzugs (§ 39 SMG) dargestellt.

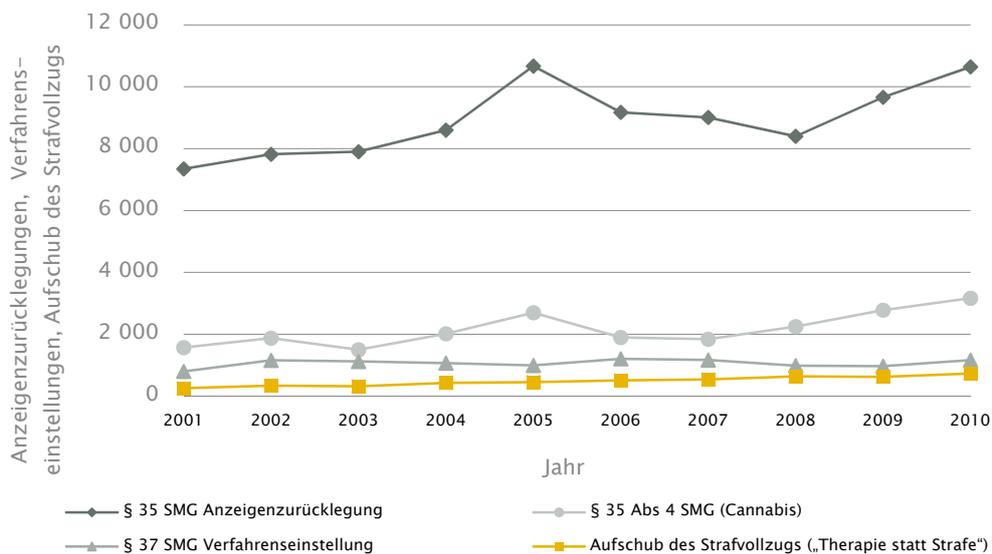
Aus Abb. 9.3 ist ersichtlich, dass von 2005 bis 2008 ein Rückgang der Anzeigenzurücklegungen und seit 2006 auch der Verfahrenseinstellungen stattgefunden hat. Ab 2008 zeigt sich jedoch ein erheblicher Anstieg der Anzeigenzurücklegungen, auch Cannabis betreffend. Weitere Informationen bezüglich rechtskräftig nach dem SMG verurteilter Personen für 2009 – nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe – können Tab. A14 entnommen werden.

Zum Aufschieben des Strafvollzugs im Rahmen des Prinzips „Therapie statt Strafe“ (§ 39 SMG) liegen heuer erstmals Daten vor. Wie aus Abb. 9.3 und Tabelle A16 ersichtlich, steigen die Fälle des Aufschiebens des Strafvollzugs kontinuierlich von Jahr zu Jahr. Der Anstieg der entsprechenden Zahlen ist einer der Gründe, weshalb die Kosten der medizinischen und therapeutischen Behandlung von suchtmittelabhängigen Personen in den letzten Jahre ebenfalls stetig angestiegen sind, wobei die Auswirkungen des Budgetbegleitgesetzes (BBG, BGBl I 2010/111 v. 30. 12. 2010) wie z. B. die Reduktion der Therapiedauer auf sechs Monate abzuwarten sind (vgl. Kap. 1.1).

54

Die Frenzelbrille ist ein medizinisches Gerät. Dabei handelt es sich um eine von innen erleuchtete Brille mit Konvexgläsern von meist 18 Dioptrien. Durch die Beleuchtung und die Vergrößerung der Augen über die Linsen können Veränderungen der Pupille und unwillkürliche Augenbewegungen besser erkannt werden.

Abbildung 9.3:
Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen
zur Bestrafung in Österreich, 2001 bis 2010

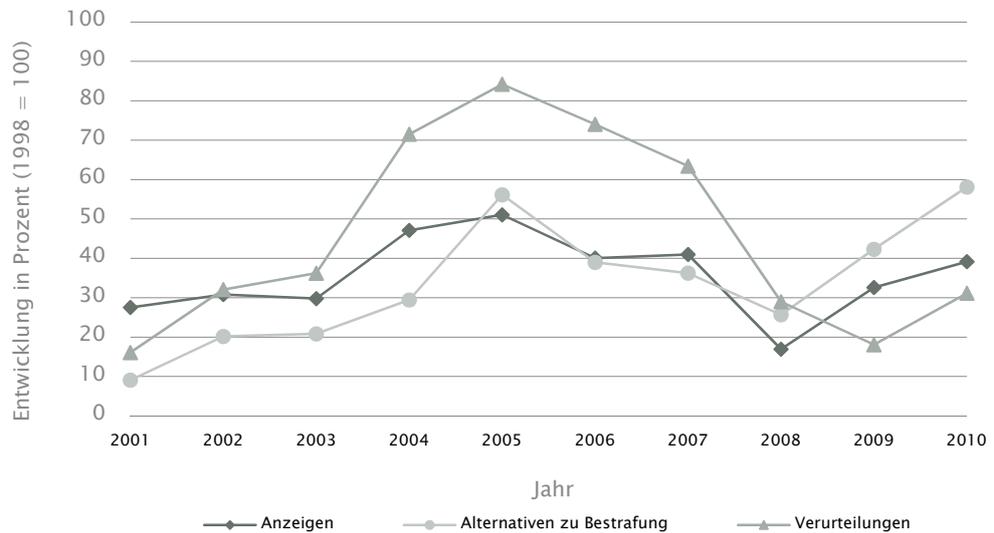


Bis 2007: § 35 SMG = vorläufige Zurücklegung der Anzeige durch die Staatsanwaltschaft
Ab 2008: § 35 SMG = vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft
Die Daten bezüglich der §§ 35 und 37 SMG wurden dem BMG von den Staatsanwaltschaften
und Gerichten gemeldet.

Quelle: BMG; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Interessant ist ein Vergleich der Entwicklung von Anzeigen, Verurteilungen sowie der Anwendung von Alternativen zur Bestrafung. Basierend auf einem Index, der auf hundert Prozent im Jahr 1998 – dem Jahr des Inkrafttretens des SMG – festgelegt wurde, zeigt Abb. 9.4, dass im Analysezeitraum 2001 bis 2005 die Verurteilungen anteilmäßig am stärksten gestiegen sind. Ab dem Jahr 2007 kommt es bei Anzeigen und Verurteilungen zu einem anteilmäßig gleichen Rückgang, der für die gemeldete Anwendung der Alternativen zur Bestrafung schwächer ausfällt. Ab 2008 steigen Anzeigen und gemeldete Anwendung der Alternativen zur Bestrafung anteilmäßig etwa gleich an, während sich die Verurteilungen erst ab 2009 diesem steigenden Trend anschließen.

Abbildung 9.4:
Vergleichende, indexbezogene Entwicklung der suchtmittelbezogenen Anzeigen, Verurteilungen und Anwendungen der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 2001-2010



Anmerkung: Als Basis der Berechnung wurde das Jahr 1998 herangezogen, da in diesem Jahr das Suchtgiftgesetz vom Suchtmittelgesetz abgelöst wurde.

Quellen: BMI/.BK, Statistik Austria, BMG; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

9.4 (Problematischer) Drogenkonsum in Haft

Die vorhandenen Informationen zum Drogenkonsum im Strafvollzug werden im aktuellen Bericht in Kapitel 11 referiert. Zusätzlich finden sich diesbezügliche Angaben im Schwerpunktkapitel „Drogenkonsum im Gefängnis“ im Jahr 2001 (ÖBIG 2001).

9.5 Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft

Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen in Haft werden im aktuellen Bericht in Kapitel 11 dargestellt.

9.6 Reintegration von Drogenkonsumierenden nach der Haft

Die meisten Reintegrationsmaßnahmen für Drogenkonsumierende stehen auch Personen mit Hafterfahrung zur Verfügung. Weitere Informationen im Zusammenhang mit Aktivitäten zur Reintegration nach der Haft sind in Kapitel 11 des vorliegenden Berichts zu finden.

10 Drogenmärkte

Die in diesem Kapitel referierten Daten zu Sicherstellungen stammen vom Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt (BMI/.BK), die Daten zu Reinheit und Preis stammen von *ChEck iT!*⁵⁵, dem BMI/.BK (vgl. ST13, ST14 und ST15) und der AGES⁵⁶. Die Daten zur Verfügbarkeit stammen aus dem „Flash Eurobarometer“ und der Erhebung zum Suchtverhalten von Jugendlichen in Niederösterreich.

10.1 Verfügbarkeit und Angebot von Drogen

Während über 95 Prozent der im Rahmen des Eurobarometers (Gallup Organization 2011; vgl. auch Kap.2.2) befragten Jugendlichen es ziemlich bis sehr einfach fanden, innerhalb von 24 Stunden an Alkohol und/oder Zigaretten heranzukommen, liegt der diesbezügliche Prozentsatz für illegale Drogen bei Cannabis bei 48,2 Prozent, bei „Ecstasy“ bei 16,1 Prozent und bei Kokain bei 11,7 Prozent. Die österreichischen Jugendlichen schätzen es der Umfrage zufolge schwerer ein, an illegale Substanzen zu kommen, als der europäische Durchschnitt.

Bei der niederösterreichischen Studie zum Suchtverhalten von Jugendlichen (Bittner et al. 2010; vgl. auch Kap.2.2) zeigte sich wie auch in der Eurobarometerumfrage, dass das Herankommen an legale wie illegale Substanzen mit zunehmendem Alter einfacher wird. Rund 80 Prozent der 16- bis 18-Jährigen schätzten es als leicht ein, an Alkohol und Zigaretten zu gelangen, 48,4 Prozent der Mädchen und 38,4 Prozent der Burschen dieser Altersgruppe schätzten es eher leicht bis sehr leicht ein, an Cannabis heranzukommen. Insgesamt gaben Mädchen an, leichter an alle Substanzen heranzukommen als Burschen.

Die Werte zur Verfügbarkeit von illegalen Substanzen liegen in beiden Studien unter den Werten der letzten ESPAD-Studie (Strizek et al. 2007; vgl. auch GÖG/ÖBIG 2010a).

Als Folge der wachsenden Medienberichterstattung über Mephedron in der ersten Jahreshälfte 2010 wurde und wird von Fachleuten und in den Medien über die leichte Verfügbarkeit von sogenannten „**Research Chemicals**“ diskutiert (vgl. Kap. 1.1, Kap. 4.2

55

ChEck iT! Ist ein Kooperationsprojekt des Vereins Wiener Sozialprojekte mit dem klinischen Institut für medizinische Labordiagnostik der MedUni Wien und bietet u. a. Laboranalysen von psychoaktiven Substanzen im Rahmen von Events (Partys, Raves ...) an.

56

Die österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) analysiert im Auftrag des BMG u. a. regelmäßig Produkte, die in sogenannten „Head Shops“ vertrieben werden.

und Kap. 10.3). Unter Research Chemicals versteht man neue synthetische, psychoaktive Substanzen, die als „legal highs“ in „Headshops“⁵⁷ oder über das Internet, teilweise aber auch auf der Straße verkauft werden. In Headshops werden diese Substanzen unter klingenden Namen wie z. B. „Miaow“, „Blow“ oder „NRG“ und in bunten Verpackungen offiziell als Badesalz oder Dünger verkauft, die Substanzen sind aber auch unter ihren chemischen Bezeichnungen und in größeren Mengen via Internet (offiziell) für Forschungszwecke erwerbbar – daher der Name „Research Chemicals“. Mediale größte Aufmerksamkeit erlangte bislang Mephedron (MMC), das in Österreich im August 2010 unter das SMG gestellt wurde (vgl. Kap. 9.1). Research Chemicals stammen bisher häufig aus der Gruppe der Phenethylamine (3-Fluoromethamphetamin, 2- bzw. 3-Fluoroamphetamin ...) bzw. der Subgruppe der Cathinone (Mephedron, Butylon ...), eine weitere, spezielle Substanzgruppe ist die der synthetischen Cannabinoide. Letztere sind in diversen „Räuchermischungen“ enthalten, die als Nachfolgeprodukte von „Spice“ zu sehen sind.

Allein im Jahr 2010 wurden von der EBDD 41 neue Substanzen registriert. Allen Substanzen gemein ist, dass sie zumeist in großem Maßstab in Asien (v. a. China) produziert werden und dass über deren mögliche Wirkungen und Gefahren wenig bis gar nichts bekannt ist. „Research Chemicals“ stellen somit Prävention und Gesetzgeber vor neue Herausforderungen, umso mehr, als es für die Produzenten sehr einfach ist, nach dem Verbot einer Substanz auf eine andere legale Substanz auszuweichen. Es besteht die Befürchtung, dass so auch sehr gefährliche Substanzen (hinsichtlich Toxizität, Suchtpotenzial ...) auf den Markt kommen könnten. Aufgrund der vielfältigen möglichen Substanzvarianten ist anzunehmen, dass das Thema die nächsten Jahre aktuell bleiben wird.

10.2 Sicherstellungen

Als Produktionsland für illegale Drogen spielt Österreich keine Rolle. Während Kokain in erster Linie auf dem Luftweg von Südamerika nach Österreich gelangt, stellt für Heroin weiterhin die sogenannte Balkanroute (Türkei, Bulgarien, Serbien, Kroatien, Slowenien, Österreich) die dominante Schmuggelroute dar. Cannabisprodukte werden aus verschiedenen Ländern bzw. Regionen wie z. B. den Niederlanden, dem Balkan und aus Marokko eingeführt; zu einem geringen, aber wachsenden Anteil stammen sie auch aus Eigenanbau in Österreich. Ecstasy-Tabletten werden seit 2009 in großen Mengen durch synthetische Cathinonderivate, die größtenteils keiner gesetzlichen

57

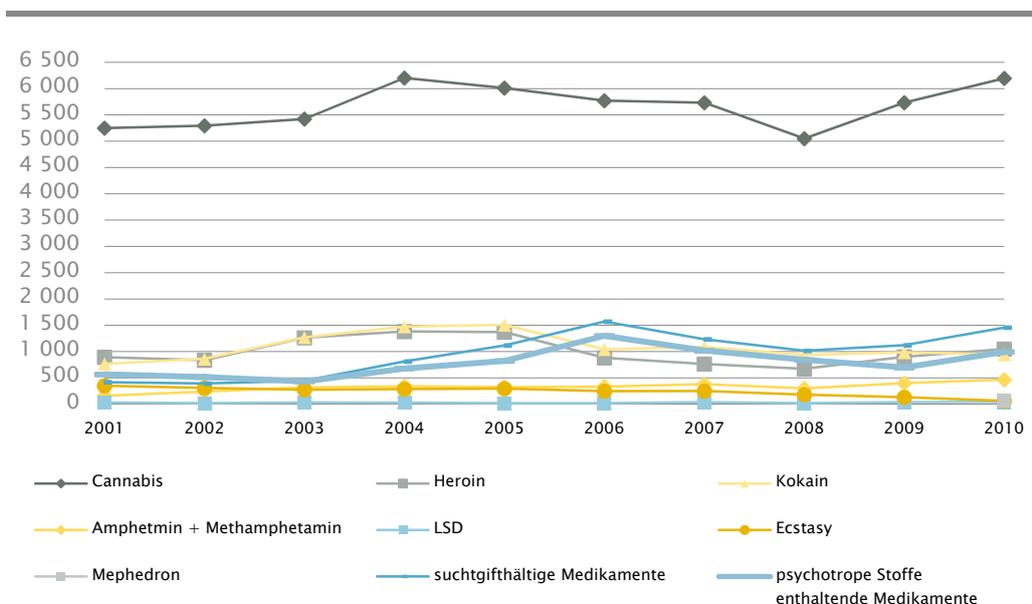
Geschäfte, in denen Wasserpfeifen und ähnliche Rauchutensilien, Literatur und legale, (leicht) psychoaktiv wirkende Naturprodukte verkauft werden.

Regelung unterliegen, ersetzt. Amphetamin und Methamphetamin werden hauptsächlich aus Osteuropa importiert (BMI 2011).

Bei der Zahl der Sicherstellungen zeigen sich im Vergleich zu 2009 bei den meisten Substanzen relativ konstante Zahlen bzw. leichte Anstiege. Auffällig ist der Rückgang bei den Sicherstellungen von Ecstasy – das könnte dafür sprechen, dass der Ecstasy-Markt zugunsten von Mephedron zurückgegangen ist (vgl. Abb. 10.1, Tab. A17 bzw. Kap. 9.1).

Die Menge der sichergestellten Suchtmittel zeigt über die Jahre große Schwankungen (vgl. Tab. A18). Dabei ist zu berücksichtigen, dass einzelne Beschlagnahmen mit großen Mengen, die oft nicht für Österreich bestimmt sind (Transit), das Bild verzerren.

Abbildung 10.1:
Anzahl der Beschlagnahmen von Suchtgiften und psychotrope Stoffe enthaltenden Medikamenten in Österreich, 2001–2010



Anmerkung *: Psychotrope Medikamente sind Medikamente, die auf die Psyche einwirken.

Quelle: BMI/.BK 2011; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

10.3 Reinheit und Preis

Im Kontext des *Check iT!*-Projekts (vgl. Kap. 2.3) wurden im Jahr 2010 bei elf Musikveranstaltungen der Party- und Clubszene in den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Burgenland insgesamt 459 Proben vermeintlich psychoaktiver Substanzen

analysiert. Auch hier ist die zunehmende Bedeutung der Research Chemicals zu erkennen, in rund 20 Prozent aller Proben konnten Substanzen aus dieser Gruppe nachgewiesen werden. Insgesamt wurden von *ChEck iT!* 76 als „Ecstasy“ (in Tablettenform), 91 als „MDMA“ (in Pulverform), 124 als „Speed“, 58 als Kokain und 52 als „legal highs“ oder „Research Chemicals“ (in Pulverform) gekaufte Proben analysiert (VWS 2011d).

Der Prozentsatz der als „Ecstasy“ gekauften Tabletten, die außer MDMA⁵⁸ (bzw. MDE/MDA) keine pharmakologisch aktiven Substanzen enthielten, war mit 21 Prozent wie schon im Jahr 2009 gering (2006 lag der Wert noch bei rund 75 %). Der durchschnittliche MDMA-Gehalt dieser Tabletten lag bei rund 50 mg. Nahezu die Hälfte aller analysierten Ecstasy-Tabletten (47 %) enthielten ausschließlich oder zusätzlich zu anderen Beimengungen legale Piperazinderivate (vgl. Tabelle 19 und ST15). Das am häufigsten detektierte Piperazinderivat war, wie schon im Vorjahr, Meta-Chlor-Phenylpiperazin (mCPP). mCPP weist im Vergleich zu MDMA eine schwächere psychoaktive Wirkung auf, aber sehr häufig unangenehme Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Nierenschmerzen, Nervosität, Schweratmigkeit, Müdigkeit und einen mehrere Tage anhaltenden „hangover“. Zusätzlich kann es bei gleichzeitigem Konsum von MDMA zu Krampfanfällen kommen.

Auffällig war, dass 2010 MDMA vermehrt in Pulver- oder kristalliner Form zur Analyse gebracht wurde. Während es 2009 noch 23 Proben waren, stieg diese Zahl 2010 auf 91 (vgl. Tabelle 20). Dies könnte darin begründet sein, dass pulverförmiges MDMA in der Szene im Ruf steht, besonders rein zu sein. Allerdings enthielten im Jahr 2010 nur 52 Prozent dieser Proben ausschließlich MDMA (bzw. MDE/MDA) und keine weiteren pharmakologisch aktiven Substanzen. Der durchschnittliche MDMA-Gehalt lag bei rund 580 mg pro Gramm. 35 Prozent der pulverförmigen bzw. kristallinen vermeintlichen MDMA-Proben enthielten hingegen Research Chemicals – zumeist Mephedron. Der Preis für ein Gramm MDMA streute stark und lag zwischen 30 und 140 Euro.

Die als „Speed“ gekauften und von *ChEck iT!* analysierten Substanzen enthielten nur zu 15 Prozent ausschließlich Amphetamin als pharmakologisch aktive Komponente, weitere rund 60 Prozent enthielten neben Amphetamin auch Koffein (vgl. Tab. A20). Ende Jänner 2011 wurde in einer vermeintlichen Speedprobe die Substanz Paramethoxyamphetamin (PMA) identifiziert. PMA bzw. das verwandte PMMA haben in der Vergangenheit immer wieder zu Todesfällen in Europa geführt. Eine entsprechende Warnung wurde daher über das österreichische und das europäische Frühwarnsystem (EWS) verbreitet. Wie sich später herausstellte, war bereits Anfang Jänner in der Steiermark ein Todesfall nach dem Konsum einer PMA-haltigen Speedprobe zu beklagen.

58

3,4-Methylendioxy-N-methylamphetamin

Von den 58 als Kokain gekauften und von *ChEck iT!* analysierten Proben enthielten lediglich 14 Prozent Kokain und keine weitere pharmakologisch aktive Beimengung. In 50 Prozent der Kokainproben war unter anderem auch die Substanz Levamisol nachzuweisen – ein Phänomen, das auch in anderen europäischen Ländern zu beobachten war. Die bedenklichste mögliche Nebenwirkung von Levamisol ist eine Veränderung des Blutbildes und eine Verringerung der Abwehrkräfte, was in weiter Folge zu lebensbedrohlichen Infektionen führen kann. Die zweithäufigste Beimengung war Phenacetin (in 34 % der Proben). Phenacetin wurde früher zur Schmerzbehandlung und Fiebersenkung eingesetzt, wegen seiner karzinogenen und nierenschädigenden Wirkung in Kombination mit anderen Schmerzmedikamenten wurde es aus dem Handel genommen.

Von 52 als Research Chemicals bzw. Legal Highs in Pulver bzw. Tablettenform gekauften Proben wurden in rund 79 Prozent tatsächlich Research Chemicals nachgewiesen. Die häufigste identifizierte Substanz war das zur Gruppe der Research Chemicals gehörende Mephedron, das bis Ende August 2010 noch legal erhältlich war.

Die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) hat über fünfzig Kräutermischungen aus österreichischen Headshops analysiert. Dabei wurden folgende (synthetischen) Cannabinoide entdeckt: JWH-015; -018; -019; -073; -081; -122; -200; -210; -250; Pravadolin; Oleamid, RCS-4 und AM-694. Einige davon unterliegen bereits seit 2009 dem Arzneimittelgesetz. Es gibt eine große Vielfalt von Produkten bzw. Produktnamen, insgesamt wurden von der AGES über fünfzig verschiedene Produkte analysiert. Auffällig ist, dass bestimmte Produkte nur über einen gewissen Zeitraum verfügbar sind. Die Analyseergebnisse deuten darauf hin, dass in der Regel Produkte mit identischem Namen und identer Verpackung zumeist auch dieselbe Substanz enthalten. Wird eine der enthaltenen Substanzen in mehreren Ländern verboten, verschwinden tendenziell diese Produkte vom Markt und werden durch andere mit „neuen“ synthetischen Cannabinoiden ersetzt. Einschränkend ist anzumerken, dass diese Interpretation der GÖG auf einer (noch) beschränkten Datenbasis beruht.

Angaben, die vom BMI bezüglich Reinheit und Preis der diversen Drogen auf Straßenverkaufs-niveau gemacht werden, finden sich in Tab. 10.2 (vgl. dazu auch ST14 und ST16). Wie in den Vorjahren zeigt sich eine erhebliche Schwankungsbreite in der Konzentration der für den Straßenhandel bestimmten Drogen.

Tabelle 10.1:

Reinheit und Preis (in Euro pro Gramm*/Stück**) der diversen Drogen
im Straßenverkauf, 2010

		Cannabis- kraut*	Cannabis- harz*	Braunes Heroin*	Weißes Heroin*	Kokain*	Ampheta- mine*	„Ecstasy“**	LSD**
Reinheit	Untergrenze	0,3 %	0,1 %	0,1 %	20,0%	0,1 %	0,7 %	6,9 %	-
	Obergrenze	21,1 %	55,0 %	50,0 %	77,0%	93,5 %	27,3 %	100 %	-
	Median	6,8 %	7,4 %	11,5 %	20,0%	23,2 %	6,0 %	9,6 %	-
Preis	Untergrenze	5	5	-	-	70	15	5	30
	Obergrenze	10	10	-	-	120	30	10	35
	Typisch	8	8	-	-	80	20	8	30
	laut <i>ChEck iT!</i>					80-100	10-35	10	

Anmerkung: Die Daten des BMI beruhen auf Informationen aus verdeckten Ermittlungen.
Die Anzahl der Reinheitsanalysen bei den unterschiedlichen Drogen bewegt sich zwischen 3 (!) und 440.

Quelle: BMI/.BK; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Teil 2

Schwerpunktthemen

11 Drogenbezogene Strategien und Gesundheitsversorgung in Haftanstalten

Zwei der im EU-Drogenaktionsplan 2009–2012⁵⁹ formulierten Ziele betreffen das Monitoring von Drogenmissbrauch und Risikoverhalten sowie die Bereitstellung einer entsprechenden Versorgung während der Haft. Der EU-Drogenaktionsplan betont weiters die Notwendigkeit, im Gefängnis Einrichtungen im Zusammenhang mit Prävention, Schadensminderung und Behandlung zu entwickeln und zu implementieren, die diesbezüglichen Möglichkeiten außerhalb der Haft entsprechen.

Das vorliegende Schwerpunktkapitel zielt darauf ab, das österreichische Vollzugssystem und die Gefängnispopulation sowie insbesondere die Verfügbarkeit von drogenbezogenen Gesundheitseinrichtungen in den österreichischen Haftanstalten zu beleuchten.

Die Angaben im vorliegenden Kapitel beruhen im Wesentlichen auf persönlichen Mitteilungen von OStA Dr. Karin Dotter-Schiller⁶⁰ und HRⁱⁿ Mag.^a Andrea Moser-Riebniger vom Bundesministerium für Justiz (BMJ) sowie auf Datensammlungen der Vollzugsdirektion (BMJ). Weitere Daten wurden von der Gerichtlichen Kriminalstatistik (bei der Statistik Austria) sowie von Neustart (Bewährungshilfe) zur Verfügung gestellt. Als zusätzliche Quellen dienten wissenschaftliche Publikationen, Erlässe, nationale und EU-weit geltende Gesetzeswerke, eine Publikation des Bundesministeriums für Justiz (BMJ), Jahresberichte von Einrichtungen der Drogenhilfe sowie die Standard Questionnaires SQ27 und SQ23/29. Außerdem wurden von den Sucht- und Drogenkoordinationen der Länder Informationen zur Verfügung gestellt.

11.1 Vollzugssystem und Gefängnispopulation

Die **österreichischen Strafvollzugseinrichtungen** bestehen aus 27 Justizvollzugsanstalten (davon jeweils eine für Frauen und eine für Jugendliche) und der Wiener Jugendge-

59

Zu finden unter:

http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/combating_drugs/jl0019_de.htm

(7. 7. 2011)

60

Frau OStA Dr. Karin Dotter-Schiller und Frau HRⁱⁿ Mag.^a Andrea Moser-Riebniger vom Bundesministerium für Justiz gilt besonderer Dank, da sie durch ihre Beiträge wesentlichen Anteil am Zustandekommen dieses Kapitels hatten.

richtshilfe⁶¹. Oberste Vollzugs- und Dienstbehörde und damit verantwortlich für die strategische Planung ist das Bundesministerium für Justiz (BMJ). Die Vollzugsbehörde ist eine nachgeordnete Dienstbehörde und operativ tätig.

Die österreichischen Justizanstalten (JA) bieten Platz für 8.527 Personen. Nachfolgende Tab. 11.1 gibt einen Überblick über die Belegung der JA zu drei ausgewählten Stichtagen. Dabei wird deutlich, dass der Anteil der weiblichen Häftlinge an der Gesamtanzahl der Inhaftierten etwa 6 Prozent beträgt. Während der Anteil der Jugendlichen an der Gesamtsumme der Insassinnen und Insassen etwa 2 Prozent beträgt, liegt der Anteil der Personen in Untersuchungshaft bei etwa 22 Prozent.

Tabelle 11.1:
Belagszahlen österreichischer Justizanstalten und verwandter Einrichtungen
jeweils zum Stichtag 1. 12.

Insassinnen und Insassen	2008	2009	2010
Männer	7.766	8.186	8.251
Frauen	482	522	562
Gesamt	8.248	8.708	8.813
davon:			
Jugendliche	184	172	193
Personen in Untersuchungshaft	1.785	1.994	1.909

Anmerkung: Untersuchungshaft findet (mit Ausnahmen) in gerichtlichen Gefangenenhäusern am Sitz der Gerichtshöfe erster Instanz statt (Hofinger, Pilgram o. J.).

Quelle: Moser-Riebniger, p. M.; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tab. 11.2 zeigt, wie viele Personen im Jahr 2010 pro Monat in Haft waren. Die entsprechenden Werte für 2010 steigen von Jänner bis März rasch an und liegen im Dezember etwa fünf Prozent über dem Jänner-Wert.

Tabelle 11.2:
Anzahl jener Personen, die im Laufe des Jahres 2010 pro Monat in Haft waren

	Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dez.
Anzahl	8.365	8.629	8.719	8.775	8.671	8.663	8.664	8.592	8.597	8.567	8.640	8.813

Quelle: Moser-Riebniger, p. M.; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

61

<http://strafvollzug.justiz.gv.at/einrichtungen> (7. 7. 2011)

Die Wiener Jugendgerichtshilfe ist für die besonderen Betreuungsbedürfnisse von straffälligen Unmündigen oder Jugendlichen zuständig und übt Tätigkeiten für das Pflugschaftsgericht und im Rahmen der Strafrichterbarkeit aus. Weiters betreuen die Mitarbeiter/innen der Wiener Jugendgerichtshilfe – als Teil eines umfassenden Betreuungsnetzes – jugendliche weibliche und männliche Untersuchungs- und Strafhäftlinge. Ebenso wirkt die Wiener Jugendgerichtshilfe bei Vermittlung und Durchführung gemeinnütziger Leistungen mit.

Tab. 11.3 gibt eine Übersicht über die Zahl der Häftlings-Zugänge zu den österreichischen Justizanstalten für die Jahre 2001 bis 2010. Auch hier zeigt sich, dass die Gesamtanzahlen der Zugänge von Frauen deutlich unter denen der Männer liegen. Für die Jahre 2001 bis 2010 schwankte der jeweilige Frauen-Anteil zwischen neun und elf Prozent mit einem leichten Anstieg seit 2008.

Tabelle 11.3:

Zugangszahlen der österreichischen Justizanstalten nach Geschlecht und Alter, 2001 bis 2010

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Männl. Jugendliche	674	777	1.168	1.174	740	694	682	554	639	622
Männl. Heranwachsende	1.130	1.395	1.500	1.726	1.755	1.420	1.403	1.152	1.222	1.207
Männl. Erwachsene	9.526	10.544	10.634	11.024	10.724	10.177	10.206	8.902	9.249	9.172
Gesamt (männlich)	11.330	12.716	13.302	13.924	13.219	12.291	12.291	10.608	11.110	11.001
Weibl. Jugendliche	56	79	76	112	64	57	42	70	70	69
Weibl. Heranwachsende	91	107	127	101	116	95	112	75	109	99
Weibl. Erwachsene	886	1.001	1.040	1.014	980	958	960	888	906	1.030
Gesamt (weiblich)	1.033	1.187	1.243	1.227	1.160	1.110	1.114	1.033	1.085	1.198
Gesamt (männl.+weibl.)	12.363	13.903	14.545	15.151	14.379	13.401	13.405	11.641	12.195	12.199

Anmerkung: Jugendliche: 14 bis 18 Jahre, Heranwachsende: über 18 bis unter 21 Jahre

Quelle: Moser-Riebniger, p. M.; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Nach der statistischen Beschreibung der Insassinnen und Insassen werden im Folgenden die jährlichen **Verurteilungszahlen** wegen Drogendelikten in Österreich beleuchtet. Nachfolgende Abb. 11.1 sowie Tab. A13 aus der Gerichtlichen Kriminalstatistik zeigen die Entwicklung der Anzahl der Verurteilungen nach § 27 und § 28 SMG in den letzten zehn Jahren. Im Vergleich zu den Jahren 2006 bis 2009, in denen die Anzahl der Verurteilungen nach dem SMG kontinuierlich gesunken ist, zeigt sich für 2010 mit 4.363 wieder eine Steigerung (2009: 3.928). Ebenfalls einen Anstieg weist die Zahl der unbedingten Freiheitsstrafen auf ($n = 1.381$). Auch der Anteil der Verurteilungen nach dem SMG an der Gesamtzahl der Verurteilungen in Österreich hat sich im Vergleich zu 2009 um einen Prozentpunkt auf 11,4 erhöht. Weiterhin besteht mit 2.838 Fällen ein deutlicher Überhang von Vergehen (§ 27 SMG)⁶² im Vergleich zu Verbrechen (§ 28 SMG)⁶³ mit 1.466 Fällen. Der Anteil der Verbrechen an den Verurteilungen nach dem SMG betrug 2010 34 Prozent (2009: 33 %).

62

Als Vergehen werden Delikte unter § 27 SMG bezeichnet, der den unerlaubten Umgang mit Suchtgift unter Strafe stellt.

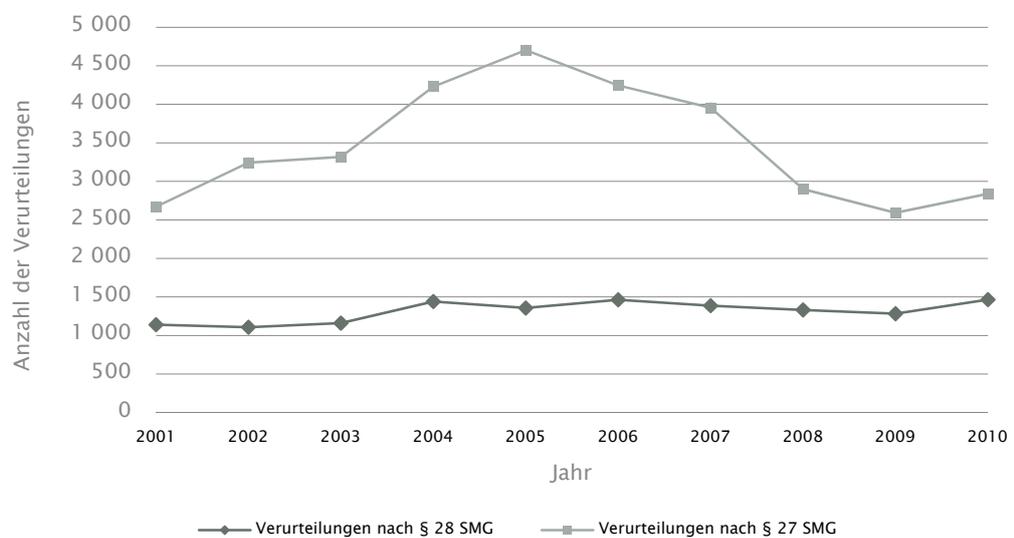
63

Als Verbrechen werden Delikte unter §§ 28 und 28a SMG bezeichnet, die die Vorbereitung von Suchtgifthandel bzw. den Suchtgifthandel unter Strafe stellen.

Tab. A15 gibt einen Überblick darüber, wie sich die Verurteilungen nach Alter und Grund der Verurteilung aufteilen. Dabei zeigt sich, dass die Werte für Jugendliche und Erwachsene im Vergleich zum Jahr davor für 2010 angestiegen sind. In diesem Jahr wurde auch eine größere Zahl von Geldstrafen und unbedingten Freiheitsstrafen verhängt. Während bezüglich Verbrechen die Zahl der verurteilten Jugendlichen etwa gleich geblieben ist, erhöhte sich die entsprechende Zahl verurteilter Erwachsener. Im Zusammenhang mit Vergehen zeigen sich sowohl für verurteilte Jugendliche als auch für Erwachsene gestiegene Zahlen.

Abbildung 11.1:

Verurteilungen nach den §§ 27 und 28 SMG in Österreich, 2001 bis 2010



Bis 2007: § 28 SMG = Handel, Besitz etc. von großen Mengen von Suchtgift („professioneller Drogenhandel“)
 § 27 SMG = Handel, Besitz etc. von kleinen Mengen von Suchtgift
 Ab 2008: § 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift
 § 28 SMG = Vorbereitung von Suchgifthandel
 § 28a SMG = Suchgifthandel
 Anmerkung: Die Statistik erfasst nur das „führende Delikt“, d. h. das dem Strafraumen nach schwerste Delikt, und daher nicht alle Verurteilungen nach SMG.

Quelle: Statistik Austria (Gerichtliche Kriminalstatistik); GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Wie schon 2009 erhielten 2010 74 Prozent aller nach dem SMG Verurteilten (2008: 71 %) Freiheitsstrafen, wobei der Anteil der bedingten Freiheitsstrafen an allen Freiheitsstrafen 38 Prozent betrug (2009: 42 %) und damit im Vergleich zu den Vorjahren weiter gesunken ist. Der Anteil der Jugendlichen, die zu einer Freiheitsstrafe verurteilt wurden, betrug 3,5 Prozent (2009: 3,7 %); zu einer bedingten Freiheitsstrafe wurden 2,1 Prozent verurteilt (2009: 2,4 %). In beiden Fällen zeigt sich also ein leichter Rückgang im Vergleich zum Vorjahr.

Detaillierte Angaben zur Verurteilungsstatistik in Österreich finden sich auch in Kap. 11 des Berichts für das Jahr 2008 (GÖG/ÖBIG 2008c). Informationen zur Aufschlüsselung der Hauptdelikte fehlen.

Daten über Personen, die Haftentlassenenhilfe⁶⁴ in Anspruch genommen bzw. Bewährungshilfe angetreten haben, lieferte Neustart. Tab. 11.4 zeigt die Anzahl jener Personen, die im jeweiligen Jahr ihre Betreuung bei der Haftentlassenenhilfe begonnen haben, sowie die Zahl der insgesamt betreuten Personen und den entsprechenden Frauenanteil. Dieser beträgt über die Jahre etwa 8 Prozent. Der Anteil der Klientinnen und Klienten, die wegen eines SMG-Delikts verurteilt worden waren, liegt bei etwa 20 Prozent.

Tabelle 11.4:
Zahlen zur Haftentlassenenhilfe in Österreich

Anzahl der Personen	2006	2007	2008	2009	2010
Zugänge im Laufe des Jahres	4.256	5.444	4.441	4.035	3.850
Betreute Personen im Jahresverlauf	5.263	5.353	5.049	4.759	4.458
davon Frauen	-	403	404	346	350

Quelle: Hovorka, p. M.; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tab. 11.5 enthält Angaben zu den Personen, die in den letzten fünf Jahren Bewährungshilfe in Anspruch genommen haben. Der Anteil der Jugendlichen (ohne Diversion) liegt bei etwa 30 Prozent, der Frauenanteil (inkl. Diversion) beträgt etwa 13,5 Prozent. Zirka 10 Prozent aller Klientinnen und Klienten der Bewährungshilfe weisen ein SMG-Delikt auf.

Tabelle 11.5 gibt weiters Auskunft über jene Personen, die ausschließlich im Rahmen der diversionellen Bewährungshilfe betreut wurden. Hier hat sich der Jugendanteil von fast 60 Prozent im Jahr 2007 auf 50 Prozent im Jahr 2010 reduziert. An der diversionellen Bewährungshilfe beträgt der Anteil der Klientinnen und Klienten mit SMG-Delikten 3,2 Prozent.

64

Die Haftentlassenenhilfe bietet – im Unterschied zur Bewährungshilfe, die über Anordnung erfolgt – auf freiwilliger Basis Beratung und Betreuung in den letzten sechs Monaten vor der Entlassung und in der kritischen Phase danach. Sie hilft bei der Integration (Wohnung, Arbeit ...) und bietet Begleitung.

Tabelle 11.5:
Zahlen zur Bewährungshilfe in Österreich

Anzahl der Personen	2006	2007	2008	2009	2010
Zugänge im Laufe des Jahres (ohne Diversion)	2.572	3.062	3.982	4.051	4.041
Betreute Personen zum Stichtag 31. 12. (ohne Diversion)	6.928	7.476	8.478	9.287	9.980
davon Jugendliche	2.298	2.479	2.607	2.691	2.822
Betreute Personen zum Stichtag 31. 12. (inkl. Diversion)	7.277	7.925	8.984	9.737	10.421
davon Frauen	1.055	1.121	1.210	1.210	1.350
Zugänge im Laufe des Jahres (nur Diversion)	–	297	334	256	266
davon Jugendliche	–	174	179	126	131
Betreute Personen zum Stichtag 31. 12. (nur Diversion)	349	449	506	450	441

Anmerkung: Diversionelle Anordnungen stellen eine Alternative zur Anklage dar und werden von der Staatsanwaltschaft ausgesprochen. Dabei kann die Anklage vorläufig eingestellt und z. B. eine Probezeit von einem Jahr mit Betreuung durch die Bewährungshilfe verhängt werden.

Quelle: Hovorka, p. M.; GÖG/ÖBIG–eigene Darstellung

Auskunft über **Charakteristika der Inhaftierten** geben aktuelle Schätzungen zum Konsum von Drogen während der Haft. Sie finden sich z. B. bei Spirig et al. (2010b)⁶⁵ und betragen 20 bis 30 Prozent für i. v. Konsum (vgl. Kap. 11.5). Berücksichtigt man zusätzlich den Konsum anderer Drogen (z. B. Cannabis, Medikamentenmissbrauch), kann von einem regelmäßigen Drogenkonsum bei bis zu 50 Prozent der Inhaftierten ausgegangen werden. Dieser Anteil erhöht sich weiter, wenn man gelegentlichen Konsum in die Schätzung mit einbezieht.

Zur Ausbildungs- bzw. beruflichen Situation der inhaftierten Drogenkonsumentinnen und -konsumenten berichten Eisenbach–Stangl et al. (2010; vgl. auch Kap. 8.2)⁶⁶, dass alle befragten Wiener Drogenklientinnen und -klienten über einen Pflichtschulabschluss und mehr als die Hälfte über eine Berufsausbildung verfügten. Damit übereinstimmend stellte Lipphart–Kirchmeir (2008) in seiner Untersuchung⁶⁷ fest, dass weniger als die Hälfte der inhaftierten Drogenkonsumentinnen und -konsumenten keinen Lehrabschluss vorweisen konnte.

65

Im Rahmen einer Studie von Eisenbach–Stangl et al. (2010) fanden qualitative Interviews statt, u. a. mit 19 älteren Suchtkranken (definiert als Opioidkonsumentinnen und -konsumenten mit 35 Jahren und älter) in der JA Wien–Favoriten und im Schweizer Haus Hadersdorf (stationäre Behandlungseinrichtung in Wien).

66

Ebenda.

67

Im Rahmen der Dissertation „Drogenabhängige im Strafvollzug – Bestandsaufnahme und Perspektiven“ hat Lipphart–Kirchmeir von Dezember 2005 bis Juni 2006 634 Akten von Einsitzenden gesichtet; Interviews mit Insassinnen und Insassen sowie Bediensteten von sechs JA ergänzen die Bestandsaufnahme.

11.2 Organisation der Gesundheitsversorgung im Gefängnis

Die **allgemeine Gesundheitsversorgung** in Haftanstalten ist für Österreich im Strafvollzugsgesetz (StVG, BGBl 1969/144 v. 26. 3. 1969), im Suchtmittelgesetz (SMG, BGBl I 1997/112 v. 5. 9. 1997), in verschiedenen Erlässen und in den europäischen Strafvollzugsgrundsätzen (Europäische Strafvollzugsgrundsätze EPR) geregelt. Die Finanzierung der allgemeinen Gesundheitsversorgung im Gefängnis findet mit Mitteln der öffentlichen Hand über das Bundesministerium für Justiz (BMJ) statt.

Das Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzip⁶⁸, das auch für den Strafvollzug gilt, ist u. a. in den europäischen Strafvollzugsgrundsätzen formuliert. Daraus ergibt sich, dass auch in Haft z. B. Substitutionsbehandlung zur Verfügung steht, obwohl diese Form der Behandlung im österreichischen Strafvollzugsgesetz keine explizite Erwähnung findet.

Derzeit sind im Gesundheitsbereich der österreichischen Justizanstalten 213 Personen beschäftigt (ärztliches, therapeutisches und Pflegepersonal). Auf 1.000 Insassinnen und Insassen kommen etwa 27 Personen in den Gesundheitsabteilungen der Justizanstalten. Gegenwärtig werden von der Strafvollzugsverwaltung Personen im Ausmaß von 93 Vollzeitäquivalenten zu je 38 Wochenstunden über die Justizbetreuungsagentur⁶⁹ zugekauft.

In Österreich besteht keine nationale Drogenstrategie (vgl. Kap. 1.1), ebenso existieren keine schriftlichen Strategien im Zusammenhang mit **drogenbezogener Gesundheitspolitik in Haft**. Drogenbezogene Gesundheitsdienstleistungen werden in Kap. 11.3 genauer dargestellt. Um den Missbrauch von Substanzen so weit wie möglich zu verhindern bzw. einzudämmen, bestehen Strategien für inhaftierte Drogengebraucher/innen sowohl auf nationaler und regionaler als auch auf Gefängnisebene. So erschien z. B. im Jahr 2009 die aktualisierte Ausgabe einer Publikation des Bundesministeriums für Justiz (BMJ), die sich mit der Behandlung Suchtkranker während und nach der Haft in den Justizanstalten Österreichs beschäftigt (BMJ 2009; vgl. auch GÖG/ÖBIG 2010a).

68

Das Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzip fordert, dass dieselbe medizinische Behandlung, die in Freiheit gängig und üblich ist, auch in Haft möglich sein muss.

69

Die Justizbetreuungsagentur (JBA) ist eine Anstalt öffentlichen Rechts, die- gegen Entgelt - u. a. die Versorgung von Justiz- und Maßnahmenvollzugsanstalten mit Betreuungspersonal sicherzustellen hat. Sie hat Betriebspflicht und steht zu 100 Prozent im Eigentum der Republik Österreich.

Im Zusammenhang damit sind auch Maßnahmen zu erwähnen, die den Missbrauch von Substanzen betreffen. Werden während der Haft illegale oder nicht verschriebene Substanzen oder Alkohol missbraucht, kommt das StVG zur Anwendung. Im Fall des Missbrauchs illegaler Substanzen erfolgt zusätzlich eine Anzeige bei der Staatsanwaltschaft. Alle genannten Formen des Missbrauchs führen zu einem Ordnungsstrafverfahren⁷⁰ und zur Streichung etwaiger bestehender Vergünstigungen.

Zur Sicherstellung der notwendigen Zusammenarbeit aller Akteurinnen und Akteure des Gesundheits- und Sozialbereichs bestehen Kooperationsmodelle zwischen Gefängnisverwaltungen und relevanten Institutionen und Anbietern im Wesentlichen auf regionaler Ebene. Die Vernetzung erfolgt darüber hinaus über die Ämter der Landesregierungen der einzelnen Bundesländer und über die Bezirkshauptmannschaften. Die Gesundheitsversorgung in den Justizanstalten erfolgt über Gesundheitsdienste und therapeutische Angebote, für die beide teilweise externe Anbieter tätig sind, z. B. der Dialog (vgl. Kap. 11.3).

11.3 Bereitstellung drogenbezogener Gesundheitsdienstleistungen im Gefängnis

In den Justizanstalten bestehen – je nach Bedarf und in Verantwortung der einzelnen Anstalt – unterschiedlichste **Behandlungsangebote**, wobei Erhaltungstherapie, Entzugstherapie, Unterstützung bei der Realisierung des Wunsches nach Abstinenz sowie **Prophylaxe**, Diagnose und Behandlung von HIV, Hepatitis C und anderen Infektionskrankheiten angeboten werden. Bei Antritt der Haft werden Care-Pakete an die Häftlinge ausgegeben, die u. a. Kondome und Informationsmaterial zu HIV, Aids und Hepatitis enthalten. Zusätzlich finden – unter Einbeziehung von Psychologinnen und Psychologen sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern – **Informationsgespräche** mit der Aids-Hilfe und den Ärztinnen und Ärzten der Anstalt statt. Im Sinne der **Schadensminimierung** ist in den meisten JA der frei zugängliche und unbeobachtete Zugang zu Kondomen und Desinfektionsmitteln sichergestellt (Obrist und Werdenich 2007). Weitere Aktivitäten zur Schadensminimierung umfassen Diagnose und Behandlung von Infektionen im Zusammenhang mit dem Injizieren von Substanzen, wobei in Österreich im Strafvollzug kaum Probleme mit diesbezüglichen Infektionen berichtet werden. Aufgrund dessen wird im BMJ von anderen Konsumformen ausgegangen, was aller-

70

Ordnungsstrafverfahren werden eingeleitet, wenn sich ein/e Strafgefangene/r entgegen den Bestimmungen des StVG verhält, wie z. B. die Anstalt verlässt oder flüchtet, sich selbst am Körper verletzt etc. Als Strafen für Ordnungswidrigkeiten können z. B. ein Verweis ausgesprochen oder Vergünstigungen entzogen werden oder eine Geldbuße oder Hausarrest verhängt werden.

dings im Widerspruch zu Spirig et al. (2010b; vgl. Kap. 11.5) steht. Nadel- und Spritzen(tausch)-Angebote stehen im österreichischen Strafvollzug nicht zur Verfügung.

2009 fand in der Steiermark eine Fachveranstaltung zu den Themen Infektionskrankheiten, medizinische Behandlung, Substitutionsbehandlung, Schadensminimierung (z. B. Spritzentausch) sowie Drogenkonsum in der Haft statt (Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2010). Eine Informationsbroschüre zur Infektionsvermeidung in Haft wurde erstellt, und weiterhin besuchen aufgrund einer Vereinbarung Streetworker die Justizanstalt Jakomini in Graz (Ederer, p. M.; vgl. Kap. 7.3).

Um den Gesundheitszustand der zukünftigen Häftlinge einschätzen und gegebenenfalls Behandlungsmaßnahmen setzen zu können, findet in jedem Fall eine medizinische Zugangsuntersuchung statt. In deren Rahmen wird der Allgemeinzustand der/des Betroffenen durch Blutdruckmessung erhoben und werden Gewicht, Haut- und Zahnzustand festgehalten. Zusätzlich werden der Medikamentenbedarf sowie etwaige Suchtmittelabhängigkeiten festgestellt. Welche Daten dabei im Zusammenhang mit der Dauer eines Drogenmissbrauchs erfragt werden, bleibt der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt überlassen. Lediglich in der Justizanstalt Wien-Favoriten⁷¹ stellt die Frage nach der Dauer des Substanzmissbrauchs eine Standardfrage dar. Welche klinische Methode bzw. welches klinische Instrument für die Beurteilung des Drogenmissbrauchs eingesetzt wird, entscheidet die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt. In Wien werden im Auftrag der MA 40 (Abteilung Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht) seit 2010 Begutachtungen der Häftlinge in den JA Simmering und Josefstadt vom Institut für Suchtdiagnostik (ISD) vor Ort durchgeführt (Schmidhofer, p. M.).

Im Sinne des Äquivalenzprinzips steht zur **Behandlung** von HIV-Infektionen die Kombinationstherapie (combined Anti-Retroviral Therapy – cART) auch im Strafvollzug zur Verfügung. Im Zusammenhang mit **drogenbezogener Behandlung** wird in den österreichischen Justizanstalten niederfrequente kognitive Verhaltenstherapie angeboten, die den Häftlingen helfen soll, ihren Drogenmissbrauch anzusprechen, und dazu beitragen soll, die für das Beenden notwendigen Ressourcen zu fördern. Aussagen über Anzahl und Charakteristika der Personen, die sich während ihres Gefängnisaufenthalts einer drogenbezogenen Behandlung unterziehen, sind derzeit allerdings nicht möglich.

71

Die Justizanstalt Wien-Favoriten ist eine Anstalt mit Behandlungsauftrag für Straftäter/innen, die im Zusammenhang mit berauschenden Substanzen ein Delikt begangen haben und vom Gericht eingewiesen wurden. Außerdem werden hier Strafgefangene aus anderen Haftanstalten aufgenommen, die sich wegen des Angebotes der Suchtbehandlung um eine Aufnahme bemüht haben. (<http://strafvollzug.justiz.gv.at/einrichtungen/justizanstalten/justizanstalt.php?id=1>; 13. 7. 2011)

Auf verschiedenen Ebenen der sozialarbeiterischen und medizinischen Behandlung ist der Verein Dialog seit 1999 in den beiden Wiener Polizeianhaltezentren (PAZ)⁷² für Insassinnen und Insassen tätig (Schmidhofer, p. M.). Der Dialog betreute dort im Jahr 2010 insgesamt 1.749 Klientinnen und Klienten (2009: 1.533; +14 %) und bietet auch frauen- und mänderspezifische Leistungen an (Verein Dialog 2011). Weiters erbringt der ganslwirt in Wien Betreuungsleistungen für Personen in Haft (VWS 2011b). In Graz besteht eine Kooperation zwischen der Justizanstalt Karlau und dem b.a.s., wo zehn Beratungsplätze für Menschen im Entlassungsvollzug zur Verfügung stehen (b.a.s. 2011). Ebenfalls in der Steiermark dient der von Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich angebotene Besuchsdienst zu Klientinnen und Klienten in Haft (2010: 115 Haftbesuche) der psychosozialen Ansprache und der Planung für die Zeit nach der Haft (Caritas Diözese Graz-Seckau 2011).

Substitutionsbehandlungen werden je nach Justizanstalt durch verschiedene psychosoziale Behandlungsangebote unterstützt. Diese können z. B. aus Group Counselling, Behandlung im Gruppen- oder Einzelsetting durch Psychiater/innen, Psychologinnen bzw. Psychologen oder Psychotherapeutinnen oder -therapeuten bestehen (Spirig et al. 2010b). Substitutionsbehandlungen können während eines Haftaufenthalts sowohl neu begonnen als auch fortgesetzt werden. Für die Abgabe der Substitutionsmedikamente sind in den JA Wien-Josefstadt und Innsbruck Dossier-Automaten in Verwendung (Meyer-Philippi, p. M.). Die Gesamtanzahl jener Personen, die im Gefängnis eine Substitutionsbehandlung erhalten, betrug zum Stichtag 1. 4. 2011 880, was etwa 10 Prozent der Einsitzenden entspricht. In seiner Dissertation berichtet Liphart-Kirchmeir (2008; vgl. Kap. 11.1) von Anteilen Einsitzender in Substitutionsbehandlung zwischen 3,8 Prozent in der JA Graz-Karlau und 11,5 Prozent in der JA Stein.

Die am häufigsten verwendeten Substitutionsmittel sind Methadon (46 % der in Substitutionsbehandlung befindlichen inhaftierten Personen), Substitol (31 %) und Subutex/Suboxone (= Buprenorphin: 18 %; BMJ 2011). Damit wird im Gefängnis Methadon wesentlich häufiger eingesetzt als außerhalb (vgl. Kap. 5.3 und 11.5). Hier sei ergänzt, dass Pont et al. (2005) in den Substitutions-Richtlinien für JA vorschlagen, nur solche Substitutionsmittel zu verwenden, die zumindest eine 24-stündige Wirkung aufweisen und damit nur einmal am Tag verabreicht werden müssen (Methadon, Buprenorphin, Morphin in Retardform). Aus wissenschaftlicher Sicht und aus Kostengründen wird die Verordnung von Methadon empfohlen. Bei Unverträglichkeit kann die Umstellung auf

72

Polizeianhaltezentren (PAZ) sind Gefängnisse, die sich unter Verwaltung des Bundesministeriums für Inneres (BMI) befinden. In den PAZ wird – im Gegensatz zu Justizanstalten – keine Straftat vollzogen. Sie dienen vorwiegend der Unterbringung von Schub- und Verwaltungsstrafhäftlingen und werden stärker frequentiert als JA, wobei die durchschnittlichen Anhaltezeiten relativ gering bleiben (Hofinger, Pilgram o. J.; http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Presse/_news/BMI.aspx?id=636545376547566B6F54593D&page=1&view=1; 28. 7. 2011).

ein anderes Substitutionsmittel erwogen werden. Bei bereits bestehender Substitutionsbehandlung mit einem anderen Medikament sollte dieses weiter verabreicht werden.

In der oben genannten Zahl von Inhaftierten in Substitutionsbehandlung sind jedoch Personen, die sich während der Haft einer anderen drogenbezogenen Behandlung unterziehen und dabei keine Substitutionsbehandlung erhalten, nicht enthalten. Es wird davon ausgegangen, dass etwa 16 Prozent der Einsitzenden irgendeine Form der Drogenbehandlung absolvieren (ausschließlich Substitution bzw. therapeutische Behandlung, Substitution und/oder therapeutische Behandlung).

Neben dem Entzug unter ärztlicher Aufsicht bzw. in Begleitung durch den psychiatrisch-psychologischen Dienst und neben einer Behandlung mit Substitutionsmitteln bestehen in einigen österreichischen Justizanstalten – allerdings nur für Männer (Obrist, Werdenich 2007) – drogenfreie Zonen (JA Garsten, Hirtenberg, Salzburg, St. Pölten, Sonnberg, Suben, Wien-Simmering), in denen vollkommene Freiheit von Drogen, Alkohol und Medikamenten (auch Substitutionsmitteln) gilt. Die drogenfreien Zonen sind zum einen als Abteilungen für nicht-drogenabhängige Insassinnen und Insassen vorgesehen, die auch während der Haft in einem drogenfreien Milieu leben wollen. Andererseits bieten sie für Personen, die nicht (mehr) körperlich abhängig sind, die Möglichkeit, Abstand zum Drogenmilieu zu finden. So wird das Gefängnis nach Eisenbach-Stangl et al. (2010) gelegentlich auch als geschützter Raum wahrgenommen, der die Möglichkeit bietet, zumindest für einige Zeit „clean“ zu leben. Eine kritische Aufarbeitung dessen, wie sich die konsequente Trennung in drogenfreie und andere Zonen auf den Vollzug auswirkt, fehlt aber noch.

Das Angebot an Dienstleistungen im Zusammenhang mit einer Verbesserung der Gesundheits- und Sozialbedingungen der Drogenmissbraucher/innen im Gefängnis ist vielfältig. In Abhängigkeit von Justizanstalt, Vollzugsform und Einsitzenden stehen unterschiedlichste Angebote zur Verfügung. So werden im Rahmen der Betreuung durch die sozialen Dienste und z. B. in Zusammenarbeit mit der Schuldnerberatung Wien oder dem Arbeitsmarktservice (AMS) zur Entlassungsvorbereitung Workshops zu den Themen Schuldnerberatung, Jobcoaching, Arbeitsmarktservice und Aids angeboten. In allen Vollzugsanstalten finden Aus- und Fortbildungs- sowie Qualifizierungsmaßnahmen statt (Lehrlingsausbildung, Facharbeiter-Intensivausbildung, Staplerkurse, Deutschkurse, Basisbildungskurse).

Intensive **Rehabilitations**programme fördern die Wiedereingliederung und beinhalten Substitutionsbehandlung und therapeutische Gemeinschaften. Letztere stehen allerdings nur während eines Freigangs oder nach der Haft zur Verfügung (vgl. SQ27; vgl. dazu auch Kap. 11.2). Bei *fix und fertig* kamen 22 Prozent der Personen, die 2010 einen Bewerbungstermin als Transitarbeitskraft vereinbart haben, nach einem Haftauf-

enthalt auf Vermittlung der Bewährungshilfe oder des sozialen Dienstes der Haftanstalten (VWS 2011f).

Bei der Entlassung wird eine Hälfte des während der Haft erhaltenen Verdienstes als eine Art „Starthilfe“ ausbezahlt (die andere Hälfte erhalten die Inhaftierten monatlich während der Haft). Arbeitet eine Insassin bzw. ein Insasse während der Haft oder ist sie/er unverschuldet unbeschäftigt, gelten dieselben Bestimmungen wie für Personen des normalen Arbeitsmarkts. Dadurch hat ein Großteil der Inhaftierten nach der Entlassung Anspruch auf Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung (Spirig et al. 2010b).

Im Hinblick auf die Vorbereitung der Entlassung bzw. zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität nach der Entlassung besteht eine Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychiaterinnen und Psychiatern. Außerdem erfolgen die Einbindung von regionalen Beratungsstellen und gegebenenfalls eine Aufnahme in eine stationäre Therapie nach der Haft (vgl. dazu auch Kap. 11.2). Diese Maßnahmen stellen einen wichtigen Schritt u. a. zur Prävention drogenbezogener Todesfälle nach der Haft dar. Ein Forschungsprojekt der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) hat gezeigt, dass im Zeitraum 2005 bis 2007 74 von 198 Personen, deren Tod direkt mit dem Konsum illegaler Substanzen in Zusammenhang stand, bereits einmal in Haft waren. Ein Drittel davon war innerhalb eines Monats nach der Entlassung verstorben. Eine Ursache dafür ist ein hohes Überdosierungsrisiko aufgrund der stark verringerten Opiat-Toleranz (SDW 2011a; vgl. Kap. 6.3). Zur Verbesserung der Situation sollte u. a. in JA sowie im Rahmen der Haftentlassungshilfe die Gefahr einer Überdosierung im Umgang mit den Klientinnen und Klienten pro-aktiv thematisiert werden. Auch die gesundheitsfördernden Angebote in JA beschäftigen sich eher mit Begleiterkrankungen und dem Umgang mit Überdosierungen während der Haft als mit der (Gefahren-)Situation danach. Hier scheint Bedarf an einschlägigen Qualifizierungsmaßnahmen gegeben zu sein (Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2010).

Drogentests werden verpflichtend durchgeführt, wobei die Stichprobenziehung abhängig von der Justizanstalt erfolgt. So finden Tests beispielsweise vor Ausgängen, vor Freigang, bei Verdacht auf Drogenmissbrauch oder im Rahmen einer Entzugsbehandlung statt. Die Tests werden in Form von Schnelltests mit Teststreifen durchgeführt, auf Wunsch der Insassin bzw. des Insassen kann eine B-Probe in ein Labor geschickt werden. Die Berichterstattung über das Testergebnis erfolgt im Vollzugsplan.

11.4 Qualität der Dienstleistungen

Im Rahmen der **Qualitätskontrolle** der drogenbezogenen Einrichtungen im Strafvollzug werden der Vollzugsdirektion – einer dem BMJ unmittelbar nachgeordneten Behörde –

Berichte in nicht-standardisierter Form übermittelt. Eine standardisierte Qualitätskontrolle ist aufgrund der vorliegenden Daten nicht möglich und findet nicht statt.

Derzeit in Ausarbeitung sind Standards entsprechend den in § 21 StVG beschriebenen im Bereich des § 22 (Behandlung der Strafgefangenen) und des § 68a (Entwöhnungsbehandlung eines Strafgefangenen) Strafvollzugsgesetz. Praktische Richtlinien bezüglich der Behandlung von Suchtkranken während und nach der Haft beinhaltet auch die aktualisierte Ausgabe einer Publikation des Bundesministeriums für Justiz (BMJ 2009; vgl. auch GÖG/ÖBIG 2010a).

Für die Substitutionsbehandlung in Justizanstalten gelten aufgrund eines Erlasses des BMJ die Substitutions-**Richtlinien**⁷³ für Justizanstalten (Pont et al. 2005), in denen in einem eigenen Abschnitt auf die Besonderheiten (Indikation, Kontrolle ...) der Substitutionsbehandlung während des Strafvollzugs eingegangen wird (vgl. Kap. 11.3).

Der in Kap. 11.2 angesprochene Gesundheitsdienst steht im Zusammenhang mit der Suchtmittelproblematik besonderen Herausforderungen gegenüber. Es wird erwartet, dass die geplante Überarbeitung der Suchtmittelrichtlinien zur Entwicklung von Qualitätsstandards führen und die Professionalität der betroffenen Fachdienste unterstützen wird.

Um über das notwendige Wissen im Zusammenhang mit Prävention, Risikobewusstsein und -verminderung zu verfügen und so für einen adäquaten Umgang mit den Einsitzenden und den eigenen Ressourcen gerüstet zu sein, bedarf es regelmäßiger **Trainings** der Gefängnisbelegschaft. Diese finden punktuell im Rahmen von sog. Indoor-schulungen statt und bestehen aus einzelnen Modulen zu den Themen Führung und Management, Informationstechnologie, Sozialkompetenz und Gesundheit sowie Recht und Administration. Beispielsweise werden im Modul „Insassinnen bzw. Insassen“ Aspekte der Krisenintervention und Suizidprophylaxe, der Umgang mit speziellen Gruppen von Gefangenen und mit Vollzugslockerungen thematisiert. Auch die Themen Drogen und Migration werden angesprochen.

Aufbauend auf ein 2003 in Berlin durchgeführtes Pilotprojekt, in dem nachgewiesen werden konnte, dass das Antidot Naloxon sinnvoll an geschulte Konsumierende abgegeben und von diesen appliziert werden kann, wurde in der Steiermark ein Erste-Hilfe-Kurs inkl. Naloxonvergabe abgehalten. Von Beginn an wurde der Kurs durch zwei Aufklärungsfilme ergänzt. Dabei wurde mit Ärztinnen und Ärzten, die Substitutionsbehandlung anbieten, zusammengearbeitet, mit einbezogen wurden Angebote in Haftanstalten (Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2010).

73

Erlass des BMJ vom 26. 1. 2006, JMZ 52203/0001-V1/05

11.5 Diskussion, methodische Einschränkungen und Informationslücken

Allgemein ist zur drogenbezogenen Gesundheitspolitik und zu damit in Zusammenhang stehenden Einrichtungen festzuhalten, dass Behandlungsgleichheit sowohl außerhalb als auch innerhalb des Gefängnisses in Erfüllung gesetzlicher Vorgaben angestrebt wird. Eine vollständige Durchsetzung dieses Bestrebens ist allerdings weder hier noch da möglich. So existieren z. B. außerhalb des Gefängnisses regionale Unterschiede bezüglich der Versorgung mit Ärztinnen und Ärzten, die Substitutionsbehandlung durchführen (vgl. dazu Kap. 5 und Karte 5.1). Bemerkenswert ist etwa, dass die Verteilung der in Haft zum Einsatz kommenden Substitutionsmedikamente sich von jenen außerhalb unterscheidet (vgl. dazu Kap. 5 und 11.3).

Obwohl Substitutionsbehandlungen in jedem österreichischen Gefängnis verfügbar sind, bestehen erhebliche Unterschiede in der Qualität der Umsetzung. So ist deren Inanspruchnahme des Öfteren mit Einschränkungen oder Diskriminierungen verbunden, wie z. B. dem Ausschluss von bestimmten Arbeitsplätzen oder von Vollzugslockerungen. Beides widerspricht Inhalt und Sinn einer Substitutionsbehandlung und eigentlich auch der Behandlungsgleichheit (Spirig et al. 2010b). Angaben bezüglich Einschränkungen oder Diskriminierungen finden sich weiters in der Untersuchung⁷⁴ von Gegenhuber et al. (2008). In acht der 16 teilnehmenden Justizanstalten (JA) war eine Verlegung von Insassen in Substitutionsbehandlung in Abteilungen mit offenem Vollzug⁷⁵ nicht möglich. In sechs der in die Befragung inkludierten JA waren diese Insassen von Aus- bzw. Freigängen ausgeschlossen. Gegenhuber et al. (2008) berichten, dass ein Großteil (83,5 %) der befragten Insassen angab, bei der letzten Substitutionsbehandlung vor dem Gefängnisaufenthalt ein Mitspracherecht bei der Auswahl des Substitutionsmittels gehabt zu haben. Für die Substitutionsbehandlung im Gefängnis ist dieser Prozentsatz nur etwa halb so groß (44,3 %).

Die freie Wahl des Therapieplatzes sowie uneingeschränkter Zugang zu Therapieeinrichtungen ist auch außerhalb des Gefängnisses nicht immer gegeben – eine Situation, die sich durch Budgetkürzungen weiter verschärft (vgl. Kap. 1.1 und 11.2). Nadel- und

74

Nachdem von 2005 bis 2007 unter Einbeziehung von drei österreichischen Justizanstalten (JA) ein Forschungsprojekt auf europäischer Ebene stattgefunden hatte, wurden im Auftrag des Bundesministeriums für Justiz von November 2007 bis Jänner 2008 123 Mitarbeiter/innen (etwa ein Drittel weiblich) und 183 männliche Insassen von weiteren 13 JA befragt (Gegenhuber et al. 2008; vgl. GÖG/ÖBIG 2009b, DB).

75

Im offenen Vollzug der JA bestehen keine oder nur verminderte Vorkehrungen gegen Entweichen. Unter strikter Einhaltung der bestehenden Regeln (z. B. betreffend Alkoholkonsum, Pünktlichkeit) kann die JA morgens verlassen und der Arbeitsplatz aufgesucht werden.

Spritzentausch ist außerhalb des Gefängnisses aufgrund regional unterschiedlicher Angebote zwar nicht überall (kostenlos) möglich, steht jedoch grundsätzlich zur Verfügung, während entsprechende Angebote in Haft völlig fehlen. Das Bereitstellen von Angeboten des Nadel- und Spritzentausches in Haft sollte so rasch wie möglich in die politische Diskussion aufgenommen und in die Praxis umgesetzt werden.

Aufgrund der Beschränkung der Kostentragung für stationäre Therapie durch das BMJ auf sechs Monate kann bei Fehlen eines anderen Kostenträgers eine möglicherweise notwendige längere stationäre Therapie unter Umständen nicht in Anspruch genommen werden. Dadurch könnten Therapieabbrüche, die behandelte Personen verfrüht aus der laufenden Therapie drängen und einen Strafvollzug in Haft notwendig machen, gehäuft auftreten. Entsprechende Untersuchungen wären auch hier wünschenswert.

Im Zusammenhang mit Informationslücken sei darauf hingewiesen, dass drogenbezogene Behandlungen von Inhaftierten keinen Eingang in die österreichweit einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI; vgl. Kap. 5) finden. Somit sind Vergleiche drogenbezogener Behandlungen von Personen in Haft und außerhalb, aber auch zwischen verschiedenen Justizanstalten, nicht möglich. Eine standardisierte, österreichweit einheitliche Dokumentation von Untersuchungen und Behandlungen innerhalb der Gefängnisse ist anzustreben. Die Basis u. a. für Qualitätskontrolle und für die Erfüllung der Dokumentationsanforderungen gegenüber der Europäischen Union fehlt und ist daher ebenso wie die (zumindest stichprobenartige) Erfassung substanzspezifischer Daten gemäß ST 12 (Prävalenzen, Konsumformen ...) dringend einzurichten.

Wie bereits in Kap. 11.4 dargestellt, werden Berichte im Zusammenhang mit einer möglichen Drogenerkrankung in nicht-standardisierter Form an die Vollzugsdirektion übermittelt. Die Vollzugsdirektion ist sich des Bedarfs an Erhebungen und Untersuchungen im Vollzug bewusst. Die bereits geplante Überarbeitung der Suchtmittel-Richtlinien und die Entwicklung von Qualitätsstandards könnten auch hier Abhilfe schaffen.

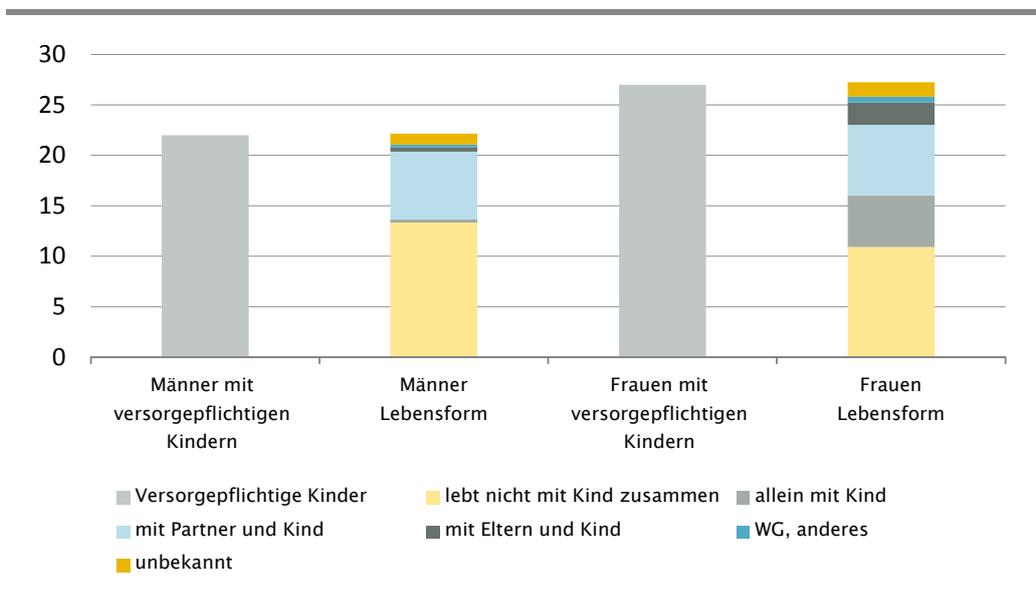
12 Drogenkonsumierende Eltern und ihre Kinder

Drogenkonsumierende Eltern und ihre Kinder haben sehr häufig mit vielfältigen Problemen zu kämpfen und wurden daher in den vergangenen Jahren immer stärker als eine Zielgruppe identifiziert, die spezifische und teilweise komplexe Maßnahmen benötigt. Diese setzen auf verschiedenen Ebenen an und verfolgen meist mehrere Ziele gleichzeitig. Besonders wichtig ist die Vernetzung verschiedener Bereiche bzw. Hilfesysteme. Als Quellen für die Einschätzung der Situation in Österreich wurden DOKLI und BADO (vgl. Kap. 5), ICD-10-Diagnosen, die Aids-Statistik (vgl. Kap. 6), Studien, Stellungnahmen und Berichte von Fachleuten bzw. den Sucht-/Drogenkoordinationen der Bundesländer sowie der Fachstellen für Suchtprävention herangezogen.

12.1 Häufigkeit und Charakteristika

Abbildung 12.1:

Personen, die im Jahr 2010 eine längerfristige drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach ihren Angaben zu versorgungspflichtigen Kindern in Prozent

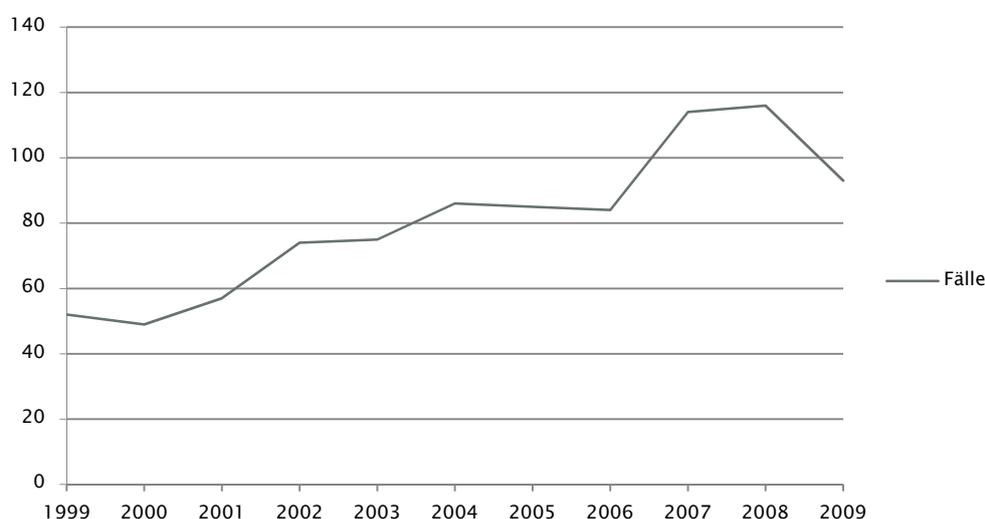


Quelle: DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2010; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Auswertungen der DOKLI-Daten (vgl. Kap. 5.3 bzw. Tab. A23 bis A28) zeigen, dass 26 bzw. 21 Prozent der Frauen und Männer in längerfristiger Behandlung angeben, versorgungspflichtige Kinder zu haben (vgl. Abb. 12.1). 12 Prozent der Frauen und

3 Prozent der Männer, die mit Kind(ern) in einem Haushalt leben, sind alleinerziehend, 40 (Frauen) bzw. 66 (Männer) Prozent leben mit Kind und Partner zusammen. Dies bestätigt andere Berichte (z. B. de Cordoba et al. 2004), wonach ca. 60 Prozent der opioidabhängigen Schwangeren einen substanzabhängigen Partner haben und ca. 40 Prozent mit diesem in einem Haushalt leben. Die DOKLI-Daten zeigen keine nennenswerten Unterschiede zwischen Frauen oder Männern mit Kindern bzw. ohne Kinder. Auswertungen der BADO 2009 ergeben einen etwas höheren Anteil von 33 Prozent Frauen und 25 Prozent Männer mit Kindern, die in der Wiener Suchthilfe betreut werden (SDW 2011b).

Abbildung 12.2:
Anzahl der Neugeborenen mit einem NAS laut ICD-10-Diagnose, 1999–2009



Quelle: BMG-DLD 1999–2009; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Als weiteres Indiz können die ICD-10-Diagnosen für Österreich herangezogen werden. Für die Jahre 2000–2009 zeigen sie grundsätzlich einen Anstieg an Neugeborenen mit Opioid-Entzugssymptomen (NAS, vgl. Abb. 12.2). Dies stimmt mit Berichten von verschiedenen Seiten über eine Zunahme der Geburten von substanzabhängigen schwangeren Frauen überein. In der Drogenambulanz des AKH Wien stieg die Anzahl an Geburten von 15 im Jahr 1995 auf ca. 50 bis 60 in den Jahren 2007/08 (BMG 2009). Insgesamt wurden von 1995 bis Januar 2008 478 schwangere opioidabhängige Frauen an der Drogenambulanz betreut. Laut Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW 2011b) kann für Wien insgesamt eine Entwicklung von 30 Geburten suchtkranker Frauen im Jahr 1994 auf 87 Geburten im Jahr 2010 beobachtet werden, am meisten Geburten (112) gab es demnach im Jahr 2008.

Kinder von suchtkranken Eltern sind mit **vielfältigen Problemen** konfrontiert. So führt der Konsum von Drogen während der Schwangerschaft zu organischen oder somatischen Schäden (wie Neigung zur Frühgeburt, Mangelentwicklung, Infektionskrankheiten) sowie zum neonatalen Abstinenzsyndrom (NAS) bei Neugeborenen. Weiters hat die Sucht der Eltern auch massive psychosoziale Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder zur Folge (wie Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensstörungen, Schäden durch Vernachlässigung). Suchtfamilien sind geprägt von massivem Verleugnen und Verharmlosen der Situation, Schuldzuschreibungen, Hilflosigkeit und Stress.

Konkrete Daten zur Situation suchtkranker Eltern und ihrer Kinder in Österreich liegen kaum vor. Neben Daten zum bereits erwähnten NAS enthält die Aids-Statistik (BMG 2011; vgl. Kap. 6) Zahlen zu den seit 1983 an Aids erkrankten (14) bzw. inzwischen daran verstorbenen (10) Personen, die zum Zeitpunkt der Diagnose jünger als 13 Jahre waren und deren Mütter als Infektionsweg i. v. Konsum von Drogen angaben. Abgesehen davon liegen v. a. Studien vor, die die Verringerung des Risikos für medizinische Folgen bei den Neugeborenen durch spezifische Maßnahmen untersuchen. Eine wichtige Rolle nimmt dabei das im Jahr 1994 begonnene Projekt *Substanzabhängigkeit und Schwangerschaft* der Universitätsklinik für Psychiatrie Wien bzw. das in der Folge initiierte Betreuungsnetzwerk *Comprehensive Care Project* für drogenkonsumierende Schwangere und ihre Kinder ein (vgl. Kap. 12.3 und EDDRA). Die im Rahmen dieser Arbeiten erzielten Erfolge, wie z. B. laut Fischer (2009) die Reduktion der durchschnittlichen Dauer des Entzugs bei den Babys von 20 Tagen (1995) auf 5 Tage (2008), die hohe Haltequote der Patientinnen (89 %) und der hohe Anteil an Neugeborenen, die mit den Müttern nach Hause entlassen werden (knapp 80 %), werden in mehreren Publikationen beschrieben (z. B. de Cordoba et al. 2004).

Zum Thema opioidabhängige Mütter und ihre Kinder wurden etliche Forschungsarbeiten durchgeführt und publiziert. Im Folgenden soll eine Auswahl der wichtigsten Arbeiten und Ergebnisse dargestellt werden, wobei zunächst die Arbeiten zur Behandlung in der Schwangerschaft und deren Auswirkungen auf das NAS und dann die Ergebnisse zur weiteren Entwicklung der Kinder folgen.

Die Ergebnisse einer der ersten kontrollierten prospektiven Studien⁷⁶ zur Behandlung von Schwangeren mit Buprenorphin (anstelle des zu diesem Zeitpunkt für diese Zielgruppe ausschließlich verwendeten Methadons) wurden im Jahr 2000 publiziert. Bei den Frauen zeigte sich eine gute Verträglichkeit (Fischer et al. 1998). Acht Neugeborene hatten keinerlei Symptome, weitere vier zeigten zwar Symptome, aber eine Behand-

76

Diese Pilotstudie wurde als offene Studie durchgeführt und umfasste 15 Frauen, die Buprenorphin nach dem ersten Trimester erhielten.

lung war nicht notwendig, die restlichen drei Neugeborenen mussten wegen eines neonatalen Abstinenzsyndroms (NAS) behandelt werden.

Es folgten Vergleichsstudien, wie z. B. jene von Fischer et al. (2006)⁷⁷, in deren Rahmen 18 Frauen in der 24. bis 29. Schwangerschaftswoche entweder mit Methadon oder Buprenorphin behandelt wurden. Bei den Müttern zeigte sich eine etwas größere Haltequote in der Buprenorphin-Gruppe, aber ein signifikant geringerer Beikonsum in der Methadon-Gruppe. Bei acht Neugeborenen traten Symptome eines NAS auf, bei der Methadon-Gruppe etwas früher als bei der anderen Gruppe. In beiden Gruppen war die Behandlungsdauer des NAS kürzer als in anderen Studien, was von den Autorinnen und Autoren auf die standardisierte Behandlung mit Morphin zurückgeführt wird.

Für eine weitere Vergleichsstudie (Ebner et al. 2007)⁷⁸ wurden opioidabhängige Schwangere mit Methadon, Buprenorphin oder Morphin in Retardform oral behandelt. Bei 40 Prozent der Neugeborenen war keine Behandlung des NAS notwendig (keine oder nur milde Symptome). Der Vorteil von Buprenorphin in dieser Hinsicht konnte bestätigt werden: Immerhin 79 Prozent der Neugeborenen aus dieser Gruppe benötigten keine Behandlung, während dies nur auf 32 bzw. 18 Prozent der Neugeborenen aus der Methadon- bzw. Morphin-Gruppe zutraf. 60 Prozent der Neugeborenen zeigten behandlungsrelevante Symptome, wobei keine schwerwiegenden NAS-Komplikationen auftraten. Sie wurden mit Morphinhydrochlorid oder Phenobarbital behandelt, wobei signifikante Unterschiede hinsichtlich der notwendigen Behandlungsdauer auftraten. Morphinhydrochlorid reduzierte diese deutlich (durchschnittlich 10 Tage statt 18).

Im Rahmen der MOTHER-Studie⁷⁹, an der acht verschiedene Einrichtungen in den USA, in Kanada und Österreich (Univ.-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Wien)

77

Für diese Studie wurden im Zeitraum 2000–2002 146 schwangere opioidabhängige Frauen untersucht, die meisten konnten jedoch wegen polytoxikomaner Abhängigkeit, bereits bestehender Methadon-Behandlung oder anderen Gründen nicht in die Studie aufgenommen werden. Die Zuteilung von jeweils neun Frauen zu den Behandlungsgruppen erfolgte zufällig.

78

Von 86 untersuchten Frauen wurden 53 in die Studie aufgenommen. 22 erhielten Methadon, 17 Morphin und 14 Buprenorphin, die Zuteilung erfolgte jedoch nicht zufällig. Der Beikonsum von Kokain und Benzodiazepinen konnte im Lauf des letzten Trimesters eingestellt werden. Der Beikonsum von Cannabis und Nikotin war kein Ausschlusskriterium. Auch die Zuteilung jener Neugeborenen, die eine Behandlung des NAS benötigten, zur Morphinhydrochlorid-Gruppe (17) bzw. zur Phenobarbital-Gruppe (15) erfolgte nicht zufällig.

79

Die Studie wurde vom National Institute on Drug Abuse finanziert. Aus 1.074 schwangeren opioidabhängigen Frauen wurden 175 für die Teilnahme an der Studie ausgewählt. Sie wurden stationär aufgenommen und er-

beteiligt waren, wurden schwangere opioidabhängige Frauen entweder mit Methadon oder mit Buprenorphin behandelt. Laut Jones et al. (2010) brachen 18 bzw. 33 Prozent der Frauen die Behandlung vorzeitig ab. Die Ergebnisse zeigen einen signifikant kürzeren stationären Aufenthalt und eine signifikant kürzere Behandlungsdauer des neonatalen Abstinenzsyndroms mit einer signifikant geringeren Dosis an Morphin bei den Neugeborenen jener Mütter, die während der Schwangerschaft mit Buprenorphin behandelt wurden. Bei anderen Indikatoren (wie z. B. der Anzahl an Neugeborenen, die eine Behandlung des neonatalen Entzugssyndroms benötigen, oder dessen Ausmaß) konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Allerdings ist die Wahrscheinlichkeit für einen Therapieabbruch während der Schwangerschaft bei jenen Müttern, die mit Buprenorphin behandelt wurden, größer. Dieser Unterschied konnte auch bei Studien mit nicht-schwangeren Opioidabhängigen festgestellt werden. Aufgrund der Vorteile hinsichtlich des neonatalen Abstinenzsyndroms wird Buprenorphin als Mittel der ersten Wahl in der Schwangerschaft empfohlen, es wird aber darauf hingewiesen, dass die möglichen negativen Aspekte zu berücksichtigen sind. Die Ergebnisse des Screenings für die Teilnahme an der MOTHER-Studie zeigen die Charakteristika der schwangeren opioidabhängigen Frauen in den beteiligten Ländern (Unger et al. 2010). Die teilweise deutlichen Unterschiede dürften auf unterschiedliche Behandlungen und deren Verfügbarkeit sowie auf Behandlungsstrukturen und rechtliche Rahmenbedingungen zurückzuführen sein. Die Autorinnen und Autoren schließen aus den Daten, dass österreichische opioidabhängige Frauen eine weniger problematische Abhängigkeit bzw. Lebenssituation aufweisen als v. a. jene aus US-amerikanischen Städten. Als beunruhigend werden die überall festgestellten hohen Raten an Benzodiazepin-Abhängigkeit beschrieben, die in Kombination mit Opioiden gravierende Wechselwirkungen zur Folge haben können.

Berger et al. (2007) schreiben über die Erfahrungen⁸⁰ mit der intensiven Betreuung opioidabhängiger Mütter und von deren Neugeborenen im Rahmen des *Comprehensive Care Projects* aus Sicht der Entwicklungsambulanz der Neuropsychiatrischen Abteilung für Kinder und Jugendliche am Krankenhaus Rosenhügel, Wien. Hinsichtlich biologischer Risiken und Folgen berichten sie von einer Reduktion der Frühgeburtlichkeit und der Dauer des NAS. Eine pränatale Dystrophie und Mikrozephalie treten bei 20,9 bzw.

hielten zunächst Morphinsulfat. Danach erfolgte die zufällige Zuteilung zur Behandlung mit Buprenorphin (86) oder Methadon (89), die noch stationär begonnen wurde.

80

Basis ist eine Evaluation, die in Kooperation mit der Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes und Jugendalters von 1999 bis 2001 durchgeführt wurde. Die Ergebnisse beziehen sich auf 95 Kinder, die zwischen März 1995 und Oktober 1999 geboren und an die Entwicklungsambulanz überwiesen wurden. Die Kinder sollten von der 6. Lebenswoche bis zum 6. Lebensjahr beobachtet werden. Die Kontinuität der Teilnahme an den vereinbarten Kontrollterminen war hoch und lag bei 59 Prozent. Weitere 38 Kinder konnten trotz Überweisung nicht in das Nachbetreuungsprojekt übernommen werden.

13,7 Prozent der Kinder auf und kann ein Zeichen für eine Beeinträchtigung der pränatalen Entwicklung sein. Bei einer kleinen Gruppe wurden im Rahmen der Untersuchung der frühkindlichen Spontanmotorik Auffälligkeiten beobachtet. Ein sehr kleiner Anteil der Kinder (5,3 %) zeigt einen Rückstand in der statomotorischen Entwicklung im ersten Lebensjahr. Ein Teil der Kinder war bleibend mikrozephal und wies eine leichte kognitive Beeinträchtigung auf.

Hinsichtlich psychosozialer Risiken und Folgen wird von deutlichen Interaktionsstörungen (bei 26 % der Kinder) und beeinträchtigten Beziehungen (bei weiteren 45 %) berichtet. Hier zeigt sich ein Unterschied zwischen den Kindern, die bei den leiblichen Müttern leben (und ungünstigere Relationen aufweisen), und jenen, die bei Pflegemüttern leben. Bezüglich der kognitiven Entwicklung von Kindern substanzabhängiger Mütter wird eine geringe negative Abweichung in allen Bereichen berichtet. Allerdings sind die Zusammenhänge aufgrund der komplexen Situation mit multifaktoriellen Wechselwirkungen nur schwer interpretierbar. Es wird aber versucht, idealtypische Verlaufsformen zu beschreiben.

Weitere Ergebnisse zeigen bei 32 Prozent der Kinder im Vorschulalter bzw. mit sechs Jahren Hinweise für eine Entwicklungsstörung. Bei einem Drittel zeigen sich psychopathologische Auffälligkeiten (häufiger im emotionalen, aber auch im Verhaltensbereich). Bei weiteren 14 Prozent liegt eine Aufmerksamkeitsstörung ohne erhöhte Impulsivität vor. Eine statistisch signifikante negative Abweichung in allen Bereichen zeigt sich beim Intelligenztest (K-ABC). Vermutet wird eine Beeinträchtigung der Schullaufbahn durch Verhaltensauffälligkeiten bei 33 Prozent der untersuchten Kinder, durch Entwicklungsstörungen bei 32 Prozent und durch Auffälligkeiten der kognitiven und exekutiven Funktionen bei einem weiteren, nicht quantifizierten Anteil. Diese Tendenz scheint sich im Rahmen einer Telefonkatamnese zu bestätigen.

Im Rahmen der Studie konnte auch beobachtet werden, dass jeweils rund ein Drittel der Kinder entweder sehr früh in eine andere Pflegesituation überstellt wird oder zunächst bei den Müttern verbleibt und in den ersten Jahren ein Betreuungswechsel stattfindet oder bei den Müttern verbleibt und eine Stabilisierung der Situation eintritt. Ein späterer Betreuungswechsel geht häufig mit einem mittleren psychosozialen Risiko einher, während bei einem höheren psychosozialen Risiko durch verschiedene Interventionen und Beratungen teilweise eine Stabilisierung erreicht werden kann. Es zeigt sich auch ein Zusammenhang zwischen polytoxikomanem Beikonsum (insbesondere von Benzodiazepinen) in der Schwangerschaft und späterem Betreuungswechsel der Kinder. Die Betreuung in einer Pflegefamilie scheint günstige Voraussetzungen für eine positive Entwicklung bei den Kindern zu bieten, dennoch sollte die Möglichkeit einer Stabilisierung der Lebenssituation durch adäquate Unterstützung nicht außer Acht gelassen werden. Es wird daher empfohlen, eine Entscheidung über die Betreuungssituation aufgrund von häufigen und hochfrequenten Beobachtungen zu treffen und

sowohl den Zusatzkonsum als auch die Qualität der Mutter–Kind–Interaktion zu berücksichtigen.

Letztendlich wird aus den Ergebnissen des Projektes geschlossen, dass bei konsequenter Substitutionsbehandlung das biologische Risiko gering ist, während das psychosoziale Risiko von vornherein höher ist. Beides steigt bei zusätzlichem Substanzkonsum (Alkohol, Nikotin und Benzodiazepine) deutlich an.

Aus Wien wird berichtet, dass nach der Geburt fast alle Kinder drogenabhängiger bzw. in Substitutionsbehandlung befindlicher Mütter dem Amt für Jugend und Familie gemeldet werden. Mit dem unterschiedlichen Fokus der Drogenhilfeeinrichtungen und des Amtes für Jugend und Familie führte dies mangels wienweiter Standards für eine Zusammenarbeit in manchen Fällen zu Unsicherheiten bzw. zu nicht nachvollziehbaren Maßnahmen hinsichtlich der Unterbringung der Kinder. Auswertungen der BADO zeigen, dass 18 Prozent aller Kinder von Klientinnen und Klienten der Wiener Suchthilfe behördlich untergebracht sind (SDW 2011b).

12.2 Politische und rechtliche Rahmenbedingungen

Hinsichtlich **politischer Rahmenbedingungen** sind die Sucht-/Drogenkonzepte bzw. –pläne der Bundesländer relevant. In vier werden Kinder suchtkranker Eltern eigens erwähnt. Der neue NÖ Suchtplan 2011–2015 (vgl. Kap. 1) listet als einen Teil der Angehörigenarbeit die Betreuung von Kindern aus suchtbelasteten Familien auf. Es wird festgehalten, dass *ENCARE NÖ*⁸¹ einen Lobbying–Auftrag hat und den Erfahrungsaustausch in diesem Bereich fördern soll. Der Maßnahmenkatalog für den Zeitraum 2011 bis 2015 enthält den Aus– bzw. Aufbau eines flächendeckenden und altersgerechten Angebots für Angehörige, worunter auch Kinder verstanden werden. Im fortgeschriebenen Kärntner Landessuchtplan (vgl. Kap. 1.2) ist als ein Arbeitsschwerpunkt die Entwicklung und Implementierung präventiver und therapeutischer Maßnahmen für suchtbelastete Familien und deren Kinder definiert (Prehslauer, p. M.). Das Vorarlberger Drogenkonzept (Amt der Vorarlberger Landesregierung 2002) erwähnt Kinder drogenkonsumierender Personen als Zielgruppe der Beratungsstelle *Clean Bregenz*. Im Wiener Drogenkonzept 1999 wird auf die Erfolge bei der Betreuung drogenabhängiger Schwangerer und ihrer Kinder durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die mit Hilfe des Spitalsverbindungsdienstes *CONTACT* abgestimmt wird, hingewiesen.

81

ENCARE NÖ ist eines der bundeslandbezogenen Netzwerke, die im Rahmen des EU–Projektes ENCARE aufgebaut wurden (vgl. Kap. 12.3).

Die hinsichtlich der Kinder suchtkranker Eltern relevanten **rechtlichen Grundlagen** sind die Regelungen des Jugendwohlfahrtsgesetzes (BGBl 1989/161 v. 28. 4. 2011).

12.3 Spezifische Maßnahmen für Drogenkonsumierende mit Kindern

Maßnahmen und Angebote gibt es auf verschiedenen Ebenen und meist mit mehreren Zielen gleichzeitig: Einerseits wird bereits bei den Schwangeren angesetzt, mit dem Ziel, deren gesundheitliche Situation zu verbessern und allfällige gesundheitliche Auswirkungen auf den Fötus und in weiterer Folge auf Neugeborenes, Kind und zukünftigen Erwachsenen zu reduzieren bzw. zu verhindern. Gleichzeitig bewirkt die Schwangerschaft häufig eine erhöhte Veränderungsmotivation bei drogenkonsumierenden bzw. -abhängigen Frauen, sodass hier die Bereitschaft, eine Therapie zu beginnen, größer ist. Andererseits wird aufgrund des erhöhten Risikos für die Entwicklung einer Suchterkrankung bei den Kindern (inklusive der bereits erwachsenen Kinder) angesetzt, um Probleme möglichst früh erkennen und entsprechende Interventionen anbieten zu können.

Empfängnisverhütung ist teilweise ein Thema in der Betreuung einer bereits bestehenden Schwangerschaft, um eine zu frühe weitere Schwangerschaft zu verhindern. In Graz gibt es eine Vereinbarung zwischen Sozialamt und Kontaktladen/Streetwork hinsichtlich der Kostenübernahme des Einsatzes einer Spirale bei jenen Klientinnen, die von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Kontaktladen/Streetwork begleitet werden (Zeder, p. M.). Der Grund für diese Regelung ist, dass Frauen mit einem Zusatzkonsum von Benzodiazepinen häufig nicht mit der Pille zurechtkommen.

Schwangere Suchtkranke werden grundsätzlich in allen Einrichtungen der Suchthilfe betreut und behandelt, wie andere suchtkranke Personen auch. Da es sich um Risikoschwangerschaften handelt, sollte laut Fischer (p. M.) die Betreuung an Spezialzentren erfolgen, wo verschiedene Abteilungen zusammenarbeiten können. Als Spezialzentrum für diese Zielgruppe kann die Drogenambulanz der Universitätsklinik für Psychiatrie in Wien bezeichnet werden, die sich bereits seit 1994 mit der Betreuung suchtkrankere schwangerer Frauen intensiv auseinandersetzt und auch international als Vorzeigezentrum gilt. Durch die räumliche Nähe kann eng mit der Universitätsklinik für Gynäkologie und der Universitätsklinik für Kinderheilkunde zusammengearbeitet werden. Im Rahmen des Projektes *Substanzabhängigkeit und Schwangerschaft* bzw. *Comprehensive Care Project* zur Reduktion der Entwicklungsrisiken bei Kindern durch umfassende prä-, peri- und postnatale Betreuung (vgl. Kap. 12.1) wurde ein multiprofessionelles, interdisziplinäres Betreuungssystem entwickelt und aufgrund verschiedener Studien sowie der Erfahrungen aus der langjährigen Zusammenarbeit weiter adaptiert. Das Betreuungsmodell folgt im Wesentlichen den Empfehlungen von

Winklbaaur et al. (2008) bzw. Metz und Fischer (2010). In die Betreuung sind nicht nur die verschiedenen medizinischen Abteilungen des AKH (inklusive Labors) und die Neuropsychiatrische Abteilung für Kinder und Jugendliche des Krankenhauses Rosenhügel eingebunden, sondern auch vielfältige weitere Institutionen bzw. Dienste wie die Sozialarbeit im AKH (*DSA im AKH*), der Spitalsverbindungsdienst *CONTACT*, das Amt für Jugend und Familie (MAG ELF), der Psychosoziale Dienst und externe Suchttherapieeinrichtungen. Besondere Bedeutung kommt der umfassenden psychosozialen Betreuung zu, bei der das AKH aufgrund seiner guten Strukturen (besonders auch in der Pflege) im Vergleich zu amerikanischen Zentren sehr gut abschneidet. Nachdem die Anzahl der im Rahmen des Netzwerkes betreuten Schwangerschaften und Kinder zugenommen hat, wurde schließlich die geburtshilfliche und neonatologische Betreuung auf mehrere Abteilungen in Wien verteilt. Etliche Fortbildungsveranstaltungen trugen dazu bei, dass die interdisziplinären Kooperationen verbessert und professionalisiert werden konnten. Des Weiteren hatte das Projekt *Optimierung der stationären Betreuung Neugeborener substanzabhängiger Mütter*, das von 2007 bis 2010 am Preyer'schen Kinderspital gelaufen ist, u. a. die Verbesserung und Verkürzung des Entzugs der Babys sowie die Verbesserung der Betreuung der Mütter während dieser Zeit zum Ziel. Die intensivierete Nachbetreuung erfolgt nun an einer kinderneuropsychiatrischen Ambulanz, in der ein multiprofessionelles Team zur Verfügung steht.

Abgesehen von Wien gibt es auch in anderen Städten und Bundesländern seit einiger Zeit Bemühungen, die Betreuung von schwangeren Suchtkranken zu verbessern, um die Belastungen für den Fötus und das Neugeborene zu verringern. So wurde z. B. in Tirol im Jahr 2010 als ein Baustein des Projekts *Wir werden Eltern* ein Betreuungsprogramm für Schwangere in Substitutionsbehandlung initiiert (Kern, p. M.; GÖG/ÖBIG 2010a). Jede Betroffene, die an der Drogenambulanz der Universitätsklinik für Psychiatrie Innsbruck betreut wird, bekommt ab der zweiten Mutter-Kind-Pass-Untersuchung eine Hebamme zur Seite gestellt, die mit ihrer Fachkompetenz unterstützen kann. Ein Gesundheits- und Körperbewusstsein soll aufgebaut und dadurch ein zumindest kontrolliertes Konsumverhalten erreicht werden. Neben der medizinischen Betreuung durch die Risikoambulanz der Universitätsklinik Innsbruck und der Geburtsvorbereitung werden die Frauen auch auf das gemeinsame Leben mit dem Neugeborenen vorbereitet. Im ersten Jahr wurden drei Frauen begleitet, deren Rückmeldungen sehr positiv waren. Die engmaschige Betreuung bietet eine sehr gute Entscheidungsbasis für die Vorgehensweise nach der Geburt. Daher wurden die Aufnahmekriterien erweitert und das Programm auch jenen Schwangeren angeboten, die sich im niedergelassenen Bereich in Substitutionsbehandlung befinden und einer zusätzlichen Betreuung durch die Drogenambulanz zustimmen.

In NÖ wurde als ein Teil des Projektes *DESK (Drogen, Eltern, Sucht und Kinder)* im Bezirk Mödling ein Pilotprojekt entwickelt, das eine bessere psychosoziale und medizinische Betreuung von alkohol-, drogen- und medikamentenabhängigen Schwangeren ermöglichen soll (Hörhan, p. M.). Eine Ausweitung auf die Bezirke Wiener Neustadt,

Baden und Neunkirchen ist für das Jahr 2012 geplant. Es wurde ein Handlungsleitfaden erarbeitet, der seit Herbst 2010 getestet und evaluiert wird. Auch in der Steiermark wurde ein Handlungskonzept erarbeitet.

Um opioidabhängige Frauen während der Schwangerschaft zu unterstützen und für ihre Situation und mögliche Konsequenzen zu sensibilisieren, gibt es neben den medizinischen Angeboten verschiedenste weitere Ansätze. Dazu gehören Broschüren, die über Beratungs- und Hilfsangebote sowie über finanzielle Ansprüche und Möglichkeiten informieren, aber auch über die verschiedensten suchtrelevanten Aspekte wie die Auswirkung von Sucht- und Substitutionsmitteln auf das Ungeborene, Stillen während einer Substitutionsbehandlung etc. Diese Broschüren wurden unter Einbindung relevanter Fachleute aus verschiedenen Bereichen erarbeitet und wenden sich an die Betroffenen. Ein Beispiel dafür ist die Broschüre *Schwangerschaft und Drogen*⁸² (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a). Zum Teil werden oder sollen weitere Informationsbroschüren für relevante Fachleute erstellt werden (z. B. im Rahmen des Kooperationsprojektes von Wien und NÖ). In Tirol hat sich gezeigt, dass eine aktivierende Bewerbung und konstante Motivationsarbeit durch die verschiedensten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren notwendig ist, um die Inanspruchnahme der Unterstützungsangebote durch die Betroffenen zu fördern (kontakt+co 2011).

Für die Zeit nach der Geburt wurde in den letzten Jahren explizit als Ziel formuliert, dass die Kinder so weit wie möglich von den eigenen Eltern betreut werden sollten. Zusätzlich soll sich die Jugendwohlfahrt um das Wohl der Kinder und die Suchthilfe um das Wohl der suchtkranken Eltern kümmern. Wichtig sind dabei eine klar zu erkennende positive Absicht, ein vertrauenswürdiges Klima und geeignete Hilfestellungen für die Familien (Hutter et al. 2006). Es wurde daher in den letzten Jahren intensiv an der Sensibilisierung der Hilfesysteme und an einer Verbesserung der Vernetzung und damit der Kooperation gearbeitet. In manchen Bundesländern wurden in diesem Zusammenhang Standards für die Kooperation von Jugendwohlfahrt und Suchthilfe entwickelt. Manche (z. B. für Kärnten) sind eher knapp gehalten und beschränken sich auf die wesentlichen Zuständigkeiten, Maßnahmen und Ablaufmechanismen. Andere (z. B. für NÖ) beschreiben auch die Problemstellung, definieren Basiskriterien als Minimalbedarf für das Aufwachsen eines Kindes und gehen auf verschiedene Maßnahmen (z. B. Helferkonferenzen), die Grenzen der Kooperation und den Datenschutz ein. Grundsätzlich soll eine frühzeitige und dauerhafte Vernetzung mit allen, je nach Stadium (Schwangerschaft, Geburt, Elternschaft danach) relevanten Partnerinnen/Partnern und unter Einbindung der Eltern/Erziehenden erfolgen. Bei Bedarf sollen schriftliche Vereinbarungen getroffen werden. In Vorarlberg wird der im Jahr 2008

82

Sie steht als Download zur Verfügung unter:

<http://www.suchtvorbeugung.at/suchtkoordination/index.php?kap=21&id=56> (7. 9. 2011)

erarbeitete Kooperationsstandard derzeit evaluiert (Neubacher, p. M.). Im Jahresbericht der Stiftung Maria Ebene (2011) wird berichtet, dass sich die in diesem Zusammenhang aufgebaute interdisziplinäre Zusammenarbeit positiv auf die Betreuungsarbeit auswirkt, in einzelnen Fällen jedoch weiterhin rechtliche und institutionelle Hürden bestehen (z. B. Schweigepflicht, Datenschutz, Personalmangel). In anderen Bundesländern (z. B. Salzburg) werden solche Kooperationsleitlinien erst entwickelt. Für Wien gibt es laut Fischer (p. M.) auch einen Bedarf an zusätzlichen Wohngemeinschaften der Jugendwohlfahrt, in denen Frauen, die sich unmittelbar nach der Geburt mit der neuen Situation und dem Umgang mit dem Kind schwertun, Unterstützung bekommen können.

In Wien waren Kinder drogenabhängiger Mütter im Jahr 2010 Schwerpunktthema der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW 2011b). Dabei wurden die zum Teil bereits seit längerem bestehenden Einzelinitiativen wie die *AG Kinder aus suchtbelasteten Familien* der Wiener Suchthilfe oder das Koordinationstreffen *KISAM* des Amts für Jugend und Familie (MAG ELF) einbezogen. Neben der Sensibilisierung der jeweiligen Mitarbeiter/innen wurde mit der Entwicklung einheitlicher Standards und passgenauer Angebote begonnen. Es wurde jedoch festgestellt, dass noch konkrete Angebote für suchtkranke Eltern mit älteren Kindern fehlen.

In der Suchtprävention war der Motor für die zunehmende Auseinandersetzung mit der Situation von suchtkranken Eltern und ihren Kindern und für die Entwicklung von spezifischen Maßnahmen das europäische *ENCARE*-Projekt, das im Mai 2004 begonnen wurde und im Jahr 2010 ausgelaufen ist. Im Rahmen dieses Projektes wurde die Studie des LBI für Suchtforschung (Puhm et al. 2008a) zum Thema „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ durchgeführt, allerdings lag der Schwerpunkt auf Alkoholerkrankungen. Zusätzlich wurden die zum damaligen Zeitpunkt vorhandenen expliziten und impliziten Angebote für suchtkranke Eltern recherchiert (Puhm et al. 2008b). Im Rahmen von *ENCARE* wurde auch ein österreichweites Netzwerk gegründet, das vom Institut Suchtprävention OÖ koordiniert wird. In den darauffolgenden Jahren wurden von den Fachstellen bundeslandbezogene Netzwerke zu Kindern in suchtbelasteten Familien aufgebaut und eine Homepage⁸³ für den überregionalen Informationsaustausch etabliert (GÖG/ÖBIG 2007b). Die regionalen *ENCARE*-Netzwerke trugen wesentlich zu einer Sensibilisierung von Öffentlichkeit und Fachwelt für die Situation von Kindern suchtkranker Eltern bei, indem Fortbildungsveranstaltungen und Fachtagungen organisiert und die Vernetzung gefördert wurde. Ziel dieser Maßnahmen waren vor allem Personen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, wie z. B. Kindergärtner/innen, Lehrkräfte, Erzieher/innen. Diese sollten v. a. hinsichtlich der Früherkennung von Problemen und dem richtigen Umgang mit betroffenen Kindern sensibilisiert

83

<http://www.encare.at/>

und geschult werden. Zusätzlich wurde der Bedarf sichtbar an konkreten, nachhaltigen und kostenlosen Angeboten für Erwachsene (zur Förderung der Erziehungskompetenz) und Kinder (zur Begleitung und Eröffnung neuer Perspektiven sowie zur Förderung der Eigenkompetenzen). In der Folge wurden spezielle Angebote für Kinder entwickelt, wie z. B. in Vorarlberg das Projekt *Kasulino* (GÖG/ÖBIG 2006), in OÖ das Projekt *KiJA on Tour!* (GÖG/ÖBIG 2008c) und in Tirol das INTERREG-Projekt⁸⁴ *Kinderleicht – Zukunft. Von Anfang an* (GÖG/ÖBIG 2010a) initiiert. Während das OÖ Projekt den Fokus auf Information betroffener Kinder und Jugendlicher legt, arbeiten die anderen Projekte mit Einzel- oder Gruppenangeboten. Im Projekt *Kinderleicht – Zukunft. Von Anfang an* wird versucht, die vorhandenen Ressourcen der Kinder und Familien zu nutzen und zu fördern. Im Sommer 2010 wurden Beratungsstandards für die Einzel- und Gruppenarbeit entwickelt und das Projekt mit wichtigen Systempartnerinnen/-partnern abgestimmt. Die seit Herbst 2010 umgesetzten Angebote (Einzelberatung für 4- bis 18-Jährige, Gruppenangebot für 7- bis 12-Jährige, Elternberatung) sind für die Familien kostenlos, die Daten werden vertraulich behandelt (Caritas Tirol 2011). Die Vermittlung betroffener Familien erfolgt von Einrichtungen aus der Suchthilfe, aber auch von Kindergarten, Schulen und Vereinen. Auch in Salzburg gibt es mit dem Projekt *JoJo – Kindheit im Schatten* des Vereins *AhA!* (Angehörige helfen Angehörigen psychisch erkrankter Menschen)⁸⁵ für Kinder psychisch erkrankter Eltern ein spezifisches Angebot. Im Einzelsetting oder in der Kleingruppe werden bis zu sechs Monate lang spezifische Themen kreativ und altersgerecht bearbeitet. In NÖ wird im Rahmen des neuen Projektes *KIPKE* neben einem ähnlichen Angebot für Kinder psychisch kranker Eltern vor allem Elternberatung inklusive Hausbesuche durchgeführt (PSZ und Caritas St. Pölten 2011).

Abgesehen von den wenigen mit dem Ziel der Suchtprävention initiierten Projekten bzw. den spezifischen Angeboten für Kinder psychisch kranker Eltern, die auch für Kinder suchtkranker Eltern offenstehen, arbeiten vor allem Einrichtungen der Suchthilfe mit suchtbelasteten Familien. Informationen über die Angebote in der Suchthilfe sind im Suchthilfekompass⁸⁶ zu finden. Demnach geben 19 stationäre bzw. 61 ambulante Einrichtungen der Suchthilfe Österreichs Kinder grundsätzlich als Zielgruppe an, allerdings ist unklar, in welchem Zusammenhang und mit welcher Betreuung. 14 stationäre bzw. 49 ambulante Einrichtungen erwähnen Kinder als Angehörige. Eine

84

Die Gemeinschaftsinitiative INTERREG des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) fördert die verstärkte Zusammenarbeit zwischen den Regionen der Europäischen Union.

85

Weitere Informationen unter <http://www.aha-salzburg.at/>

86

Die Daten aus dem Suchthilfekompass beziehen sich auf das Jahr 2009.

Spieltherapie für Kinder von Klientinnen und Klienten bieten fünf stationäre bzw. eine ambulante Einrichtungen an. Wie viele dieser Einrichtungen Kinder von Klientinnen und Klienten im Rahmen der Familientherapie einbeziehen oder ihnen eigene Psychotherapie zukommen lassen, ist unklar. Daher muss auf andere Informationen zurückgegriffen werden, wie z. B. Websites und Jahresberichte der Einrichtungen.

Hutter et al. (2006) betonen, dass Suchtberatungseinrichtungen aufgrund ihrer Erfahrungen mit Zwangskontexten, Widerstand und Verleugnung gut geeignet für die Arbeit mit suchtkranken Eltern und Kind(ern) sind, Letztere aber bisher kaum als Klientel betrachtet wurden. Hilfreich wären Beratungsangebote und Strukturen, die ein gemeinsames Aufsuchen von Eltern und Kind(ern) ermöglichen und kindgerechte Angebote umfassen. Werden die bestehenden Angebote der Suchtberatung betrachtet, so bestätigt sich, dass diese v. a. auf Erwachsene (Suchtkranke und Angehörige) ausgerichtet sind, z. B. die geschlossene psychotherapeutische Gruppe für erwachsene Kinder von Suchtkranken des API. Es gibt aber inzwischen auch einige wenige Einrichtungen, die Kinder als Zielgruppe definieren, z. B. die Beratungsstelle Auftrieb in Wiener Neustadt sowie das API im Rahmen des Angehörigen-Betreuungs-Netzwerks. Vom Verein Dialog wird berichtet, dass jugendliche Angehörige nur sehr selten beraten werden (Verein Dialog 2011). Von der Drogenberatung des Landes Steiermark (2011) wurden im Jahr 2010 zwei offene Gruppen für 9- bis 13-jährige Kinder suchtkranker Eltern durchgeführt, bei denen die Auseinandersetzung mit Gefühlen im Mittelpunkt stand.

In der Suchtbehandlung ist das Eltern-Kind-Haus des Grünen Kreis mit seinem 18 Monate dauernden stationären Therapieprogramm auf die Behandlung von opioidabhängigen Eltern mit Kind(ern) spezialisiert. Daneben gibt es andere Einrichtungen, die bei Bedarf auch Eltern mit Kind(ern) aufnehmen, z. B. den Verein KIT (Tirol). In den meisten Fällen muss jedoch vor einer stationären Therapie eine Versorgung für das Kind bzw. die Kinder organisiert werden.

Nachdem es in Österreich keine nationalen **Behandlungsleitlinien** für die Behandlung von Suchtkranken gibt (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a), trifft dies auch für die Behandlung suchtkranker Eltern und/oder ihrer Kinder zu. Es gibt aber Empfehlungen, die auf der vorhandenen wissenschaftlichen Literatur und den Erfahrungen aus langjähriger Arbeit in diesem Bereich basieren. Von Winklbaur et al. (2008)⁸⁷ werden die Koordination der Betreuung substanzabhängiger schwangerer Frauen und ihrer Familien durch Case

87

Im Rahmen eines Literatur Reviews wurden in PubMed Studien (bis zum Jahr 1998 zurück) recherchiert und analysiert. Für die Empfehlungen wurden sowohl diese Ergebnisse als auch die eigenen Erfahrungen der Autorinnen und Autoren in diesem Bereich herangezogen.

Management und eine engmaschige Betreuung während der Schwangerschaft als entscheidende Ansätze dargestellt. Sie formulieren u. a. folgende Empfehlungen:

- » Grundsätzlich ist eine Substitutionsbehandlung gegenüber einem Entzug vorzuziehen. Ist die Patientin stabil und möchte ausdrücklich eine Abstinenz erreichen, so sollte der Entzug nicht nach der 32. Schwangerschaftswoche erfolgen. Die Dosis für die Erhaltungstherapie sollte individuell so eingestellt werden, dass zusätzlicher Beikonsum verhindert wird, die Wahl der Substanz sollte evidenzbasiert erfolgen. Ein allfälliger Entzug von Benzodiazepinen sollte langsam erfolgen.
- » Eine umfassende medizinische und psychosoziale Abklärung zu Beginn sollte die vielfältigen Problembereiche abdecken und auch den Partner mit einbeziehen. Dieser sollte bei vorhandener Opioidabhängigkeit ebenfalls in eine Substitutionsbehandlung – wenn möglich mit demselben Mittel – aufgenommen werden. Spezielle Beachtung und Behandlung sollte eine mögliche psychiatrische Komorbidität finden.
- » Milde Depressionen sollten so weit wie möglich nicht pharmakologisch behandelt werden. Bei starken Depressionen und Suizidgefahr ist jedoch eine stationäre Aufnahme oder Behandlung mit Psychopharmaka indiziert. Werden Antidepressiva verabreicht, muss sorgfältig auf Wechselwirkungen geachtet werden.
- » Die Geburtshilfe muss über die Behandlung informiert werden, um bei einer allfälligen notwendigen Schmerzbehandlung während der Geburt darauf Rücksicht nehmen zu können.
- » Die Mütter sollten nach der Geburt für fünf bis acht Tage, während der die Neugeborenen auf Anzeichen von NAS beobachtet werden, stationär aufgenommen werden. Durch eine möglichst kurze Trennungsphase soll die Entwicklung einer Mutter-Kind-Bindung nicht beeinträchtigt werden.
- » Ein NAS sollte mit Morphin behandelt werden, allerdings wird Phenobarbital für jene Neugeborenen empfohlen, deren Mütter während der Schwangerschaft eine polytoxikomane Abhängigkeit aufwiesen.

In einem weiteren Literature Review⁸⁸ von Metz und Fischer (2010) wird die Bedeutung von drei Faktoren für ein positives Behandlungsergebnis in dieser speziellen Zielgruppe hervorgehoben. Dazu gehören ein frühzeitiger Behandlungsbeginn, eine langfristige Erhaltungstherapie und die häufige Teilnahme an Gruppentherapie.

88

Die Literatursuche wurde in PubMed durchgeführt, wobei Publikationen zwischen 1994 und 2009 ausgewählt wurden.

Schwangere Opioidabhängige werden auch in den Konsensus-Statements von ÖGPB (2008) und ÖGABS (2009) erwähnt, wobei ähnliche, jedoch weniger ausführliche Empfehlungen abgegeben werden.

Quellenverzeichnis

Bibliographie

AGES (2010): HIV/AIDS in Austria 2010 – 17th Report of the Austrian HIV Cohort Study. Austrian Agency for Health and Food Safety. Wien

Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2010): Suchtbericht Steiermark 2008/2009. FA 8B Gesundheitswesen – Sanitätsdirektion. Graz

Amt der Vorarlberger Landesregierung (2002): Vorarlberger Drogenkonzept 2002. Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung IVa – Gesellschaft und Soziales. Bregenz

APA (2010): Bereits 2.500 Salzburger Jugendliche nehmen laut SGKK Psychopharmaka. APA-OTS-Aussendung, APA0304 5 CI 0331 vom 6. Oktober 2010. Wien

APA (2011). Drogenkonsumräume – geschützter und risikoarmer Konsum von Drogen in Wien noch immer ein Tabuthema. APA-OTS-Aussendung, APA0028 NEF0001 0266 vom 13. Mai 2011. Wien

b.a.s. (2011): Jahresbericht 2011. b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen. Graz

BAWO (2009): Wohnungslosigkeit und Wohnungslosenhilfe in Österreich. Wohnungslosenerhebung 2006–2007–2009. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAWO). Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien

Berger, E.; Elstner, T; Fiala-Preinsperger, S. (2007): Entwicklung von Kindern substanzabhängiger Mütter. In: Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis. Beubler, E.; Haltmayer, H.; Springer, A. (Hrsg.), 259–268. Wien, New York

Bittner, M.; Hager, I.; Tschipan, C. (2010): Erhebung zum Suchtverhalten von Jugendlichen in Niederösterreich. Im Auftrag der Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung Niederösterreich. St. Pölten

BMG (2009): 3431/AB XXIV. GP. Parlamentarische Anfragebeantwortung des Bundesministers für Gesundheit vom 18. Dezember 2009.

BMG (2011): Österreichische AIDS-Statistik. Periodischer Bericht; Situation bis zum 3. Dezember 2010. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

BMI (2011): Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2010. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien

- BMJ (2009): Der Weg aus der Sucht – Drogenbetreuung während und nach der Haft in den Justizanstalten Österreichs. Bundesministerium für Justiz. Wien
- BMJ (2011): Statistik der Vollzugsdirektion 2010. Bundesministerium für Justiz. Wien
- Busch, M.; Eggerth, A. (2010): Nasaler Heroinkonsum in Österreich. In: Sucht 56 (6), 415–422
- Caritas Tirol (2011): Projekt *Kinderleicht*, Jahresbericht 2010. Innsbruck
- Caritas Diözese Graz–Seckau (2011): Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich, Begleittext zum Jahresbericht 2010. Graz
- De Cordoba, U.; Presslich, O.; Fischer, G. (2004): Therapie opioidabhängiger Schwangerer – spezielle Aspekte. In: Sucht und Suchtbehandlung. Brosch, R. und Mader R. (Hrsg.), 245–254. Wien
- Dietmann, A.; Gratzel, W.; Neumayer, K.; Sparber, W. (2010): Hepatitis–Erhebung Drogeneinrichtungen Caritas Tirol. Innsbruck
- Drogenberatung des Landes Steiermark (2011): Jahresbericht 2010. Graz
- Drogenberatung VIVA (2010): VIVA 4U, 11. Ausgabe, Dezember 2010. Drogenberatung VIVA des Magistrats der Landeshauptstadt Klagenfurt a. W. Klagenfurt
- Drogenkoordination des Landes Salzburg (2011): Bericht zur Drogensituation im Land Salzburg. Jahresbericht 2010. Salzburg
- Drogenkoordination des Landes Kärnten (2011a): § 12 SMG Gesundheitsdaten Kärnten. Klagenfurt
- Dür, W.; Griebler, R. (2007): Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des 7. HBSC–Surveys 2006. Schriftenreihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien
- Dür, W.; Mravlag, K. (2002): Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des 6. HBSC–Surveys 2001 und Trends von 1990 bis 2001. Reihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. Wien
- EBDD (2010): Jahresbericht 2010. Stand der Drogenproblematik in Europa. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon

Ebner, N.; Rohrmeister, K.; Winklbaaur, B.; Baewert, A.; Jagsch, R.; Peternell, A.; Thau, K.; Fischer, G. (2007): Management of neonatal abstinence syndrome in neonates born to opioid maintained women. In: Drug and Alcohol Dependence 87, 131–138

Eisenbach–Stangl, I.; David, A.; Dressel, M. (2009): „Viennese Blend“: Municipal drug services, their development and their governance. In: Drugs: Education, prevention policy, December 2009; 16 (6), 537–549

Eisenbach–Stangl, I.; Reidl, C.; Schmied, G. (2010): Gespräche mit älteren Suchtkranken in Wien. In: Eisenbach–Stangl, I.; Spirig, H. (2010): Auch Drogenabhängige werden älter ... Zur Lebenssituation einer Randgruppe. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Schweizer Haus Hadersdorf. Wien

Eisenbach–Stangl, I.; Spirig, H. (2010): Auch Drogenabhängige werden älter ... Zur Lebenssituation einer Randgruppe. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Schweizer Haus Hadersdorf. Wien

Europäische Kommission (2011a): Flash Eurobarometer: Youth attitudes on drugs. Brüssel. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_344_330_en.htm (16. 9. 2011)

Europäische Kommission (2011b): Flash Eurobarometer: Youth attitudes on drugs. Brüssel, Tabelle Länder FL330 Table A. Brüssel

Europäische Strafvollzugsgrundsätze EPR (2006): Council of Europe, Committee of Ministers: Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to Members States on the European Prison Rules (Adopted by the Committee of Ministers on 11 January 2006 at the 952nd meeting of the Ministers' Deputies)

Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2010): NÖ Suchtplan 2011–2015. Fachstelle für Suchtprävention. St. Pölten

Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2011): Schriftlicher Input zu Niederösterreich für den „Bericht zur Drogensituation in Österreich“. Nicht publiziert. St. Pölten

Falbesoner, B.; Lehner, S. (2008): 2. Bericht zum Suchtmittelkonsum im Burgenland. Kurzfassung. Im Auftrag der Burgenländischen Landesregierung. Eisenstadt

Fischer, G. (2009): Beantwortung der Parlamentarischen Anfrage 3430/J betreffend Drogen in der Schwangerschaft an das BM für Gesundheit, BM Stöger, von Abgeordneten der FPÖ. Wien

Fischer, G.; Etzersdorfer, P.; Eder, H.; Jagsch, R.; Langer, M.; Weninger, M. (1998): Buprenorphine Maintenance in Pregnant Opiate Addicts. In: European Addiction Research 4, 32–36

Fischer, G.; Ortner, R.; Rohrmeister, K.; Jagsch, R.; Baewert, A.; Langer, M.; Aschauer, H. (2006): Methadone versus buprenorphine in pregnant addicts: a double-blind, double-dummy comparison study. In: Addiction 101, 275–281

Gegenhuber, B.; Spirig, H.; Malfent, D. (2008): Substitutionsbehandlung im österreichischen Strafvollzug. Im Auftrag der Vollzugsdirektion des Bundesministeriums für Justiz. Wien

GÖG/ÖBIG (2006): Bericht zur Drogensituation 2006. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG (2007a): Suchtgiftbezogene Todesfälle 2006. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG (2007b): Bericht zur Drogensituation 2007. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG (2008a): Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI) – Klientenjahrgang 2007. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien

GÖG/ÖBIG (2008b): Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe (DOKLI) Basismanual. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG (2008c): Bericht zur Drogensituation 2008. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG (2009a): Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI) – Klientenjahrgang 2008. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien

GÖG/ÖBIG (2009b): Bericht zur Drogensituation 2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG (2009c): Gesundheit und Krankheit in Österreich – Gesundheitsbericht Österreich 2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG (2010a): Bericht zur Drogensituation 2010. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG (2010b): Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI) – Klientenjahrgang 2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien

GÖG/ÖBIG (2010c): Drogen-Monitoring Auswertungsergebnisse 2004–2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien

GÖG/ÖBIG (2011a): Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI) – Klientenjahrgang 2010. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien

GÖG/ÖBIG (2011b): Suchtgiftbezogene Todesfälle 2010. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

Grüner Kreis (2010): Magazin. Winter 2010, No. 76. Verein Grüner Kreis. Wien

Hauer, K. (2010): Evaluierung CLEVER and COOL. Endbericht. Pädagogische Hochschule OÖ. Linz

Hauer, K. (2011): Evaluierung CLEVER and COOL. Reflexion des Gesamtprojekts. Pädagogische Hochschule OÖ. Linz

Hofinger, V.; Pilgram, A. (o. J.): Ausländische Gefangene in österreichischen Justizanstalten und Polizeianhaltezentren. Teilstudie im Rahmen des EU-Projekts Foreign Prisoners in European Penitentiary Institutions. Wien

Hutsteiner, T.; Seebauer, S.; Auferbauer, M. (2005): Die Drogensituation an steirischen Berufsschulen und Lehrlingshäusern. Endbericht. X-Sample. Graz

Hutter, R. (2006): Kinder suchtmittelabhängiger Eltern. Konzept der Zusammenarbeit von Helfersystemen in einer ambulanten Suchtberatungseinrichtung. Thesis zur Erlangung des Grades Master of Science am Interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung. Graz

IFES (2008): Suchtmittel-Monitoring 2007. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien

IFES (2009a): Suchtmittel-Monitoring 2008. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien

IFES (2009b): BADO-Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2008. Wien

IFES (2010): BADO-Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2009. Wien

IFES (2011): Suchtmittel-Monitoring 2011. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien

Institut Suchtprävention (2010): fortyfour. Das Präventionsmagazin. Nr. 15, Dezember 2010. Institut Suchtprävention, Pro Mente OÖ. Linz

Institut Suchtprävention (2011): Jahresbericht 2010. Institut Suchtprävention, Pro Mente OÖ. Linz

Jones, H.; Kaltenbach, K.; Heil, S.; Stine, S.; Coyle, M.; Arria, A.; O'Grady, K.; Selby, P.; Martin, P.; Fischer, G. (2010): Neonatal Abstinence Syndrome after Methadone or Buprenorphine Exposure. In: The New England Journal of Medicine 363, 34–45

Kärntner Caritasverband (2011): Tätigkeitsbericht 2010. Kärntner Caritasverband. Klagenfurt

Klimont, J.; Kytir, J.; Leitner, B. (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien

kontakt+co (2011): Sucht+Prävention 2011/2. Kontakt+co Suchtprävention Jugendrotkreuz. Innsbruck

Kral, G.; Berndt, B.; Ginger, C.; Häcker, W.; John, M.; Knaier, D. (2011): Evaluationsbericht „FamilienBande – *Was geht ab?!* Familie im Fokus suchtpräventiver Maßnahmen“. Katholische Stiftungsfachhochschule München/Benediktbeuern, o. O.; http://www.familienbande.cc/fileadmin/user/gerald_brandtner/dokumente/tagung_seeon/EVALBER_FB_endDKgkwh_2011-05-25.pdf

Lipphart-Kirchmeir, H. (2008): Drogenabhängige im Strafvollzug – Bestandsaufnahme und Perspektiven. Dissertation an der Universität Wien zur Erlangung des Doktors der Rechtswissenschaften. Wien

Meidlinger, P. (2011): Opioidabhängigkeit. Bedarfsanalyse zur Erweiterung bestehender Substitutionsangebote. Saarbrücken

Metz, V.; Fischer, G. (2010): Sex and gender in addiction research and therapy. In: Klinge, I. und Wiesemann, C. (Hrsg.): Sex and Gender in Biomedicine: Theories, Methodologies, Results., Göttingen, 101–123

Obrist, C.; Werdenich, W. (2007): Substanzabhängigkeit und Strafvollzug. In: Beubler, E.; Haltmayr, H.; Springer, A. (Hrsg.): opiatabhängigkeit – interdisziplinäre aspekte für die praxis. 2. Auflage. Wien, New York

Österreichische Apothekerkammer (2011): Trend zu Missbrauch von Arzneimitteln und Anwendung illegaler Substanzen. OTS–Ausendung, OTS0139 5 CI 0442 APO0006 vom 15. Juni 2011. Wien

ÖBIG (2001): Bericht zur Drogensituation 2001. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2003): Weiterentwicklung des Monitoringsystems im Drogenbereich – Projektbericht 2001–2003. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien 2003

ÖBIG (2004): Bericht zur Drogensituation 2004. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2006): Österreichischer Infektionskrankheitenbericht 2006. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖGABS (2009): Konsensus–Statement „Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger“. In: Suchtmedizin in Forschung und Praxis11, Nr. 6, 281–297. Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit

ÖGPB (2008): Substanzbezogene Störungen und psychiatrische Erkrankungen. Konsensus–Statement – State of the Art 2007. Clinicum neuropsy, Sonderausgabe November 2007. Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie. Wien

Pont, J.; Resinger, E.; Spitzer, B. (2005): Substitutions–Richtlinien für Justizanstalten. Bundesministerium für Justiz. Wien

PSZ und Caritas St. Pölten (2011): KIPKE – Beratung von Kinder mit psychisch kranken Eltern, Jahresbericht 2010. Psychosoziale Zentren GmbH und Caritas St. Pölten, o. O.

Puhm, A.; Gruber, C.; Uhl, A.; Grimm, G.; Springer, N.; Springer, A. (2008a): Kinder aus suchtbelasteten Familien – Theorie und Praxis der Prävention. Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung und Alkoholkoordinations- und Informationsstelle des API. Wien

Puhm, A.; Gruber, C.; Uhl, A.; Grimm, G.; Springer, N.; Springer, A. (2008b): Kinder aus suchtbelasteten Familien – Theorie und Praxis der Prävention. Datenbank: Einrichtungen. Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung und Alkoholkoordinations- und Informationsstelle des API. Wien

Reiter, A. (2011): Evaluierung – Gesundheit kommt nach Hause. Interkulturelle Gesundheitsförderung in aufsuchender Bildungsarbeit für Migrantinnen und ihre Kinder im Vor- und Pflichtschulalter. Endbericht. Prospect Unternehmensberatung GesmbH. Wien

Schönfeldinger, R. (2002): Empirische Erhebung über den Konsum von legalen und illegalen Substanzen bei burgenländischen Jugendlichen. Abschlussbericht. PSD Burgenland. Eisenstadt

Seyer, S.; Lehner, R.; Gschwandtner, F.; Paulik, R. (2007): Bericht zum Drogenmonitoring 2006. Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ. Linz

Seyer, S.; Lehner, R.; Gschwandtner, F.; Paulik, R. (2010): Bericht zum Drogenmonitoring 2009. Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ. Linz

Spirig, H.; Gegenhuber, B.; Malfent, D. (2010a): Interviews mit Experten und Expertinnen: Neue Wege in der Begleitung älterer Drogenabhängiger. In: Eisenbach-Stangl, I.; Spirig, H. (2010): Auch Drogenabhängige werden älter ... Zur Lebenssituation einer Randgruppe. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Schweizer Haus Hadersdorf. Wien

Spirig, H.; Gegenhuber, B.; Malfent, D. (2010b): Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen der Versorgung älterer Drogenabhängiger in Österreich. In: Eisenbach-Stangl, I.; Spirig, H. (2010): Auch Drogenabhängige werden älter ... Zur Lebenssituation einer Randgruppe. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Schweizer Haus Hadersdorf. Wien

Springer, A.; Uhl, A.; Strizek, J. (2008): Opiatabhängige in Substitutionsbehandlung in Österreich: Ergebnisse einer Querschnittstudie. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 31 (2), 5–18

Stiftung Maria Ebene (2010): Katamnesebefragung. Bericht zur 1-Jahres-Katamnese 2010. Therapiestation Carina, Stiftung Maria Ebene. Frastanz

Stiftung Maria Ebene (2011): Jahresbericht 2010. Frastanz

Strizek, J.; Uhl, A.; Schmutterer, I.; Grimm, G.; Bohrn, K.; Fenk, R.; Kobrna, U.; Springer, A. (2008): ESPAD Austria 2007: Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

SDW (2010a): Schriftlicher Input zu Wien für den „Bericht zur Drogensituation in Österreich“. Nicht publiziert. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien

SDW (2010b): Wiener Drogenpolitik Harm Reduction. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien

SDW (2011a): Schriftlicher Input zu Wien für für den „Bericht zur Drogensituation in Österreich“. Nicht publiziert. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien

SDW (2011b): Bericht über den Jahresschwerpunkt 2010 des Bereichs Beratung, Behandlung, Betreuung: Substanzabhängige, schwangere Frauen und Mütter/Eltern und deren Neugeborene/Kinder. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien

Uhl, A.; Bachmayer, S.; Kobrna, U.; Puhm, A.; Springer, A.; Kopf, N.; Beiglböck, W.; Eisenbach-Stangl, I.; Preinsperger, W.; Musalek, M. (2009): Handbuch Alkohol – Österreich. Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung, AlkoholKoordinations- und InformationsStelle (AKIS). Wien

Uhl, A.; Bohrn, K.; Fenk, R.; Grimm, G.; Kobrna, U.; Springer, A.; Lantschik, E. (2005b): ESPAD Austria 2003: Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien

Uhl, A.; Seidler, D. (2001): Prevalence Estimate of Problematic Opiate Consumption in Austria. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung. Wien

Uhl, A.; Springer, A.; Kobrna, U.; Gnambs, T.; Pfarrhofer, D. (2005a): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2004. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien

Uhl, A.; Strizek, J.; Springer, A.; Kobrna, U.; Pfarrhofer, D. (2009): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2008, Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

Unger, A.; Martin, P.; Kaltenbach, K.; Stine, S.; Heil, S.; Jones, H.; Arria, A.; Coyle, M.; Selby, P.; Fischer, G. (2010): Clinical Characteristics of Central European and North American Samples of Pregnant Women Screened for Opioid Agonist Treatment. In: European Addiction Research 16, 99–107

Verein Dialog (2011): Jahresbericht 2010. Verein Dialog – Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgiftgefährdete und deren Angehörige. Wien

VWS (2011a): Infektionsprophylaxe. Tätigkeitsbericht 2010. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien

VWS (2011b): ganslwirt Tätigkeitsbericht 2010. Verein Wiener Sozialprojekte Wien

VWS (2011c): streetwork Tätigkeitsbericht 2010. Verein Wiener Sozialprojekte Wien

VWS (2011d): *ChEck iT!* Tätigkeitsbericht 2010. Verein Wiener Sozialprojekte Wien

VWS (2011f): *fix und fertig*. Tätigkeitsbericht 2010. Verein Wiener Sozialprojekte Wien

VWS (2011k): TaBeNo-Süd. Tätigkeitsbericht 2010. Verein Wiener Sozialprojekte Wien

Wiener Berufsbörse (2011): Jahresbericht 2010. Wien

Winklbaur, B.; Kopf, N.; Ebner, N.; Jung, E.; Thau, K.; Fischer, G. (2008): Treating pregnant women dependent on opioids is not the same as treating pregnancy and opioid dependence: a knowledge synthesis for better treatment for women and neonates. In: Addiction 103, 1429–1440

Zitierte Bundesgesetze

BGBI 1969/144 v. 26. März 1969 über den Vollzug der Freiheitsstrafen und der mit Freiheitsentziehung verbundenen vorbeugenden Maßnahmen (Strafvollzugsgesetz – StVG)

BGBI 1975/631 v. 30. 12. 1975. Strafprozessordnung (StPO). In der Fassung vom 29. 7. 2011.

BGBI 1989/161 v. 15. 3. 1989. Bundesgesetz mit dem Grundsätze über die Mutterschafts-, Säuglings- und Jugendfürsorge aufgestellt und unmittelbar anzuwendende Vorschriften in diesem Bereich erlassen werden (Jugendwohlfahrtsgesetz 1989 – JWG). In der Fassung vom 3. 8. 2011.

BGBI I 1997/112 v. 5. 9. 1997. Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG). In der Fassung vom 28.4.2011.

BGBI II 2006/449 v. 23. 11. 2006. Weiterbildungsverordnung orale Substitution.

BGBI II 2009/58 v. 3. 3. 2009. Verordnung des Bundesministers für Gesundheit betreffend das Inverkehrbringen, den Import und das Verbringen von Räuchermischungen, die cannabinomimetisch wirksame Stoffe enthalten.

BGBI 2010/96 v. 7. 7. 2010. Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art 15a B-VG über eine bundesweite Bedarfsorientierte Mindestsicherung.

BGBI I 2010/111 v. 30. 12. 2010. Budgetbegleitgesetz 2011 – BBG

BGBI II 2010/341 v. 29. 10. 2010. Änderung der Verordnung betreffend das Inverkehrbringen, den Import und das Verbringen von Räuchermischungen, die cannabinomimetisch wirksame Stoffe enthalten.

BGBI II 2011/158 v. 13. 5. 2011. Das Inverkehrbringen, der Import und das Verbringen von Räuchermischungen, die cannabinomimetisch wirksame Stoffe enthalten.

BGBI II 2011/179 v. 15. 6. 2011. Änderung der Weiterbildungsverordnung orale Substitution.

BGBI II 2011/202 v. 28. 6. 2011. Änderung der Psychotropenverordnung.

Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Namen und Seitenzahlen	Institutionen bzw. Funktionen
Dotter-Schiller, OStA Dr. Karin (S. 99)	Bundesministerium für Justiz
Drobesh-Binter, Dr. Barbara (S. 24)	Landesstelle für Suchtprävention, Kärnten
Ederer, DAS Klaus Peter (S. 24, 31, 36, 73, 78, 80, 107)	Suchtkoordinator Steiermark
Fischer, Prof. Dr. Gabriele (S. 121, 124)	Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Frankl, Liesl (S. 26)	Beratungsgruppe.at, Wien
Haltmayer, Dr. Hans (S. 71, 72)	Verein Wiener Sozialprojekte, ganslwirt
Hörhan, Mag. Dr. Ursula (S. 35, 36, 45, 46, 122)	Suchtkoordinatorin Niederösterreich
Hovorka, DSA Christine (S. 103, 104)	Neustart, Leiterin Zentralbereich Sozialarbeit
Kern, Harald (S. 25, 43, 122)	Suchtkoordinator Tirol
Krenmayr, D. (S. 24)	Institut Suchtprävention, pro mente Oberösterreich
Klein, Dr. Jean-Paul (S. 57)	Bundesministerium für Gesundheit
Kulterer, Gerhard (S. 79)	Magistrat der Landeshauptstadt Klagenfurt a. W.
Lochner, BA Ewald (S. 69)	Sucht- und Drogenkoordination Wien
Meyer-Philippi, Gerd (S.108)	Geschäftsführer von CompWare Medical GmbH
Miksch, Dr. Gerhard (S. 43)	Drogenkoordinator Burgenland
Moser-Riebinger, HRin. Mag. Andrea (S. 99, 100, 101)	Bundesministerium für Justiz / Vollzugsdirektion
Neubacher, Thomas (S. 6, 31, 43, 124)	Drogenkoordinator Vorarlberg
Pilgerstorfer BSc, Mag. Monika (S. 86)	Kuratorium für Verkehrssicherheit
Prehslauer, Dr. Brigitte (S. 9, 46, 67, 120)	Drogenkoordinatorin Kärnten
Rögl, Mag. Nicole (S. 22, 23, 27)	Akzente Salzburg – Fachstelle Suchtprävention
Schmidhofer, Dr. Hermine (S. 107, 108)	Sucht- und Drogenkoordination Wien
Schopper, Dr. Johanna (S. 6)	Bundesministerium für Gesundheit, Bundesdrogenkoordinatorin
Schütz, Dr. Angelika (S. 71, 72)	Verein Wiener Sozialprojekte, Betreuungsleiterin Ambulanz
Zeder, Dr. Ulf (S. 31, 121)	Suchtkoordinator der Stadt Graz
Zotter, Mag.(FH) Severin (S. 70)	Caritas Diözese Graz-Seckau (Kontaktladen)

Datenbanken

Best Practice Portal – Informationen zu Standards und Richtlinien sowie zu Evaluationsinstrumenten (EIB) und Beispielen für evaluierten Maßnahmen (EDDRA = Exchange on Drug Demand Reduction Action)⁸⁹

**Österreichische Projekte in EDDRA bzw. im Best Practice Portal der EBDD
(Stand: August 2011)**

abrakadabra – (Re-)Sozialisation von Drogenkonsumentinnen und -konsumenten durch Integration in den Arbeitsmarkt
(Caritas der Diözese Innsbruck)

Alles im Griff? – Wanderausstellung
(Fachstelle für Suchtprävention NÖ)

Ambulante Nachbetreuung der Ambulanz für Abhängigkeitserkrankungen der Universitätsklinik für Psychiatrie – Innsbruck
(Universitätsklinik für Psychiatrie – Innsbruck, Tirol)

API Mödling – Stationäre Langzeittherapie für Drogenabhängige
(Anton-Proksch-Institut, Niederösterreich)

Arbeitsprojekt WALD
(H.I.O.B. – Anlauf- und Beratungsstelle für Drogenabhängige, Vorarlberg)

Auftrieb – Jugend- und Suchtberatungsstelle
(Verein für Jugend und Kultur Wr. Neustadt, Niederösterreich)

Behandlung und Betreuung abhängiger Straftäter/innen
(Schweizer Haus Hadersdorf)

Behandlung von Schwangeren an der Drogenambulanz des AKH Wien
Subprogramm des Wiener Modellprojekts „Schwangerschaft und Drogen“ – Comprehensive-Care-Projekt für substanzabhängige Mütter und ihre Kinder
(AKH, Wien)

⁸⁹

Zu finden unter <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>

Berufsassistenz – Subprojekt der Wiener BerufsBörse
im Rahmen der Entwicklungspartnerschaft Equal
(Wiener BerufsBörse, Wien)

Betreutes Wohnen
(Verein Wiener Sozialprojekte, Wien)

CARINA – Langzeittherapie für Drogenabhängige
(Stiftung Maria Ebene, Vorarlberg)

ChEck iT! – Wissenschaftliches Pilotprojekt
(Verein Wiener Sozialprojekte, Wien)

CONTACT – Spitalsverbindungsdienst für Drogenabhängige
(Sucht- und Drogenkoordination Wien, vormals Fonds Soziales Wien)

DAPHNE – Projekt „Frauen mit Gewalterfahrung“
(Verein Dialog und Verein Wiener Sozialprojekte, Wien)

Drogenambulanz Innsbruck – Substitution
(Drogenambulanz Innsbruck)

Drogenfreie Zone in der Justizanstalt Hirtenberg
(Justizanstalt Hirtenberg, Niederösterreich)

drugaddicts@work – Evaluationsprojekt zur beruflichen Reintegration
drogenabhängiger Personen in den Arbeitsmarkt
(Sucht- und Drogenkoordination Wien, vormals Fonds Soziales Wien)

Drug Out – Therapieabteilung der Justizanstalt Innsbruck
(Justizanstalt Innsbruck, Tirol)

Ehrenamtliche Bewährungshilfe für Insassen der Justizanstalt Favoriten
(Verein für Bewährungshilfe und soziale Arbeit – Bewährungshilfe Wien)

Eigenständig werden – Unterrichtsprogramm zur schulischen Suchtprävention
(SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe, Vorarlberg)

Eltern – Kind – Haus – Betreuung von drogenabhängigen Eltern und deren Kindern
in einer therapeutischen Gemeinschaft
(Verein Grüner Kreis)

Elternseminare

(Fachstelle für Suchtprävention NÖ)

Erlenhof – Therapiestation für Suchtmittelabhängige

(Pro mente Oberösterreich)

Expertengestützte schulische Suchtinformation

(kontakt&co – Suchtpräventionsstelle, Tirol)

FeierFest! – Freizeit- und Partykultur mit Jugendlichen

(Akzente Fachstelle Suchtprävention, Salzburg)

FITCARD – Gesundheitsförderung mit Lehrlingen. Subprogramm des Programms

„Gesundheitsförderung und Suchtprävention im Betrieb“

(SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe, Vorarlberg)

fix und fertig – Sozialökonomischer Betrieb

(Verein Wiener Sozialprojekte)

Gelebte Suchtvorbeugung in der Gemeinde. Subprogramm der Pilotaktion

„Lokales Kapital für soziale Zwecke“ der Generaldirektion V der EU, Programm:

„Sozial Innovativ 2000“

(Volkshilfe Steiermark, VIVID Fachstelle für Suchtprävention,

Regionalbüro Oststeiermark)

Generation E – Werkstatt für kreative Elternarbeit

(Institut für Suchtprävention, Sucht- und Drogenkoordination Wien)

Guat beinand'! – Suchtvorbeugung in Gemeinden und Stadtteilen

(Akzente Suchtprävention – Fachstelle für Suchtvorbeugung Salzburg)

H.I.O.B. Hilfe – Information – Orientierung – Beratung für Drogenabhängige

(H.I.O.B. – Anlauf- und Beratungsstelle für Drogenabhängige, Vorarlberg)

High genug? – Praxispackage zur Suchtprävention in der Jugendarbeit

(VIVID – Fachstelle für Suchtprävention Steiermark)

Impfprojekt Hepatitis B an der sozialmedizinischen Beratungsstelle ganslwirt

(Verein Wiener Sozialprojekte)

in motion – ein Multiplikatorenprojekt zur schulischen Suchtvorbeugung

(Institut Suchtprävention, Oberösterreich)

Jugend ohne Grenzen?! Mladi brez meja?! – Suchtvorbeugung im Bezirk Radkersburg
(blue|monday gesundheitsmanagement, Steiermark)

Jugendhaus – Betreuung von Jugendlichen in einer therapeutischen Gemeinschaft
(Verein Grüner Kreis)

Jugendberatungsstelle WAGGON
(TENDER – Verein für Jugendarbeit, Niederösterreich)

Kinder stark machen mit Sport
(SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe, Vorarlberg)

Log In – Verein zur Hilfestellung und Vernetzung von AbsolventInnen
stationärer oder ambulanter Suchttherapien
(Anton-Proksch-Institut, Niederösterreich)

Lukasfeld – Kurzzeittherapie für Drogenabhängige
(Krankenhaus Stiftung Maria Ebene, Vorarlberg)

Marienambulanz Graz – Medizinische Erst- und Grundversorgung
mit offenem, niederschwelligem Zugang
(Caritas der Diözese Graz-Seckau)

MDA basecamp – Mobile Drogenarbeit im Freizeitbereich
(Jugendzentrum Z6, Tirol)

Miteinander leben 2 – Regionale Suchtprävention in der schulischen und
außerschulischen Kinder- und Jugendarbeit im urbanen Raum
(Institut für Suchtprävention, Sucht- und Drogenkoordination Wien)

Nachbetreuung von Kindern substanzabhängiger Mütter. Subprogramm des Wiener
Modellprojekts „Schwangerschaft und Drogen“ – Comprehensive-Care-Projekt
für substanzabhängige Mütter und ihre Kinder
(Neuropsychiatrische Abteilung für Kinder und Jugendliche am KH Rosenhügel, Wien)

Needles or Pins – Europäisches Projekt zur Entwicklung innovativer Projekte zur
sozialen und beruflichen Reintegration von Personen mit drogenbezogenen Problemen
– Wiener Subprojekt
(Verein Dialog, Wien)

Needles or Pins – Berufliche Reintegration von Personen mit Suchtproblemen
(Verein Dialog, Wien)

Niederschwellige Einrichtung ganslwirt

(Verein Wiener Sozialprojekte, Wien)

ÖBB – Lehrlingsprojekt zur Suchtprävention

(Institut für Suchtprävention, Sucht- und Drogenkoordination Wien)

Peer Education Projekt

(Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung, NÖ)

pib – Prävention in Betrieben

(kontakt&co – Suchtpräventionsstelle, Tirol)

Pilotprojekt Suchtvorbeugung in Trofaiach

(b.a.s. [betrifft alkohol und sucht] – steirischer Verein für Suchtkrankenhilfe)

Rumtrieb – Mobile Jugendarbeit NÖ

(Verein für Jugend und Kultur Wr. Neustadt, Niederösterreich)

SHH Schweizer Haus Hadersdorf – Medizinische, psychologische und psychotherapeutische Gesundheits- und Heilstätte

(Evangelisches Haus Hadersdorf – WOBES, Wien)

Sozialmedizinische Drogenberatungsstelle ganslwirt

(Verein Wiener Sozialprojekte, Wien)

Stationenmodell

(Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung, Niederösterreich)

step by step – Früherkennung und Intervention im Vorfeld möglicher Suchtprobleme

(kontakt+co – Suchtpräventionsstelle, Tirol)

Step by Step Graz – Früherkennung und Krisenintervention an Grazer Schulen

(VIVID – Fachstelle für Suchtprävention)

Suchtbehandlung an der Drogenambulanz Klagenfurt

(Magistrat Klagenfurt)

Suchtprävention im steirischen Fußballverband

(VIVID – Fachstelle für Suchtprävention)

Supromobil – Bezirkskonferenz „Jugend und Drogen“

(Stiftung Maria Ebene)

Umbrella–Network–Projekt Österreich – Schweiz: Analyse der Probleme mit HIV, AIDS und STDs in europäischen Grenzregionen und Entwicklung von kooperativen, grenz-überschreitenden Präventionsmethoden
(Institut für Sozialdienste, Vorarlberg)

Viktoria hat Geburtstag
(Fachstelle für Suchtprävention NÖ)

Way Out – Frühinterventionsangebot für erstauffällige drogenkonsumierende Jugendliche
(Kooperation der Landesstelle Suchtprävention und Neustart, Kärnten)

Wiener Berufsbörse – Verein zur beruflichen Integration von drogen-, medikamenten- und alkoholabhängigen Personen
(Wiener Berufsbörse, Wien)

Wien–Favoriten – Behandlung und Betreuung von drogenabhängigen Straffälligen
(Justizanstalt Wien–Favoriten, Wien)

Zertifikatslehrgang „Sucht- und Gewaltprävention“
(Institut Suchtprävention, Oberösterreich)

Websites

Nachfolgend finden sich Websites von relevanten Institutionen und Einrichtungen zu Sucht und Drogen in Österreich.

Eine ausführliche Liste von sucht- und drogenrelevanten Internet-Adressen auch aus dem europäischen und internationalen Bereich findet sich unter <http://www.goeg.at> (Arbeitsbereich Prävention / Drogen / Links).

Drogen- bzw. Suchtkoordinationen der Bundesländer:

Suchtkoordination für das Land Burgenland

<http://www.psd-bgld.at/psychosoziale-dienste/suchtkoordination/index.html>

Drogenkoordination des Landes Kärnten

<http://www.gesundheit-kaernten.at/sucht/drogenkoordination-land-kaernten.html>

Suchtkoordination des Landes Niederösterreich

<http://www.suchtvorbeugung.at/suchtkoordination/>

Sucht- und Drogenkoordination des Landes OÖ

http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/SID-3DCFCFC3-8C8F5206/ooe/hs.xsl/554_DEU_HTML.htm

Drogenkoordination des Landes Salzburg

http://www.salzburg.gv.at/themen/gs/soziales/leistungen_und_angebote/abhaengigkeit/abhaengigkeit_drogenkoordination.htm

Suchtkoordination des Landes Steiermark

<http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/beitrag/10896138/9752/>

Suchtkoordination des Landes Tirol

<http://www.tirol.gv.at/themen/gesellschaft-und-soziales/soziales/projektmanagement/suchtkoordination/>

Suchtkoordination des Landes Vorarlberg

http://www.vorarlberg.at/vorarlberg/gesellschaft_soziales/gesellschaft/suchtkoordination/start.htm

Sucht- und Drogenkoordination Wien

<http://www.drogenhilfe.at>

Fachstellen für Suchtprävention in den Bundesländern:

Fachstelle für Suchtprävention Burgenland

<http://www.psd-bgld.at/psychosoziale-dienste/suchtpraevention/>

Landesstelle für Suchtprävention Kärnten

<http://www.suchtvorbeugung.ktn.gv.at/>

Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung, NÖ

<http://www.suchtvorbeugung.at>

Institut Suchtprävention, OÖ

<http://www.praevention.at>

AKZENTE Suchtprävention – Fachstelle für Suchtvorbeugung Salzburg

<http://www.akzente.net/Fachstelle-Suchtpraevention.1250.0.html>

VIVID – Fachstelle für Suchtprävention, Steiermark

<http://www.vivid.at>

kontakt+co – Suchtprävention. Jugendrotkreuz, Tirol

<http://www.kontaktco.at>

SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe, Vorarlberg

<http://www.supro.at>

Institut für Suchtprävention, Wien

<http://www.drogenhilfe.at>

Bundesministerien:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

<http://www.bmask.gv.at>

Bundesministerium für Gesundheit

<http://www.bmg.gv.at>

Bundesministerium für Inneres

<http://www.bmi.gv.at>

Bundesministerium für Justiz

<http://www.bmj.gv.at>

Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur

<http://www.bmukk.gv.at>

Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie

<http://www.bmvit.gv.at>

Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend

<http://www.bmwfj.gv.at>

Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung

<http://www.bmwf.gv.at>

Monitoring und Forschung:

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)

<http://www.emcdda.europa.eu>

GÖG/ÖBIG – Österreichischer Suchthilfekompass

<http://suchthilfekompass.oebig.at>

GÖG/ÖBIG – Einheitliches Dokumentationssystem der Klienten und Klientinnen der Drogenhilfe

<http://tdi.oebig.at>

Suchtpräventionsdokumentation und Suchtpräventionsforschung des Anton-Proksch-Instituts

<http://www.api.or.at/sp/>

Suchtforschung und Suchttherapie an der Medizinischen Universität Wien

<http://www.sucht-addiction.info>

Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung

<http://www.euro.centre.org/>

Weitere Websites:

AIDS-Hilfe

<http://www.aidshilfen.at>

Allgemeines Krankenhaus in Wien

<http://www.meduniwien.ac.at>

Anton-Proksch-Institut

<http://www.api.or.at>

ARGE Suchtvorbeugung

<http://www.suchtvorbeugung.net>

Auftrieb – Jugend- und Suchtberatung

<http://www.jugendundkultur.at/de/auftrieb/home/>

b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen

<http://www.bas.at>

Blue Monday Gesundheitsmanagement

<http://www.blumonday.at>

Bundesarbeitsgemeinschaft Streetwork – Mobile Jugendarbeit Österreich

<http://www.bast.at>

Carina – Therapiestation

<http://www.mariaebene.at/carina/>

Caritas der Diözese Innsbruck

[http://www.caritas-tirol.at/auslandshilfe/wer-wir-sind/
caritas-welthaus-der-dioezese-innsbruck/](http://www.caritas-tirol.at/auslandshilfe/wer-wir-sind/caritas-welthaus-der-dioezese-innsbruck/)

Caritas der Diözese St. Pölten

<http://www.caritas-stpoelten.at/>

Caritas Graz – Kontaktladen
<http://streetwork.caritas-steiermark.at/angebote-fuer-klientinnen/beratung-begleitung/>

ChEck iT! – Verein Wiener Sozialprojekte
<http://checkyourdrugs.com>

CONTACT – Spitalsverbindungsdienst
<http://drogenhilfe.at/ueber-uns/beratung-behandlung-und-betreuung/liasondienste/contact/>

dialog – Beratungs- und Betreuungszentrum
<http://www.dialog-on.at>

Do it yourself – Kontakt- und Anlaufstelle für Drogenkonsumentinnen und -konsumenten
<http://www.doit.at>

Drogenambulanz der Medizinischen Universität Wien
<http://www.sucht-addiction.info>

Drogenberatung des Landes Steiermark
<http://www.drogenberatung.steiermark.at/>

ENCARE Österreich
<http://www.encare.at>

Ex und Hopp – Drogenberatung
<http://www.exundhopp.at>

Fachzeitschrift für Online-Beratung und computervermittelte Kommunikation
<http://www.e-beratungsjournal.net>

Fonds Gesundes Österreich
<http://www.fgoe.org/startseite>

ganslwirt – Verein Wiener Sozialprojekte
<http://www.vws.or.at/ganslwirt>

Gesunde Gemeinden
<http://gesundesleben.at/lebensraum/gemeinde/gesunde-gemeinde>

Gesunde Schule
<http://www.gesundeschule.at>

Grüner Kreis
<http://www.gruenerkreis.at>

Haus am Seespitz
<http://www.gpg-tirol.at/Haus-am-Seespitz-Maurach.147.0.html>

H.I.O.B. – Drogenberatungsstelle

<http://www.caritas-vorarlberg.at>

Jugendberatungsstelle Waggon

<http://members.aon.at/waggon/>

Jugendstreetwork Graz

<http://jugendstreetwork.caritas-steiermark.at/>

Jugendsuchtberatung Hot, Purkersdorf

<http://www.agathon.cc>

Jusy – Jugendservice Ybbstal, Waidhofen/Ybbs

<http://www.jusy.at>

Klinische Abteilung für Biologische Psychiatrie, Universitätsklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie in Wien

<http://www.medizin-medien.info/dynasite.cfm?dssid=4263>

Komfüdö – Kommunikationszentrum für DrogenkonsumentInnen

<http://www.caritas-tirol.at/hilfe-einrichtungen/menschen-mit-suchterkrankungen/komfuedro/>

Kontaktstelle in Suchtfragen, Salzburg

http://www.landesschulrat.salzburg.at/main.php?link=1/80&file=mitarb/org_ser_vicestellen.html&dim=1680,1020

Krankenhaus Rosenhügel

<http://www.wienkav.at/kav/nkr/>

Lukasfeld – Therapiestation

<http://www.mariaebene.at>

Marienambulanz

<http://www.caritas-steiermark.at/hilfe-einrichtungen/fuer-menschen-in-not/gesundheit/marienambulanz/>

MDA basecamp – mobile Drogenprävention in Tirol

<http://www.mdabasecamp.com>

MDA basecamp – Online-Beratung

<http://www.onlinedrogenberatung.at>

Needles or Pins – dialog

http://www.dialog-on.at/article_69.html

Neustart – Bewährungshilfe, Konfliktregelung, Soziale Arbeit

<http://www.neustart.at/>

Oikos – Verein für Suchtkranke

<http://www.oikos-klagenfurt.at/>

Otto-Wagner-Spital – Drogeninstitut

http://www.wienkav.at/kav/ows/medstellen_anzeigen.asp?suchstring=912

Österreichische Caritaszentrale – Integration durch Arbeit KEG

<http://web2.cylex.de/firma-home/oesterreichische-caritaszentrale---integration-durch-arbeit-keg-4402107.html>

Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkranken

<http://www.oegabs.at/index.php>

Österreichischer Verein für Drogenfachleute

<http://www.oevdf.at>

Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen

<http://www.schulpsychologie.at/>

Plattform Drogentherapien – Informationen zur Opiatabhängigkeit

<http://www.drogensubstitution.at>

pro mente Oberösterreich

<http://www.promenteooe.at>

Psychosoziale Zentren GmbH

<http://www.psz.co.at/>

Rumtrieb – Mobile Jugendarbeit

<http://www.jugendundkultur.at/de/rumtrieb/>

Schulpsychologie Bildungsberatung

<http://www.schulpsychologie.at>

Schweizer Haus Hadersdorf

<http://www.shh.at>

Stadt Wien

<http://www.magwien.gv.at>

Stiftung Maria Ebene

<http://www.mariaebene.at>

Streetwork Graz

<http://streetwork.caritas-steiermark.at/>

Substanz – Verein für suchtbegleitende Hilfe

<http://www.substanz.at>

Suchtberatungsstelle BIZ Obersteiermark

<http://www.biz-obersteiermark.at/>

Supromobil

<http://www.supromobil.at>

taktisch klug

<http://www.taktischklug.at>

Therapiestation Erlenhof

<http://www.therapiestation-erlenhof.at>

Therapiestation WALKABOUT

<http://www.barmherzige-brueder.at/content/site/walkabout/startseite/aktuelles/index.html>

Tiroler JugendWeb - Drogen, Sucht, Hilfe

<http://www.startblatt.net/at/jugend/jugend-tirol/tiroler-jugendweb>

Verein für eine Legalisierung von Cannabis

<http://www.legalisieren.at>

Verein LOG IN

<http://www.login-info.at>

Verein PASS

<http://www.pass.at/start.htm>

VIVA - Drogenberatung

<http://www.gesundheit-kaernten.at/sucht/betreuungsstellen/drogenberatung-viva.html>

Vorarlberger Drogenhilfe

www.suchthaufen.at

VWS - Verein Wiener Sozialprojekte

<http://www.vws.or.at>

Wiener Berufsbörse

<http://www.berufsboerse.at>

Anhang

A. Tabellen, Karte

B. Abkürzungsverzeichnis

C. Standard Tables &
Structured Questionnaires

Anhang A

Tabellen, Karte

Tabelle A1:

Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen
in der Gesamtbevölkerung in Österreich aus den Jahren 2004 bis 2011

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung Altersgruppe %	
Bevölkerungsbefragung Österreich (Uhl et al. 2005a)	Österreich 2004 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 14 Jahren (n = 4.547)	Cannabis	14 +	20,1
			Ecstasy	14 +	3,0
			Amphetamine	14 +	2,4
			Kokain	14 +	2,3
			Opiate	14 +	0,7
			biogene Drogen	14 +	2,7
			LSD	14 +	1,7
Schnüffelstoffe	14 +	2,4			
Gesundheitsbefragung Österreich (ATHIS) (Klimont et al. 2007)	Österreich 2006/7 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung von 15 bis 64 Jahren (n = 11.822)	Cannabis	15-24	9,7
			Cannabis	15-24	13,0
			Cannabis	25-34	15,0
			Cannabis	35-44	10,1
			Cannabis	45-54	6,7
			Cannabis	55-64	2,8
Wiener Suchtmittelstudie (IFES 2008)	Wien 2007 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 624)	Cannabis	15+	19
			Ecstasy	15+	4
			Amphetamine	15+	4
			Kokain	15+	4
			Opiate	15+	2
			biogene Drogen andere Drogen (z. B. LSD)	15+	7
				15+	4
Bevölkerungsbefragung Österreich (Uhl et al. 2009)	Österreich 2008 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 14 Jahren (n = 4.196)	Cannabis	14+	12
			Ecstasy	14+	2
			Amphetamine	14+	2
			Kokain	14+	2
			Opiate	14+	1
			biogene Drogen	14+	2
			LSD	14+	2
Schnüffelstoffe	14+	2			
Wiener Suchtmittelstudie (IFES 2009a)	Wien 2009 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	16
			Ecstasy	15+	3
			Amphetamine	15+	3
			Kokain	15+	4
			Opiate	15+	3
			biogene Drogen andere Drogen (z. B. LSD)	15+	4
				15+	3
Bevölkerungsbefragung OÖ (Seyer et al. 2010)	Oberösterreich 2009 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahre (n = 1.547) (15-59: n = 1.385)	Cannabis	15-59	19,6
			Ecstasy	15-59	3,2
			Amphetamine	15-59	3,5
			Kokain	15-59	2,7
			Heroin	15-59	1,2
			Morphium	15-59	1,0
			LSD	15-59	1,8
			Schnüffelstoffe	15-59	5,3
			biogene Drogen	15-59	3,5
Wiener Suchtmittelstudie (IFES 2011)	Wien 2011 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	21
			Ecstasy	15+	3
			Amphetamine	15+	3
			Kokain	15+	5
			Opiate	15+	2
			biogene Drogen andere Drogen (z. B. LSD)	15+	6
				15+	2

Zusammenstellung: GÖG/ÖBIG; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A2:

Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen bei Jugendlichen in Österreich aus den Jahren 2001 bis 2007

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung Altersgruppe %	
Schulstudie Burgenland (Schönfeldinger 2002)	Burgenland 2001 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler der 7. bis 13. Schulstufe (n = 1.899)	Cannabis	12-19	20
			Ecstasy	12-19	4
			Kokain	12-19	2
			Heroin	12-19	1
			Speed	12-19	3
			Halluzinogene	12-19	3
			Schnüffelstoffe biogene Drogen	12-19	20 8
HBSC-Studie (Dür und Mravlag 2002)	Österreich 2001 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler im Alter von 15 Jahren (n = 1.292)	Cannabis	15	14
ESPAD Österreich (Uhl et al. 2005b)	Österreich 2003 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler im Alter von 14 bis 17 Jahren (n = 5.281)	Cannabis	14-17	22
			Ecstasy	14-17	3
			Kokain	14-17	2
			Crack	14-17	2
			Heroin	14-17	1
			Amphetamine	14-17	5
			GHB	14-17	1
			LSD	14-17	2
			Schnüffelstoffe	14-17	15
			Magic Mushrooms	14-17	4
Berufsschulstudie Steiermark (Hutsteiner, Seebauer, Auferbauer 2005)	Steiermark 2005 (Lebenszeit)	Berufsschülerinnen und -schüler im Alter von ca. 15 bis 19 Jahren (n = 3.919)	Cannabis	15-20	27,1
			Partydrogen	15-20	4,8
			Kokain	15-20	2,0
			Crack	15-20	1,1
			Opiate	15-20	1,4
			Amphetamine	15-20	3,1
			Halluzinogene	15-20	1,8
			Schnüffelstoffe	15-20	11,4
			Magic Mushrooms	15-20	8,9
HBSC-Studie (Dür und Griebler 2007)	Österreich 2005/6 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler im Alter von 15 Jahren (n = 1.239)	Cannabis	15	14

Fortsetzung nächste Seite

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung	
				Altersgruppe	%
Bevölkerungsbefragung OÖ (Seyer et al. 2007)	Oberösterreich 2006 (Lebenszeit)	Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 24 Jahren (n = 669)	Cannabis	15-24	36,9
			Ecstasy	15-24	12,3
			Heroin	15-24	7,7
			Morphium	15-24	8,5
			Amphetamine	15-24	12,3
			Kokain	15-24	10,0
			LSD	15-24	9,0
			Schnüffelstoffe biogene Drogen	15-24	16,5 13,0
Schulstudie Burgenland (Falbesoner und Lehner 2008)	Burgenland 2007 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler der 7. bis 13. Schulstufe (n = 1.213)	Cannabis	12-19	11
			Ecstasy	12-19	2
			Kokain	12-19	2
			Heroin	12-19	2
			Speed	12-19	3
			Schnüffelstoffe	12-19	15
			biogene Drogen	12-19	4
ESPAD Österreich (Strizek et al. 2008)	Österreich 2007 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler im Alter von 15 bis 16 Jahren (n = 4.574)	Cannabis	15-16	18,0
			Ecstasy	15-16	3,4
			Kokain	15-16	3,2
			Crack	15-16	2,3
			Heroin	15-16	1,8
			Amphetamine	15-16	7,7
			GHB	15-16	2,3
			LSD	15-16	2,8
			Schnüffelstoffe	15-16	14,1
			Magic Mushrooms	15-16	4,1
			Bevölkerungsbefragung OÖ (Seyer et al. 2010)	Oberösterreich 2009 (Lebenszeit)	Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 24 Jahren (n = 590)
Ecstasy	15-24	4,7			
Heroin	15-24	2,1			
Morphium	15-24	1,7			
Amphetamine	15-24	5,1			
Kokain	15-24	2,6			
LSD	15-24	2,1			
Schnüffelstoffe	15-24	8,9			
biogene Drogen	15-24	1,3			
Erhebung zum Suchtver- halten von Jugendlichen in Niederösterreich (Bittner et al. 2010)	Niederösterreich 2009 (Lebenszeit)	Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren (n = 722)			
			Ecstasy	14-17	1
			Kokain	14-17	1
			Heroin	14-17	0
			Speed	14-17	1
			Schnüffelstoffe	14-17	1
			biogene Drogen	14-17	1
			Flash Eurobarometer Youth attitudes on drugs (Euopäische Kommission 2011b)	Österreich 2011 (Lebenszeit)	Jugendliche von 15 bis 24 (n = 501)

Zusammenstellung: GÖG/ÖBIG; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A3:

Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 2001–2010

Todesursache	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Intoxikation mit Opiat(en)	17	17	40	38	31	27	9	13	18	13
Mischintoxikation mit Opiat(en)	119	119	115	133	134	137	138	136	153	148
(Misch-)Intoxikation mit Suchtgift(en) ohne Opiate	3	3	8	4	4	5	5	4	1	0
Intoxikation unbekannter Art	0	0	0	10	22	28	23	16	15	9
Summe verifizierte direkt suchtgiftbezogene Todesfälle	139	139	163	185	191	197	175	169	187	170
Nicht obduzierte suchtgiftbezogene Todesfälle ¹	-	-	-	-	-	-	-	32	19	17

Quelle: BMG; GÖG/ÖBIG–eigene Berechnungen und Darstellung

1: Vgl. GÖG/ÖBIG 2011b

Tabelle A4:

Anzahl der verifizierten direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Bundesland, 2001–2010

Bundesland	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008 ¹	2009 ²	2010 ³	2001–2010
Burgenland	0	0	2	5	3	3	5	1	1	3	23
Kärnten	5	7	6	4	6	7	4	6	5	6	56
Niederösterreich	14	12	13	31	29	38	27	34	26	30	254
Oberösterreich	8	6	13	15	13	14	12	20	21	10	132
Salzburg	7	7	5	7	8	6	3	11	13	17	84
Steiermark	9	13	14	12	17	12	16	21	10	11	135
Tirol	16	13	13	15	17	16	11	18	15	18	152
Vorarlberg	11	6	5	8	6	6	7	2	14	10	75
Wien	69	75	92	88	92	95	90	55	82	65	803
Unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Gesamt	139	139	163	185	191	197	175	169	187	170	1.715

Quelle: BMG; GÖG/ÖBIG–eigene Berechnungen und Darstellung

1: 32 nicht obduzierte suchtgiftbezogene Todesfälle

2: 19 nicht obduzierte suchtgiftbezogene Todesfälle

3: 17 nicht obduzierte suchtgiftbezogene Todesfälle

Tabelle A5:

Anzahl der verifizierten direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich
nach Altersgruppen, insgesamt und nach Geschlechteranteil, 2001–2010

Alters- gruppe	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008 ¹		2009 ²		2010 ³	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%												
bis 19	20	15,1	18	12,9	20	12,3	40	21,6	28	14,7	40	20,3	24	13,7	22	13,0	18	9,6	12	7,1
20–24	21	14,4	20	14,4	37	22,7	40	21,6	48	25,1	51	25,9	46	26,3	45	26,6	39	20,9	36	21,2
25–29	19	13,7	24	17,3	28	17,2	30	16,2	36	18,8	34	17,3	23	13,1	37	21,9	35	18,7	41	24,1
30–34	27	19,4	23	16,5	24	14,7	19	10,2	25	13,1	19	9,7	35	20,0	21	12,4	28	15,0	17	10,0
35–39	25	18,0	24	17,3	29	17,8	23	12,4	19	9,9	15	7,6	22	12,6	16	9,5	22	11,8	17	10,0
40 und älter	27	19,4	30	21,6	25	15,3	33	17,8	35	18,3	38	19,3	25	14,3	28	16,6	45	24,1	47	27,6
Gesamt	139	100	139	100	163	100	185	100	191	100	197	100	175	100	169	100	187	100	170	100
weiblich	22	15,8	25	18,0	30	18,4	38	20,5	43	22,5	42	21,3	39	22,2	35	20,7	37	19,8	30	17,6
männlich	117	84,2	114	82,0	133	81,6	147	79,5	148	77,4	155	78,7	136	77,7	134	79,3	150	80,2	140	82,4

1: 32 nicht obduzierte suchtgiftbezogene Todesfälle

2: 19 nicht obduzierte suchtgiftbezogene Todesfälle

3: 17 nicht obduzierte suchtgiftbezogene Todesfälle

Quelle: BMG; GÖG/ÖBIG–eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle A6:

Verteilung der verifizierten direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Alter, 2010

Todesursache			Altersgruppen										
			< 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	> 49	Summe	
Intoxikationen	Opiate	ein Opiat	0	1	2	2	2	1	0	1	3	12	
		mehrere Opiate	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
		+ Alkohol	0	1	1	4	1	0	2	2	1	12	
		+ psychoaktive Medikamente	0	7	17	17	8	7	6	5	4	71	
		+ Alkohol & psychoaktive Medikamente	0	0	6	4	4	7	4	4	3	32	
	Opiate und andere Suchtgifte	ausschließlich SG	0	0	3	1	0	0	0	0	1	5	
		SG + Alkohol	0	1	3	3	0	0	0	0	0	7	
		SG + psychoaktive Medikamente	0	1	2	3	1	2	2	3	1	15	
		SG + Alkohol & psychoaktive Medikamente	0	0	1	3	0	0	0	1	1	6	
	Suchtgifte ohne Opiate	ausschließlich SG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		SG + Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		SG + psychoaktive Medikamente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		SG + Alkohol & psychoaktive Medikamente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Suchtgiftintoxikation unbekannter Art			0	1	1	3	1	0	1	2	0	9
	Summe direkt suchtgift- bezogene Todesfälle			0	12	36	41	17	17	15	18	14	170
	davon Männer			0	6	28	36	15	14	11	17	13	140

SG = Suchtgift(e)

Quelle: BMG; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle A7:

Verteilung der verifizierten direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Bundesland, 2010

Todesursache		Bundesland										
		B ¹	K	N ²	OÖ ³	S ⁴	St	T	V	W ⁵	Ö ⁶	
Intoxikationen	Opiate	ein Opiat	0	0	1	4	1	0	0	2	4	12
		mehrere Opiate	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
		+ Alkohol	0	0	1	1	0	1	0	0	9	12
		+ psychoaktive Medikamente	3	3	12	1	7	7	7	5	26	71
		+ Alkohol & psycho- aktive Medikamente	0	0	7	1	4	1	7	1	11	32
	Opiate und andere Suchtgifte	ausschließlich SG	0	0	2	0	1	0	1	0	1	5
		SG + Alkohol	0	0	0	1	1	0	2	1	2	7
		SG + psychoaktive Medikamente	0	2	3	1	1	1	1	0	6	15
		SG + Alkohol & psycho- aktive Medikamente	0	1	2	0	1	0	0	0	2	6
	Suchtgifte ohne Opiate	ausschließlich SG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		SG + Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		SG + psychoaktive Medikamente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		SG + Alkohol & psycho- aktive Medikamente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Suchtgiftintoxikation unbekannter Art		0	0	2	1	0	1	0	1	4	9
Summe direkt suchtgiftbezogene Todesfälle		3	6	30	10	17	11	18	10	65	170	
Verifizierte direkt suchtgift- bezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren		1,6	1,6	2,9	1,1	4,7	1,4	3,8	4,0	5,6	3,0	
Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren		3,2	1,6	2,9	1,3	5,0	1,4	3,7	4,0	6,4	3,3	

- 1: 3 nicht obduzierte suchtgiftbezogene Todesfälle
 2: 1 nicht obduzierter suchtgiftbezogener Todesfall
 3: 2 nicht obduzierte suchtgiftbezogene Todesfälle
 4: 1 nicht obduzierter suchtgiftbezogener Todesfall
 5: 10 nicht obduzierte suchtgiftbezogene Todesfälle
 6: 17 nicht obduzierte suchtgiftbezogene Todesfälle

Quelle: BMG; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle A8:

Entwicklung der Aids-Erkrankungsfälle in Österreich nach Risikosituation,
2001–2010

Risikosituation	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Homo-/bisexueller Kontakt	21	19	7	16	14	17	19	17	17	5
Intravenöser Drogenkonsum	27	20	14	12	14	6	13	16	10	4
Heterosexueller Kontakt	33	41	22	32	17	30	22	26	25	11
Anders/unbekannt	12	17	10	11	14	10	17	11	7	11
Gesamt	93	97	53	71	59	64	72	71	59	31

Quelle: BMG; GÖG/ÖBIG–eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle A9:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich
nach Ersttätern und Wiederholungstätern sowie Entwicklung der Gesamtanzeigen,
2001–2010

Anzeigen	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gesamtanzeigen	21.862	22.422	22.245	25.215	25.892	24.008	24.166	20.043	22.729	23.853
Ersttäter	11.033	11.269	12.117	14.346	15.569	15.808	16.053	13.634	14.893	19.409
Wiederholungstäter	10.052	10.380	9.288	9.990	9.520	7.636	7.569	5.990	7.258	3.681

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = unbekannte Täter

Anmerkung: alle Anzeigen, nicht nur Suchtgifte, sondern auch psychotrope Stoffe

Quelle: BMI/.BK; GÖG/ÖBIG–eigene Darstellung

Tabelle A10:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz
(nur Suchtgifte) in Österreich nach Bundesland, 2001–2010

Bundesland	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Burgenland	712	805	984	967	923	1.033	1.008	871	953	716
Kärnten	1.758	1.676	1.659	1.464	1.529	1.190	1.408	1.153	1.372	1.522
Niederösterreich	2.975	3.319	3.017	3.531	3.632	3.050	3.464	2.583	3.165	2.978
Oberösterreich	2.677	3.054	2.782	3.521	3.769	3.209	3.786	3.245	3.908	3.660
Salzburg	1.471	1.384	868	1.077	1.092	1.001	1.116	1.015	1.096	1.099
Steiermark	1.601	1.910	1.570	1.705	1.516	1.435	1.929	1.372	1.669	1.607
Tirol	2.449	2.229	2.102	2.695	2.775	2.607	2.454	1.982	2.555	2.692
Vorarlberg	1.447	1.265	1.146	1.044	1.008	1.240	1.153	976	1.027	1.143
Wien	6.212	6.210	7.652	8.524	8.797	7.925	6.611	5.883	6.056	7.001
Gesamtanzeigen	21.302	21.852	21.780	24.528	25.041	22.690	22.929	19.080	21.801	22.418

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nicht zuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI/.BK; GÖG/ÖBIG–eigene Darstellung

Tabelle A11:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz
in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 2001–2010

Suchtgift/Suchtmittel	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cannabis	19.760	19.939	17.706	20.252	20.900	19.021	19.063	15.063	17.513	17.066
Heroin und Opiate	3.802	3.954	4.717	4.770	4.720	3.516	3.294	2.865	3.157	3.677
Kokain + Crack	3.416	3.762	4.785	5.365	5.491	4.252	4.263	3.551	3.930	3.332
Amphetamin + Methamphetamin	–	1.532	1.727	1.843	1.795	1.639	2.112	1.405	1.749	1.669
LSD	506	327	214	196	160	164	196	101	193	137
Ecstasy	2.940	2.998	2.473	2.362	2.106	1.763	1.889	1.127	966	388
Mephedron	–	–	–	–	–	–	–	–	–	209
Suchtgifthältige Medikamente	–	809	872	1.420	1.795	2.800	2.714	2.294	2.693	3.113
Sonstige Suchtgifte	–	540	320	304	427	355	323	263	363	185
Psychotrope Substanzen	–	3	11	11	4	14	20	13	16	37
Psychotrope Medikamente	821	736	603	892	1.081	1.687	1.535	1.185	1.174	1.666
Drogenausgangsstoffe	–	4	5	0	4	8	2	12	1	3

– = Daten nicht verfügbar

Anmerkung: Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen.
Daher unterscheidet sich die Summe von der Anzahl der Gesamtanzeigen.

Quelle: BMI/.BK; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A12:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes und Bundesland, 2010

Suchtgift	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Gesamt
Cannabis	684	1.450	2.459	2.900	934	1.495	2.709	935	3.500	17.066
Heroin und Opiate	75	277	451	685	49	107	107	292	1.634	3.677
Kokain + Crack	102	268	309	518	136	117	380	207	1.295	3.332
Amphetamin + Methamphetamin	116	91	340	416	169	108	110	79	240	1.669
LSD	20	6	35	13	8	7	24	6	18	137
Ecstasy	33	42	52	56	64	42	38	25	36	388
Mephedron	0	18	52	6	2	71	11	0	49	209
Suchtgifthältige Medikamente	51	172	250	590	132	216	142	63	1.497	3.113
Sonstige Suchtgifte	12	18	34	33	21	14	20	5	29	185
Psychotrope Substanzen	2	0	10	2	2	1	9	6	5	37
Psychotrope Medikamente	17	38	103	212	42	60	107	40	1.047	1.666
Drogenausgangsstoffe	1	0	0	2	0	0	0	0	0	3

Anmerkungen: Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen. Daher unterscheidet sich die Summe von der Anzahl der Gesamtanzeigen.

Quelle: BMI/.BK; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A13:

Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 2001–2010

Jahr	Gesamtzahl der Verurteilungen nach SMG	Verurteilungen nach § 28 SMG bzw. § 28 a SMG	Verurteilungen nach § 27 SMG	Verurteilungen in Österreich	
				Gesamtzahl	davon nach SMG in %
2001	3.862	1.141	2.671	38.763	10,0
2002	4.394	1.108	3.243	41.078	10,7
2003	4.532	1.161	3.318	41.749	10,9
2004	5.706	1.441	4.229	45.185	12,6
2005	6.128	1.357	4.702	45.691	13,4
2006	5.795	1.464	4.246	43.414	13,3
2007	5.437	1.387	3.956	43.158	12,6
2008	4.291	1.332	2.899	38.226	11,2
2009	3.928	1.283	2.593	37.868	10,4
2010	4.363	1.466	2.838	38.394	11,4

Bis 2007:

§ 28 SMG = Handel, Besitz etc. von großen Mengen von Suchtgift („professioneller Drogenhandel“)

§ 27 SMG = Handel, Besitz etc. von kleinen Mengen von Suchtgift

Ab 2008:

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

Anmerkung: Die Statistik erfasst nur das „führende Delikt“, d. h. das dem Strafraumen nach schwerste Delikt, und daher nicht alle Verurteilungen nach dem SMG.

Quelle: Statistik Austria (Gerichtliche Kriminalstatistik); GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A14:

Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2010

Verurteilungsgrund		14–19 Jahre	20–24 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	männlich	618	1.319	822	444	693	3.896
	weiblich	42	147	124	58	96	467
§ 28 SMG / § 28 a SMG	männlich	95	363	286	201	359	1.304
	weiblich	9	48	33	28	44	162
§ 27 SMG	männlich	522	949	525	238	313	2.547
	weiblich	33	96	88	27	47	291

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

Anmerkung: Die Statistik erfasst nur das „führende Delikt“, d. h. das dem Strafraumen nach schwerste Delikt, und daher nicht alle Verurteilungen nach SMG.

Quelle: Statistik Austria (Gerichtliche Kriminalstatistik); GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A15:

Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte, differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach Verurteilungsgrund und Art der Strafe, 2010

Verurteilungsgrund		Geld- strafe	Freiheitsstrafe			sonstige Straf- formen ¹	Gesamt
			bedingt	unbedingt	teilbedingt		
SMG gesamt	Jugendliche	68	91	46	17	21	243
	Erwachsene	905	1.138	1.335	595	147	4.120
§ 28 SMG / § 28a SMG (Verbrechen)	Jugendliche	2	10	6	1	2	21
	Erwachsene	42	325	752	263	63	1.445
§ 27 SMG (Vergehen)	Jugendliche	66	81	40	16	19	222
	Erwachsene	852	786	566	329	83	2.616

Jugendliche = Personen, die zur Zeit der Tat jünger als 18 Jahre waren

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

¹ Sonstige Strafformen: teilbedingte Strafen (nach § 43a Abs 2 StGB) in der Form einer Kombination von unbedingter Geldstrafe und bedingter Freiheitsstrafe, Unterbringung in einer Anstalt (nach § 21 Abs 1 StGB oder nach § 21 Abs 2, § 22, § 23 StGB), keine Zusatzstrafe nach § 40 StGB und nur bei Jugendlichen Schuldspruch unter Vorbehalt der Strafe (§ 13 JGG) und Schuldspruch ohne Strafe (§ 12 JGG).

Anmerkung: Die Statistik erfasst nur das „führende Delikt“, d. h. das dem Straffrahmen nach schwerste Delikt, und daher nicht alle Verurteilungen nach SMG.

Quelle: Statistik Austria (Gerichtliche Kriminalstatistik); GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A16:

Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 2001–2010

Anzeigenzurücklegung/ Verfahrenseinstellung	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gesamt	8.145	8.974	9.023	9.666	11.660	10.379	10.175	9.384	10.627	11.807
§ 35 SMG Anzeigenzurücklegung*	7.346	7.817	7.902	8.599	10.668	9.173	9.008	8.399	9.661	10.643
davon § 35 Abs 4 SMG (Cannabis)*	1.570	1.876	1.499	2.016	2.697	1.895	1.841	2.249	2.780	3.166
§ 37 SMG Verfahrenseinstellung*	799	1.157	1.121	1.067	992	1.206	1.167	985	966	1.164
§ 39 SMG Aufschiebung des Strafvollzugs („Therapie statt Strafe“)	254	337	318	427	452	507	540	638	624	733

* Diese Daten wurden dem BMG von den Staatsanwaltschaften und Gerichten gemeldet.

Bis 2007: § 35 SMG = vorläufige Zurücklegung der Anzeige durch die Staatsanwaltschaft

§ 35 (4) SMG = vorläufige Zurücklegung der Anzeige bei Eigengebrauch von geringen Mengen Cannabis

§ 37 SMG = vorläufige Einstellung des Strafverfahrens durch das Gericht

Ab 2008: § 35 SMG = vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft

§ 35 (4) SMG = vorläufige Zurücklegung der Anzeige bei Eigengebrauch von geringen Mengen Cannabis

§ 37 SMG = vorläufige Einstellung des Strafverfahrens durch das Gericht

Quelle: BMG; BMJ; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle A17:

Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, 2001–2010

Suchtgift/Suchtmittel	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cannabis	5.249	5.294	5.422	6.202	6.012	5.770	5.732	5.050	5.733	6.195
Heroin	895	836	1.263	1.383	1.371	883	765	673	901	1.048
Kokain	768	863	1.271	1.475	1.507	1.044	1.087	936	984	946
Amphetmin + Methamphetamin	161	239	321	342	328	334	380	299	400	466
LSD	32	20	33	29	20	20	39	20	39	43
Ecstasy	352	308	276	286	295	248	250	181	131	63
Mephedron	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73
Suchtgifthaltige Medikamente	418	392	445	812	1.117	1.571	1.234	1.015	1.121	1.456
Sonstige Suchtgifte	123	139	84	87	97	84	92	58	79	72
Psychotrope Substanzen	1	0	6	5	2	2	10	1	2	13
Psychotrope Medikamente	566	515	432	678	823	1.300	1.019	843	697	993
Drogenausgangsstoffe	0	2	2	0	2	7	1	12	0	1

Quelle: BMI/.BK; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A18:
Beschlagnahmen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach der Menge,
2001–2010

Suchtgift/ Suchtmittel	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cannabis (kg)	456	743,1	925,9	1.680,9	819,9	1.880,4	1.276,0	873,6	1.139,3	1.292,3
Heroin (kg)	288	59,5	42,8	235,0	282,2	34,3	117,0	104,0	189,6	96,0
Kokain (kg)	108	36,9	58,3	75,5	244,9	61,8	78,1	78,38	53,2	241,0
Amphetamin + Methamphetamin (kg)	2,9	9,5	54,3	27,6	9,6	38,9	19,4	13,00	64,9	23,4
LSD (Trips)	572	851	298	2.227,5	2.108,5	10.831,5	1.058	225,50	1.581,0	533,5
Ecstasy (Stk.)	256.299	383.451	422.103	122.663	114.104	30.855	66.167	45.335	5.847,5	7.275
Mephedron	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2,9
Suchtgifthältige Medikamente (Stk.)	3.755	3.919	10.827	9.031	9.057	12.253	10.376	7.180	8.233,5	11.630,5
Sonstige Suchtgifte (kg)	10,2	6,0	1,8	21,4	5,0	2,4	3,6	2,9	5,3	5,5
Psychotrope Substanzen (kg)	0,00	0,00	0,15	0,05	0,00	0,03	0,20	0,00	0,01	2,6
Psychotrope Medikamente (Stk.)	32.377	20.081	15.650	21.119	27.105	44.416	26.289	24.675	36.624,5	28.178
Drogenausgangsstoffe (kg)	0,00	241,00	25,00	0,00	0,10	9,85	0,17	22,16	0,0	1,0

Quelle: BMI/.BK; GÖG/ÖBIG–eigene Darstellung

Tabelle A19:

Inhaltsstoffe der von *ChEck iT!* auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy in Tablettenform gekauften Proben in Prozent, 2001–2010

Inhaltsstoffe	Prozentsatz der als „Ecstasy“-Tabletten gekauften Proben									
	2001 (n=268)	2002 (n=269)	2003 (n=143)	2004 (n=93)	2005 (n=53)	2006 (n=134)	2007 (n=117)	2008 (n=146)	2009 (n=105)	2010 (n=76)
MDMA	77,2	68,0	83,2	72,0	67,9	74,6	60,7	61,6	15,2	21,1
MDMA + MDE	2,2	14,1	7,7	9,7	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA + MDA	1,5	6,7	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0
MDE und/oder MDA	7,1	0,4	0,0	7,5	0,0	0,0	0,0	1,4	1,0	0,0
MDMA + Koffein	0,0	0,7	0,7	1,1	5,7	5,2	0,9	0,7	1,0	0,0
MDMA + Amphetamin	0,4	0,0	0,7	0,0	1,9	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA + diverse Mischungen*	0,4	0,0	3,5	1,1	13,2	0,0	6,0	7,5	1,9	5,3
PMA/PMMA	0,4	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0
Amphetamin	0,0	1,9	1,4	0,0	1,9	4,5	0,0	0,7	1,0	1,3
Methamphetamin	2,6	1,5	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	1,0	0,0
Koffein	0,0	1,5	0,0	1,1	0,0	0,7	1,7	0,0	0,0	6,6
mCPP/mCPP + diverse Mischungen**	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	16,2	17,8	52,4	47,4
diverse Mischungen*	7,1	5,2	2,1	7,5	9,4	9,0	14,5	10,3	25,7	11,8
Research Chemicals/RCs+diverse Mischungen***	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	6,6

* Diverse Mischungen: Kombination aus mehr als zwei Amphetaminderivaten und/oder anderen Substanzen und/oder unbekanntem Substanzen

** mCPP/mCPP + diverse Mischungen heißt: mCPP und ein oder mehrere andere Inhaltsstoffe

*** Research Chemicals/RCs + diverse Mischungen heißt: ausschließlich RCs oder RCs und ein oder mehrere andere Inhaltsstoffe

Quelle: Verein Wiener Sozialprojekte; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A20:

Inhaltsstoffe der von *ChEck iT!* auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als „Ecstasy“ bzw. MDMA in der Form „Pulver“, „Kapsel“ oder „Kristall“ gekauften Proben in Prozent, 2005–2010

Inhaltsstoffe	Prozentsatz der als „Ecstasy“ bzw. MDMA in der Form Pulver, Kapsel oder Kristall gekauften Proben					
	2005 (n=10)	2006 (n=21)	2007 (n=27)	2008 (n=31)	2009 (n=25)	2010 (n=91)
MDMA	100,0	100,0	81,5	87,1	69,6	51,6
MDMA + MDE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA + MDA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDE und/oder MDA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA + Koffein	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA + Amphetamin	0,0	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0
MDMA + diverse Mischungen*	0,0	0,0	11,1	0,0	4,3	7,7
PMA/PMMA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Amphetamin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Methamphetamin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1
Koffein	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1
Piperazin/Piperazin + diverse Mischungen**	0,0	0,0	0,0	3,2	21,7	0,0
diverse Mischungen*	0,0	0,0	7,4	6,5	4,3	3,3
Research Chemicals/RCs+diverse Mischungen***	-	-	-	-	8,7	35,2

* Diverse Mischungen: Kombination aus mehr als zwei Amphetaminderivaten und/oder anderen Substanzen und/oder unbekanntem Substanzen

** Piperazin/Piperazin + diverse Mischungen heißt: Piperazin und ein oder mehrere andere Inhaltsstoffe

*** Research Chemicals/RCs + diverse Mischungen heißt: ausschließlich RCs oder RCs und ein oder mehrere andere Inhaltsstoffe

Quelle: Verein Wiener Sozialprojekte; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A21:

Inhaltsstoffe der von *ChEck iT!* auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als „Speed“ gekauften Proben, 2001–2010

Inhaltsstoffe	Prozentsatz der als „Speed“ gekaufte Proben									
	2001 (n=51)	2002 (n=87)	2003 (n=57)	2004 (n=41)	2005 (n=33)	2006 (n=75)	2007 (n=129)	2008 (n=99)	2009 (n=113)	2010 (n=124)
Amphetamin	60,8	46,0	35,1	22,0	33,3	24,0	22,5	15,2	9,7	14,5
Amphetamin + Koffein	9,8	8,0	15,8	19,5	6,1	29,3	10,1	27,3	50,4	61,3
Amphetamin + Methamphetamin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0
Amphetamin + diverse Mischungen*	3,9	17,2	29,8	39,0	24,2	24,0	31,8	34,3	15,0	10,5
Methamphetamin	2,0	3,4	1,8	2,4	3,0	0,0	10,1	1,0	0,9	1,6
Koffein	11,8	8,0	0,0	4,9	9,1	1,3	1,6	3,0	8,8	1,6
MDMA	0,0	1,1	0,0	0,0	6,1	4,0	0,0	1,0	0,0	0,0
Diverse Mischungen*	11,8	16,1	17,5	12,2	18,2	17	23,3	14,1	14,2	7,3
Piperazin/Piperazin + diverse Mischungen**	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	2,0	0,9	0,8
Research Chemicals/RCs + diverse Mischungen***	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	2,4

* Diverse Mischungen: Kombination aus mehr als zwei Amphetaminderivaten und/oder anderen Substanzen und/oder unbekanntem Substanzen

** Piperazin/Piperazin + diverse Mischungen heißt: Piperazin und ein oder mehrere andere Inhaltsstoffe

*** Research Chemicals/RCs + diverse Mischungen heißt: ausschließlich RCs oder RCs und ein oder mehrere andere Inhaltsstoffe

Quelle: Verein Wiener Sozialprojekte; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A22:

Anzahl der dem BMG gemeldeten aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen und nach Bundesländern, 2010

Behandlung	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W
Fortgesetzte Behandlung	220	423	1.667	1.112	459	1.184	669	562	6.309
Erstbehandlung	39	121	371	251	45	153	130	125	872
Gesamt	259	544	2.038	1.363	504	1.337	799	687	7.181

Anmerkung: **Fortgesetzte Behandlungen** sind Behandlungen, die vor dem Berichtsjahr begonnen wurden, oder wiederholte Behandlungen von Personen, die früher schon einmal in Substitutionsbehandlung waren. **Erstbehandlungen** bedeutet, dass die entsprechenden Personen bisher noch nie in Substitutionsbehandlung waren. Die Zahlen beziehen sich auf jene Behandlungen, die dem BMG gemeldet wurden, und weichen teilweise erheblich von auf Ebene der Bundesländer gesammelten Zahlen ab.

Die Gesamtsumme für Österreich stimmt mit der Summe über die Bundesländer nicht exakt überein, da bei einigen Fällen die Angabe des Bundeslands fehlte.

Quelle: BMG; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle A23:

Personen, die im Jahr 2010 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,
nach Alter und Geschlecht in Prozent

Alter in Jahren	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
0 bis 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 bis 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 bis 14	1	1	1	2	3	2	1	2	1	0	0	0
15 bis 19	16	18	17	12	14	12	15	23	17	4	16	7
20 bis 24	27	27	27	20	34	24	30	31	30	31	35	32
25 bis 29	21	21	21	25	22	24	24	21	23	30	25	29
30 bis 34	13	11	13	19	10	16	13	9	12	17	14	16
35 bis 39	9	8	9	10	6	9	8	6	7	8	4	7
40 bis 44	6	6	6	6	5	6	5	4	5	6	3	6
45 bis 49	5	5	5	4	4	4	3	3	3	2	1	2
50 bis 54	2	2	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1
55 bis 59	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1
60 bis 64	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
65 bis 69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70 bis 74	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
75 bis 79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
80 und älter	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
gültige Angaben	5.469	1.427	6.896	536	218	754	2.843	959	3.802	1.135	334	1.469
unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
missing	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkung: In allen Zeilen mit Ausnahme der Zeilen „gültige Angaben“, „unbekannt“ und „missing“ sind Prozentwerte angegeben, die sich auf die Anzahl der „gültigen Angaben“ beziehen. „Unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“, dass keine Angabe gemacht wurde.
Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten.

Quelle: GÖG/ÖBIG 2011a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2010;
GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A24:

Personen, die im Jahr 2010 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,
nach Lebensunterhalt und Geschlecht in Prozent

Lebensunterhalt/Erwerbstätigkeit	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
erwerbstätig	-	-	-	11	9	10	33	26	32	8	8	8
arbeitslos gemeldet	-	-	-	38	15	31	37	29	35	46	39	44
Sozialhilfe	-	-	-	9	17	11	7	13	9	14	19	16
Kind, Schüler/in, Student/in	-	-	-	5	4	5	4	10	5	2	6	3
Präsenz-, Zivildienst, Karenz, Pensionist/in	-	-	-	4	10	6	5	8	5	9	8	9
Haushalt, berufliche Umschulung, Sonstiges	-	-	-	1	1	1	5	5	5	12	15	13
nicht erwerbstätig, keine sonstige Form des Lebensunterhalts	-	-	-	7	12	8	4	5	4	2	1	1
nicht erwerbstätig, sonstige Form des Lebensunterhalts unbekannt	-	-	-	25	33	27	5	3	5	6	4	6
gültige Angaben	-	-	-	433	172	605	2.716	917	3.633	1.051	313	1.364
unbekannt	-	-	-	90	41	131	96	31	127	66	13	79
missing	-	-	-	13	5	18	31	11	42	18	8	26

Anmerkung: In allen Zeilen mit Ausnahme der Zeilen „gültige Angaben“, „unbekannt“ und „missing“ sind Prozentwerte angegeben, die sich auf die Anzahl der „gültigen Angaben“ beziehen. „Unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten.

Die Variable Lebensunterhalt wird bei kurzfristigen Kontakten nicht erhoben.

Quelle: GÖG/ÖBIG 2011a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2010; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A25:

Personen, die im Jahr 2010 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,
nach Lebensmittelpunkt und Geschlecht in Prozent

Lebensmittelpunkt	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	Alle	m	w	Alle	m	w	alle
Burgenland	-	-	-	-	-	-	1	1	1	2	1	2
Kärnten	-	-	-	-	-	-	13	10	12	2	3	2
Niederösterreich	-	-	-	-	-	-	11	11	11	12	14	13
Oberösterreich	-	-	-	-	-	-	13	12	13	15	13	15
Salzburg	-	-	-	-	-	-	4	4	4	3	3	3
Steiermark	-	-	-	-	-	-	7	8	7	9	11	10
Tirol	-	-	-	-	-	-	1	1	1	8	8	8
Vorarlberg	-	-	-	-	-	-	12	10	12	6	9	7
Wien	-	-	-	-	-	-	37	43	39	42	38	41
Ausland	-	-	-	-	-	-	0	0	0	1	0	1
gültige Angaben	-	-	-	-	-	-	2.757	922	3.679	1.063	321	1.384
unbekannt	-	-	-	-	-	-	69	32	101	60	7	67
missing	-	-	-	-	-	-	17	5	22	12	6	18

Anmerkung: In allen Zeilen mit Ausnahme der Zeilen „gültige Angaben“, „unbekannt“ und „missing“ sind Prozentwerte angegeben, die sich auf die Anzahl der „gültigen Angaben“ beziehen. „Unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten.

Die Variable Lebensmittelpunkt wird bei kurzfristigen Kontakten und niederschwelliger Begleitung nicht erhoben.

Quelle: GÖG/ÖBIG 2011a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2010; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A26:

Personen, die im Jahr 2010 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,
nach aktueller Wohnsituation und Geschlecht in Prozent

Aktuelle Wohnsituation (wie?)	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	M	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
gesichert (z. B. eigene Wohnung)	-	-	-	21	34	25	88	85	87	83	88	84
ungesichert (z. B. Obdachlosigkeit)	-	-	-	55	49	53	6	9	7	12	9	11
Institution, daneben gesichert	-	-	-	12	9	11	4	5	4	4	2	4
Institution, daneben ungesichert	-	-	-	12	9	11	2	2	2	1	1	1
gültige Angaben	-	-	-	439	175	614	2.741	915	3.656	1.029	303	1.332
unbekannt	-	-	-	85	37	122	87	41	128	76	19	95
missing	-	-	-	12	6	18	15	3	18	30	12	42

Anmerkung: In allen Zeilen mit Ausnahme der Zeilen „gültige Angaben“, „unbekannt“ und „missing“ sind Prozentwerte angegeben, die sich auf die Anzahl der „gültigen Angaben“ beziehen. „Unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“, dass keine Angabe gemacht wurde.
Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten.

Die Variable „aktuelle Wohnsituation“ wird bei kurzfristigen Kontakten nicht erhoben.

Quelle: GÖG/ÖBIG 2011a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2010; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A27:

Personen, die im Jahr 2010 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdrogen und Geschlecht in Prozent

Leitdroge (Mehrfachnennungen möglich)	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht		alle	Geschlecht		alle	Geschlecht		alle	Geschlecht		alle
	m	w		m	w		m	w		m	w	
Opiate	38	47	40	60	68	62	53	63	56	73	75	74
Heroin	26	31	27	41	42	41	37	43	39	52	53	52
Methadon	2	4	3	0	1	1	6	7	7	11	14	12
andere Substitutionsdrogen	15	20	16	28	29	28	23	28	24	42	46	43
andere bzw. nicht näher spezifizierte Opiate	1	1	1	3	4	3	3	2	2	2	2	2
Kokaingruppe	7	8	7	9	7	9	10	8	9	20	15	19
Kokain	7	8	7	9	7	9	10	8	9	20	15	19
Crack	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
nicht näher spezifiziertes Kokain	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stimulantien	3	5	3	1	2	1	4	5	5	8	8	8
Amphetamine (z. B. Speed)	2	3	2	1	1	1	3	3	3	6	7	6
MDMA (Ecstasy), andere Designerdrogen	1	2	1	0	1	0	2	2	2	5	5	5
nicht näher spezifiziertes Stimulanzium	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1
Tranquillizer/Hypnotika	7	14	9	14	13	14	8	11	9	22	27	23
Benzodiazepine	7	14	9	14	12	13	8	11	9	22	27	23
Barbiturate	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
andere Hypnotika bzw. Tranquillizer	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
Halluzinogene	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1
LSD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
nicht näher spezifizierte Halluzinogene	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cannabis	30	23	29	12	7	11	35	21	32	28	17	25
Schnüffelstoffe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alkohol	5	7	5	3	4	3	5	5	5	6	8	6
biogene Drogen	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1
andere Drogen	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1
nur nicht behandlungsrele- vanter Konsum	26	20	25	16	11	14	3	5	3	2	3	2
nur Begleitdroge	4	5	4	9	11	10	7	7	7	7	9	8
gültige Angaben	6.266	1.696	7.962	623	236	859	3.763	1.225	4.988	2.057	642	2.699
Anzahl der Personen mit gültigen Angaben	4.897	1.212	6.109	457	180	637	2.600	845	3.445	997	306	1.303
unbekannt	507	182	689	65	34	99	165	85	250	108	22	130
missing	65	33	98	14	4	18	78	29	107	30	6	36

Anmerkung: In allen Zeilen mit Ausnahme der Zeilen „gültige Angaben“, „Anzahl der Personen mit gültigen Angaben“, „unbekannt“ und „missing“ sind Prozentwerte angegeben, die sich auf die „Anzahl der Personen mit gültigen Angaben“ beziehen. „Unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“, dass keine Angabe gemacht wurde.

Oberkategorien sind fett gedruckt.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten.

Quelle: GÖG/ÖBIG 2011a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2010; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A28:

Personen, die im Jahr 2010 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum und Geschlecht in Prozent

Intravenöser Drogenkonsum	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
nein	70	60	68	17	15	17	60	53	58	29	26	28
ja	30	40	32	83	85	83	40	47	42	71	74	72
gültige Angaben	4.694	1.187	5.881	345	145	490	2.630	875	3.505	989	310	1.299
unbekannt	641	205	846	140	48	188	185	74	259	96	19	115
missing	134	35	169	51	25	76	28	10	38	50	5	55

Anmerkung: In allen Zeilen mit Ausnahme der Zeilen „gültige Angaben“, „unbekannt“ und „missing“ sind Prozentwerte angegeben, die sich auf die Anzahl der „gültigen Angaben“ beziehen. „Unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“, dass keine Angabe gemacht wurde. Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten.

Quelle: GÖG/ÖBIG 2011a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2010; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A29:

Spritzentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote & nach Bundesländern, 2010

Bundesland	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Spritzenautomaten	Gesamtzahl der getauschten und verkauften Spritzen
Burgenland	0	0	0
Kärnten ¹	-	-	-
Niederösterreich	0	0	0
Oberösterreich	4 ²	1	247.771
Salzburg	1	2	8.446
Steiermark ³	4 ²	2	432.772
Tirol	2	3	358.642
Vorarlberg	6 ⁴	7	287.929
Wien	2	0	2.808.011
Gesamt	19	15	4.143.571

1: - = keine Informationen/Daten übermittelt

2: inkludiert ein Streetwork-Angebot

3: Angebot beschränkt sich auf Graz

4: inkludiert zwei Streetwork-Angebote

Quelle: ST10 Syringe Availability 2011; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle A30:

Aktuelle gesundheitliche Probleme bei Klientinnen und Klienten
der Wiener Drogenhilfe (BADO), 2004–2009 in Prozent

Aktuelle gesundheitliche Probleme	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Chronische Hepatitis C	30	35	31	29	29	26
Zahnprobleme	19	23	21	19	19	19
Magen-, Darmprobleme	11	16	14	12	12	13
Psychiatrische Erkrankungen	9	10	12	13	11	14
Haut, Venen	7	10	8	7	7	8
AIDS, HIV-Infektion	4	4	4	4	4	4
Krampfanfälle, epileptische Anfälle	5	6	6	5	5	6
Chronische Hepatitis B	4	4	3	2	3	2
Invalidität	1	1	1	1	2	3
Gynäkologische Probleme	2	4	4	4	3	3
STD (sexuell übertragbare Krankheiten)	*	1	1	*	*	*
Andere	9	8	8	9	11	13
Keine aktuellen gesundheitlichen Probleme	41	35	38	39	39	37

* = Anteil ist kleiner als ein Prozent

Anmerkung: Angaben zu den gesundheitlichen Problemen beziehen sich ausschließlich auf Angaben der Klientinnen und Klienten und basieren weder auf gezielten diagnostischen Fragestellungen noch auf ärztlichen Befunden.

Quelle: IFES 2010; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Österreichweit eingesetzte standardisierte Interventionen zur Suchtprävention der regionalen Fachstellen für Suchtvorbeugung

Die folgenden Programme wurden von oder mit den Fachstellen für Suchtprävention entwickelt und zielen auf eine Förderung der Lebenskompetenzen ab. Zur Sicherung der Nachhaltigkeit werden Lehrkräfte von Fachleuten geschult (theoretischer Hintergrund und Methoden) und zertifiziert sowie bei der Umsetzung begleitet. Verpflichtende Reflexionstreffen dienen der Qualitätssicherung bzw. der Weiterentwicklung der Programme. Die Umsetzung erfolgt mit Hilfe von standardisiertem Material, die Einbindung und Information der Eltern erfolgt über Elternabend, Elternbriefe oder den Schulgemeinschaftsausschuss.

Das Programm *Eigenständig werden* wird in Volksschulen (6- bis 10-Jährige) in mindestens zehn Unterrichtseinheiten (UE) pro Jahr eingesetzt. Grundsätze sind eine ganzheitliche Sicht des Menschen, Ressourcenorientierung, interaktive Lernmethoden und die Miteinbeziehung des Gruppenprozesses. Das Programm läuft je nach Bundesland seit 2002 (B, K, S, St, T, W), 2004 (NÖ) bzw. 2006 (V) und umfasst eine Ausbildung der Volksschullehrer/innen im Ausmaß von 24 UE.

Tabelle A31:

Eigenständig werden, Schuljahr 2010/2011

Bundesland	Anzahl abgeschlossene Schulungen SJ 2010/11	Anzahl an Trainingseinheiten Lehrer/innen ¹ SJ 2010/11	Anzahl zertifizierter Lehrer/innen SJ 2010/11	Anteil erreichter VS-Lehrer/innen in %	Anzahl erreichter VS SJ 2010/11	Anteil erreichter VS in %	Anzahl Elternabende SJ 2010/11	Anzahl Workshops SJ 2010/11	Anzahl erreichter VS-Lehrer/innen bis SJ 2010/11	Anteil erreichter VS-Lehrer/innen bis SJ 2010/11 in %	Anzahl erreichter VS bis SJ 2010/11	Anzahl erreichter VS bis SJ 2010/11 in %
B	3	24	29	2,9	9	4,6	n. v.	n. v.	140	14,1	71	36,2
K	2	48	30	1,3	6	2,1	0	2	233	10	89	33,1
NÖ	3	68	43	0,7	7	1,1	0	0	512	8,7	131	20,7
OÖ	10	280	177	7,8	45	12,7	n. v.	n. v.	1.288	23,4	343	59,8
S	3	84	32	1,7	19	10,1	0	2	300	15,5	107	56,9
St	2	60	39	1,0	9	1,69	0	5	343	8,74	146	27,6
T	2	62	34	1,2	14	3,7	0	2	343	12,1	170	44,3
V	8	208	176	10,8	30	18	1	n. v.	543	33,4	78	46,9
W	6	151	122	2,2	14	2,2	n. v.	n. v.	1.164	21,2	214	79,0

B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg; St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, n. v. = nicht verfügbar, VS = Volksschulen, SJ = Schuljahr
¹ inklusive Reflexionstreffen

Quellen: Akzente Fachstelle Suchtprävention Salzburg; Fachstelle für Suchtprävention Burgenland; Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung NÖ; VIVID – Fachstelle für Suchtprävention Steiermark; ISP OÖ; kontakt+co – Suchtprävention Jugendrotkreuz; SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe; ISP Wien; Landesstelle Suchtprävention Kärnten; GÖG/ÖBIG–eigene Darstellung

Das Programm *plus* wird in der fünften bis achten Schulstufe (10- bis 14-Jährige) von weiterführenden Schulen (HS, NMS, AHS) eingesetzt. Die Umsetzung erfolgt in vier Jahresschwerpunkten, die jeweils fünf Themenbereiche mit zehn UE umfassen. Grundsätze sind altersgerechte und auf den wachsenden Kompetenzen der Kinder aufbauende Schwerpunkte, aber auch das Berücksichtigen der Zusammenhänge zwischen Problembereichen (Gewalt, Sexualität, Konsum und Sucht) und den Herausforderungen des Alltags sowie geschlechtsspezifischer Bedürfnisse. Das Programm läuft je nach Bundesland seit 2008 (S, St, T) bzw. 2009 (B, K, NÖ, OÖ, V, W).

Tabelle A32:
plus, Schuljahr 2010/2011

Bundesland	Anzahl Fort- bildungskurse für Lehrer/innen seit 2008	Anzahl aller Trainingseinheiten für Lehrer/innen seit 2008	Anzahl fertig ausgebildeter Lehrer/innen SJ 2010/11	Anteil erreichter Lehrer/innen in %	Anzahl erreichter Schulen SJ 2010/11	Anzahl erreichter Klassen SJ 2010/11	Anteil erreichter Schulen SJ 2010/11 in %	Anzahl erreichter Lehrer/innen bis SJ 2010/11	Anteil erreichter Lehrer/innen bis SJ 2010/11 in %	Anzahl erreichter Schulen bis SJ 2010/11	Anzahl erreichter Schulen bis SJ 2010/11 in %	Anzahl erreichter Klassen bis SJ 2010/11
B	16	54	44	2,8	14	n.v.	7	54	3	16	30,2	n.v.
K	3	62	58	1,9	10	18	9	58	1,9	15	13,5	35
NÖ	2	47	68	0,7	11	68	3,4	68	0,7	11	3,4	68
OÖ	7	192	135	1,4	35	90	12,5	135	1,4	35	12,5	90
S	3	60	35	1,7	11	23	11	35	1,7	11	11	23
St	4	105	76	1,8	11	19	6,2	76	1,8	27	15,3	47
T	4	35	77	1,8	32	72	23,5	77	1,8	32	23,5	72
V	4	76	43	1,6	16	n.v.	23,4	74	2,9	22	32,2	n.v.
W	2	40	43	0,5	27	28	12,7	63	0,7	36	16,9	42

B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg; St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, n. v. = nicht verfügbar, HS = Hauptschulen, NMS = Neue Mittelschulen, AHS = Allgemeinbildende Höhere Schulen

Quellen: Akzente Fachstelle Suchtprävention Salzburg; Fachstelle für Suchtprävention Burgenland; Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung NÖ; VIVID - Fachstelle für Suchtprävention Steiermark; ISP OÖ; kontakt+co - Suchtprävention Jugendrotkreuz; SUPRO - Werkstatt für Suchtprophylaxe; ISP Wien; Landesstelle Suchtprävention Kärnten; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Unter dem Namen *movin'* werden von den Fachstellen standardisierte Seminare zur Methode des *Motivational Interviewing* angeboten, die nicht nur in der Suchtprävention, sondern z. B. auch in der Suchtberatung eingesetzt wird. Sie ermöglicht eine geschützte und unterstützende Gesprächsatmosphäre und fördert dadurch die Bereitschaft zu einer Verhaltensänderung. Die Seminare umfassen durchschnittlich zwanzig Stunden und vermitteln die Grundhaltung und -strategien der Methode durch praktische Übungen, Rollenspiele und deren Reflexion. Das Programm läuft je nach Bundesland seit 2004 (W), 2005 (K, NÖ, St, T), 2007 (S) oder 2009 (V).

Tabelle A33:
movin, 2010

Bundesland	Direkte bzw. endgültige Zielgruppe (Altersangabe)	Indirekte Zielgruppe (Berater/Multiplikatoren)	Anzahl durchgeführter Schulungen/ Seminarreihen im Jahr 2010	Anzahl an Einheiten für Training von Multiplikatoren im Jahr 2010	Anzahl der zertifizierten Teilnehmer im Jahr 2010	Dokumentation ja/nein	Prozess-Evaluation ja/nein
K	12- bis 21-jährige Jugendliche	Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Schulärzte	3	48	50	ja	ja
NÖ	Jugendliche, werdende Mütter, Mütter von Neugeborenen, rauchende Personen	Hebammen, Psychologen der NÖGKK, Mitarbeiter des Nichtraucher-Telefons sowie der außerschulischen Jugendarbeit	3	60	30	ja	ja
OÖ	12- bis 21-jährige Jugendliche	Mitarbeiter eines Trägers der offenen Jugendarbeit; Grundkurs des Landesjugendreferates zur Außerschulischen Jugendarbeit; Trainer aus arbeitsmarktpolitischen Kursen	3	48	46	ja	ja
S	12- bis 21-jährige Jugendliche (in Jugendzentren bzw. diversen sozialen Maßnahmen)	Mitarbeiter von OJA und Jugendämtern, Lehrkräfte, Ausbilder, Präventionsbeamte der Polizei, Raucherberater	4	64	49	ja	ja
St	12- bis 21-jährige Jugendliche	Mitarbeiter von OJA, Jugendsozialarbeit bzw. -beratung, sozialpädagogische Betreuer, Tabakentwöhnexpert/innen	3	60	42	ja	ja
T	12- bis 21-jährige Jugendliche	JugendarbeiterInnen	1	3	15	nein	ja
V	12- bis 21-jährige Jugendliche, Klienten von Suchtberatungsstellen und Arbeitsintegrationseinrichtungen	Mitarbeiter von OJA, Suchtberatungsstellen und Arbeitsintegrationseinrichtungen	3	72	37	ja	ja
W	12- bis 21-jährige Jugendliche	Mitarbeiter von OJA; Schlüsselpersonen in Schulen, Lehrlingsausbildung und Betrieben	8	189	89	ja	ja

B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg; St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, n. v. = nicht verfügbar; aus Platzgründen in dieser Tabelle ausnahmsweise nur die maskuline Form

Quellen: Akzente Fachstelle Suchtprävention Salzburg; Fachstelle für Suchtprävention Burgenland; Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung NÖ; VIVID - Fachstelle für Suchtprävention Steiermark; ISP OÖ; kontakt+co - Suchtprävention Jugendrotkreuz; SUPRO - Werkstatt für Suchtprophylaxe; ISP Wien; Landesstelle Suchtprävention Kärnten; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Regional eingesetzte bewährte und bereits seit längerem laufende Interventionen der regionalen Fachstellen für Suchtvorbeugung

Tabelle A34:

Ausgewählte suchtpreventive Interventionen für verschiedene Settings

Setting	Name des Projektes/ Programmes (Bundesland)	Direkte Zielgruppe (Angabe des Alters)	Indirekte Zielgruppe (Multiplikatoren)	Kurzbeschreibung
Familie	<i>FamilienBande - Was geht ab?! (S)</i>	10- bis 16-jährige Jugendliche	Eltern	Ziel des Projektes ist die Sensibilisierung der Erwachsenen für ihre Vorbildfunktion, aber auch die Entwicklung eines Risikobewusstseins und von Handlungskompetenzen. Als zentrales Element dienen „ElternTische“, wo geschulte Personen Gesprächsrunden bei Gasteltern zu Erziehungsfragen im Zusammenhang mit Substanzkonsum oder Internet-Spielen, aber auch zu Konfliktsituationen moderieren. Mit dem gesamten Programm sollen vermehrt jene Eltern angesprochen werden, die sonst eher schwer zu erreichen und motivieren sind.
Gemeinde	<i>Wir setzen Zeichen (OÖ)</i>	Gesamte Bevölkerung	Personen aus verschiedensten Berufsgruppen und Arbeitsfelder aus der Gemeinde	Ziel ist die Umsetzung einer bedarfsorientierten Suchtprevention. Basis ist meist eine Erhebung der Ausgangssituation mit den lokalen Bedürfnissen und bereits vorhandenen Angeboten. Nach einer Beratung der Verantwortlichen aus der Gemeinde bezüglich der Auswahl werden üblicherweise Maßnahmen zur Sensibilisierung und Information der Bevölkerung, zur Einhaltung der Jugendschutzbestimmungen, zur Förderung der Lebenskompetenzen bei Kindern und der Auseinandersetzung mit Risikoverhalten bei Jugendlichen umgesetzt. Diese werden bei Bedarf ergänzt durch Angebote für Betriebe und die Freizeit sowie für spezifische Zielgruppen.
Kindergarten	<i>Erziehung beginnt bei den Erziehenden, Suchtvorbeugung auch (W)</i>	Kinder bis 6 Jahre	Kindergarten- und Hortpädagoginnen	Mit Hilfe der Fortbildung zur Suchtprevention für Kleinkindpädagoginnen mit dem Schwerpunkt „Kinder aus suchtbelasteten Familien und Lebensgemeinschaften“ sollen diese befähigt werden, Erziehungshaltungen und -stile weiterzuentwickeln, welche die Lebenskompetenzen der Kinder fördern.
Schule	<i>„Schule SUCHT Vorbeugung“ (St)</i>	Schüler ab der 5. Schulstufe	Pädagoginnen, Eltern	Im Rahmen dieses mittel- bis längerfristigen Projektes (je nach Vereinbarung) für Schulklassen ab der 5. Schulstufe wird den verantwortlichen Pädagoginnen (mind. 2 je Klasse) eine Projektbegleitung angeboten, durch die der Projektverlauf auf die klassenspezifischen Bedürfnisse (Erwartungen, Alter, Vorkenntnisse, etwaig vorherrschende Themen) zugeschnitten werden kann. Als Arbeitsgrundlage dient das Manual „Schule SUCHT Vorbeugung - Ihr individuelles Suchtvorbeugungsprogramm für die Schule“, das drei allgemeine Themen rund um Sucht und Suchtvorbeugung sowie sieben thematische Schwerpunkte zur Bearbeitung im Rahmen des Unterrichts beinhaltet. Ein frei gewählter Themenbereich wird dabei seitens der Fachstelle für Suchtprevention im Rahmen eines Workshops mit den Schülerinnen und Schülern bearbeitet.

Fortsetzung nächste Seite

Setting	Name des Projektes/ Programmes (Bundesland)	Direkte Zielgruppe (Angabe des Alters)	Indirekte Zielgruppe (Multiplikatoren)	Kurzbeschreibung
Jugendarbeit	<i>join 2gether-coaching</i> (T)	Jugendliche	Mitarbeiter von außerschulischen Jugendeinrichtungen	In 2 Blöcken mit insgesamt 10–12 Stunden werden die Mitarbeiter von außerschulischen Jugendeinrichtungen (z. B. Jugendzentrum) zum Umgang mit Jugendlichen, bei denen ein Verdacht auf Drogenkonsum besteht, geschult. Wichtige Themen sind das Erkennen von Problemen, gezielte pädagogische Schritte, Regeln und Modelle für den Umgang mit dieser Thematik als Team, Unterstützung in anderen Helfersystemen. Die Fortbildung findet in der jeweiligen Einrichtung statt.
AMS-Berufsorientierungskurse	<i>Wie ich bin</i> (B)	Jugendliche und junge Erwachsene	Trainer	Dieses Projekt eröffnet Jugendlichen die Möglichkeit, eigene Ressourcen zu entdecken und Fähigkeiten zu entwickeln, um in schwierigen Lebensphasen bestehen zu können. Die kritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten und das Erarbeiten von alternativen Problemlösungsstrategien stehen im Mittelpunkt des Projekts.
Berufsvorbereitungskurse, Heilpädagog. Sonderschulen	<i>CHOICE</i> (V)	Schüler ab der 7. Schulstufe (12–bis 24-Jährige)	Bezugspersonen der Jugendlichen (Eltern u. a.), Pädagogen	<i>CHOICE</i> basiert auf gesundheitspsychologischen Grundsätzen. Zentraler Inhalt ist die Förderung der Selbstwahrnehmung und der emotionalen und kognitiven Selbstregulation bei gefährdeten Jugendlichen mit hoher Risikobelastung. Die Fähigkeit, eigene Gefühlswelten wahrzunehmen und zu regulieren, stellt einen ausschlaggebenden Eckpfeiler zur Verhütung der Entstehung von Missbrauch und Sucht bzw. anderen bio-psycho-sozialen Gesundheitsrisiken dar.
Fahrschulen	<i>Peer Drive Clean!</i> (K)	Fahrschüler	Peers (Studenten der Fachhochschule)	Fahren unter Alkohol- und Drogeneinfluss stellt eine große Gefahr für die Verkehrssicherheit dar. Junge Fahrzeuglenker sind dabei durch geringere Alkoholtoleranz und fehlende Fahrpraxis besonders gefährdet. Ziel von <i>Peer Drive Clean!</i> ist es, dieser Problematik entgegenzuwirken und junge Menschen gezielt über Gefahren von Alkohol und Drogen im Straßenverkehr zu informieren. Eingebettet in die obligatorische Fahrschulausbildung wird von speziell geschulten jungen Erwachsenen, sogenannten „Peers“, deren Führerscheinprüfung noch nicht allzu lange zurückliegt, das Modul „Alkohol und Drogen im Straßenverkehr“ gestaltet. Information, Diskussion und Reflexion der eigenen Einstellungen und des eigenen Verhaltens stehen dabei im Mittelpunkt.
Bundesheer	<i>Vortrag für Stellungspflichtige</i> (NÖ)	Rekruten		In Kooperation mit dem Militärkommando NÖ wird für junge Männer im Rahmen der Stellungskommission ein altersspezifischer, videogestützter Vortrag zum Thema Sucht und Suchtvorbeugung abgehalten. Information und Auseinandersetzung mit der breiten Thematik, die Reflexion des eigenen Konsumverhaltens und Information über Hilfsangebote stehen dabei im Mittelpunkt.

B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg; St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, n. v. = nicht verfügbar, VS = Volksschulen
Anmerkung: Es wurden Projekte/Programme ausgewählt, die den Kriterien dieses Berichtes entsprechen (vgl. Kap. 3), bereits mehr als ein Jahr laufen und als Beispiel für verschiedene Settings dienen können; aus Platzgründen in dieser Tabelle ausnahmsweise nur die maskuline Form.

Quellen: Akzente Fachstelle Suchtprävention Salzburg; Fachstelle für Suchtprävention Burgenland; Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung NÖ; VIVID – Fachstelle für Suchtprävention Steiermark; Institut Suchtprävention (OÖ); kontakt+co – Suchtprävention Jugendrotkreuz (Tirol); SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe (Vorarlberg); ISP Wien; Landesstelle Suchtprävention Kärnten; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

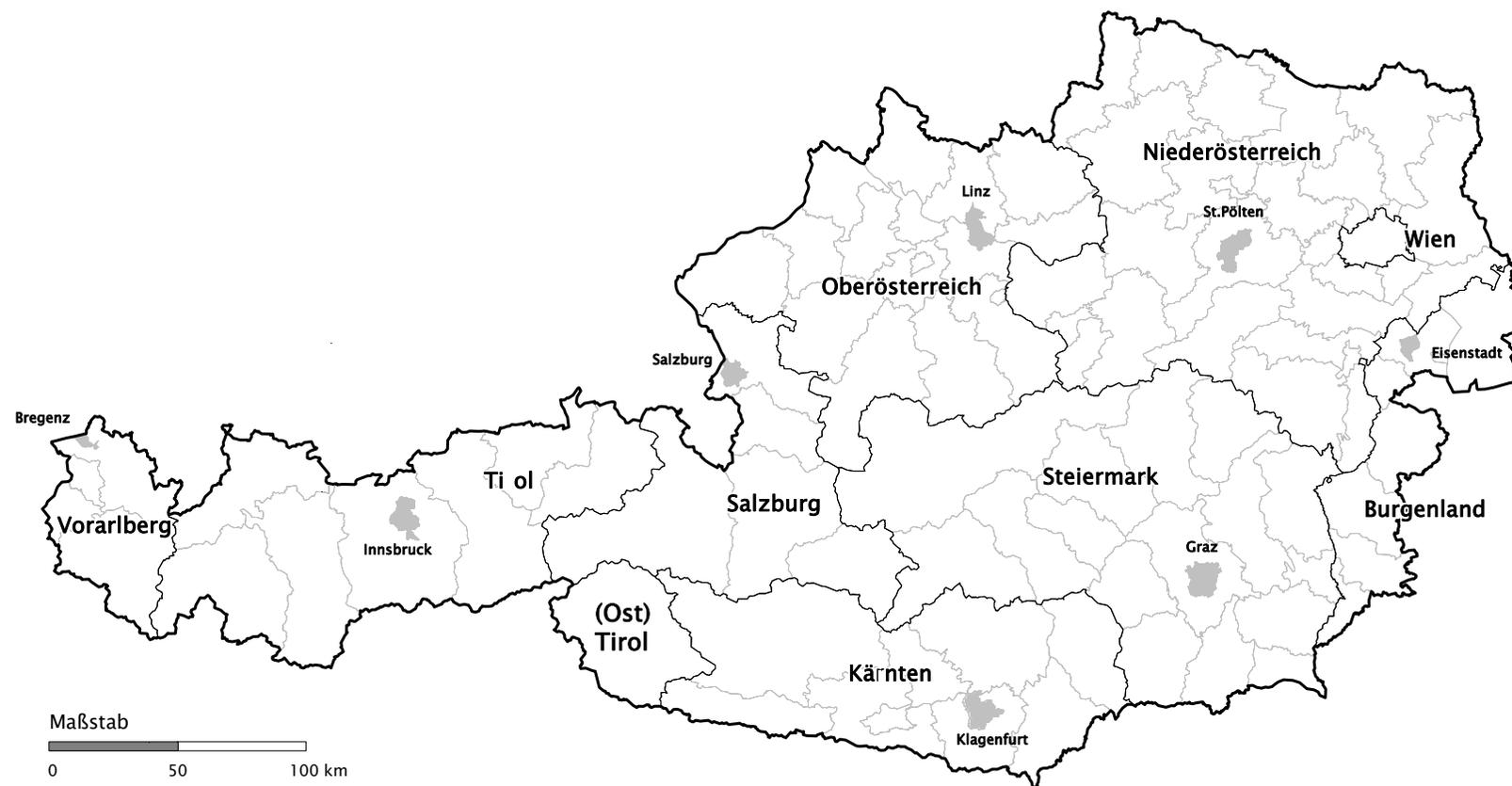
Tabelle A35:

Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 2009 nach fünf- bzw. 15-jährigen Altersgruppen und Geschlecht

Altersgruppe	männlich	weiblich	gesamt
0 bis 4 Jahre	202.000	192.503	394.503
5 bis 9 Jahre	208.866	197.985	406.851
10 bis 14 Jahre	230.922	220.159	451.081
15 bis 19 Jahre	257.224	244.423	501.647
20 bis 24 Jahre	263.097	257.367	520.464
25 bis 29 Jahre	278.069	275.625	553.694
30 bis 34 Jahre	266.591	265.745	532.336
35 bis 39 Jahre	305.885	308.814	614.699
40 bis 44 Jahre	359.704	351.468	711.172
45 bis 49 Jahre	348.545	341.749	690.294
50 bis 54 Jahre	289.488	293.105	582.593
55 bis 59 Jahre	240.480	250.209	490.689
60 bis 64 Jahre	216.614	232.230	448.844
65 bis 69 Jahre	223.390	251.459	474.849
70 bis 74 Jahre	145.726	176.045	321.771
75 bis 79 Jahre	113.765	158.684	272.449
80 bis 84 Jahre	76.781	140.675	217.456
85 Jahre und älter	45.719	131.929	177.648
Gesamt	4.072.866	4.290.174	8.363.040
0 bis 14 Jahre	641.788	610.647	1.252.435
15 bis 29 Jahre	798.390	777.415	1.575.805
30 bis 44 Jahre	932.180	926.027	1.858.207
45 bis 59 Jahre	878.513	885.063	1.763.576
60 bis 74 Jahre	585.730	659.734	1.245.464
75 Jahre und älter	236.265	431.288	667.553
Gesamt	4.072.866	4.290.174	8.363.040

Quelle: Statistik Austria; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Karte A1: Übersichtskarte mit Bundesländern, Landeshauptstädten und Bezirken



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Anhang B

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
abs.	absolut
Abs	Absatz
AGES	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
AHS	Allgemeinbildende höhere Schule
Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AKH	Allgemeines Krankenhaus Wien
AHIVCOS	Austrian HIV Cohort Study
AMS	Arbeitsmarktservice
APA	Austria Presse Agentur
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
ART	Antiretrovirale Therapie
ATHIS	Gesundheitsbefragung Österreich (Austrian Health Interview Survey)
BADO	(Wiener) Basisdokumentation
BGBI	Bundesgesetzblatt
BHS	Berufsbildende höhere Schule
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMeiA	Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMI/.BK	Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BMLV	Bundesministerium für Landesverteidigung
BMS	Bedarfsorientierte Mindestsicherung
BMUKK	Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
BMVIT	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
BMWF	Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung
BMWFJ	Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend
COFOG	Classification of Functions of Government
CRC	Capture–Recapture(–Verfahren)
DB	Drogenbeauftragte bzw. –beauftragter
DK	Drogenkoordinatorin bzw. –koordinator
DLD	Diagnosen– und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten
DOKLI	Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe in Österreich
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
EDDRA	Exchange on Drug Demand Reduction Action
ENCARE	European Network for Children Affected by Risky Environments within the Family
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs

EU	Europäische Union
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GÖG/ÖBIG	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG
GÖG/FGÖ	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich FGÖ
HAART	Hochaktive antiretrovirale Therapie
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (WHO-Studie)
HBV	Hepatitis-B-Virus
HBVc–Ab	Hepatitis B core antibody (= HBc–AK)
HBVs–Ab	Hepatitis B surface antibody (= HBs–AK)
HCV	Hepatitis–C–Virus
HCV–Ab	HCV–Antikörper
HCV–RNA	RNA (Ribonukleinsäure) des Hepatitis C Virus
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICD–10	International Classification of Diseases and Related Health Problems
IFES	Institut für empirische Sozialforschung
ISD	Institut für Suchtdiagnostik
ISP	Institut für Suchtprävention
i. v.	intravenös
JA	Justizanstalt
Kap.	Kapitel
KiJA	Kinder- und Jugendanwaltschaft
LISA	Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärzte und Ärztinnen
LSD	Lysergsäurediethylamid
MA	Magistratsabteilung
mCPP	meta–Chlor–Phenylpiperazin
MDA	3,4–Methylendioxyamphetamin
MDE	3,4–Methylendioxy–N–ethylamphetamin
MDMA	3,4–Methylenedioxy–N–Methylamphetamin
NMS	Neue Mittelschule
NÖ	Niederösterreich, niederösterreichisch
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGABS	Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung
ÖGPB	Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie
OÖ	Oberösterreich, oberösterreichisch
PAZ	Polizeianhaltezentrum
PCR	Polymerase–Kettenreaktion
p. M.	persönliche Mitteilung
PMA	Paramethoxyamphetamin
PMMA	Para–Metoxymethamphetamin
PSD	Psychosozialer Dienst

PSZ	Psychosoziale Zentren GmbH
RCs	Research Chemicals
REITOX	Europäisches Informationsnetz für Drogen und Drogensucht (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies)
SAM	sozial, sicher, aktiv, mobil (Sozialarbeitseinrichtung in Wien)
SB	Suchtbeauftragte bzw. -beauftragter
SDDCARE	Senior Drug Dependents and Care Structures
SDW	Sucht- und Drogenkoordination Wien
SK	Suchtkoordinatorin bzw. -koordinator
SMG	Suchtmittelgesetz
SQ	Structured Questionnaire
ST	Standard Table
Tab.	Tabelle
Tbc	Tuberkulose
UN	United Nations
Vgl.	vergleiche
VWS	Verein Wiener Sozialprojekte
WHO	World Health Organisation

Anhang C

Standard Tables &
Structured Questionnaires

Verzeichnis der österreichischen Standard Tables und Structured Questionnaires des Jahres 2011

Die folgende Liste gibt einen Überblick über alle Standard Tables und Structured Questionnaires, die jährlich zusammen mit dem Bericht zur Drogensituation an die EBDD übermittelt werden. Sofern nicht anders angegeben, wurden sie im Berichtsjahr aktualisiert. Die darin enthaltenen Daten und Informationen fließen in das Statistical Bulletin, den Europäischen Bericht zur Drogensituation und andere Produkte der EBDD ein⁹⁰.

- STANDARD TABLE 01: BASIC RESULTS AND METHODOLOGY OF POPULATION SURVEYS ON DRUG USE
- STANDARD TABLE 02: Methodology and results of school surveys on drug use
- STANDARD TABLE 03: CHARACTERISTICS OF PERSONS STARTING TREATMENT FOR DRUGS (letztes Update: 2008)
- STANDARD TABLE TDI: CHARACTERISTICS OF INDIVIDUALS STARTING TREATMENT FOR DRUGS BY TYPE OF TREATMENT
- STANDARD TABLE 05: ACUTE/DIRECT DRUG-RELATED DEATHS
- STANDARD TABLE 06: EVOLUTION OF ACUTE/DIRECT DRUG-RELATED DEATHS
- STANDARD TABLE 07: NATIONAL PREVALENCE ESTIMATES ON PROBLEM DRUG USE
- STANDARD TABLE 08: LOCAL PREVALENCE ESTIMATES ON PROBLEM DRUG USE
- STANDARD TABLE 09: Part 1: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS – Methods, Part 2: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS, Part 3: VOLUNTARY RESULTS FOR BEHAVIOURAL SURVEILLANCE AND PROTECTIVE FACTORS, Part 4: NOTIFIED CASES OF HEPATITIS C AND B IN INJECTING DRUG USERS
- STANDARD TABLE 10: SYRINGE AVAILABILITY
- STANDARD TABLE 11: ARRESTS/REPORTS FOR DRUG LAW OFFENCES
- STANDARD TABLE 12: DRUG USE AMONG PRISONERS
- STANDARD TABLE 13: NUMBER AND QUANTITY OF SEIZURES OF ILLICIT DRUGS
- STANDARD TABLE 14: PURITY AT STREET LEVEL OF ILLICIT DRUGS
- STANDARD TABLE 15: COMPOSITION OF ILLICIT DRUG TABLETS
- STANDARD TABLE 16: PRICE AT STREET LEVEL OF ILLICIT DRUGS
- STANDARD TABLE 18: OVERALL MORTALITY AND CAUSES OF DEATHS AMONG COHORTS OF DRUG USERS RECRUITED IN TREATMENT
- STANDARD TABLE 24: ACCESS TO TREATMENT
- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 22/25: UNIVERSAL PREVENTION (letztes Update: 2010)

90

Zu finden auf <http://www.emcdda.europa.eu/> unter *Statistics and country data, Publications etc.*

- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 23/29: PREVENTION AND REDUCTION OF HEALTH-RELATED HARM ASSOCIATED WITH DRUG USE
- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 26: SELECTIVE PREVENTION (letztes Update: 2010)
- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 27: Part 1: TREATMENT PROGRAMMES, Part 2: QUALITY ASSURANCE TREATMENT
- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 28: SOCIAL REINTEGRATION AND REDUCTION OF SOCIAL INCLUSION OF DRUG USERS (letztes Update: 2010)
- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 31: TREATMENT AS AN ALTERNATIVE TO IMPRISONMENT APPLICABLE FOR DRUG USING OFFENDERS IN THE EUROPEAN UNION (letztes Update: 2010)
- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 32: POLICY AND INSTITUTIONAL FRAMEWORK

Gesundheit Österreich
GmbH ● ● ●